AARHUS
UNIVERSITET
HEALTH

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K

Mail: sum@sum.dk og cc sad@sum.dk og kani@sum.dk
Sagsnr.: 2025-9152

Høringssvar fra Aarhus Universitet, Health over forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og autorisationsloven - Specifikt vedrørende ændringer i autorisationsloven

Dekanatet, Health

Anne-Mette Hvas
Dekan, professor

Dato: 23. januar 2026

Direkte tlf.: +45 87152007
E-mail: dean.health@au.dk
Web: au.dk

Afs. CVR-nr.: 31119103

Sagsnr. 2025-0927400

Det sundhedsvidenskabelige fakultet, Health, på Aarhus Universitet takker for muligheden for at kommentere på ændringsforslaget i autorisationsloven.

Universitetet anerkender ønsket om at styrke de regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen. Herudover anerkender universitetet, 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 bidrage med et vigtigt lokalt kendskab til uddannelsesforhold og fortsat skal fungere som et væsentligt forum, hvor lokale og regionale problemstillinger, i forhold til uddannelsen, skal tages op.

Universitetet er opmærksom på, at der med lovforslaget kan blive tvivl om, hvordan og hvor opgaver vedrørende den lægelige videreuddannelse fremover løses. Som det fremgår af lovforslaget, vil regionerne få myndighedsansvaret og dermed beslutningskompetencen til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb på den lægelige videreuddannelse, idet de regionale råd for lægers videreuddannelse fremover på centrale områder fremover skal være rådgivende.

Universitetet vil i den forbindelse særligt bemærke, at Videreuddannelsesregion Nord kommer til at stå i en helt særlig situation, idet den som eneste videreuddannelsesregion samarbejder på tværs af to regioner. I dag sikrer Det Regionale Råd for Lægers videreuddannelse i Videreuddannelsesregion Nord fælles beslutningstagning i de to regioner, hvad angår fordeling og tilrettelæggelse af den lægelige videreuddannelse i Region Midtjylland og Region Nordjylland. Universitetet vurderer derfor, at regionernes overtagelse af myndighedsansvaret vil komplicere (og være uhensigtsmæssig) for den fælles beslutningstagning i Videreuddannelsesregion Nord.

Venlig hilsen

Anne-Mette Hvas
Dekan, professor

Aleris

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Sendt til sum@sum.dk
med kopi til sad@sum.dk og kani@sum.dk

København, 6. januar 2026

Høringssvar vedrørende udkast til lov om ændring af sundhedsloven, lov om apoteksvirksomhed og autorisationsloven, herunder ny model for specialeplanlægning med videre.

Aleris takker for muligheden for at afgive høringssvar til det fremsendte lovforslag om ny model for specialeplanlægning. Som Danmarks største private leverandør af sundhedsydelser og en aktiv del af den specialiserede sygehussektor ser vi med alvor på de foreslåede ændringer i styringen af landsdelsfunktioner (også kaldet regionsfunktioner).

Det centrale element i lovforslagets første del er at give regionsrådene beføjelse til selv at placere landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse uden Sundhedsstyrelsens forudgående godkendelse. Lovforslaget lægger op til, at Sundhedsstyrelsen fremadrettet alene skal fastsætte kravene til funktionerne, mens selve godkendelsen og placeringen af landsdelsfunktioner overgår til de enkelte regionsråd.

Aleris er betænkelige ved denne forskydning af mandatet fra en central myndighed (Sundhedsstyrelsen) til et decentralt niveau (regionerne). Vores bekymring bunder i følgende punkter:

- **Patienternes adgang til specialiseret behandling:** Det tjener ikke patienternes interesse, hvis adgangen til specialiserede regionsfunktioner indskrænkes som følge af en decentral planlægning. En yderligere begrænsning af private leverandørers mulighed for at varetage disse funktioner vil reducere den samlede kapacitet og fleksibilitet i sundhedsvæsenet, hvilket i sidste ende kan føre til længere ventelister og forringet behandlingstilgængelighed.

- **Risiko for protektionisme:** Vi frygter, at regionerne i kraft af deres dobbeltrolle som både planlægger og driftsherre vil have et økonomisk incitament til at fastholde funktioner på egne hospitaler. Dette ville i givet fald ske på bekostning af patienternes ret til hurtig behandling, hvis de private aktører, der besidder den fornødne kvalitet og kapacitet, risikerer at blive udelukket fra at tilbyde behandlinger på landsdelsfunktionsniveau. Et eksempel på dette er ablationsbehandling af hjerterytmeforstyrrelser, hvor der allerede i dag ses betragtelige regionale forskelle i ventetider med 4 ugers ventetid i Region Hovedstaden, mens ventetiden i de øvrige regioner er op mod 25 til 32 uger. Lovforslaget indeholder som bekendt *ikke* ændringer i styringen af landsfunktioner (også kaldet højt specialiserede funktioner), hvor der i høringsbrevet argumenteres med, at den nuværende centrale styring er nødvendig ud fra nationale hensyn til geografisk placering og samlet ressourceudnyttelse. Her vil vi argumentere for, at man netop med den påtænkte decentralisering af styringen af landsdelsfunktioner risikerer yderligere forværring af den geografisk skævvridning mellem regionerne. Som i eksemplet med ablationsbehandling kalder omstændighederne tværtimod på en *mere central styring* af disse landsdelsfunktioner, snarere end den påtænkte decentralisering.

- **Behov for uvildig visitation:** Selvom lovforslaget lægger op til, at Sundhedsstyrelsen i "særlige tilfælde" kan pålægge en region at benytte privat kapacitet, er dette en undtagelsesbestemmelse. Vi mener, at det er afgørende for en objektiv specialeplanlægning, at godkendelseskompetencen forbliver centralt placeret for at sikre en ensartet og fagligt funderet fordeling på tværs af hele landet, uafhængigt af regionale driftsinteresser.

Aleris anerkender behovet for en fleksibel specialeplanlægning. Vi må dog advare imod, at denne fleksibilitet opnås ved at svække den centrale, uvildige styring. Vi opfordrer ministeriet til at genoverveje balancen i lovforslaget, således at Sundhedsstyrelsen bevarer en direkte godkendelseskompetence for at sikre, at private leverandører fortsat kan bidrage til de mest specialiserede områder til gavn for de danske patienter.

Med venlig hilsen

Michael Gram Kirkegaard
Administrerende direktør

Søren Lunde
Lægefaglig direktør

To: sum@sum.dk
Cc: kani@sum.dk, sad@sum.dk
From: Ole Højbo Andersen (oha@ato.dk)
PDFMailHeader SV: Høring over lovforslag om ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning ifm. etablering af sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen mv.
Sent: 12/22/2025 10:21 AM
Attachments: image003.png; image004.png; image005.png; Signature-20251222092330.txt;

ATO har ingen bemærkninger til høringen.

Med venlig hilsen

Ole Højbo Andersen
Juridisk konsulent

Mobil: **+45 28 11 09 00**
Hovednr: **+45 33 14 00 65**

Web: **www.ato.dk**

Peter Bangs Vej 30, 4 sal
DK 2000 Frederiksberg

Sekretariatets åbningstider:
Mandag-fredag KL.9-15

ATO
ANSATTE TANDLÆGERS ORGANISATION
Fagforeningen for tandlæger

Fra: Ansatte Tandlægers Organisation <info@ato.dk>
Sendt: 17. december 2025 11:46
Til: Ole Højbo Andersen <oha@ato.dk>
Emne: VS: Høring over lovforslag om ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning ifm. etablering af sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen mv.

Fra: Sofie Aas Dalsgaard <sad@sum.dk>
Sendt: 17. december 2025 11:34
Til: Faglig Fælles Forbund 3F <3f@3f.dk>; Advoksamfundet <samfund@advokatsamfundet.dk>; ac@ac.dk; post@alzheimer.dk; marie@angstforeningen.dk; Ansatte Tandlægers Organisation <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;

Til: sum@sum.dk (Sum), sad@sum.dk, kani@sum.dk
Fra: Lene Lundkvist (lene.bup@hotmail.dk)
Titel: Høringssvar: Lovforslag om ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning ifm. etablering af sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen mv.
Sendt: 1/23/2026 8:20 AM

[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.

Hermed høringssvar fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark - BUP-DK:

BUP-DK mener, at det er meget indgribende redskaber, der foreslås og er imod, at politikerne skal kunne detailstyre, hvilke uddannelseslæger, der skal ansættes hvor. Det bør hvile på en uddannelsesfaglig og ikke en politisk vurdering, hvorledes lokale uddannelsesforløb fordeles. BUP-DK lægger vægt på, at de specialespecifikke uddannelsesudvalg sammen med de postgraduate kliniske lektorer (PKL'er) bør være centrale i den faglige vurdering af fordeling af uddannelsestid og stillinger, herunder vurdering af muligheder for at uddanne svarende til den gældende målbeskrivelse og vurdering af uddannelseskapaciteten på de enkelte afdelinger. Der kan desuden være bekymring for, at der ikke er politisk overblik til at sikre balance og rekruttering mellem lokaliteter og specialer, og at der kan opstå utilsigtet skævvridning. Grundlæggende bør uddannelse finde sted der, hvor "driften" er, da det er her der er relevante læringsmuligheder.

På vegne af bestyrelsen
Lene Lundkvist

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

apotek

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Mail til sum@sum.dk med kopi til sad@sum.dk og kani@sum.dk

23-01-2025
BIS/RNH/412/00105

Svar på høring over udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven, apotekerloven og autorisationsloven (specialeplanlægning, ny afregningsordning, samt lægemiddelhåndtering mv. på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen m.v.)

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 17. december 2025 sendt ovennævnte lovudkast i offentlig høring.

Danmarks Apotekerforening takker for muligheden for at kommentere lovudkast og skal fremkomme med nedenstående bemærkninger.

Apotekerforeningens bemærkninger vedrører alene den del af lovudkastet, der omhandler lægemiddelhåndtering mv. på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen (lovudkastets tredje del).

Sammenfatning af Apotekerforeningens bemærkninger.
Helt overordnet har Apotekerforeningen forståelse for synspunktet om, at det er hensigtsmæssigt, at behandling, herunder lægemiddelbehandling, til borgere på midlertidige døgndækkede pladser skal være vederlagsfri.

Apotekerforeningen er imidlertid ikke enig i, at konsekvensen af dette skal være, at der i regionsregi opbygges en ny, parallel distribution af lægemidler i direkte konkurrence med de private apoteker – navnlig ikke, når der er tale om lægemidler, som de private apoteker kan levere:

- Dels udgør forslaget potentielt en principiel ændring af "arbejdsfordelingen" mellem det offentlige og det private sundhedsvæsen.
- Dels risikerer det at føre til et uhensigtsmæssigt og unødvendigt ressourcemæssigt merforbrug med en parallel distributionskanal, da apotekerne allerede lokalt er til stede og tilgængelige for ressourceeffektiv og patientsikker levering af lægemidlerne.
- Dels er der i lovudkastet ikke fastsat kriterier for, hvornår denne løsning i givet fald kan vælges frem for levering af lægemidlerne fra private apoteker, hvilket risikerer at føre til suboptimering.

Apotekerne har allerede i dag mulighed for at udlevere vederlagsfri medicin i med lægemidler fra eget lager og afregning med regionen – en model, der bør nyttiggøres også for borgere på sundheds- og omsorgspladser.

Apotekerforeningen kan heller ikke bakke op om de foreslåede ændringer vedrørende lægemiddelbehandling i eget hjem, herunder ved akutsygepleje. Det er ulogisk, at sygehusapoteker skal levere lægemidler til personer i eget hjem, ikke mindst hvis

dette også udstrækkes til at omfatte personer, som ikke nødvendigvis har været i sygehusbehandling. Også her er der risiko for, at der bliver indført fordyrende og ineffektive løsninger, som suboptimerer sundhedsvæsenets ressourcer.

Det skal ses i sammenhæng med, at etablering af medicinskabe bør begrænses væsentligt både af hensyn til patientsikkerhed og til forsyningssikkerhed.

Ovenstående uddybes i det følgende.

Private apoteker kan med fordel fortsat i mange tilfælde forestå levering af lægemidler til personer på regionale midlertidige døgnpladser

Folketinget vedtog som en del af udmøntningen af sundhedsreformaftalen den 19. december 2025 lovforslag nr. L 42. Med lovændringen er det blandt andet besluttet at flytte ansvaret for akutsygeplejen og hovedparten af målgruppen for de midlertidige pladser, herunder alle akutpladser, fra kommunerne til regionerne.

I det oprindelige lovudkast var udgangspunktet, at lægemidlerne hertil fortsat skulle rekvireres fra privat apotek, hvilket Apotekerforeningen bakkede op om. Apotekerforeningen har forstået, at der efterfølgende er truffet politisk beslutning om, at forsyningen af lægemidler til de midlertidige pladser også kan varetages af de regionale sygehusapoteker. Dette er der nu lagt op til at hjemle med det aktuelle lovudkast.

Af lovudkastet fremgår, at forslaget herom er begrundet med:

- At dette vil give regionerne et bedre grundlag for sammenhængende indkøb og distribution af lægemidler samt registrering og monitorering af bl.a. lægemiddelforbrug på tværs af sygehusvæsenet og i akutsygeplejen, og
- At behandling med lægemidler på en regional midlertidig plads, herunder på en sundheds- og omsorgsplads og i eget hjem (herunder i akutsygeplejen), vil kunne iværksættes hurtigt efter en ordination fra en læge eller en sygeplejerske og dermed ikke skal afvente, at lægemidlerne kan blive leveret fra et apotek til den specifikke patient.

Apotekerforeningen bemærker hertil, at apotekerne allerede i dag leverer lægemidler til institutionerne. Når dette skal være vederlagsfrit for borgerne, vil apotekerne fortsat – og hurtigt, effektivt og med høj patientsikkerhed – kunne levere de rekvirerede lægemidler til institutionerne, herunder til eventuelle medicinskabe. Når lægemidlerne ikke skal betales af borgeren, vil det ikke kræve involvering af pårørende, og det vil ikke være forbundet med nogen forsinkelse eller administrative konsekvenser for borgerne.

Apotekerne har endvidere allerede i dag afregningsaftale med regionerne for så vidt angår medicintilskud til borgerne, udlevering af vederlagsfri medicin (fx skizofreniaftalen) og for levering af lægemidler til praktiserende læger til brug i praksis. Apotekerne leverer i den forbindelse oplysninger til regionerne, som giver regionerne mulighed for at registrere og monitorere lægemiddelforbruget. Det samarbejde kan udvides til også at omfatte de midlertidige døgndækkede pladser.

Der vil således efter Apotekerforeningens opfattelse intet være til hinder for at fastholde de private apoteker som leverandører af de lægemidler, der forefindes på apotek, til de pågældende institutioner, og samtidig at gennemføre de foreslåede regler om regioners vederlagsfri udlevering af lægemidler til de pågældende borgere og om regionernes mulighed for at fordele, opsplitte og udlevere lægemidler til brug for behandling af borgere på midlertidige døgndækkede pladser.

Det forhold, at ansvaret for driften af de regionale midlertidigt døgndækkede pladser overgår til regionerne, bør ikke føre til, at ansvaret for lægemiddelforsyningen flyttes fra de private apoteker til sygehusapotekerne.

Apotekerforeningen er opmærksom på, at det fremgår af lovudkastets bemærkninger, at regionerne også vil kunne rekvirere lægemidlerne og andre varer fra de private apoteker på samme måde som de kommunale funktioner, der er omfattet af lægemiddellovens § 39, stk. 3, nr. 13.

Der er imidlertid ikke lagt op til nogle kriterier for, hvornår den ene løsning skal anvendes frem for den anden, med mindre lovudkastets sammenfattende skema over lovudkastets økonomiske og administrative konsekvenser skal forstås således, at levering fra offentlige sygehusapoteker skal foretrækkes "frem for" levering fra private apoteker.

Danmarks Apotekerforening 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.

Uden en sådan afgræsning og vurdering er der efter Apotekerforeningens opfattelse ikke tilstrækkeligt vægtige grunde til den foreslåede ændring, som er et opgør med den eksisterende opgavefordeling mellem de offentlige sygehusapoteker og de private apoteker. En sådan ubegrundet nationalisering er både principiel og betænkelig.

For så vidt angår en økonomisk/administrativ/praktisk/patientsikkerhedsmæssig/miljømæssig vurdering bemærkes, at det er Apotekerforeningens indtryk, at etableringen og driften af de regionale midlertidige døgndækkede pladser vil variere betydeligt regionerne imellem. I de tilfælde, hvor pladserne etableres som større centrale institutioner i tæt forbindelse med sygehuse, kan det ikke afvises, at det samlet set vil være mest hensigtsmæssigt at lægemidlerne leveres fra sygehusapoteket. Dog vil det fx betyde, at sygehusene skal bruge ressourcer på at opbygge og drive et nyt, selvstændigt distributionssystem med bl.a. (køle)biler, chauffører mv. Omvendt for mere lokalt placerede og måske mindre institutioner, hvor levering fra private apoteker umiddelbart vurderet må været mest hensigtsmæssigt, idet apotekerne allerede leverer lægemidler til lokal udbringning, med mindre naturligvis, at der er tale om lægemidler, som de private apoteker ikke lagerfører.

For så vidt angår en økonomisk vurdering, hæfter Apotekerforeningen sig ved, at man ifølge lovudkastets bemærkninger forventer, at forslaget vil medføre positive økonomiske konsekvenser for det offentlige, idet det vurderes, at regionerne gennem indkøbsaftaler hos Amgros I/S vil kunne indkøbe medicinen til en samlet set mindre udgift end regionernes udgifter til den samme tilskudsmedicin.

Apotekerforeningen gør i den forbindelse opmærksom på, at apotekerens priser på generiske lægemidler er blandt de laveste i Europa. En stor del af de lægemidler, som de pågældende borgere kan blive forsynet med fra private apoteker, må antages at være netop disse billige, generiske lægemidler. Apotekerforeningen er derfor ikke overbevist om, at dette reelt vil gøre sig gældende. Det understøttes muligvis også af, at det fremgår, at størrelsen af en eventuel besparelse ikke kan estimeres. Da denne besparelse må forventes at være et væsentligt hensyn bag den foreslåede ændring i arbejdsdelingen mellem det offentlige og private aktører, er det problematisk, at denne beregning enten ikke er gennemført eller ikke er fremlagt i forbindelse med lovforslaget.

Herudover hæfter Apotekerforeningen sig ved, at lovudkastet intet sted adresserer de økonomiske, administrative og eventuelle miljømæssige udgifter, som må forventes at være forbundet med forslaget. De private apoteker er allerede til stede lokalt og leverer lægemidler til borgere på institutioner. Med lovforslaget vil regionerne som ovenfor nævnt skulle etablere et nyt, parallelt distributionssystem, hvor lægemidlerne skal transporteres over kortere eller længere afstande. Det er en ny opgave for regionerne, som må ventes at kræve investering i udstyr og flere medarbejdere. Hertil kommer, at der vil være en betydelig risiko for, at denne investering senere vil tjene som begrundelse for at udvide regionernes opgaver yderligere af hensyn til at sikre en rimelig udnyttelse af de ressourcer, der herefter vil være investeret.

Af afsnittet om økonomiske konsekvenser af lovforslaget fremgår umiddelbart modstridende oplysninger. På den ene side fremgår det af lovforslagets side 48, at apotekernes bruttoavance vil blive negativt påvirket med mellem 5 og 15 mio. kr. På den anden side står der på lovforslagets side 45, at der vil være negative konsekvenser for staten i form af en nedgang i momsindtægter på omkring 4 mio. kr. En nedgang i bruttoavance på lægemidler på mellem 5 og 15 mio. kr. svarer til en nedgang i apotekernes omsætning på mellem knap 40 og knap 115 mio. kr. Moms af denne omsætning udgør dermed mellem 10 og 29 mio., kr. og ikke 4 mio. kr.

Apotekerforeningens bemærkninger vedrørende behandling i eget hjem, herunder ved akutsygepleje

Ifølge lovudkastet vil sygehusapotekerne også få mulighed for at levere lægemidler til regionale funktioners brug for behandling i eget hjem.

Denne del af lovforslaget er på flere punkter uklart beskrevet og uklart afgrænset.

Det fremgår således flere steder i bemærkningerne, at der er tale om lægemidler til brug for behandling i eget hjem herunder ved akutsygepleje, uden at det fremgår, hvad der ligger i "herunder". Hertil kommer, at det et andet sted (side 11) anføres, at lovforslaget vil indebære, at andre regionale funktioner end sundheds- og omsorgspladser og akutsygeplejen vil kunne fordele, opsplitte, og udlevere lægemidler til brug for "sygeplejerskers og lægers behandling af patienter i eget hjem... ", uden at dette tilsyneladende er afgrænset.

Det fremgår også, at forslaget indebærer, at en borger, som modtager behandling i akutsygeplejen, vil kunne få udleveret lægemidler til opstart af en behandling, dvs. i en mængde, der svarer til patientens behov, indtil patienten selv kan rekvirere lægemidlet fra apoteket, uden det er nærmere præciseret, hvad der ligger heri, fx om der er tale om behandling, der skal iværksættes uden for apotekets almindelige åbningstid.

Uanset eventuelle præciseringer af reglen kan Danmarks Apotekerforening ikke bakke op om, at lægemidler til behandling af personer i eget hjem kan leveres af sygehusapoteker. Der vil, så vidt Apotekerforeningen er bekendt med, være tale om, at en stor del af personerne, der modtager akutsygepleje, henvises af den praktiserende læger eller lægevagt, hvor behandling sker uden led i sygehusbehandling.

De samme argumenter for forslaget vedr. behandling af borgere i eget hjem, herunder akutsygepleje, om sammenhængende distribution af lægemidler, registrering og monitorering af lægemiddelforbrug, hurtig iværksættelse af behandling samt admini-

strativ lettelse for borgerne, vil også imødegås, når de private apoteker leverer lægemidlerne vederlagsfrit. De leverer allerede i dag lægemidler til borgernes hjem, og de pårørende skal ikke involveres, når lægemidlerne er vederlagsfri.

Apotekerforeningens bemærkninger vedrørende medicinskabe/-rum
Med lovforslaget bliver det muligt for regionerne at etablere medicinskabe eller -rum, hvori der kan opbevares fælles lægemidler til brug for denne behandling. Medicinskabe eller – rum vil kunne placeres både centralt i regionen, i sundhedsrådenes områder eller på et konkret behandlingssted.

Apotekerforeningen bemærker her, at apotekerne vil kunne levere størstedelen af lægemidler til medicinskabe i stedet for at opbygge paralleldistribution, der hvor det giver økonomisk, administrativ og miljømæssig værdi. Apotekerne ligger jævnt fordelt i regionen, i sundhedsrådenes områder og tæt på behandlingssteder – sidstnævnte, som de i dag allerede transporterer lægemidler til. I de tilfælde, hvor kommunerne i dag benytter medicinskabe, er det apotekerne, der leverer lægemidlerne.

Apotekerforeningen mener, at etablering af medicinskabe bør begrænses væsentligt af hensyn til sikkerhed, herunder forsyningssikkerhed og patientsikkerhed, og opfordrer til, at der skal være regler for, hvilke lægemidler og i hvilken mængde der kan rekvireres til et regionalt medicinskab/-rum. Det bedste sted at opbevare lægemidlerne er på apotekerne og sygehusapotekerne, som har kvalificerede lokaler med strenge krav til overvågning af temperatur til opbevaring af lægemidler, og som har ekspertisen i at håndtere udløbsdatoer mv. Der bør derfor udelukkende være mulighed for at rekvirere lægemidler til medicinskabe/-rum, hvis det vurderes afgørende for den enkelte patient - både for at sikre korrekt opbevaring og for at undgå spild af lægemidler grundet udløb. Lægemiddelmarkedet er for tiden plaget af restordrer, og af hensyn til forsyningssikkerheden, patientsikkerheden og medicinspild bør der fastsættes rammer for mængden af lægemidler, der kan rekvireres for at sikre mod unødig lageropbygning.

Det er i lovforslaget ydermere foreslået, at der vil kunne opbevares lægemidler i medicinskabe eller -rum, som i beredskabssituationer forventes at skulle distribueres til befolkningen med henblik på behandling i eget hjem eller på midlertidige døgndækkede pladser efter ordination. Apotekerforeningen opfordrer kraftigt til, at der laves en koordineret indsats omkring lægemiddelberedskab på tværs af sektorer og aktører, inden der tages skridt til at oprette medicinskabe/-rum i regionerne som følge af dette lovforslag. Dette af hensyn til forsyningssikkerhed, at begrænse mængden af udløbet medicin samt ressourceforbrug til vedligehold af lægemiddelberedskab.

Apotekerforeningen er enig i, som det fremgår af lovforslaget, at der skal være regler for rekvisitioner af lægemidler til medicinskabe eller - rum, den nærmere håndtering af lægemidler, hvilket personale der har adgang til medicinskabe og -rum, krav om skriftlige procedurer, udstyr og ansvar for tilsyn med lægemidlerne. I forhold til tilsyn af medicinskabe og -rum opfordres til at gøre brug af ressourcerne på apotekerne, da apotekernes farmakonomer og farmaceuter vil kunne bidrage til eller helt stå for at gennemføre tilsynene.

Apotekerforeningen bifalder afsnittene om, at der skal fastsættes regler for opbevaring af og adgang til lægemidler i medicinskabe/-rum, da korrekt opbevaring af lægemidler er afgørende for lægemidlets kvalitet.

Apotekerforeningen står til rådighed for spørgsmål eller behov for uddybning af høringssvaret.

Med venlig hilsen

Birthe Søndergaard
Sundhedsfaglig direktør

DANSK ERHVERV
Børsen
1217 København K

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

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

Den 23. januar 2026

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

Dansk Erhverv takker for muligheden for at deltage i høringen over 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)

Dansk Erhverv noterer sig, at lovforslaget udgør første del af den tredje lovpakke, der skal udmønte dele af aftale om sundhedsreform 2024.

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) samt en række patientorganisationer. Ligeledes tæller Dansk Erhvervs medlemmer en række private og selvejende virksomheder på ældreområdet og leverandører af socialpsykiatriske botilbud.

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 (landsdelsfunktioner)

Dansk Erhverv bemærker indledningsvist, at ændringerne i specialeplanlægningen foreslås gennem en ændring af sundhedslovens § 208. Med den foreslåede § 208, stk. 5, overgår kompetencen til at godkende landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse fra Sundhedsstyrelsen til regionsrådene, mens Sundhedsstyrelsen fortsat fastsætter de faglige krav til varetagelsen af funktionerne, jf. § 208, stk. 1, og alene i særlige tilfælde kan gribe ind, jf. § 208, stk. 7.

Dansk Erhverv er *grundlæggende skeptisk over for denne forskydning af kompetence*. Specialeplanlægningen har traditionelt været forankret centralt netop for at sikre national koordinering, ensartet kvalitet og en samlet udnyttelse af kapaciteten på tværs af landet. Når regionerne både får rollen som planlægningsmyndighed og samtidig er ansvarlige for driften af egne hospitaler, indebærer det en risiko for sammenblanding af hensyn, hvor regionale drifts- og økonomiske forhold kan komme til at veje tungere end hensynet til patienternes adgang til rettidig og specialiseret behandling.

Dansk Erhverv finder det i den forbindelse relevant at pege på, at en decentralisering af godkendelseskompetencen for landsdelsfunktioner kan medføre en mere restriktiv anvendelse af privat kapacitet – også i situationer, hvor private leverandører kan bidrage med dokumenteret kvalitet og ledig kapacitet. Dette kan reducere den samlede kapacitet og fleksibilitet i sundhedsvæsenet og dermed øge risikoen for længere ventetider og større geografiske forskelle i adgangen til specialiseret behandling. Samtidig kan der, når regionen udøver rollen som planlægningsmyndighed, rejses spørgsmål om beslutningernes uvildighed, hvilket i sig selv er uhensigtsmæssigt, hvis målet er et effektivt og tillidsbaseret sundhedsvæsen.

Dansk Erhverv bemærker i forlængelse heraf, for det første, at en sådan kompetenceforskydning ikke synes at være efterspurgt af hverken Danske Regioner eller privathospitalerne, jf. Danske Regioners og Sundhed Danmarks høringssvar. For det andet bemærker Dansk Erhverv, at Sundhedsstrukturkommissionen efter Dansk Erhvervs læsning ikke anbefalede en egentlig decentralisering af specialeplanlægningen, men derimod pegede på behovet for at sammentænke specialeplanlægningen med en eventuel national sundhedsplan, så der ikke etableres overlappende styringsredskaber. For det tredje medfører den nye model alt andet lige mere bureaukrati ved at planlægningskompetencen skal opbygges i alle regioner, hvilket både er uhensigtsmæssigt i en samfunds- og arbejdsmarkedsoptik, og vil stå i modsætning til regeringen overordnede erklærede mål.

Dansk Erhverv hæfter sig endvidere ved, at Sundhedsstyrelsens mulighed for at pålægge regionerne at benytte privat kapacitet efter § 208, stk. 7, er udformet som en snæver undtagelse. Efter Dansk Erhvervs opfattelse er dette ikke tilstrækkeligt til at sikre en reel, uvildig og ensartet specialeplanlægning på tværs af landet. Tværtimod peger erfaringer med markante forskelle i ventetider mellem regionerne på visse specialiserede behandlingsområder på et behov for styrket – snarere end svækket – national styring. Hertil kommer, at en model, hvor kompetencen primært er regional, men i særlige tilfælde kan løftes til nationalt niveau, i sig selv forudsætter en fortsat stærk national kompetence, hvilket svækker rationalet for kompetenceflytningen.

Dansk Erhverv anbefaler derfor, at kompetencen til godkendelse og placering af landsdelsfunktioner fortsat forankres centralt. Alternativt bør der etableres væsentligt stærkere nationale værn og bindende kriterier, som sikrer, at hensynet til patienternes adgang, kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse tillægges afgørende vægt i regionernes beslutninger. I den forbindelse bør private aktører – på linje med regionerne – have mulighed for at få beslutninger om placering og anvendelse af kapacitet fagligt efterprøvet ved Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet, så der sikres gennemsigtighed og tillid til specialeplanlægningen.

Dansk Erhverv bakker om Sundhed Danmarks høringssvar ifm. nærværende høring.

Afregningsordning og sundheds- og omsorgspladser

Dansk Erhverv henviser til de bemærkninger, som vi har fremsat i vores høringssvar vedrørende lov om opgaveflytning m.v. Her kvitterer Dansk Erhverv bl.a. for, at lovgivningen åbner mulighed for, at private aktører kan inddrages i etablering og drift af sundheds- og omsorgspladser, og fremsætter i den forbindelse en række forslag til forbedringer og opmærksomhedspunkter. Henvisningen gælder både i relation til nærværende høring og den sideløbende høring om kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser.

Dansk Erhverv har i forbindelse med høringen været i dialog med en række af sine medlemmer, som udviser interesse i at bidrage til opgaveløsningen, men som samtidig efterspørger yderligere afklaring gennem dialog. Medlemmerne er både blevet tilsendt nærværende høring, og den sideløbende høring omkring kvalitetsstandarder.

Dansk Erhverv finder det således 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.

Nærværende høring vedrører den foreslåede nye afregningsordning i forbindelse med etablering af sundheds- og omsorgspladser, som reguleres gennem indsættelsen af nye bestemmelser i sundhedsloven §§ 238, 238 a og 238 b. Dansk Erhverv bemærker i den forbindelse, at sundhedslovens § 238 b forudsætter en ensartet og gennemsigtig vurdering af, hvornår et forløb kan anses for afsluttet, samt klare rammer for afregning og samarbejde mellem regioner og kommuner. I den sammenhæng finder Dansk Erhverv det væsentligt, at implementeringen af afregningsordningen sker på en måde, der understøtter reformens intention om at inddrage både offentlige og private aktører i opgaveløsningen.

Dansk Erhverv lægger endvidere vægt på, at afregningsordningen ikke fører til fortrængning af eksisterende privat og selvejende kapacitet på overlappende områder, og at de økonomiske rammer udformes med den fornødne gennemsigtighed og forudsigelighed. Flere medlemmer peger på, at der fortsat er væsentlige uklarheder i forhold til, hvilke ydelser afregningen forudsættes at dække, hvilke faglige krav der stilles til bemandingen, herunder lægefaglig tilknytning, samt hvordan visitering og belægning forventes tilrettelagt i praksis. Samtidig bemærkes det, at der er tale om et nyt område, hvor private aktører kan byde ind, og at opbygning af privat kapacitet, der kan bidrage til den samlede kapacitet, kræver tid og forudsætter stabile og klare rammer.

Dansk Erhverv anbefaler derfor, at relevante private aktører inddrages systematisk i den videre implementering af sundheds- og omsorgspladserne, herunder i forbindelse med fastlæggelsen af nærmere regler i medfør af sundhedslovens § 238 b, stk. 5, således at ordningen bidrager til en effektiv og hensigtsmæssig anvendelse af den samlede kapacitet på området.

Lægemiddelhåndtering og øvrige elementer

Lovforslaget indebærer ændrede rammer for regionernes håndtering og udlevering af lægemidler til brug for behandling på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen.

I den forbindelse er det væsentligt, at de praktiske og organisatoriske rammer for opgaveløsningen er klart definerede. Det er en forudsætning for, at både offentlige og private aktører kan bidrage hensigtsmæssigt til opgaveløsningen. Det gælder navnlig rammerne for samarbejde, visitering og dokumentation samt adgangen til og anvendelsen af relevante kommunikations- og journalsystemer i tilknytning til opgaverne, herunder i relation til akutsygeplejen, jf. sundhedslovens § 138 a. Klare og ensartede rammer vil understøtte et velfungerende samspil mellem aktørerne og bidrage til en smidig implementering af ordningen. Det vil samtidig understøtte, at opgaverne kan løses effektivt og med høj kvalitet, uanset om indsatsen varetages i offentligt eller privat regi.

Dansk Erhverv står gerne til rådighed for dialog og uddybning af ovenstående bemærkninger og bidrager konstruktivt til det videre arbejde.

Med venlig hilsen

Katrina Feilberg

Branchedirektør, Sundhed og Life Science

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Den 22. januar 2026

Mail: sum@sum.dk

med kopi til: sad@sum.dk og kani@sum.dk

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

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

Vi forholder os i dette høringssvar til lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser mv. og går ikke ind i den del, som omhandler specialeplanlægning og afregningsordning.

Danske Ældreråd finder det meget positivt, at regionerne med lovforslaget får langt bedre mulighed for at håndtere lægemidler, herunder fordele, opsplitte og udlevere lægemidler, på sundheds- og omsorgspladser og til opstart af behandling i eget hjem, herunder i akutsygeplejen.

Lovforslaget sikrer, at borgere på sundheds- og omsorgspladser under hele opholdet får udleveret de lægemidler, som de er i behandling med. Lægemidler er ofte meget afgørende i borgerens behandlingsforløb, og er en integreret del af den samlede sundhedsfaglige indsats, og derfor er det vigtigt, at lægemidlerne bliver vederlagsfri for borgerne.

Derudover er det meget positivt, at lovforslaget giver mulighed for at etablere medicinskabe eller anden mulighed for opbevaring af fælles lægemidler på sundheds- og omsorgspladser mv. Det giver en langt bedre forudsætninger for, at behandling med lægemidler kan igangsættes hurtigt og rettidigt efter ordination, og det betyder, at pårørende til ældre på pladserne ikke skal ud og hente lægemidler på nærmeste apotek.

Med venlig hilsen

Inger Møller Nielsen
Formand

Trine Toftgaard Lund
Direktør

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

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

Den: 23. jan. 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 af afslutningstaksten 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 netop 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 godt 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 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 <u>før</u> og <u>efter</u> 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 også 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

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K

Den 23. 01 2026

Vedrørende sagsnr.: 2025 - 9152
Dok. nr.: 4535245

Høringssvar vedr. forslag til lov om 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
Katrine Laubjerg | Chefkonsulent - VEU | Rådgivning og politikudvikling

DANSK
KIROPRAKTOR
FORENING

Høringssvar fra Dansk Kiropraktor Forening til høringsudkastet til lov om specialeplanlægning, afregningsordning, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser mv.

Dansk Kiropraktor Forening (DKF) takker for muligheden for at afgive høringssvar. Vi ser udkastet som et vigtigt skridt mod et stærkere og mere sammenhængende sundhedsvæsen. Selvom høringsudkastet ikke retter sig mod kiropraktorer eller kiropraktiske ydelser, ønsker DKF at understrege, at vi gerne bidrager i opgaveflytningen fra kommuner til regioner.

Brug kapaciteten tæt på borgeren
DKF bemærker, at der i udkastet gives større regionalt planlægningsmæssigt råderum, der bl.a. skal gøre specialeplanlægningen mere fleksibel og rustet til at imødegå udfordringer, fx ved kapacitetsudfordringer på sygehusene. Hertil kan Sundhedsstyrelsen i særlige tilfælde også pålægge en region at benytte privat kapacitet til at varetage en landsdelsfunktion.

I den forbindelse ønsker DKF at henlede opmærksomheden på den billeddiagnostiske kapacitet i kiropraktorpraksis. Kiropraktorer er autoriserede til at udføre røntgenundersøgelser på eget apparatur, og privatpraktiserende kiropraktorklinikker med overenskomst har ca. 160 digitale røntgenanlæg.

Denne kapacitet er en del af det primære sundhedsvæsen i de fem regioner, og kiropraktorpraksis stiller gerne anlæggene og de billeddiagnostiske kompetencer til rådighed ved kapacitetsudfordringer. Dette vil betyde, at patienter kan få foretaget deres undersøgelse i geografisk nærhed til deres bopæl og undgå de lange ventelister, der kan opstå på regionale sygehuse.

Med venlig hilsen,



Michael Christensen,
Formand for Dansk Kiropraktor Forening

DANSK SELSKAB FOR MEDICINSK GENETIK

19. januar 2026

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

(Ny model for specialeplanlægning)

Dansk Selskab for Medicinsk Genetik (DSMG) takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkast til lovforslag om ny model for specialeplanlægning, herunder ændret regulering af landsdelsfunktioner efter sundhedslovens § 208.

DSMG anerkender intentionen om at give regionerne større fleksibilitet i placeringen af landsdelsfunktioner. Specialet finder det imidlertid afgørende, at ændringer i reguleringen ikke medfører en svækkelse af kvalitet, forskning, uddannelse og national koordinering inden for højt specialiseret klinisk genetik.

Klinisk genetik er et videns- og forskningsintensivt speciale, hvor diagnostik, fortolkning og klinisk anvendelse af genetiske fund er tæt integreret med forskning, avanceret laboratorie, high performance computing og bioinformatisk infrastruktur samt præ- og postgraduat universitetsuddannelse. Disse funktioner er i praksis tæt forbundet med universitetsmiljøer.

Grundet denne nødvendige infrastruktur samt gældende bestemmelser om datadeling vil det særligt være vanskeligt at overføre kliniske genetiske funktioner til private sygehuse.

Omvendt ser vi også stort potentiale i fremskudte ambulante funktioner på regionssygehusene med henblik på at sikre geografisk lige adgang til sundhedsydelser, men med fast tilknytning til universitetssygehusene som kan sikre:

- høj diagnostisk kvalitet og korrekt fortolkning af komplekse genetiske fund
- løbende metodeudvikling og implementering af nye genetiske teknologier
- forskning og translationel udvikling med direkte betydning for patientbehandlingen
- uddannelse og rekruttering af speciallæger og højt specialiserede fagpersoner
- national videndeling, fælles retningslinjer og kvalitetsudvikling

Disse elementer udgør kerneopgaver i landsdelsfunktioner inden for klinisk genetik og kan vanskeligt opretholdes uden tæt integration med universiteterne.

DSMG-sekretariat:
e-mail: genetikdsmg@gmail.com

DANSK SELSKAB FOR MEDICINSK GENETIK

Det vurderes positivt, at Sundhedsstyrelsen fortsat fastsætter krav til lands- og landsdelsfunktioner. Det anbefales, at der for landsdelsfunktioner inden for klinisk genetik eksplicit stilles krav om:

- dokumenteret universitetstilknytning
- aktiv forsknings- og udviklingsaktivitet
- formel forankring i lægelig videreuddannelse

Dette vil sikre ensartet kvalitet på tværs af regioner og understøtte specialets langsigtede udvikling.

Samlet anbefaler DSMG, at den foreslåede øgede regionale fleksibilitet bør udmøntes under hensyntagen til de særlige faglige og strukturelle forhold, der gør sig gældende for klinisk genetik, herunder universitetstilknytning.

DSMG stiller sig gerne til rådighed for yderligere dialog.

Med venlig hilsen og på vegne af bestyrelsen i Dansk Selskab for Medicinsk Genetik,

Søren Lejsted Færgeman
Formand for bestyrelsen
Afdelingslæge i Klinisk Genetik, DPhil
Klinisk Genetisk Afdeling/Molekylær Medicinsk Afdeling
Aarhus Universitetshospital

Anja Frederiksen
Næstformand i bestyrelsen
Professor og overlæge i Klinisk Genetik, PhD
Genetisk Afdeling, Odense Universitetshospital

DNKS

Dansk Neurokirurgisk Selskab

Aalborg d 21. januar 2026

Lægeforeningen, Kristianiagade 12, 2100 København Ø. Sekretariat: Linda Ædelsten Edslev lie@dadl.dk 35448407

ATT: Sofie Aas Dalsgaard

Fuldmægtig, Sundhedsstruktur

sad@sum.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriet • Slotsholmsgade 10-12

1057 København K • Tlf. 7226 9000

Vedrørende LVS Høring over lovforslag om ny model for Specialeplanlægning m.m.

Dansk Neurokirurgisk Selskab har kommentarer til følgende punkter:

2.1. Ny model for Specialeplanlægning

Det foreslås, at regionerne får kompetencen til at godkende landsdelsfunktioner (også kaldet regionsfunktioner) på regionale og private sygehuse.

Regionerne bør fastholde fokus på dokumentation, kvalitet, uddannelse, volumen og robusthed fagligt vejledt af specialeselskabet. Dette er særligt vigtigt i forhold til eventuel komplikationskirurgi. Det er vigtigt, at eventuelle private udbydere tildeles funktioner under samme kriterier, vilkår og krav om kvalitet og tilgængelighed som offentlige sygehuse, og ikke alene kan byde ind på dele af patientforløbet. Konsekvenser for rekruttering og uddannelses bør ligeledes overvejes. Budgetansvaret bør revideres og fordeles mellem alle regionale aktører.

DNKS må fastholde, at specialet neurokirurgi fagligt styres nationalt via vores selskab.

2.4. Styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb

Konkret tildeles regionerne med lovforslaget ansvaret for, og dermed beslutningskompetencen til, at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb på den lægelige videreuddannelse.

Det er vigtigt for Dansk Neurokirurgisk Selskab, at vores speciallægeuddannelsesforløb fortsat planlægges, fordeles og styres nationalt via selskabet. Dette har vi formået via nationale møder blandt videreuddannelsessekretariaterne og specialeselskabets uddannelsesudvalg samt et nationalt ansættelsesudvalg. Dette sikrer, at vi har en national dækning i specialet, og at de ganske få uddannelsesforløb bliver korrekt og effektivt udnyttet med faglig robusthed, høj speciallægeansættelse og uden lokalpolitiske hensyn.

DNKS anbefaler, at lovforslaget vedtages med fokus på:

- Tydelig afgrænsning af regionale kompetencer.

- Klare retningslinjer for samarbejde mellem sektorer.

- Sikring af ressourcer til implementering

- National styring af geografisk fordeling af uddannelsesforløb

På vegne af bestyrelsen

Helga Angela Gulisano, Formand DNKS
Mail: heang@rn.dk
Tlf: 40717171

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

E-mail: sum@sum.dk, cc: sad@sum.dk & kani@sum.dk

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

Dato:
23. januar 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

Danske Patienter takker for muligheden for at afgive høringssvar. Vi har primært bemærkninger til den foreslåede model for specialeplanlægning. For de øvrige dele af lovforslaget har Danske Patienter enkelte opmærksomhedspunkter og understreger overordnet, at implementeringen bør ske med fokus på patientsikkerhed og sammenhæng i patientforløbene.

2.1 Ny model for specialeplanlægning

Danske Patienter anerkender behovet for at udnytte den samlede kapacitet bedre for at nedbringe uacceptabelt lange ventetider. Ventetid og tilgængelighed er vigtige kvalitetsparametre for patienter, og vi kan derfor støtte en mere fleksibel organisering, hvor regionsrådene fremover kan godkende landsdelsfunktioner – også på private sygehuse.

Samtidig er specialeplanlægningen indført for at sikre høj faglig kvalitet gennem samling af kompetencer, volumen og erfaring. En øget spredning af funktioner kan risikere at udvande specialiserede miljøer og svække kvaliteten, hvis kravene ikke er skarpe, målbare og håndhæves konsekvent.

Vi forudsætter derfor, at:
- Sundhedsstyrelsens nationale faglige krav er tydelige og ens for hele landet.
- Regionernes godkendelser bygger på dokumentation for, at kvalitet og patientsikkerhed kan leveres i praksis – og at der følges op løbende.
- Patienthensyn og patientsikkerhed altid vejer tungere end kortsigtet kapacitetsstyring.

Systematisk patient- og pårørendeinddragelse
Specialeplanen fastlægger rammerne for organiseringen af alle lægelige specialer og har derfor stor betydning for patienters adgang til udredning, behandling og opfølgning. Ændringer kan få mærkbare konsekvenser for både tilgængelighed og kontinuitet – fx i forhold til geografisk adgang, transport og muligheden for et sammenhængende forløb. På den baggrund er vi forundrede over, at der ikke samtidig er fastsat klare rammer for systematisk inddragelse af patienter og

Danske Patienter er paraply for patient- og pårørendeforeninger i Danmark. Danske Patienter har 28 medlemsforeninger, der repræsenterer 108 patientforeninger og 900.000 medlemmer: Alzheimerforeningen, Amputationsforeningen, Astma-Allergi Danmark, Bedre Psykiatri, Colitis-Crohn Foreningen, Dansk Søvnapnø Forening, Depressionsforeningen, Diabetesforeningen, Epilepsiforeningen, Fibromyalgi- & Smerteforeningen, Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade, Gigtforeningen, Hjernesagen, Hjerneskadeforeningen, Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Lungeforeningen, Muskelsvindfonden, Nyreforeningen, Osteoporoseforeningen, Parkinsonforeningen, Patientforeningen Fertilitet og Tab, PolioForeningen, Scleroseforeningen, SIND, Sjældne Diagnoser, UlykkesPatientForeningen og Øjenforeningen.

pårørende i arbejdet med at udvikle, implementere og følge op på ændringerne.

Danske Patienter anbefaler, at patienter og pårørende – herunder relevante patientforeninger – inddrages systematisk i arbejdet med den nye model for specialeplanlægning. Patientforeninger bidrager med et samlet erfaringsgrundlag fra mødet med sundhedsvæsenet, som kan supplere de faglige og organisatoriske vurderinger og styrke et oplyst beslutningsgrundlag, bl.a. ved at:

- belyse konsekvenser for adgang til specialiseret behandling og kontinuitet i forløb,
- identificere risici for brud i sammenhæng på tværs af specialer og sektorer,
- bidrage til vurderingen af, hvordan ændringer kan påvirke ulighed i sundhed, særligt for sårbare grupper,
- understøtte et vedvarende fokus på kvalitet og patientsikkerhed.

En tydelig og systematisk rammesætning for inddragelse vil dermed kunne styrke specialeplanens kvalitet, legitimitet og anvendelighed i praksis.

Klare rammer og bedre overgange for patienterne
Specialeplanlægningen har over tid bidraget til et markant kvalitetsløft, netop fordi den understøtter robuste faglige miljøer og mere ensartet behandling. Derfor bør den nye model indrettes, så gevinsterne fastholdes, og så regionerne fortsat samarbejder om ensartede tilbud og klare rammer for de specialiserede funktioner.

Danske Patienter ser det som afgørende, at de generelle rammer og vejledninger for specialeplanlægningen opdateres, så krav og forventninger bliver klare i den nye model. I den forbindelse bør der være et særligt fokus på det fælles patientansvar og bedre overgange i patientforløb – herunder tydelig overlevering af information, når patienter flytter mellem afdelinger, sygehuse og regioner. Det er ofte her, patienter og pårørende oplever utryghed og brud i sammenhængen.

Behov for stærk faglig ”gatekeeping”
Når specialiserede funktioner kan placeres flere steder, herunder på private sygehuse, øges behovet for et stærkt og ensartet fagligt grundlag. Danske Patienter lægger vægt på, at Sundhedsstyrelsens faglige rolle bliver brugt aktivt, så beslutninger ikke primært bliver drevet af kapacitet, men af kvalitet.

Vi anbefaler derfor, at det indskrives i lovforslaget at regionerne som udgangspunkt indhenter Sundhedsstyrelsens faglige vurdering, før der gives godkendelse, så der i praksis er et tydeligt fagligt “filter” for beslutningen.

Det er samtidig afgørende, at Sundhedsstyrelsen fortsat har et tydeligt nationalt overblik og følger udviklingen i, om kravene efterleves på både offentlige og private sygehuse. Særligt bør områder med kendte udfordringer følges tæt, så kvalitet og patientsikkerhed ikke bliver ujævn på tværs af landet.

Samspil med de mest specialiserede funktioner – og hensyn til patienter med komplekse/sjældne forløb
Overdragelsen af godkendelser rejser bekymringer i forhold til kvalitet og patientsikkerhed - særligt for patienter med komplekse og/eller sjældne sygdomme, hvor behandlingen ofte kræver tæt samarbejde med de mest specialiserede miljøer. For disse patienter er det afgørende, at samarbejdet mellem de højtspecialiserede enheder (fx de to Centre for Sjældne Sygdomme) og det øvrige sundhedsvæsen er klart og forpligtende.

Danske Patienter anbefaler, at godkendelser på områder med komplekse og/eller sjældne patientforløb forudsætter formaliserede samarbejdsaftaler med relevante landsfunktioner, klare henvisningsveje og tydelig ansvarsplacering i forløbet, herunder at der stilles samme krav om patientansvarlig læge for sjældne patienter i landsdelsfunktioner som i øvrige sjældne patientforløb, jf. beskrivelser heraf i generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med sjældne sygdomme. jf. beskrivelser heraf i generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med sjældne sygdomme.

Vi er desuden optaget af, at der fastholdes og håndhæves tydelige krav til kompetencer i landsdelsfunktionerne. For at kunne løfte opgaven over for både store patientgrupper og mindre grupper med komplekse eller sjældne tilstande bør godkendelse og fornyelse forudsætte adgang til opdateret diagnosespecifik viden, relevante faglige ressourcer og stærke vidensmiljøer, herunder tydelige krav til kompetenceudvikling, supervision og faglig opdatering.

Ventetid må ikke blive styrende
Det er vigtigt, at ønsket om kortere ventetider ikke fører til beslutninger, hvor man flytter aktivitet uden samtidig at kunne dokumentere kvalitet og sikre den nødvendige erfaring og rutine. Derfor bør udvidelser og flytninger af specialiserede funktioner altid kobles til klare krav om kvalitet, behandlingsresultater og systematisk opfølgning, og kun ske, når der foreligger dokumentation for, at kravene i § 208, stk. 1 kan opfyldes.

Sproglig bemærkning til lovforslaget om kompetenceændringerne
I bemærkningerne til lovforslaget (s. 9) fremgår det, at første del om specialeplanlægning har til formål at give regionerne beføjelse til selv at placere landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse uden Sundhedsstyrelsens godkendelse.

Denne kompetenceændring fremstår imidlertid ikke helt tydeligt i lovtekstens § 208. Her fremgår det i stk. 1, at Sundhedsstyrelsen fastsætter krav til lands- og landsdelsfunktioner, herunder placeringen af lands- og landsdelsfunktioner, mens det i stk. 5 fremgår, at regionsrådet godkender landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse.

Vi anbefaler derfor, at lovteksten på dette punkt præciseres, så det mere entydigt fremgår, at Sundhedsstyrelsen fastsætter de faglige krav, mens regionerne træffer beslutning om placering og godkendelse af landsdelsfunktioner i overensstemmelse med lovforslagets formål, som beskrevet i bemærkningerne.

2.2 Ny afregningsordning for sundheds- og omsorgspladser

Danske Patienter kan tilslutte sig hensigten om en model, der understøtter hurtigere og mere sammenhængende forløb, så borgeren kan komme hjem med relevant støtte. Samtidig er det afgørende, at økonomiske incitamenter ikke skaber et pres for at afslutte forløb for tidligt.

Vi anbefaler derfor et tydeligt fokus på klare afslutningskriterier og tydelig ansvarsplacering og rettidig koordinering mellem region og kommune. Slutteligt vægter vi god information til patienter såvel som pårørende om forløbets karakter, formål og begrundelse for afslutning. Alt sammen med formål at sikre at økonomiske incitamenter ikke utilsigtet kommer til at gå forud for patienthensyn.

2.3 Lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen

Danske Patienter kan støtte, at regionerne får bedre mulighed for at håndtere lægemidler på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen, og at sygehusapoteker kan levere. Det kan gøre medicinforløb mere smidige og mindske praktiske barrierer.

Når flere led håndterer medicin, skal ansvaret imidlertid være krystalklart – især i overgangene mellem sygehus, sundheds- og omsorgsplads og hjem – for at forebygge fejl og sikre, at borgeren ikke ender med, at pårørende bliver "logistikansvarlige". For mange pårørende er det medicinmæssige ansvar allerede en betydelig byrde.

Vi efterlyser derfor tydelige rammer for:

- Hvem der har ansvaret hvornår.
- Dokumentation og fælles medicinoverblik.

2.4 Styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb

Danske Patienter kan tilslutte sig målsætningen om at understøtte uddannelsesforløb uden for de større byer. Samtidig bør der være klare nationale rammer, så uddannelseskvalitet, supervision og ensartethed ikke bliver for forskellig fra region til region.

Det er vigtigt for patientsikkerhed og kvalitet, at uddannelsesforløb fortsat har tæt kobling til relevante faglige miljøer – og at planlægningen tager afsæt i patientbehov og geografisk lighed i adgang til behandling.

Med venlig hilsen



Morten Freil
Direktør

Aarhus 15. januar 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 kunne godkende regionsfunktioner på regionale og private sygehuse. Vi er fra Dansk Oftalmologisk Selskabs side forstående overfor at der kan være lokale kapacitetsmæssige udfordringer, der kan gøre det nødvendigt at overveje hvorledes specifikke funktioner er placeret i de enkelte regioner. Vi har imidlertid også en ikke ubetydelig bekymring for at det ændrede ansvar kan give anledning til kortsigtede løsninger, og at udflytning af opgaver fra offentlig til privat regi kan medføre et tab af kompetencer og udviklingsmuligheder på regions- og universitetshospitalerne. I forlængelse heraf kan bortfald af regionsfunktioner 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. Vi vil derfor fra Dansk Oftalmologisk Selskab opfordre til at man er opmærksom på de udfordringer og risici der ligger i at flytte opgaven til regionalt regi, og vil desuden opfordre til at man ikke ophører med den årlige opfølgning på varetagelse af funktionerne, men bibeholder denne forankret i Sundhedsstyrelsen for også fremadrettet at sikre en kontrol med fordeling og varetagelse af regionsfunktioner.

I lovforslaget punkt 2.4 noterer Dansk Oftalmologisk Selskab med en vis 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 finde behov for 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

Høringssvar vedrørende forslag til lov om styrkede regionale kompetencer til fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse (§ 34 a)
Afgivet på vegne af Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG)

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) anerkender lovforslagets intention om at styrke lægedækningen og give regionerne øget planlægningsmæssigt råderum. DSOG finder imidlertid, at den foreslåede kompetenceflytning indebærer **væsentlige risici for kvaliteten i den lægelige videreuddannelse**.

Med indførelsen af § 34 a fratages de regionale råd for lægers videreuddannelse den reelle beslutningskompetence og reduceres til rådgivende organer, mens den endelige afgørelse placeres hos regionsrådene. Herved forskydes balancen fra lægefaglige og uddannelsesfaglige hensyn mod drifts-, økonomi- og dækningshensyn. DSOG finder denne konstruktion problematisk og potentielt uddannelsesskadelig.

Kvaliteten af den lægelige videreuddannelse forudsætter stabile uddannelsesmiljøer med tilstrækkelig speciallægedækning, relevante patientforløb samt mulighed for supervision og systematisk kompetencevurdering. Lovforslaget åbner for, at uddannelseslæger i øget omfang kan anvendes som middel til at afhjælpe lægemangel i områder, hvor de nødvendige uddannelsesforudsætninger ikke er til stede. Uddannelseslæger kan ikke betragtes som en driftsmæssig erstatning for speciallæger, og en sådan anvendelse indebærer en reel risiko for forringet uddannelseskvalitet og mangelfuld opfyldelse af speciallægeuddannelsens mål.

Såfremt kompetenceflytningen fastholdes, finder DSOG det afgørende, at der fastlægges **klare og bindende uddannelsesfaglige rammer**. Rådgivning fra de regionale videreuddannelsesråd bør være obligatorisk og tillægges reel vægt i regionsrådenes beslutninger, og uddannelsesfaglige repræsentanter bør fast inddrages i de fora, hvor uddannelsesforløb planlægges og besluttes.

Endvidere bør der fastsættes nationale minimumskrav for godkendelse af uddannelsesafdelinger og praksis, herunder krav til speciallægedækning, patientgrundlag, vejlederkapacitet og uddannelsesniveau. Der bør desuden fastsættes et klart loft over antallet af uddannelseslæger pr. uddannelsestrin i den enkelte enhed for at sikre et forsvarligt uddannelsesmiljø.

Det bør også bemærkes, at en svækkelse af de uddannelsesfaglige strukturer og en forskydning af beslutningskompetencen fra lægefaglige til driftsmæssige hensyn ikke alene medfører risiko for forringet uddannelseskvalitet, men også kan true patientsikkerheden. Hvis uddannelseslæger placeres i funktioner eller miljøer uden tilstrækkelig speciallægedækning og supervision, øges risikoen for fejl og utilstrækkelig behandling, hvilket vil kunne kompromittere sikkerheden for de patienter, der modtager behandling disse steder.

Afslutningsvis finder DSOG det nødvendigt, at der etableres klare mekanismer for løbende evaluering og ansvar for tilpasning af uddannelsesforløb, hvis uddannelseskapaciteten i en afdeling eller praksis ændres.

DSOG opfordrer til, at lovforslaget justeres, således at den lægelige videreuddannelse fortsat forankres i lægefaglig og uddannelsesfaglig ekspertise, og at uddannelseshensyn reelt vægtes på linje med hensyn til drift og lægedækning.

På vegne af DSOG og Uddannelsesudvalget under DSOG.

- Gitte Bro Schmidt
  Formand for Uddannelsesudvalget under DSOG.

DANSK CARDIOLOGISK SELSKAB
DANISH SOCIETY OF CARDIOLOGY

Høringssvar vedrørende "lovforslag om styrkede regionale kompetencer til fordeling og tilrettelæggelse af lægelig videreuddannelse"

DCS takker for muligheden for at afgive høringssvar til lovforslaget om styrkede regionale kompetencer til fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse.

Det er positivt, at lovforslaget har et klart patient- og borgerperspektiv med fokus på lægedækning, geografisk lighed og sammenhængende patientforløb. En stabil lægedækning er en forudsætning for patientsikkerhed og adgang til sundhedsydelser i hele landet. Dette hensyn anerkendes fuldt ud.

Samtidig finder vi det nødvendigt at rejse væsentlige bekymringer vedrørende lovforslagets konsekvenser for kvaliteten af den lægelige videreuddannelse og dermed for den fremtidige faglige bæredygtighed i sundhedsvæsenet.
Den lægelige videreuddannelse er et komplekst, fagligt og pædagogisk system, hvis primære formål er at sikre, at læger opnår de nødvendige kompetencer til selvstændigt at kunne varetage diagnostik, behandling og opfølgning på et højt fagligt niveau. Dette er en grundlæggende forudsætning for både patientsikkerhed og kvalitet i sundhedsvæsenet.

Lovforslaget indebærer, at den formelle beslutningskompetence vedrørende fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb flyttes fra de regionale råd for lægers videreuddannelse til regionsrådene. Selvom de regionale videreuddannelsesråd fortsat skal rådgive, vurderes denne ændring at indebære en væsentlig risiko for, at driftshensyn og kortsigtede lægedækningsbehov får forrang for uddannelsesfaglige hensyn.

Vi er bekymret for utilstrækkelig varetagelse af uddannelseskvalitet.
Lovforslaget lægger vægt på, at hensynet til lægedækning i relevant omfang skal indgå i fordelingen af uddannelsesforløb. Dette er forståeligt, men det er afgørende at understrege, at lægedækning på sigt ikke kan sikres alene ved at øge eller flytte uddannelsespladser, hvis de uddannelsesforløb, der etableres, ikke giver tilstrækkelig eksponering, supervision og faglig progression.
Der er med dette lovforslag en reel risiko for, at uddannelsesforløb i stigende grad tilrettelægges ud fra, hvor der er behov for arbejdskraft, frem for hvor der er de nødvendige faglige og pædagogiske forudsætninger for at uddanne læger. Uddannelse risikerer dermed at blive et middel til drift snarere end et mål i sig selv.

Dette kan på længere sigt føre til:

- Uddannelse af læger med utilstrækkelige kompetencer
- Øget behov for supervision af færdiguddannede speciallæger

***Bestyrelse** Board*

***Formand** President*

Jens Flensted Lassen
Hjertemedicinsk Afdeling B
Odense Universitetshospital
J. B. Winsløws Vej 4
DK-5000 Odense C

E: jens.flensted.lassen@rsyd.dk

***Lægelig sekretær** Secretary*

Gro Egholm
Hjertemedicinsk Afdeling B
Odense Universitetshospital
J. B. Winsløws Vej 4
DK-5000 Odense C

E: gro.egholm@rsyd.dk

***Medlemmer** Members*

Christian Gerdes
Aarhus Universitetshospital

Claus Kjær Pedersen
Horsens sygehus

Ashkan Eftekhari
Aalborg Universitetshospital

Jacob Moesgaard Larsen
Aalborg Universitetshospital

Adam Blyme
Holbæk Sygehus

Ole Ahlehoff
Rigshospitalet

Emil Lind Flensborg
Kolding sygehus

Nanna Louise Junker Udesen
Odense Universitetshospital

***Sekretariat** Secretariat*

Vognmagergade 7, 3. sal
1120 København K

T: 31 37 88 54
E: dcs@cardio.dk

- Risiko for nedsat kvalitet i udredning og behandling
- Potentiel forringelse af patientsikkerheden

Det kommende lovforslag vil give Regionerne en dobbeltrolle. Regionsrådene har et legitimt og nødvendigt ansvar for drift, kapacitet og økonomi i sundhedsvæsenet. Netop derfor er det problematisk, at de samme politisk-administrative organer får den afgørende beslutningskompetence over uddannelsesforløb, som kræver en uafhængig og fagligt funderet vurdering.
De regionale videreuddannelsesråd er sammensat med bred lægefaglig, uddannelsesfaglig og akademisk repræsentation og er etableret netop for at sikre, at beslutninger om lægelig videreuddannelse træffes på et fagligt grundlag. Når disse råd reduceres til alene at have en rådgivende funktion, svækkes deres reelle indflydelse og dermed den faglige armslængde i beslutningsprocessen.

Det er afgørende at understrege, at lægedækning ikke alene er et spørgsmål om antal læger, men om kompetente læger. Et sundhedsvæsen, der ikke prioriterer kvaliteten af uddannelsen, risikerer på sigt at forværre de problemer, lovforslaget søger at løse.

Hvis uddannelsessystemet ikke leverer tilstrækkeligt kvalificerede læger, vil det hverken sikre bæredygtig lægedækning, høj kvalitet i patientbehandlingen eller fastholdelse af læger i yderområder.

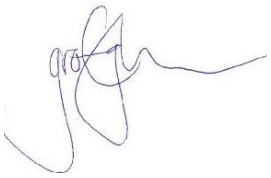
Derfor anbefaler DCS, at:
Uddannelsesfaglige hensyn tillægges en tydeligere og mere forpligtende vægt i lovgivningen
De regionale videreuddannelsesråds rolle styrkes eller fastholdes som mere end blot rådgivende
Der sikres klare nationale rammer, som beskytter uddannelseskvaliteten mod kortsigtede driftshensyn
Der etableres tydelige mekanismer til at sikre, at hensynet til uddannelseskvalitet og patientsikkerhed vægtes mindst lige så højt som hensynet til lægedækning

På vegne af dansk cardiologisk selskabs bestyrelse og dansk cardiologisk selskabs uddannelsesudvalg

Med venlig hilsen



Jens Flensted Lassen
Formand for Dansk Cardiologisk Selskab



Gro Egholm
Lægelig sekretær

Høringssvar – Dansk Selskab for Klinisk Onkologi

<u>Vedrørende:</u> Høring over udkast til forslag til lov om specialeplanlægning, afregningsordning, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser mv.

Dansk Selskab for Klinisk Onkologi (DSKO) takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Ad 2.1 Ændret regulering af landsdelsfunktioner i specialeplanen

Anvendelse af privat kapacitet vurderes ikke hensigtsmæssig i onkologiske patientforløb, som ofte er kendetegnet ved et komplekst og tæt integreret multidisciplinært samarbejde. Disse forløb forudsætter en tæt kobling mellem diagnostik, behandling, kliniske konferencer, palliation og forskningsaktivitet. Det er afgørende, at alle onkologiske patienter sikres lige adgang til relevante specialer, fælles multidisciplinære teamkonferencer (MDT) samt ensartede kliniske retningslinjer.

Det er samtidig væsentligt at undgå fragmenterede patientforløb, hvor dele af behandlingen flyttes mellem sektorer uden tilstrækkelig koordinering og klare aftaler om behandlingsansvar. Overgange mellem offentlige og private enheder indebærer en øget risiko for manglende kontinuitet, uensartet opfølgning og variation i behandlingskvaliteten

Forslaget om en mere målrettet opfølgning på udvalgte landsdelsfunktioner forudsætter, at udvælgelsen sker på et klart fagligt grundlag og med systematisk inddragelse af relevante klinikere og faglige selskaber. Opfølgningen bør ikke alene fokusere på kapacitet og aktivitet, men også omfatte behandlingskvalitet, overlevelse, komplikationer samt patientrapporterede outcomes.

Ad 2.4 Styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb

Ønsket om at styrke regionernes kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen må ikke ske på bekostning af uddannelseskvalitet, læringsmiljø og supervision. Der er en risiko for, at regionerne ikke nødvendigvis har lægelig videreuddannelse som højeste prioritet, og at fordelingen i praksis anvendes som et redskab til at afhjælpe lægemangel i yderområder uden tilstrækkelig hensyntagen til kravet om fagligt kvalificeret ekspertise og supervision.

Det er derfor afgørende, at de regionale råd for lægelig videreuddannelse (DRLV) fortsat inddrages reelt og systematisk i beslutningsprocesserne om fordelingen af uddannelsessteder. Samtidig bør der fastlægges klare og forpligtende rammer for, hvordan regionerne skal forholde sig til DRLV's faglige rådgivning.

Det er positivt, at DRLV fortsat tillægges kompetencen til at godkende uddannelsesforløb og følge op på inspektorrapporter, således at der sikres en uafhængig lægefaglig vurdering af uddannelseskvaliteten.

Høringssvar – Dansk Selskab for Klinisk Onkologi

På vegne af DSKO bestyrelsen

Signe Christensen | Uddannelsesansvarlig overlæge
Direkte: 97661431 | signe.christensen@rn.dk

Aalborg Universitetshospital
Afdeling for Kræftbehandling
Hobrovej 18-22 | 9000 Aalborg | Telefon: 97 66 14 31

19-01-2026

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dansk Reumatologisk Selskab takker for muligheden for at afgive bemærkninger til "Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven, lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og autorisationsloven".

Dansk Reumatologisk Selskab finder det afgørende, at lovforslaget sikrer en fortsat ensartet og høj kvalitet i den lægelige videreuddannelse på tværs af landet.

I den forbindelse bemærkes, at § 34a giver regionsrådene mulighed for fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb efter rådgivning fra videreuddannelsesrådene. Dansk Reumatologisk Selskab foreslår, at det præciseres i bestemmelsen, at regionsrådenes afgørelser skal træffes i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens gældende krav til speciallægeuddannelsen.

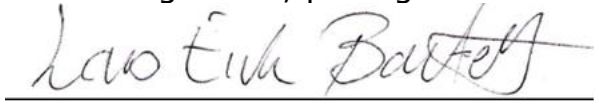
Det bør tydeliggøres, at tilrettelæggelse og fordeling af uddannelsesforløb fortsat skal sikre:

- tilstrækkelig faglig forankring
- kvalificeret supervision
- systematisk kompetenceudvikling
- mulighed for vedligeholdelse af opnåede kompetencer

Dette er nødvendigt for at sikre, at speciallægeuddannelsen fortsat lever op til nationale standarder og understøtter patientsikkerhed, faglig kvalitet og rekruttering til specialerne.

Dansk Reumatologisk Selskab anbefaler derfor, at lovteksten justeres, så det eksplicit fremgår, at regionsrådenes dispositionsret ikke må kompromittere opfyldelsen af Sundhedsstyrelsens krav til indhold, kvalitet og struktur i speciallægeuddannelsen. Således kan "lægedækning" og "driftshensyn" kun være medbestemmende kriterier for fordeling af uddannelsesforløb, såfremt ovenstående kvalitetskriterier for speciallægeuddannelsen er opfyldt. Dette bør fremgå tydeligt af 2.4.1.

Med venlig hilsen, på vegne af Dansk Reumatologisk Selskab



Lars Erik Bartels
Cheflæge, Ph.D.
Tel. 2388 6825
larsbart@rm.dk
Led- og Bindevævssygdomme ▪ Aarhus Universitetshospital

Aarhus d.14.1 2026

Til rette vedkommende

Tak for muligheden for at indgive høringssvar i forbindelse med " **Høring over udkast til forslag til lov om specialeplanlægning, afregningsordning, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser mv"**

På vegne af Dansk Selskab for Infektionsmedicin skal anføres følgende

Ad **2.1. Ny model for specialeplanlægning:**

Vi har forståelse for et overordnet ønske om, at regionerne får større fleksibilitet i forhold til placeringen af landsdels/regions funktioner. Det er i imidlertid afgørende, at funktionerne varetages med ensartet høj kvalitet og tilgængelighed i hele landet – bl.a. for at tilgodese principperne om lige afgang i sundhed for alle. Dette kræver klare rammer for varetagelsen af den enkelte funktion samt en opfølgning på varetagelsen af funktionerne. Det er positivt, at sundhedsstyrelsen vil opsætte rammer for varetagelsen af lands/landsdels funktioner, men det anbefales, at man præciserer, at sådanne rammer bør udarbejdes i samarbejde med de relevante specialer. Samtidig er det bekymrende, at forslaget indeholder et forslag om, at opfølgningen fremover målrettes udvalgte funktioner og områder. Der savnes som minimum en præcisering af, hvilke kriterier der skal ligge til grund for et sådant valg/fravalg. Der savnes også redegørelse for hvorledes man uden opfølgning vil sikre at f.eks. ændringer udført pga. kapacitetsproblemer ikke

Forperson: Overlæge Lars Skov Dalgaard formand@infmed.dk
Næstforperson: Læge Christian Kraef naestforperson@infmed.dk
Sekretær: Afdelingslæge Michala Vaaben Rose sekretaer@infmed.dk
Kasserer: Afdelingslæge Karina Frahm Kirk kasserer@infmed.dk
Bestyrelsesmedlem: Overlæge Zitta Barrella Harboe
Bestyrelsesmedlem: Overlæge Christian Brandt
Bestyrelsesmedlem (suppleant): Cheflæge Anne Lindebo Holm Øvrehus

ledsages at et kvalitetsskred. Det anbefales at undersøge om opfølgning af speciale funktioner kan moderniseres/automatiseres bl.a. med nye teknologier.

I forhold til § 208 stk 5 foreslås at tilføje, at regionsråd forud for placeringen af en landsdelsfunktion udover sundhedsstyrelsen også skal indhente rådgivning fra relevante regionale sundhedsfaglige råd/specialeråd i forhold om der er særlige faglige opmærksomhedspunkter i forhold til den påtænkte placering ad den givne landsdelsfunktion.

Ad **2.4. Styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb**

Det anerkendes, at der er et politisk ønske om at sikre bedre lægedækning uden for de større byer. Dette er et legitimt og vigtigt samfundshensyn. Vi mener også, at speciallægeuddannelser af høj kvalitet er et vigtigt fundamentet for et sikkert og velfungerende sundhedsvæsen. Det er derfor også vigtigt, at kvaliteten af speciallægeuddannelsen er høj og ensartet over hele landet. Dette er en forudsætning for at sikre et sundhedsvæsen med et ensartet behandlingstilbud til borgerne.

Lovforslaget indebærer en flytning af beslutningskompetencen fra de regionale videreuddannelsesråd til regionrådene. Dette giver anledning til betydelig bekymring for en risiko for politisering af speciallægeuddannelsen, hvor eksempelvis geografiske, økonomiske og driftsmæssige hensyn risikerer at få forrang frem for uddannelsesmæssige og faglige vurderinger. I forlængekse heraf er det afgørende, at løsninger på rekrutteringsudfordringer ikke sker på bekostning af kvaliteten i speciallægeuddannelsen. Speciallægeuddannelse er en kompleks, langvarig og progressiv læringsproces, som bør styres af, hvor der er de bedste

Forperson: Overlæge Lars Skov Dalgaard formand@infmed.dk
Næstforperson: Læge Christian Kraef naestforperson@infmed.dk
Sekretær: Afdelingslæge Michala Vaaben Rose sekretaer@infmed.dk
Kasserer: Afdelingslæge Karina Frahm Kirk kasserer@infmed.dk
Bestyrelsesmedlem: Overlæge Zitta Barrella Harboe
Bestyrelsesmedlem: Overlæge Christian Brandt
Bestyrelsesmedlem (suppleant): Cheflæge Anne Lindebo Holm Øvrehus

forudsætninger for supervision, faglig bredde, subspecialiseret ekspertise og pædagogisk kvalitet.

Det giver også anledning til bekymring, at de regionale videreuddannelsesråds rolle reduceres til en rådgivende funktion. Selvom rådene formelt bevarer visse opgaver, svækkes deres reelle indflydelse og faglige tyngde. Ydermere øges afstanden fra det enkelte speciale -som ofte ikke er repræsenteret i de regionale videreuddannelsesråd - til den besluttende instans, hvilket øger risikoen for at vigtige fagspecifikke forhold ikke vægtes tilstrækkeligt. Ydermere kan anbefalinger tilsidesættes, hvis de er politisk eller økonomisk ubekvemme. Dette kan på sigt underminere engagementet fra de faglige repræsentanter.

Politisk motiveret placering af flere uddannelsesforløb i mindre enheder og uden for de større/stærkere faglige miljøer kan føre til svækket uddannelseskvalitet. Det er helt afgørende for speciallægeuddannelsen at vigtige kernekompetencer erhverves i tilstrækkeligt stærke faglige miljøer - både klinisk og akademisk- således at kommende speciallæger kan drive og udvikle specialet. Dette gælder i særlig grad specialer med en stærk forskningsmæssig/akademisk profil såsom infektionsmedicin. Mindre afdelinger kan have begrænset vejlederkapacitet, færre subspecialiserede funktioner og mindre adgang til forskningsmiljøer. Dette kan påvirke både uddannelseskvalitet og i sidste ende patientsikkerhed. Vi nærer stor bekymring for om sådanne forhold kan få den nødvendige vægt i en politisk beslutnings proces.

En geografisk spredning af uddannelsesforløb vil kræve betydelige investeringer i forskning, akademiske miljøer og pædagogisk kapacitet hvis man ikke vil risikere at

Forperson: Overlæge Lars Skov Dalgaard formand@infmed.dk
Næstforperson: Læge Christian Kraef naestforperson@infmed.dk
Sekretær: Afdelingslæge Michala Vaaben Rose sekretaer@infmed.dk
Kasserer: Afdelingslæge Karina Frahm Kirk kasserer@infmed.dk
Bestyrelsesmedlem: Overlæge Zitta Barrella Harboe
Bestyrelsesmedlem: Overlæge Christian Brandt
Bestyrelsesmedlem (suppleant): Cheflæge Anne Lindebo Holm Øvrehus

svække speciallægeuddannelsen og dermed kvaliteten af fremtidens speciallæger. Det bør adresseres, hvorledes man vil sikre sådanne investeringer. Eksempelvis er forskning og udviklingsprojekter helt essentielle for udviklingen af sundhedsvæsenet og speciallægeuddannelsen skal derfor have fokus på at bibringe de kommende speciallæger vigtige kompetencer på disse områder.

Vi mener, at der er en risiko for, at uddannelsesstillinger i stigende grad anvendes som et rekrutterings- og driftsinstrument frem for som egentlige læringsforløb. Vi mener ydermere at forslaget - trods intentioner om det modsatte- kan have negative konsekvenser for rekruttering og fastholdelse. Hvis speciallægeuddannelsen opleves som mindre fagligt attraktiv og mere politisk styret, kan det føre til øget frafald, øget søgning til udlandet eller til det private arbejdsmarked og risiko for at skabe "A og B hold" indenfor det enkelte speciale. Dermed risikerer man paradoksalt nok at forværre den lægemangel, som reformen søger at afhjælpe.

Sammenfattende er det afgørende, at speciallægeuddannelsen fortsat forbliver fagligt forankret, nationalt ensartet og styret af uddannelsesmæssige hensyn. En overførsel af beslutningskompetencen til regionerne indebærer en betydelig risiko for politisering, kvalitetsforringelse og anvendelse af uddannelsesstillinger som driftsværktøj frem for uddannelsesforløb. Det anbefales derfor, at lovforslaget genovervejes eller, at der indbygges stærkere faglige værn, der sikrer, at kvaliteten af speciallægeuddannelsen ikke kompromitteres.

Speciallægeuddannelsen bør forblive et fagligt anliggende med national sammenhængskraft – ikke et regionalt styringsinstrument.

Forperson: Overlæge Lars Skov Dalgaard formand@infmed.dk
Næstforperson: Læge Christian Kraef naestforperson@infmed.dk
Sekretær: Afdelingslæge Michala Vaaben Rose sekretaer@infmed.dk
Kasserer: Afdelingslæge Karina Frahm Kirk kasserer@infmed.dk
Bestyrelsesmedlem: Overlæge Zitta Barrella Harboe
Bestyrelsesmedlem: Overlæge Christian Brandt
Bestyrelsesmedlem (suppleant): Cheflæge Anne Lindebo Holm Øvrehus

DSI
DANSK SELSKAB FOR INFEKTIONSMEDICIN

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 formand@infmed.dk
Næstforperson: Læge Christian Kraef naestforperson@infmed.dk
Sekretær: Afdelingslæge Michala Vaaben Rose sekretaer@infmed.dk
Kasserer: Afdelingslæge Karina Frahm Kirk kasserer@infmed.dk
Bestyrelsesmedlem: Overlæge Zitta Barrella Harboe
Bestyrelsesmedlem: Overlæge Christian Brandt
Bestyrelsesmedlem (suppleant): Cheflæge Anne Lindebo Holm Øvrehus

Dansk Selskab for Almen Medicin

København, den 21. januar 2026

Til Indenrigs- og Sundhedsstyrelsen

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

DSAM takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og autorisationsloven (lovpakke 3, 1. del).

1) Ny model for specialeplanlægning

DSAM har ingen bemærkninger.

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

DSAM har ingen bemærkninger.

3) Lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen

DSAM bifalder, at regionerne får bedre muligheder for sammenhængende indkøb, distribution samt registrering/monitorering, herunder at sygehusapoteker kan levere lægemidler og andre varer til regionale funktioner på midlertidige døgndækkede pladser og i akutsygeplejen.

Det er positivt, at man også har indtænkt muligheden for at levere medicin til medicinskabe og rum til brug i en beredskabssituation.

DSAM bemærker, at man i fremtiden også bør overveje leverancer af medicin til medicinskabe og rum i almen praksis i forbindelse med beredskabssituationer.

4) Styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb

DSAM anerkender ønsket om at tage geografiske hensyn i den lægelige videreuddannelse, og at lovforslaget sigter mod at understøtte placering af uddannelsesforløb uden for de større byer. DSAM bemærker i den forbindelse, at det beskrives, at man vil give regionsrådene kompetence til at tilrettelægge "håndholdte, sammenhængende og individuelt tilpassede forløb" med intention om at fremme langvarig tilknytning i lægedækningstruede områder. DSAM kan kun bakke op om disse intentioner, men vi er uenige i metoden.

Lovændringen er unødvendig

DSAM finder, at den foreslåede ændring er fuldstændig unødvendig, fordi regionerne allerede i dag har betydelig indflydelse på fordelingen af uddannelsesstillingerne. Det kan underbygges med talrige eksempler fra de nuværende regionale råd for lægers videreuddannelse.

Bekymring: kvalitet kan blive underordnet kortsigtede hensyn til rekruttering

Lovforslaget flytter den formelle beslutningskompetence for fordeling og tilrettelæggelse til regionsrådene, mens videreuddannelsesrådene fremover alene kan rådgive herom.

DSAM er bekymret for, at en sådan konstruktion kan øge risikoen for, at den aktuelle politiske dagsorden om lægedækning kommer til at veje tungere end kvaliteten af uddannelsen og uddannelsesmiljøet. Det kan få uheldige konsekvenser, hvis uddannelsesforløb placeres steder, hvor der ikke er tilstrækkelig speciallægekapacitet til supervision og et robust læringsmiljø.

Det fremgår af lovmærkningerne, at "*kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen eksempelvis kan være lægedækning, patientsikkerhed, uddannelseskapacitet, driftshensyn, uddannelseskvalitet mv. samt hensynet til en styrket fordeling af læger på tværs af landet*."

Det er problematisk, at alle disse faktorer er opstillet som ligestillede. Behovet for lægedækning er legitimt, men det må ikke ske på bekostning af patientsikkerhed og uddannelseskvalitet.

- **DSAM foreslår, at det i lovbemærkningerne noteres, at hensyn til lægedækning, uddannelseskapacitet og driftshensyn ikke må kompromittere uddannelseskvaliteten og patientsikkerheden.**
- **DSAM foreslår desuden, at det præciseres, at de regionale videreuddannelsesråd – ud over fortsat godkendelse af uddannelsesafdelinger – også har et tydeligt mandat til at reagere, hvis kvaliteten svigter, så uddannelsesopgaven kan begrænses eller fratages ved utilstrækkelig uddannelseskvalitet**.

Uklarhed ved videreuddannelsesregioner, der dækker flere politiske regioner

Lovforslaget fastholder tre videreuddannelsesregioner, herunder Videreuddannelsesregion Nord, der dækker Region Midtjylland og Region Nordjylland.

Når beslutningskompetencen flyttes til "regionsrådene", bør man præcisere, hvordan beslutninger om fordeling/tilrettelæggelse træffes i en videreuddannelsesregion, der omfatter to politiske regioner, så der ikke opstår uklarhed om ansvar og beslutningsvej.

Regionale repræsentanter i det nationale råd for lægers videreuddannelse

DSAM anerkender dette og foreslår, at man styrker regionernes kompetencer via repræsentation i råd og udvalg frem for ved at flytte kompetencer vedrørende fordeling og tilrettelæggelse til regionerne. Vi mener fortsat, at de regionale råd for lægers videreuddannelse er de bedste til at løse opgaven med fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb.

Med venlig hilsen

Maria Krüger
Konst. formand for DSAM

København januar 2026

Svar fra Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin (DASAIM) på:

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

DASAIM
Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin

Høringssvar vedrørende punkt 2.1, 2.3 og 2.4 jf. høringsbrev fra SUM.

Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin (DASAIM) advarer mod den samlede bevægelse i lovpakken, hvor centrale, faglige beslutninger flyttes fra nationale, fagligt forankrede strukturer til et regionalt/arbejdsgiverstyret niveau. Det er et markant brud med armslængdeprincippet – og en reel risiko for, at drift, kapacitet og rekruttering kommer til at styre det, der i udgangspunktet skal styres af faglighed, kvalitet og patientsikkerhed.

Punkt 2.1 – Ny model for specialeplanlægning

DASAIM mener, at udpegning af matrikler til landsdelsfunktioner fortsat skal ske i en nationalt koordineret, fagligt funderet struktur med væsentlig inddragelse af specialespecifikke råd. Specialiserede funktioner kan ikke "spredes" politisk uden konsekvenser: sjældne og komplekse tilstande kræver tilstrækkelig volumen og specialespecifik erfaring for at opretholde kompetence og sikre patientsikker behandling. Flyttes beslutningerne tættere på arbejdsgiverinteresser, øges risikoen for, at specialiserede funktioner placeres efter driftshensyn frem for efter faglige krav – med lavere kvalitet og øget patientsikkerhedsrisiko som mulig konsekvens.

Hvis lovgiver fastholder, at kompetencen til godkendelse og placering af landsdelsfunktioner flyttes til regionsrådene, anbefaler DASAIM, at ændringen som minimum betinges af en tydelig national rammesætning, der gør kvalitet og patientsikkerhed uafhængig af geografi og leverandør. Sundhedsstyrelsens krav bør derfor omsættes til bindende og operationelle standarder, herunder klare volumen- og kompetencekrav samt ensartede krav til dokumentation af kvalitet og outcomes, så funktioner kan monitoreres og sammenlignes på tværs.

DASAIM anbefaler endvidere, at placering af landsdelsfunktioner på private sygehuse kun kan ske under samme forpligtelser som i det offentlige, herunder krav om transparens, ensartet dataindberetning til national monitorering samt adgang til audit og tilsyn. Samtidig bør modellen indrettes, så risiko for dobbeltroller og interessekonflikter minimeres, når regioner både er bestiller og godkender; dette taler for, at Sundhedsstyrelsens rolle ved godkendelse af private landsdelsfunktioner formaliseres og styrkes. Endelig bør der fastsættes klare kriterier og processer for revurdering og eventuel inddragelse af funktioner, hvis krav til kvalitet, volumen eller patientsikkerhed ikke opfyldes.

Punkt 2.3 – Lægemiddelhåndtering mv. på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen

DASAIM bemærker, at lovforslaget udvider regionernes hjemmel til at fordele, opsplitte og udlevere lægemidler på regionale midlertidige, døgndækkede pladser og i akutsygeplejen, samt åbner for leverancer fra sygehusapoteker til disse funktioner.

DASAIM vurderer, at dette overordnet er en fornuftig og nødvendig afklaring, der kan understøtte behandlingskontinuitet og reducere risiko for afbrudt medicinering ved sektorovergange. Samtidig er området traditionelt reguleret stramt af hensyn til patientsikkerhed, sporbarhed og sikker håndtering af potente lægemidler, og DASAIM anbefaler derfor, at ændringen ledsages af tydelige, myndighedsfastsatte minimumskrav til procedurer, dokumentation og tilsyn, herunder klare rammer for håndtering af euforiserende lægemidler og sikring af, at personale på pladserne har lav tærskel og adgang til lægelig rådgivning ved klinisk relevante spørgsmål om effekt, bivirkninger og dosisjustering.

Punkt 2.4 – Fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb

DASAIM finder det stærkt uhensigtsmæssigt at flytte kompetencen for planlægning og sammensætning af lægelige uddannelsesforløb fra De Regionale Råd for Lægelig Videreuddannelse (DRRLV) til regionerne, mens DRRLV reduceres til rådgiver. Uddannelsesplanlægning er ikke et administrativt fordelingsspørgsmål, men en faglig kerneopgave, der kræver indgående kendskab til målbeskrivelser, uddannelseskapacitet, patient- og procedurevolumen samt speciallægedækning. En politisk drevet spredning af uddannelsesforløb – især med svagere tilknytning til højtspecialiserede centre – risikerer at udhule uddannelseskvaliteten og skabe geografisk varierende kompetenceniveau. Det kan i praksis føre til et "A- og B-sundhedsvæsen" med uens kvalitet, svækket patientsikkerhed og øget ulighed i sundhed.

Det understreges, at ønsket om bedre geografisk lægedækning allerede kan realiseres inden for den eksisterende model: DRRLV er jf. bekendtgørelsen §5, stk. 2 forpligtet til at prioritere lægedækningstruede områder under hensyn til bl.a. patientsikkerhed og uddannelseskvalitet. Regionerne er desuden repræsenteret i DRRLV og høres om indstillinger – de har allerede indflydelse uden at overtage den faglige styring.

DASAIMs anbefaling

DASAIM anbefaler, at kompetencen til både placering af specialiserede funktioner og planlægning af uddannelsesforløb fastholdes i de eksisterende nationale, fagligt forankrede strukturer med klar koordinering og armslængde. Nærhed og lægedækning skal styrkes – men ikke ved at svække den faglige styring, fragmentere ansvar og risikere lavere kvalitet og patientsikkerhed.

20.01.26

Til
Indenrigs- og Sundhedsministeriet

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 faglig 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

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

Høringssvar vedr. Indenrigs- og Sundhedsministeriets udkast til ændringer af sundhedsloven og autorisationsloven ved lovforslag lovpakke 3a

Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi (DSGH) takker for muligheden for at afgive høringssvar angående ovenstående lovpakke.

DSGH finder det dybt bekymrende at Indenrigs- og Sundhedsministeriet med lovforslag lovpakke 3a, §34, vil tildele regionerne ansvaret for, og dermed beslutningskompetencen til, at tildele og tilrettelægge uddannelsesforløb på den lægelige videreuddannelse. Efter DSGHs opfattelse bør beslutningskompetencen fortsat ligge i de regionale råd for videreuddannelse. Kun de regionale råd for videreuddannelse har indsigten i de mange specialer, de tilstrækkelige fagspecifikke kompetencer samt den medicinsk pædagogiske viden til at kunne tilrettelægge et uddannelsesforløb med relevant indhold på et tilstrækkeligt højt niveau. Tildelingen af uddannelsesforløb bør fortsat varetages af de regionale råd for videreuddannelse med sigte på, at uddannelsesforløbene sikrer uddannelseslægernes erhvervelse af de specialespecifikke kompetencer, som er nødvendige for fortsat at sikre patientsikkerheden. Det er efter DSGHs opfattelse en kortsigtet og uhensigtsmæssig strategi at uddanne mindre kvalificerede speciallæger. Det bør være en patientrettighed, at de speciallæger man som patient behandles af, er uddannet med lige forudsætninger for at udøve deres virke. Dette vil ikke være tilfældet, hvis en større del af uddannelsesforløbene er forankret uden for universitetsafdelingerne. Det bør anerkendes og respekteres, at regionshospitaler og universitetshospitaler har lige andele i at uddanne kvalificerede speciallæger. Efteruddannelse – efter speciallægeanerkendelse - er ikke svaret på at sikre at speciallægerne mestrer den basale specialespecifikke viden, der skal sikre patientsikkerhed og social lighed uagtet, om du som patient er bosiddende på Lolland eller i Indre By. En basis specialespecifik speciallægeviden bør indgå i ethvert uddannelsesforløb og skal også sikre erfaring med håndtering af de mest komplekse patientforløb (se nedenstående gældende liste over landsfunktioner inden for intern medicin: gastroenterologi og hepatologi) for at sikre de nødvendige kompetencer til at erkende og diagnosticere disse sygdomme og foretage den initiale behandling indtil videre udredning/behandling kan overgå til et højt-specialiseret center. Uddanner vi ikke **alle** vores speciallæger på de præmisser må man frygte, at et øget antal patienter vil fejldiagnosticeres og risikere ikke at få den relevante eller livsreddende behandling.

Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi vil således advokere for at beslutningskompetencen vedr. tildeling og tilrettelægning af uddannelsesforløb til stadighed forvaltes af de regionale råd for videreuddannelse. Efter DSGHs opfattelse rummer forslaget en overhængende fare for at driftshensyn frem for uddannelseshensyn, dikterer indholdet i speciallægeuddannelsen hvilket kan og vil kompromittere kvaliteten af uddannelsesforløbene betragteligt. Herudover frygter vi, at speciallægeuddannelsen kan blive genstand for politiske prioriteringer, der ikke tilgodeser de lægefaglige standarder.

Endvidere vil selskabet gøre indsigelse i forhold til Indenrigs- og Sundhedsministeriets forslag om ændring af sundhedsloven §208 omhandlende tildeling af kompetence til at godkende landsfunktioner på regionale og private sygehuse til regionerne. Denne beslutningskompetence bør ligge centralt og til enhver tid være baseret på faglighed inklusiv hensyntagen til et tilstrækkeligt patientvolumen. DSGH bemærker i den henseende at

mortalitetsrisikoen faldt drastisk ved centralisering af den kirurgiske behandling af patienter med inflammatoriske tarmsygdomme.

Liste over landsfunktioner inden for intern medicin: gastroenterologi og hepatologi, oktober 2024

1. Korttarmssyndrom med behov for længerevarende eller permanent parenteral ernæring samt vanskelige malabsorptionstilstande.
2.Gastrointestinale komplikationer ved para- og tetraplegi.
3.Udredning og behandling af gastroenterologiske komplikationer til systemisk sklerodermi.
4.Udredning og behandling af akalasi.
5.Udredning med henblik på implantation af neuromodulator.
6.Neuroendokrine tumorer i mave-tarmkanalen.
7.Sjældne medfødte metaboliske og kolestatiske leversygdomme samt udviklingsanomalier, langvarig og/eller alvorlig toksisk/uafklaret leverpåvirkning, herunder svær hepatisk kløe samt sjældne hepatiske komplikationer til systemisk sygdom.
8.Cirrose med komplikationer, hvor standardbehandling svigter, med henblik på særlig diagnostisk eller behandlingsmæssig indsats, herunder transhepatisk portosystemisk shunt (TIPS) samt cirrose med uafklaret ætiologi.
9.Budd-Chiari, medfødte anomalier og uafklaret trombosering i portalgebetet samt kompliceret blødning.
10.Autoimmun leversygdom med overlapssyndrom eller med suboptimalt respons på standardbehandling.
11.Alkoholisk hepatitis med dårlig prognose, som ikke er led i terminal leverinsufficiens.
12.Primære tumorer i lever, hvor medicinsk, ablativ eller kirurgisk behandling overvejes.
13.Morbus Wilson.
14.Subakut og akut leversvigt, levererstatningsbehandling samt vurdering af og indstilling til levertransplantation.
15.Initial udredning med henblik på levertransplantation, samt medicinsk efterbehandling og kontrol af levertransplanterede patienter.
16.Svær akut og kronisk pancreatitis inklusiv endoskopisk behandling.
17.Autoimmun og hereditær pancreatitis.
18.Transfusionskrævende blødning fra mavetarmkanalen med henblik på radiologisk intervention.

På vegne af DSGH-bestyrelsen og DSGH-Udvalg for speciallægeuddannelse,



Stig Borbjerg Laursen

Formand, Professor, overlæge, ph.d.

DØNHO DANSKE ØRE-NÆSE-HALSLÆGERS ORGANISATION

Mandag, 19. januar 2026

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet
(til sum@sum.dk, med kopi til sad@sum.dk og kani@sum.dk)

Vedr.: Høringssvar – udkast til lov om ændring af sundhedsloven, lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og autorisationsloven (specialeplanlægning, afregning, lægemiddelhåndtering og videreuddannelse)

Danske Øre-Næse-Halslægers Organisation (DØNHO) takker for muligheden for at afgive høringssvar.

DØNHO organiserer praktiserende speciallæger i øre-næse-halssygdomme. Vi har fokus på, at lovændringer understøtter høj faglig kvalitet, ensartet adgang til behandling og sammenhængende patientforløb – samt robuste rammer for speciallægeuddannelsen, herunder uddannelseselementer i speciallægepraksis.

1. Specialeplanlægning – lands- og landsdelsfunktioner

DØNHO noterer, at kompetencen til at godkende og placere **landsdelsfunktioner** fremover foreslås lagt hos regionerne, mens Sundhedsstyrelsen fortsat fastsætter de faglige krav og visitationsregler.

DØNHO bemærker i den forbindelse, at "landsdelsfunktion" i høringsmaterialet anvendes som betegnelse for det, der i klinisk praksis ofte omtales som **regionsfunktion**, og at "landsfunktion" svarer til **højt specialiseret funktion**.

DØNHO finder det væsentligt, at øget regional fleksibilitet ledsages af:

- **Tydelig og rettidig information til henvisere**, herunder speciallægepraksis, når funktioner placeres eller flyttes, så henvisningsveje og visitationskriterier er let tilgængelige og ensartede på tværs af landet.
- **Sikring af sammenhængende patientforløb** på tværs af sektorer, så ændret placering af funktioner ikke øger fragmentering (fx uklar ansvarsdeling mellem sygehusafdeling og speciallægepraksis før/efter højtspecialiseret behandling).
- Hvis private enheder inddrages i landsdels-/landsfunktioner, bør der sikres **ensartede kvalitets- og robusthedskrav**, herunder krav til beredskab, komplikationshåndtering, registrering og samarbejdsflader til øvrige funktioner og henvisende instanser.

2. Videreuddannelse – behov for tværregional planlægning og ensartet godkendelse

DØNHO finder den nuværende model, hvor uddannelsesforløb planlægges samlet og tværregionalt (via videreuddannelsessystemet), og hvor uddannelsessteder – inklusive speciallægepraksis – godkendes efter ensartede kriterier, velfungerende og hensigtsmæssig.

DØNHO er bekymret for, at en mere regionalt opsplittet kompetence til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb kan medføre **uhensigtsmæssige, fragmenterede forløb**, hvis regioner planlægger efter forskellige principper. Dette er særligt relevant i specialer (inkl ØNH) hvor dele af speciallægeuddannelsen foregår på tværs af regionsgrænser (både på sygehus og i speciallægepraksis) og hvor sammenhængende flerårige forløb forudsætter stabil planlægning og koordination på tværs af regionsgrænser.

DØNHO anbefaler derfor, at implementeringen som minimum sikrer:

- **Forpligtende tværregional koordinering** for specialer med tværregionale uddannelsesforløb, samt
- **ensartede og fælles principper** for planlægning og godkendelse af uddannelsessteder, så uddannelseskvalitet og sammenhæng ikke bliver afhængig af regionale forskelle.

3. Øvrige elementer

DØNHO har ikke særskilte bemærkninger til de foreslåede ændringer vedrørende afregningsordninger for sundheds- og omsorgspladser eller til lægemiddelhåndtering i regionale akutfunktioner og sundheds- og omsorgspladser ud over, at ændringer bør implementeres med tydelige ansvars- og informationslinjer.

Med venlig hilsen

Anders W. Jørgensen
Formand, DØNHO

To: sum@sum.dk, sad@sum.dk, kani@sum.dk.
Cc: Julie.Paulsen@rm.dk (Julie Aabo Paulsen), ulrikke@dadlnet.dk (Ulrikke Lei), martin_majlund@hotmail.com (Martin Majlund Mikkelsen), ditte.marie.saunte@regionh.dk (Ditte Marie Saunte), bertelsen.trine@gmail.com (Trine Bertelsen), kristina.sophie.ibler@regionh.dk (Kristina Sophie Ibler), kontakt.dds@gmail.com (Clemmesen Anders)
From: Rikke Bech (Rikke.Bech@aarhus.rm.dk)
PDFMailHeader Svar på høring vedrørende ændring af sundhedsloven
Sent: 1/18/2026 7:05 PM
Attachments: Signature-20260118180603.txt;

Til Sundhedsstyrelsen
Danske dermatologisk selskab har følgende kommentarer til *høring vedrørende 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):*

Vi vil gerne give input til punkt 2.4 i høringen.
Vi vil gerne lægge vægt på betydningen af den pædagogisk rådgivende funktion i den lægelige videreuddannelse. I de regionale råd for lægelig videreuddannelse udgør den pædagogisk udviklende funktion en hjørnesten i indstilling og udmøntning af nye uddannelsesforløb.
Det er meget vigtigt for kvaliteten i den lægelige videreuddannelse, at der fortsat er fuldt fokus på uddannelsesmiljø, mulighed for indlæring af kompetencer, supervision og vejledning i videreuddannelsen. Dette har hidtil været sikret, ved at indstillingerne fra PUF lektorerne har været toneangivende. Vi vil gerne på pege vigtigheden af at den pædagogiske rådgivning fortsat er toneangivende ved beslutning om uddannelsesforløb.

Afledt af dette vil vi gerne give input til punkt 2.1
Vi vil gerne påpege vigtigheden af, at man ved udflytning af funktioner også skal rådføre sig med den pædagogisk rådgivende funktion i forhold til vurdering af de uddannelsesmæssige konsekvenser. Hvis funktioner flyttes skal beslutningstagerne sikre fortsat udmøntning af de medfølgende uddannelsesfunktioner. Der vil være et medfølgende behov for planlægning af uddannelse, vejledning og kompetencevurdering.

Mange hilsner
Rikke Bech

Rikke Bech
MD, PhD, Uddannelsesansvarlig Ledende Overlæge, Klinisk Lektor
Forperson Dansk Dermatologisk Selskab
Hud og Kønssygdomme
Aarhus Universitetshospital
+45-24946240

Den 22. januar 2026

Vedr. sagsnr. 2025 – 9152: Høring over udkast til forslag til lov om specialeplanlægning, afregningsordning, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser mv.

Pkt. 2.4. Styrkende regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb.

DPS anerkender behovet for et øget fokus på optimering af den geografiske lægedækning. Dette er i tråd med intentionerne i sundhedsreformen om bedre sammenhæng mellem drift, kapacitetsplanlægning og lægedækning og støttes i udgangspunktet.

Vi anbefaler at beslutningskompetencen vedrørende tilrettelæggelse og fordeling af uddannelsesforløb fortsat forankres i DRRLV sammen med kompetencen til godkendelse af uddannelsessteder.

Vi er bekymret for, at lovforslaget kan medføre en uhensigtsmæssig forskydning af fokus, hvor hensynet til lægedækning og drift i for høj grad kommer til at veje tungere end uddannelsesfaglige hensyn og kvaliteten af den lægelige videreuddannelse.

Vores bekymring går blandt andet på den konflikt der vil kunne opstå hvis regionsrådene vælger at placere uddannelsesforløb på afdelinger eller hospitalsenheder, som DRRLV ikke kan godkende til den øgede dimensionering ift. uddannelseskapacitet og dermed kvalitet. Det fremgår ikke tydeligt af lovforslaget, hvordan denne potentielle diskrepans mellem beslutningskompetence og godkendelseskompetence påtænkes håndteret.

Det bemærkes endvidere, at DRRLV allerede i henhold til gældende bekendtgørelse er forpligtet til at prioritere lægedækningstruede områder ved fordeling af uddannelsesforløb under hensyntagen til relevante regionale og faglige forhold, herunder uddannelseskapacitet, uddannelseskvalitet, drift og patientsikkerhed.

Med venlig hilsen

DPS Videreuddannelsesudvalg
På vegne af
Dansk Psykiatrisk Selskab

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

23-01-2026
EMN-2024-01215
1823043

Danske Regioners høringssvar til lovpakke IIIa

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 17. december 2025 sendt et udkast til forslag til lov om ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning ifm. 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 i høring. Danske Regioner har indsamlet bidrag fra regionerne og fremsender her et samlet høringssvar på vegne af de fem regioner. Høringssvaret sendes med forbehold for godkendelse i Danske Regioners bestyrelse den 26. februar 2026

1. Ny model for specialeplanlægning

Danske Regioner ser positivt på, at Regionsrådet fremadrettet selv kan placere landsdelsfunktioner på regionernes sygehuse. Regionerne har igennem en årrække opnået stor erfaring med håndtering af specialiserede funktioner, og det vurderes derfor naturligt, at regionerne overtager denne kompetence. Det vil samtidig give mulighed for en mere fleksibel planlægning, hvilket vil komme patienterne til gode.

Danske Regioner finder det imidlertid ikke hensigtsmæssigt, at hver enkelt regionsråd også skal godkende landsdelsfunktioner på private sygehuse. Det fremgår af lovforslaget, at regionerne skal indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning i forbindelse med deres godkendelse. Danske Regioner er enige i, at der er behov for et sådan nationalt fagligt perspektiv i forbindelsen med godkendelsen af landsdelsfunktioner på private sygehuse, men undrer sig over, hvorfor Sundhedsstyrelsen ikke bibeholder kompetencen til at godkende landsdelsfunktioner på private sygehuse.

Danske Regioner vurderer, at lovforslaget indebærer, at godkendelsen af landsdelsfunktioner på private sygehuse samlet set bliver mere kompliceret

og vil kræve flere administrative ressourcer. Samtidig kan Danske Regioner ikke se, hvilken udfordring, som denne del af lovændringen skal løse, eller hvilken værdi, ændringen vil skabe. På den baggrund anbefaler Danske Regioner, at Sundhedsstyrelsen bevarer kompetencen til at godkende landsdelsfunktioner på private sygehuse.

Ændringer i forhold til det nuværende system for centrale aftaler

Lovændringen og lovbemærkningerne forholder sig ikke til de centrale aftaler, som Danske Regioner indgår med de privatejede sygehuse, klinikker m.v. Jf. Sundhedslovens §87 indgår Danske Regioner aftale med de privatejede sygehuse, klinikker m.v., som ønsker at indgå aftale om behandling af patienter iht. det udvidede frie sygehusvalg. For så vidt angår specialiserede funktioner, skal privatejede sygehuse, klinikker m.v. i dag først ansøge Sundhedsstyrelsen og opnå styrelsens godkendelse til at varetage landsdelsfunktionen, før Danske Regioner forhandler rammerne for aftalen på plads med Sundhed Danmark og/eller den private leverandør. Når der er indgået en aftale, kan alle private leverandører – som er godkendt af Sundhedsstyrelsen til at varetage landsdelsfunktionen – tilslutte sig aftalen og tilbyde behandling til patienter fra alle regioner iht. det udvidede frie sygehusvalg.

Med lovforslaget skal regionerne i første omgang vurdere behovet for/og eller ønsket om at gøre brug af privat kapacitet. I den forbindelse kan der forventes behov for tværregional koordinering. Dernæst skal regionerne indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning om, hvorvidt den/de private sygehuse opfylder de i stk. 1 fastsatte krav til afdelinger med landsdelsfunktion. Endelig godkender regionerne på baggrund af Sundhedsstyrelsens faglige vurdering og indgår aftale med den/de private sygehuse, der lever op til kravene, og som der er behov for.

Det står ikke klart, hvordan opgaven skal løses i praksis, og hvordan arbejds- og ansvarsfordelingen mellem regioner og Sundhedsstyrelsen skal være. Men uanset hvordan opgaven gribes an, vil det indebære en ekstra administrativ opgave for regionerne, som vil skulle opbygge en ny organisering og kompetencer til at varetage opgaven samtidig med, at der skal bibeholdes relevante kompetencer i Sundhedsstyrelsen.

Økonomiske konsekvenser

Det fremhæves flere steder (s. 19, 43 og 50), at lovforslaget forventes at medføre en reduktion i opgaver for Sundhedsstyrelsen, samt at forslaget ikke medfører økonomiske konsekvenser for hverken staten, regioner eller kommuner (s. 43 og 49). Det bør disse steder (s. 19 og 43) præciseres, at en væsentlig del af opgaverne flytter fra Sundhedsstyrelsen til regionerne (tilsvarende hvad der fremgår af tabellen side 51).

Flere steder (s. 19 og 43) fremhæves endvidere, at "Regionsrådet vil dermed skulle udarbejde færre statusrapporter til Sundhedsstyrelsen.", eftersom opgaven med årlig opfølgning på, at kravene til varetagelse af landsdelsfunktioner på regionale og private hospitaler overgår til regionerne. Det er korrekt, at regionerne ikke længere vil skulle sende statusrapporterne til Sundhedsstyrelsen, men opfølgningen skal fortsat laves – nu også for privathospitaler – og regionerne vil i denne henseende derfor få en større opgave i forbindelse med opfølgningerne end tidligere. Dette bør præciseres begge steder, og tilsvarende tilføjes tabellen på side 51.

Sproglig uklarhed

Det fremgår af lovændringens § 208, at "Sundhedsstyrelsen fastsætter krav til lands- og landsdelsfunktioner, herunder til placeringen af lands- og landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse, efter høring af det i § 207 nævnte udvalg". Det er uklart, hvad der menes med "krav til placeringen af landsdelsfunktioner". Det kan læses som om, at Sundhedsstyrelsen fortsat har kompetencen til at fastsætte placeringerne af landsdelsfunktionerne. Det bør præciseres, hvordan kompetencerne er fordelt mellem regionerne og Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsens mulighed for at pålægge et regionsråd at benytte privat kapacitet

I § 208 stk. 7 fremgår det videre, at Sundhedsstyrelsen i særlige tilfælde, og efter høring af det i § 207 nævnte udvalg, kan pålægge et regionsråd at benytte privat kapacitet til at varetage en landsdelsfunktion.

Danske Regioner finder det ikke hensigtsmæssigt, at Sundhedsstyrelsen kan pålægge et regionsråd at benytte privat kapacitet til at varetage bestemte funktioner. I kraft af deres ansvar for alle opgaver i sygehusvæsnet, har regionerne et samlet 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. 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. Danske Regioner anbefaler på den baggrund, at bestemmelsen udgår.

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.

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

Danske Regioner mener 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 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 uhensigtsmæssig mange.

Vedr. 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 akutsygepleje 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 akutsygepleje indgår. Mens det fortsat er kommunernes ansvar at sikre tilpasning af hjemmet, relevant plejebolig og til 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 færdigbehandlingstakts reduceres væsentligt, som det fremgår af lovforslaget. En lavere takst vil øge også risikoen for længere

ophold på sygehusene og bidrage til, at ressourcerne og kapaciteten på sygehusene ikke anvendes hensigtsmæssigt.

Der er allerede i dag et højt antal færdigbehandlingsdage. I 2025 var der omkring 16.000 færdigbehandlingsdage i somatikken. Det betyder, at der allerede i dag er 16.000 sengedage på hospitalerne, for borgere, der blot venter på at komme hjem. En markant reduktion af taksten, som det foreslås, vil forværre denne problematik. Endvidere vil en lavere takst i somatikken skabe en skævhed i forhold til psykiatrien, hvor taksterne netop er forhøjet for at sikre rettidig hjemtagning.

Danske Regioner vil dertil 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 skal håndteres.

Vedr. afslutningstaksten på sundheds- og omsorgspladserne

Danske Regioner vurderer, 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 tilbud til de borgere, som har behov for ophold på pladserne.

Danske Regioner bemærker endvidere, at det er særligt problematisk, at taksten først forhøjes 20 dage efter en borger er afsluttet fra en sundheds- og omsorgsplads, men stadig 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 nuværende de midlertidige pladser netop som aflastnings- og ventepladser. Danske Regioner foreslår derfor, at tidspunktet for forhøjelsen af taksten sker tidligere for at sikre det rette incitament til at kommunerne sørge for en tilstrækkelig plejehjemskapacitet og løsninger i borgernes eget hjem.

Danske Regioner mener endvidere, at der nationalt sikres 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.

Takstniveauet afspejler ikke de reelle udgifter ved ophold på en sundheds- og omsorgsplads. En takst på 1.400 kr. pr. dag dækker kun ca. 50 % af regionernes faktiske omkostninger til en sundheds- og omsorgsplads. 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. Fastholdes det foreslåede takstniveau på 1.400 kr. for en afslutningstakst, vil det medføre, at borgere, der er afsluttet på en sundheds- og omsorgsplads, nødvendigvis skal have et lavere serviceniveau, end de borgere, der ikke er afsluttet. De afsluttede borgere kan således ikke få adgang til samme ydelser og kvalitet, som de ikke afsluttede borgere. Regionerne vil således skulle differentiere deres behandling og pleje mellem afsluttede borgere, og borgere, som endnu ikke er afsluttet. I praksis vil det gøre dagligdagen for sundhedspersonale på sundheds- og omsorgspladserne meget vanskelig, hvis de vil skulle udføre differentieret behandling til afsluttede borgere.

Danske Regioner gør endvidere opmærksom på, at det i lovgivningen bør præciseres, at det bør være muligt at afvige fra det fremsatte niveau for afslutningstaksten i de tilfælde hvor der indgås et horisontalt samarbejde mellem kommune og region om drift af sundheds- og omsorgspladserne. Det bemærkes hertil, at en afvigelse fra det i lovforslaget foreslåede niveau er afgørende, da regionen ellers vil kunne stå i en situation, hvor der betales mere til kommunen for at drive pladsen, end kommunen kompenserer regionen med. Kommunen vil i disse tilfælde have en direkte fortjeneste ved ikke at 'hjemtage' borgerne.

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 det bør være en del af Forårsaftalen 2026, at der mellem parterne skal indarbejdes 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.

Teknisk om data

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

3. Lægemiddelhåndtering mv. på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen

Danske Regioner finder det positivt, at regionerne vil kunne indkøbe lægemidler via de offentlige sygehusapoteker og Amgros til de kommende sundheds- og omsorgspladser. Af lovforslaget fremgår det dog, at det forventes at medføre positive økonomiske konsekvenser for regionerne som følge af, at udgiften til medicin igennem Amgros I/S forventes at være lavere end den regionale tilskudsudgift hertil. Danske Regioner er enige i, at udgifter til indkøb af

lægemidler ikke vil være omkostningstungt for regionerne, men Danske Regioner er ikke enige i, at lovforslaget vil have positive økonomiske konsekvenser, da der med lovforslaget er tale om et væsentligt kvalitetsløft fra niveauet i dag. Forslaget vil således kræve at der i modsætning til i dag, allokeres ressourcer ikke kun til indkøb af, men også til distribution, administration, opbevaring af lægemidlerne. Der er fx i dag ikke de rette faciliter og opbevaringsmuligheder til medicin på nu nuværende midlertidige pladser, hvorfor regionerne vil have udgifter til opbygning af disse. Det er derfor Danske Regioners vurdering, at lovforslaget vil medføre en merudgift for regionerne, og det bør derfor ikke fremgå af bemærkningerne til lovforslaget, at det er en økonomisk besparelse for regionerne.

Det er dog forventningen, at lovforslaget vil understøtte, at borgeren hurtigt og effektivt kan få sin behandling, og at borgere, pårørende og personale kan fokusere på kerneopgaven og ikke på fremskaffelse af lægemidler.

Det er positivt, at lovforslaget vil muliggøre, at de mest benyttede lægemidler altid vil være tilgængelige på pladsens medicinskab eller medicinrum. På den måde kan borgeren hurtigt komme i behandling, ligesom personalet, de pårørende og borgeren ikke skal bekymre sig om, hvordan borgerens lægemidler fremskaffes.

For at sikre hurtig, stabil og økonomisk fremskaffelse samt rationelt valg af lægemidlerne, skal regionale og nationale lægemiddelrekommandationer være styrende for behandlingspraksis på pladserne. Dette vil medvirke til et ensartet og velkendt lægemiddelsortiment, som behandlingsansvarlig læge og plejepersonale skal forholde sig til. Stringens i ordinationen af lægemidler hele vejen fra sygehuset til sundheds-omsorgspladserne, akutplejen og patientens eget hjem vil optimere muligheden for monitorering af lægemiddelforbruget og medvirke til sikre sektorovergange og færre utilsigtede hændelser.

Dette betyder også, at borgeren ikke vil kunne forvente at få udleveret det præcise lægemiddel, som borgeren er i behandling med, men det lægemiddel, som den behandlingsansvarlige læge vurderer, bedst opfylder borgerens behov ud fra de regionale og nationale lægemiddelrekommandationer og dermed også sygehusapotekernes sortiment. På samme måde vil det være oplagt, at der udføres medicingennemgang under opholdet, hvis borgeren tager mange lægemidler.

Det bemærkes, at det bør være tydeligere beskrevet, at det i lovforslaget ikke er specificeret, hvem der kan ordinere medicin til udlevering, mens borgeren opholder sig på en sundheds- og omsorgsplads. Der kan være tilfælde, hvor

det er hensigtsmæssigt, at borgerens praktiserende læge i dialog med personalet på sundheds- og omsorgspladserne, fortsat varetager behandlingsansvaret og derved kan ordinere medicin. Det kan især være ved kortere ophold. Hvis Sygehusapotekerne skal kunne levere og modtage bestillinger fra f.eks. praktiserende læger til levering på sundheds- og omsorgspladser, skal det fremgå af Receptbekendtgørelsen §1 stk. 5, https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2024/827.

Det fremgår også af bemærkningerne til lovforslaget, at regionerne vil få mulighed for at kunne fordele, opsplitte og udlevere lægemidler til brug for behandling af borgere på sundheds- og omsorgspladserne og i akutsygeplejen. Det er positivt, da borgere, der er i behandling med samme lægemiddel på en sundheds- og omsorgsplads, så vil kunne behandles med lægemidler fra den samme lægemiddelpakning. Ligesom at det er positivt, at lægemiddelpakkerne kan opbevares i et centralt medicinskab og ikke hos hver enkelt borger. Det vil aflaste personalet på pladserne og sandsynligvis også mindske medicinspild. I relation til dette, forventes det, at bestillinger til medicinskabe og -rum på sundheds- og omsorgspladserne i den kommende revision af receptbekendtgørelsen ses som rekvisitioner, som sygehusapotekerne kan håndtere på samme vis som rekvisitioner fra hospitaler.

Herudover bemærkes det, at hvis der oprettes medicinrum/skabe på sundheds-og omsorgspladser, bør disse også være omfattet af bekendtgørelse om håndtering af lægemidler på sygehusafdelinger og andre behandlende institutioner https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2005/1222.

Det fremgår af lovforslaget, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderer, at sundheds- og omsorgspladser og akutsygeplejen ikke kan anses for en regionalt tilknyttet behandlingsinstitution. Danske Regioner finder det i relation hertil vigtigt, at loven giver mulighed for, at de kommende sundheds- og omsorgspladser vil kunne oprettes i regionernes relevante IT-systemer på samme måde som hospitalsafdelinger, så de eksisterende IT-systemer kan bruges til bestilling af lægemidler til pladserne. Ligesom det er vigtigt, at der gælder de samme regler uanset om en region eller en kommune drifter pladsen – herunder at regionen vil kunne oprette medicinrum og levere medicin.

Det er endvidere vigtigt, at det sundhedsfaglige personale på sundheds- og omsorgspladserne kan skaffe sig den information om borgerens sygdomsforløb samt eventuelle forudgående behandling fx på sygehuset, som er nødvendig for at tilbyde borgeren en sammenhængende og koordineret behandling. Ligesom hvis pladserne var defineret som tilknyttede behandlingsinstitutio-

ner. Efter Danske Regioners opfattelse bør det beskrives tydeligere i bemærkningerne til loven, med hvilken hjemmel sundhedspersonalet kan få videregivet eller om muligt selv indhente helbredsoplysninger om patienten fra dennes journal til brug for den sundhedsfaglige behandling på en sundheds- eller omsorgsplads og tilsvarende, hvilke oplysninger kan det sundhedsfaglige personale på sygehuset få videregivet eller indhente i det tilfælde, hvor borgeren genindlægges på sygehuset efter ophold på en sundheds- eller omsorgsplads. Eksempelvis bør det i den forbindelse beskrives, om ministeriet vurderer, at en borger, der overgår fra en sygehusafdeling til en sundheds- og omsorgsplads kan antages at være i aktuel behandling, uanset at patienten ikke længere behandles i sygehusvæsnet.

Til slut skal det bemærkes, at der er en opmærksomhed på tilbagekaldelser af medicin. Når Lægemiddelstyrelsen foretager tilbagekaldelser, bedes der ofte om tilbagekaldelser fra *depot og medicinrum*. Da lægemidlet og borgeren kan flytte sig, er der behov for at afgrænse sygehusapotekers ansvar ift. tilbagekaldelser.

4. Styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb

Med sundhedsreformens målsætninger et det en central opgave for regionerne at arbejde målrettet for en bedre lægedækning i hele landet. Her er det afgørende, at regionerne sikres de nødvendige handlemuligheder, og i det lys er det hidtidige regelsæt omkring de regionale råd for lægers videreuddannelse utidssvarende. På den baggrund er Regeringen og Danske Regioner med Forårsaftalen om implementering af sundhedsreformen enige om at arbejde for, at regionernes kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen styrkes, samt at de regionale videreuddannelsesråd fortsat skal rådgive regionerne om forhold vedrørende den lægelige videreuddannelse.

Derfor er Danske Regioner glade for, at regionerne med lovforslaget får en entydig kompetence til at tilrettelægge og fordele uddannelsesforløb, hvilket styrker regionernes muligheder for at sikre lægedækning gennem uddannelsesplanlægning. Det giver regionerne mulighed for mere målrettet styring af, hvor uddannelsesforløb placeres og kan dermed bl.a. understøtte sundhedsvæsenets langsigtede rekrutteringsbehov. Samtidig giver det regionerne bedre muligheder for at tilbyde mere håndholdte, sammenhængende og individuelt tilpassede forløb, som kan være en del af løsningen på rekrutteringsudfordringer i bestemte geografier og efterspørges af de nye generationer af læger.

Danske Regioner har samtidig en række bemærkninger til lovforslaget, som fremgår af det følgende.

Kompetencen til at til at træffe afgørelse om godkendelse af uddannelsesafdelinger mv.

Lovforslagets § 34, stk. 2, er affattet således: »Stk. 2. De regionale videreuddannelsesråd har til opgave at rådgive regionerne i forhold vedrørende den lægelige videreuddannelse, samt godkende uddannelsesafdelinger i regionen m.v.«

Danske Regioner bifalder, at de regionale videreuddannelsesråd fortsat tillægges en central rolle i at sikre faglig rådgivning, idet rådene udgør et væsentligt samarbejdsforum om den lægelige videreuddannelse i regionerne. Det er imidlertid afgørende for regionernes arbejde med at sikre lægedækning, at der ikke er tvivl om, at regionerne entydigt har ansvaret og beslutningskompetencen i relation til den lægelige videreuddannelse – herunder kompetencen til at godkende uddannelsesafdelinger i regionen.

For at sikre lægedækning, herunder robuste akuthospitaler, er det afgørende, at planlægningen og driften af sundhedsvæsenet understøtter muligheden for at uddanne speciallæger i hele landet. Bl.a. er det nødvendige patientgrundlag og tilstedeværelse af speciallæger en forudsætning for at varetage uddannelse af læger i en afdeling/praksis. Ved at forankre kompetencen til at træffe afgørelse om godkendelse af uddannelsesafdelinger i regionsrådet, kan det være med til at understøtte et stærkere fokus på uddannelse og langsigtet kompetenceforsyning i driften af sundhedsvæsenet.

Samlet set anbefaler Danske Regioner, at de regionale videreuddannelsesråd med lovændringen alene tillægges en rådgivende funktion i forhold vedrørende den lægelige videreuddannelse, herunder om godkendelse af uddannelsesafdelinger mv. Samtidig vil videreuddannelsesrådene fremadrettet udføre opgaver efter bemyndigelse fra regionsrådene. Det forudsættes i den forbindelse, 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 i eventuelle følgeændringer i øvrige bekendtgørelser.

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.

Med en justering af lovforslaget, hvor regionsrådene får det samlede ansvar for at varetage den lægelige videreuddannelse, vil det/de involverede regionsråd fastsætte, hvordan beslutningsprocesserne tilrettelægges mest hensigtsmæssigt (herunder om der er kompetencer, som skal uddelegeres og til hvem), og hvordan opgavevaretagelsen og samarbejdet mellem videreuddannelsesrådet, dennes sekretariat og de involverede regioner skal organiseres.

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.

Med venlig hilsen

Anders Kühnau
Formand, Danske Regioner

Mads Duedahl
Næstformand, Danske Regioner

Til: sum@sum.dk
Cc: sad@sum.dk, kani@sum.dk
Fra: Lise Sørensen (ls@demens-dk.dk)
Titel: VS: Høring over lovforslag om ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning ifm. etablering af sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen mv.
Sendt: 12/17/2025 12:04 PM
Bilag: image001.png; image002.png; image003.png; Høringsbrev.pdf; Høringsliste.pdf; Lovforslag.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.

Danske Demenskoordinatorer kvitterer for fremsendte høring.
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: Sofie Aas Dalsgaard <sad@sum.dk>
Sendt: 17. december 2025 11:34
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; 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>;

To: sum@sum.dk, sad@sum.dk, kani@sum.dk
From: Camilla Molich Hoff (camilhof@rm.dk)
PDFMailHeader VS: LVS - Høring over lovforslag om ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning ifm. etablering af sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen mv.
Sent: 1/21/2026 11:30 AM
Attachments: image001.png; image002.png; Høringsbrev.pdf; Høringsliste.pdf; Lovforslag.pdf; Signature-20260121103140.txt;

Kære Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Ingen kommentarer fra DSKFNM's side

BH

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

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

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

www.rm.dk

Fra: Lene Kristensen <lkr@DADL.DK>
Sendt: 19. december 2025 09:23
Emne: LVS - Høring over 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, LVS

Kære høringsparter

Hermed sendes i offentlig høring 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).

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

Indenrigsministeriet

Slotsholmsgade 10-12

DK-1216 København K

Vedr. Høring over lovforslag om ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning ifm. etablering af sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen mv.

DASYS har modtaget høringsforslag for Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne, FSSK, og Forskningsrådet under DASYS.

FSSK:

FSSK vil vi gerne knytte en bemærkning til især §238 b om betaling fra kommunerne, når patienterne er færdigbehandlet.

Vi forstår godt intentionen om, at pladserne skal være for en sundhedsfaglig og rehabiliterende indsats. I FSSK vil vi gerne bemærke, at det stadig ikke er et krav, at der er varslet 48/72 timer før, og at formuleringen "*som udgangspunkt*" kan betyde at varslet vil være kortere og kommunerne kan ende med ikke at have tilstrækkeligt varsel til at kunne klargøre et hjem. Hvem betaler så for borgerens ophold, hvis varslingen er for kort?

Som det er beskrevet her, ligner det, at det bliver kommunen. Vi forstår, at det også handler om incitament til at hjemtage borgerne, når de er færdigbehandlede og flow på sundheds- og omsorgspladserne, men i praksis vil de økonomiske sanktioner mod kommunerne ikke nødvendigvis give det bedste borgerforløb, hvis der er behov for et større koordinerende arbejde, inden borgeren kan udskrives til hjemmet.

DASYS Forskningsråd:

DASYS Forskningsråd medsender en undren/et opmærksomhedspunkt;

På side 2 står nedenstående, men under første punkt er det ikke angivet, hvorfra afslutningstaksten opkræves.

Lovforslaget indebærer for borgere, hvis forløb på sundheds- og omsorgspladser er afsluttet:

- at regionerne opkræver en afslutningstakst på 1.400 kr. (2025-pl) i den periode, en borger har fortsat ophold på en sundheds- og omsorgsplads, hvis forløbet efter afslutningskriterierne er endt, medmindre regionen og kommunen har indgået en særskilt aftale herom.
- at staten opkræver en supplerende afslutningstakst på 1.400 kr. (2025-pl) af kommunerne fra og med den 21. dag, efter borgerens forløb på sundheds- og omsorgspladserne er afsluttet. Det statslige provenu tilbageføres til kommunerne

Med venlig hilsen
DASYS bestyrelse

Dansk Selskab for Intern Medicin
København d 19. januar, 2026

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
sum@sum.dk med kopi til sad@sum.dk og kani@sum.dk.
Enhed: Sundhedsstruktur.

Sagsnr.: 2025-9152

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

Dette høringssvar retter sig mod pkt 2.4 i lovforslaget: *Styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb*, hvor regionerne tildeles ansvaret for, og dermed beslutningskompetencen til, at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb på den lægelige videreuddannelse. Det anføres, at konsekvensen heraf følger, at de regionale råd for lægers videreuddannelse ikke længere skal træffe afgørelse om fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse.

Vi er, i Dansk Selskab for Intern Medicin, stærkt bekymret for, at en sådan flytning af ansvaret og beslutningskompetencen væk fra de regionale lægelige videreuddannelsesråd vil medføre, at fokus primært lægges på lægedækningen og ikke i sufficient grad tager hensyn til, at en sådan dækning også skal have den relevante kvalitet og robusthed for at kunne tilfredsstille borgernes rimelige krav. At fratage de fagligt forankrede regionale lægelige videreuddannelsesråd beslutningskompetencen vil således forringe muligheden for at skabe den kvalitet og lighed i sundhed som udsatte borgere, såvel som borgere boende i tyndt befolkede områder med sparsom lægedækning og uden større akutsygehuse i nærheden, har krav på.

Med venlig hilsen,

Tavs Qvist
Forperson DSIM

To: sum@sum.dk
Cc: sad@sum.dk (Sofie Aas Dalsgaard), kani@sum.dk
From: Frederik Klinting (frederik@klinting.com)
PDFMailHeader Vedr. Høring over udkast til forslag til lov om specialeplanlægning, afregningsordning, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser mv.
Sent: 1/20/2026 8:44 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 vedr. Høring over udkast til forslag til lov om specialeplanlægning, afregningsordning, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser mv..
Vi har gennemgået materialet og har ingen kommentarer for nuværende. DASEM ser frem til samarbejdet og en fortsat involvering omkring de akutte patienter og den fremtidige organiserring af sundheds- og omsorgspladser på sundhedsområdet.

mvh
Frederik Pors Klinting
Faglig Sekretær, DASEM

Glostrup, den 15. januar 2026

Til

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

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

Dette høringssvar vedrører Forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og autorisationsloven, som er fremsendt med høringsbrev den 17. december 2025.

Vi ønsker at kommentere lovforslagets §4 omhandlende styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb.

Kommende speciallæger i øjensygdomme har behov for at opnå viden og praktisk erfaring indenfor alle fagets subspecialer. Indenfor øjenspecialet opnås dette ved en introduktionsuddannelse på 1 år på en hospitalsøjenafdeling og en efterfølgende hoveduddannelse på 4 år, hvoraf de 3½ år finder sted på hospitalsøjenafdelinger (som regel 2 forskellige matrikler pr. uddannelsesforløb) og 6 måneder i speciallægepraksis. Der findes 1-2 hospitalsøjenafdelinger pr. region. Fra 1. januar 2027 vil regionerne få meget forskellige størrelser.

Det fremgår af lovforslaget og dets bemærkninger, at beslutningskompetencen for tilrettelæggelsen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen skal overgå fra de regionale råd for lægelig videreuddannelse til regionsrådet. Det betyder en politisk frem for faglig sammensætning. Det fremgår desuden, 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. Det er imidlertid vigtigt at pointere, at inden lægerne kan bidrage til patientbehandling på højt niveau, er man nødt til først at uddanne speciallægerne. Derefter må man skabe incitamenter for en hensigtsmæssig fordeling af speciallægeressourcer.

1. Både af hensyn til tilegnelsen af specialistkompetencer og af hensyn til kompetencevurdering og –godkendelse har lægen under speciallægeuddannelse **behov for adgang til direkte supervision**. Det betyder at der er behov for fysisk tilstedeværelse af en mere erfaren lægekollega (ofte en speciallæge), som kan verificere undersøgelsesfund, godkende behandlingsplaner samt vejlede i, assistere til og ved behov eventuelt overtage behandlingsprocedurer.

2. De 1-2 hospitalsøjenafdelinger pr. region er placeret i regionernes store byer. Det fremgår af lovforslaget, at ønsket er, at en større del af uddannelsesforløb på den lægelige videreuddannelse

placeres udenfor de største byer. Det er uklart, under hvilke rammer speciallægeuddannelsen i øjensygdomme i givet fald skal finde sted. Hvordan vil man sikre den nødvendige uddannelse udenfor de nuværende øjenafdelinger, hvis man ønsker øjenlæger med minimum samme kompetencer som i dag?

3. Hospitalsøjenafdelingerne i de store byer har flere funktioner. Udover uddannelse af medicinstuderende og andre personalegrupper samt uddannelse af speciallæger varetager afdelingerne behandling af patienter på hovedfunktions-, landsdels- og højt specialiseret niveau. De dækker akut vagtfunktion inden for øjenspecialet samt faciliterer klinisk forskning på internationalt niveau. Varetagelsen af disse opgaver kræver en velfungerende organisation med specialuddannet personale, særligt udstyr, tilpassede operationsstuer og en veletableret samarbejdsstruktur imellem subspecialer og med andre tilgrænsende specialer.

4. Man må på baggrund af det foreliggende forslag antage, at lægen under speciallægeuddannelse i et større omfang vil få funktion i områder, hvor adgangen til supervision er dårligere (da man ønsker at prioritere funktion i lægedækningstruede områder). Fra et patientsikkerhedsperspektiv er det nødvendigt at spørge om, hvordan man vil sikre, at lægerne under speciallægeuddannelse har de nødvendige kompetencer til at varetage patientrettede opgaver på et sted, hvor det er nærliggende at antage, at der vil være dårligere adgang til nødvendig supervision end aktuelt?

5. Alternativet vil være, at også de speciallæger der skal supervisere de uddannelsessøgende læger, skal flyttes fra de specialiserede hospitalsafdelinger. Dette vil betyde, at de landsdels- og højt specialiserede funktioner, som speciallægerne varetager på de nuværende hospitalsøjenafdelinger, vil blive sværere eller umulige at varetage og/eller at ventetiden for patienter med behov for mere specialiseret behandling kan blive længere. Det vil medføre fragmentering af viden og kompetencer samt tab af nødvendige samarbejdsmuligheder mellem subspecialer.

6. Det er vigtigt at være opmærksom på, at supervision og kompetencevurdering for en læge under speciallægeuddannelse i øjensygdomme kun kan varetages af en speciallæge i øjensygdomme. Det er essentielt, at kommende øjenlæger i tillæg til generalistkompetencer har behov for at opnå erfaring inden for alle subspecialer og for kirurgisk oplæring. Hvordan sikrer man, at man ved tilrettelæggelse af uddannelsesforløb tager hensyn til tilgængelighed af supervision, speciallægekompetencer, patientsikkerhed, mulighed for kompetencevurdering og specialerelevant kompetenceudvikling?

7. De regionale råd for lægelig videreuddannelse består af uddannelsessøgende læger, praktiserende læger og uddannelsesgivende læger. Med rådenes sammensætning er de med den nuværende beslutningskompetence garanter for, at nødvendige faglige, uddannelsesmæssige og patientsikkerhedsmæssige hensyn bliver varetaget. Hvis rådet kun bliver rådgivende og det bliver en politisk beslutning at sammensætte og planlægge individuelle uddannelsesforløb, kan det blive problematisk. Det må understreges, at det er en lægefaglig vurdering, hvor og hvordan kompetencer for uddannelsessøgende læger bedst opnås. Vi mener derfor, at opgaven fortsat vil være bedst forankret i de regionale råd for lægelig videreuddannelse og ikke i regionernes politiske ledelse.

8. Der lægges op til at de regionale råd for lægelig videreuddannelse fortsat skal varetage opgaver indenfor pædagogisk-udviklende funktion, vejlederkompetencer mv. Dette er glædeligt, men opgaven bliver sværere at udmønte, når beslutningskompetencerne i forhold til sammensætning af uddannelsesforløbene bliver frataget rådet.

9. En del af opgaven for de regionale råd for lægelig videreuddannelse er at understøtte håndteringen af problematiske/uhensigtsmæssige uddannelsesforløb. I den påtænkte nye model, hvor det politisk valgte regionsråd tilrettelægger uddannelsesforløbene – hvem skal da tage stilling til f.eks. forlængelser, midlertidige eller permanente afbrydelser af uddannelsesforløb?

10. En styrkelse af lægedækningen udenfor de store byer er en vigtig ambition. Øjensygdomme er et mindre speciale, som for at kunne tilbyde høj faglig ekspertise for patienterne er blevet centreret på få store hospitalsøjenafdelinger i hver region. For at kunne opretholde det høje niveau i fremtidens patientbehandling er det afgørende vigtigt, at uddannelsessøgende læger fortsat vil kunne opnå nødvendig direkte supervision fra speciallæger i øjensygdomme med højt specialiseret viden og kompetencer indenfor fagets subspecialer.

Med venlig hilsen

Anne Wiencke, Daniella Bach-Holm, Jens Folke Kiilgaard, Oliver Niels Klefter
Uddannelsesansvarlige overlæger
Afdeling for Øjensygdomme
Rigshospitalet
Valdemar Hansens Vej 1-23
2600 Glostrup

Korrespondance e-mail: oliver.niels.klefter.01@regionh.dk

To: sum@sum.dk (DEP Indenrigs- og Sundhedsministeriet)
Cc: sad@sum.dk (Sofie Aas Dalsgaard), kani@sum.dk (Kasper Østergaard Nielsen), tnl@etf.dk (Tina Nør Langager), tkj@etf.dk (Torben Krogh-Jensen)
From: Ulla Garbøl (ug@etf.dk)
PDFMailHeader SV: Høring over lovforslag om ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning ifm. etablering af sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen mv.
Sent: 1/20/2026 1:02 PM
Attachments: image012.png; image013.png; image014.png; Signature-20260120120326.txt;

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Ergoterapeutforeningen har ikke bemærkninger til høringen

Med venlig hilsen

Ulla Garbøl
Chefkonsulent

Ergoterapeutforeningen
Nørre Voldgade 90, 2
DK-1358 København K
Tlf: +45 88 82 62 70
Direkte: +45 53 36 49 25
etf.dk
Oplysninger om Ergoterapeutforeningens behandling af dine personoplysninger

Vi indhenter og anvender kun personoplysninger for at varetage og fremme foreningens formål. Se vores persondatapolitik.

Fra: Sofie Aas Dalsgaard <sad@sum.dk>
Sendt: 17. december 2025 11:34
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@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; 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;

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
sum@sum.dk
cc sad@sum.dk
cc kani@sum.dk

Høringssvar fra Filadelfia Epilepsihospital og sociale tilbud til forslag til ændring af sundhedslovens §208 om specialeplanlægning

Direktion

Dato
22. januar 2026

Telefonnr.
21 34 12 02

E-mail
lisbethn@filadelfia.dk

Jr.nr.
798

Filadelfia Epilepsihospital og sociale tilbud takker for muligheden for at afgive høringssvar til forslaget om ændring af sundhedslovens § 208 om specialeplanlægning.

Først og fremmest anerkender vi ønsket om at styrke specialeplanlægningen og gøre den mere fleksibel. Vi ser positivt på, at regionerne foreslås tillagt øget kompetence til at fastlægge kapacitet og placering af egne landsdelsfunktioner. Vi finder det også hensigtsmæssigt, at den årlige opfølgning på specialeplanen målrettes funktioner og områder, hvor der er et særligt behov.

Imidlertid finder vi det problematisk at give regionsrådene kompetence til at godkende landsdelsfunktioner for så vidt angår de landsdækkende private specialsygehuse under sundhedslovens § 79, stk. 2.

Det er afgørende, at der fortsat anlægges et nationalt perspektiv på de landsdækkende private specialsygehuse. Det er en forudsætning for at sikre konsistens i godkendelserne og den lige adgang til behandling for patienter fra hele landet, som er fastlagt i §79, stk. 2 og i reglerne om patienternes frie valg.

Filadelfia Epilepsihospital varetager både lands- og landsdelsfunktion på baggrund af hospitalets særlige ekspertise i epilepsi og unikke behandlingstilbud. Vi udreder og behandler fx som led i vores landsdelsfunktion, borgere med epilepsi og udviklingshandicap, funktionelle lidelser og farmakoresistent epilepsi fra hele landet.

En godkendelse af vores funktioner på landsdelsniveau i epilepsi er uløseligt knyttet til og afledt af vores evne til at varetage landsfunktioner inden for neurologi og neuropædiatri, der godkendes af Sundhedsstyrelsen. At splitte godkendelsesprocessen op mellem styrelse og region fremstår unødigt bureaukratisk og uden reel effekt på opgaven i Sundhedsstyrelsen. Regionsrådet skal under alle omstændigheder, jf. forslagets §208, stk.5, indhente rådgivning fra Sundhedsstyrelsen, om hvorvidt specialsygehuset opfylder kravene til at varetage landsdelsfunktion.

For så vidt angår regionsrådenes planlægning af kapacitet, så fastlægges rammerne for den samlede nationale kapacitet for specialsygehusene i §79, stk. 2 allerede i "Bekendtgørelse om økonomiske rammer for frit valg til private specialsygehuse m.v. og for specialiseret ambulant behandling på Øfeldt Centrene". For Filadelfias vedkommende er den suppleret med samarbejdsaftaler mellem Filadelfia og de vestdanske regioner om yderligere aktivitet. Vi finder derfor ikke, at et enkelt regionsråd meningsfuldt vil kunne træffe beslutning udenom de øvrige regioner eller Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

I samme boldgade finder vi det uklart, om lovforslaget skal forstås således, at et enkelt regionsråd godkender landsdelsfunktion for et specialsygehus på alle regioners vegne, eller om alle regionsråd skal godkende landsdelsfunktionerne for et specialsygehus, der indgår som en del af deres kapacitet.

Vi skal derfor opfordre til, at godkendelse af landsdelsfunktioner for så vidt angår § 79-sygehusenes landsdækkende tilbud undtages fra den foreslåede lovændring. Denne opgave bør fortsat være forankret i Sundhedsstyrelsen, i forlængelse af deres godkendelse af landsfunktioner.

Venlig hilsen

Lisbeth Nielsen
Administrerende direktør

FILADELFIA - Epilepsihospital og sociale tilbud
- til mennesker med epilepsi og erhvervet hjerneskade
Kolonivej 1 • 4293 Dianalund • Telefon 5826 4200 • www.filadelfia.dk

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Mail: sum@sum.dk
CC: sad@sum.dk & kani@sum.dk

Dato:
23. januar 2026

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

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

FOA har enkelte bemærkninger til lovforslaget, som vedrører:

- Regionernes 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
- Kommunale takster for færdigbehandlede borgere, som optager en sundheds- og omsorgsplads

Bemærkningerne vil blive uddybet i det følgende.

Regionernes håndtering af udbudskrav og -politikker ifm. med udliciteringen af lands- og landsdelsfunktioner

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

Særligt §208, stk. 7 vil reelt kunne medføre pålæg om, at regionen benytter en bestemt privat leverandør, uden en forudgående konkurrenceudsættelse af denne udlicitering med fastsættelse af udbudsbetingelser. Generelt er det vanskeligt at se, hvordan en forudgående godkendelse af privatsygehusene afløfter den generelle pligt til konkurrenceudsættelse. En overordnet rammeaftale om takster vil efter FOAs vurdering ikke kunne sikre den bedste løsning henset til andre kriterier, som bør indgå i valg af leverandør, eksempelvis håndtering af underleverandører, uddannelsesforpligtelser m.v.

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

Lovforslaget mangler at beskrive, hvordan offentlige-private samarbejder vedrørende lands- og landsdelsfunktioner fungerer i dag, samt hvilke overvejelser, der ligger bag ønsket om at forandre lovgivningen på dette område og gøre det lettere hhv. obligatorisk for regionerne at udlicitere opgaver til private sygehuse.

FOA

Staunings Plads 1-3
1790 København V

Kontaktperson:
Sofie Tolstrup

Mail:
soto@foa.dk

Telefon:
46972626

Direkte telefon:
31790841

www.foa.dk

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 det indtryk, at den øgede mulighed for privatisering af sundhedsopgaver er forsøgt skjult i høringen. FOA savner derfor, at det ekspliciteres.

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.

Kommunale takster for færdigbehandlede borgere, som optager en sundheds- og omsorgsplads

Lovforslaget fastsætter tillige takster for den kommunale betaling for ophold på en sundheds- og omsorgsplads *efter* endt behandling. FOA er bekymrede for, at taksterne ikke vil formå at styrke sektorsamarbejdet mellem regioner og kommuner. Med den foreslåede incitamentsstruktur kan sundheds- og omsorgs-pladserne skabe et økonomisk incitament for regionerne til hurtig afslutning og udskrivelse. FOA mener ikke, at Kommunerne bør hæfte økonomisk for hurtigere udskrivningsprocedurer, der tilgodeser regionen økonomisk.

Den samarbejdsmodel, der er skabt omkring de horisontale samarbejdsaftaler, bygger ikke på økonomiske incitamenter, men har til formål at sikre et godt sektorsamarbejde og et fælles ansvar for patienten/borgeren. FOA mener, at reglerne for takstfastsættelse - ligesom de horisontale samarbejdsaftaler - skal understøtte et bedre sektorsamarbejde om patienter og borgere samt tilstræbe sømløse overgange i sundhedsvæsenet.

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

HØPA

Foreningen af høreapparatbehandlende øre-næse-halslæger i speciallægepraksis

Den 23-01-2026

Til Indenrigs- og sundhedsministeriet
Sundhedsstruktur
sum@sum.dk med kopi til sad@sum.dk og kani@sum.dk

Emne: **" Høring over udkast til forslag til lov om specialeplanlægning, afregningsordning, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser mv. "**

Foreningen af høreapparatbehandlende øre-, næse- og halslæger i speciallægepraksis (HØPA) er den 17. december 2025 blevet gjort opmærksom på høringsprocessen for ovenstående.
Vi takker Indenrigs- og sundhedsministeriet for muligheden for at afgive høringssvar, som bemærkninger:

HØPA har følgende bemærkninger.

Ad 1. Baggrunden for lovforslaget:
HØPA finder det problematisk at høring opdeles i flere dele omhandlende samme lovpakke.

Ad 2.1. Ny model for specialeplanlægning.
HØPA påpeger vigtigheden af at specialeplanlægningen for alle funktioner i sundhedsvæsenet primært varetages på sundhedsfaglige præmisser. Regionerne får kompetencen til at imødegå kapacitetsudfordringer. Det er vigtigt at en ændring i visitation og inddragelse af godkendte funktioner altid skal begrænses tidsmæssigt for at muliggøre en opretning af at efterleve de fastsatte krav og genetablere måske den mest sundhedsfaglig gunstige varetagelse af funktionen. Her tænkes på at medregne varetagelsen af de uhensigtsmæssige efterbehandlingsbehov herunder utilsigtede skader, som i dag ofte viderevisiteres til de offentlige sygehuse. Der må stilles krav om at denne delfunktion skal medregnes når kapacitetsudfordringer håndteres såvel overfor offentlige som private sygehuse.
Opretholdelse af operationskompetencer på individniveau er også afgørende for at bevare fagkompetencen hos de involverede operatører, også til varetagelse af opståede skader.
Ydermere er kapacitetsudfordringer potenseret af omfattende forsinkelser i anlægsarbejdet af kapacitetsforbedrende supersygehusbyggerier.

Ad. 2.2. og 2.3.
Ingen bemærkninger.

Ad. 2.4. Styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb.
HØPA påpeger vigtigheden af inter- og intrafaglige synergieffekter på uddannelsesstederne, hvilket fagligt bedst varetages i de regionale råd for lægers videreuddannelse, som bør udstyres med vetoret i eksempelvis enstemmig rådgivning.

På vegne af HØPA

Bjarne J. Hansen, speciallæge i øre-næse-halssygdomme, Formand for HØPA

KØBENHAVNS UNIVERSITET
DET SUNDHEDSVIDENSKABELIGE FAKULTET

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

23. JANUAR 2026

FAKULTETSSTAB
LEDELSESSEKRETARIAT

BLEGDAMSVEJ 3B
KØBENHAVN N.

Høringssvar vedr. udkast til lovforslag om bl.a. styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen

Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Københavns Universitet (KU-SUND) takker for muligheden for at afgive høringssvar. KU-SUNDs bidrag relaterer sig primært til speciallægeuddannelsen, som fakultetet bidrager til via kliniske professorer og kliniske lektorer med delt ansættelse på hospital/region og på KU-SUND, og som bidrager til speciallægernes uddannelse og de faglige miljøer, som understøtter uddannelsesforløbenes kvalitet.

KU-SUND anerkender det overordnede politiske mål om en mere geografisk balanceret placering af uddannelsesforløb. Samtidig har vi en opmærksomhed på, at ændringer i beslutnings- og governance-struktur ikke må svække:

- uddannelseskvalitet,
- patientsikkerhed, eller
- ensartet national standard for speciallægekompetence.

KU-SUND peger på følgende centrale hensyn, hvis beslutningskompetence flyttes:

1. **Bindende national kompetencebundlinje**
   Der bør være klare, nationale og ikke-fravigelige krav til kompetencer og supervision/eksponering, så speciallægekompetence forbliver ensartet på tværs af geografi og kapacitetshensyn.
2. **Tydelig og transparent faglig governance**
   Det bør præciseres, hvilket regionalt beslutningsniveau der træffer afgørelser om fordeling/tilrettelæggelse af uddannelsesforløb, samt

hvordan uddannelsesfaglige kriterier vægtes i forhold til geografiske og kapacitetsmæssige hensyn.

3. **Faglig repræsentation og "følg-eller-forklar"**
   For at sikre faglig accountability anbefaler KU-SUND enten:
   - at uddannelsesfaglige repræsentanter (fx via de regionale videreuddannelsesråd eller tilsvarende) indgår i det beslutningsforum, der træffer afgørelser, og/eller
   - at der indføres en "følg-eller-forklar"-mekanisme, hvor afvigelser fra faglige anbefalinger begrundes skriftligt og transparent.
4. **Forebyggelse af uønsket variation ("A- og B-speciallæger")**
   Implementering bør tilrettelægges, så der ikke opstår varige forskelle i kompetenceprofil og karrieremuligheder afhængigt af geografisk uddannelsesplacering.

KU-SUND står gerne til rådighed for dialog om, hvordan lovændringen kan udmøntes, så den både fremmer geografisk balance og fastholder høj og ensartet kvalitet i speciallægeuddannelsen samt robuste kliniske uddannelses- og forskningsmiljøer.

sum@sum.dk
kani@sum.dk
sad@sum.dk

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

Dato: 23. januar 202623. januar 2026

Sags ID: SAG-2025-04586
Dok. ID: 3655464

E-mail:
MACB@kl.dk
Direkte: 3370 3153

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København

www.kl.dk

KL takker for muligheden for at afgive høringssvar til forslaget 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. 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 er regionerne sikret finansiering til at etablere sundheds- og omsorgspladser, og den samlede kapacitet reguleres via nationale kvalitetsstandarder. Kommunal betaling til regionen af en afslutningstakst vil dermed udgøre yderligere regional finansiering uden at dette forventeligt modsvares af yderligere kapacitet.

KL bakker op om, at færdigbehandlingstaksten 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 afslutningstakst skal afspejle de faktiske kommunale omkostninger. KL foreslår derfor, at taksterne reduceres.

KL mener også, at regionerne skal forpligtes til at varsle udskrivelse fra sygehus på samme vis som for de kommende sundheds- og omsorgspladser

<u>Evaluering af modellen</u>
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.

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

Vedr. færdigbehandlede 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 man således med dette takstniveau vil se en genopbygning af kommunal kapacitet. KL bemærker i den forbindelse, at i fald kommunerne genopbygger midlertidig pladskapacitet udover aflastnings- og ventepladser bør den regionale praksis omkring tildeling af ophold på regionale sundheds- og omsorgspladser vurderes. Dette henset til, at borgere, der afsluttes fra sygehus og ikke tildeles et efterfølgende ophold på en regional plads for langt størstedelen skal kunne afsluttes til eget hjem for at undgå unødige skift. Hvis borgeren efter udskrivning fra sygehus derimod har sundhedsfaglige behov, der ikke kan varetages i hjemmet eller hvor hjemmet i øvrigt ikke er egnet til ophold, bør borgeren således tildeles ophold på en regional sundheds- og omsorgsplads, jf. også Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandard for regionale sundheds- og omsorgspladser.

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.

KL foreslår desuden, at der fastsættes nærmere regler for varsling af kommunerne inden en borger, udskrives fra sygehus til kommune, samt at færdigbehandlings- og afslutningstakster kun effektueres, hvor regionerne har varslet kommunerne efter reglerne.

Det er allerede 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 med Forårsaftalen for 2026 aftales rammer for varsling ved udskrivning fra sygehus, og at de aftalte rammer understøttes ved lovregulering, idet afslutningstakster alene effektueres ved sygehusenes efterlevelse af disse.

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.

Vedr. afsluttede forløb på sundheds- og omsorgspladser

Dato: 23. januar 202623. januar 2026

Sags ID: SAG-2025-04586
Dok. ID: 3655464

E-mail: MACB@kl.dk
Direkte: 3370 3153

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København

www.kl.dk

Dato: 23. januar 202623. januar 2026

Sags ID: SAG-2025-04586
Dok. ID: 3655464

E-mail: MACB@kl.dk
Direkte: 3370 3153

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København

www.kl.dk

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.

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

KL noterer sig, at der i beskrivelsen af den nylige revision af takststrukturen for psykiatriske færdigbehandlingstakster 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.

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.

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 skal i den forbindelse foreslå, at ministeriet ekspliciterer, at befordring til og fra en regional sundheds- og omsorgsplads ligeledes er en udgift, som skal afholdes af regionen.

KL skal bede ministeriet konkretisere 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 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

Dato: 23. januar 202623. januar 2026

Sags ID: SAG-2025-04586
Dok. ID: 3655464

E-mail: MACB@kl.dk
Direkte: 3370 3153

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København

www.kl.dk

21. januar 2026

Patientstøtte & Frivillig Indsats
Strandboulevarden 49
2100 København Ø

Tlf +45 35 25 75 00

www.cancer.dk

UNDER PROTEKTION AF
HENDES MAJESTÆT DRONNINGEN

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Mail til:
sum@sum.dk

kopi til:
sad@sum.dk og kani@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 fx 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 mhp. at sikre, at sundhedstilbud - udover tilpasning til organisatoriske ændringer - også indrettes efter patienter og pårørendes ønsker og behov.

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 umiddelbart 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 Sundhedsstyrelsens opfølgning på landsdelsfunktioner 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 foretage en vurdering af, hvilke landsdelsfunktioner som regioner og 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.

Kræftens Bekæmpelse opfordrer til, at det overvejes, hvordan patienter og pårørendes erfaringer kan inddrages i dette arbejde.

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

Til Indenrigs- og sundhedsministeriet

Landdistrikternes Fællesråd
Pakhusvej 3, 1. sal
8382 Hinnerup
Tlf.: 61 313 636

Email: mail@landdistrikterne.dk
www.landdistrikterne.dk

CVR: 20257180

Dato: 22.01.2026

Enhed: Sekretariatet

Sagsbehandler: JRL

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

Indenrigs- og sundhedsministeriet har d. 17. december 2025 sendt udkast til forslag om lov om specialeplanlægning, afregningsordning, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser mv. i høring. Lovforslaget er første del af den tredje lovpakke, der bl.a. har til formål at udmønte dele af Aftale om en sundhedsreform 2024, som blev indgået den 15. november 2024 mellem regeringen (S-V-M), DD, SF, KF og RV samt at udmønte dele af Sundhedsstyrelsens oplæg til en ny model for specialeplanlægning, der blev offentliggjort den 30. september 2025.

Landdistrikternes Fællesråd takker for muligheden for at afgive høringssvar til lovforslaget. Omkring 600.000[1] danskere bor i lægedækningstruede områder, primært i landdistrikterne, hvor der samtidig er en høj andel af borgere med kroniske sygdomme og komplekse behandlingsbehov. Det understreger behovet for målrettede og virkningsfulde initiativer. Landdistrikternes Fællesråd noterer sig positivt, at regeringen og aftalepartiernes tiltag begynder at have en lokal effekt. Senest har udviklingen på sygehuset i Nykøbing Falster vist, at en styrket indsats kan sikre flere faste læger og fuld lægedækning på afdelingsniveau[2]. Det er et vigtigt skridt i retning af at sikre lægedækning dér, hvor behovet er størst.

Landdistrikternes Fællesråd har følgende bemærkninger til lovforslaget:

Ny model for specialeplanlægning

Lovforslaget lægger op til, at regionerne får øget kompetence til at godkende landsdelsfunktioner på både regionale og private sygehuse med henblik på en mere fleksibel specialeplanlægning. Samtidig gives Sundhedsstyrelsen mulighed for i særlige tilfælde at pålægge en region anvendelse af privat kapacitet ved vedvarende kapacitetsudfordringer. Styringen af højt specialiserede landsfunktioner foreslås uændret og forbliver nationalt forankret.

[1] Regional- og Landdistriktspolitisk Redegørelse 2023
[2] Tv2øst – Region Sjælland, Læger tvunget til Falster, nu har afdeling fuld lægedækning.

Landdistrikternes Fællesråd bemærker, at lovforslagets del om specialeplanlægning indebærer, at regionerne fremover får kompetence til selv at godkende varetagelsen af landsdelsfunktioner på egne sygehuse uden forudgående godkendelse fra Sundhedsstyrelsen. Dette vil give regionerne øget handlefrihed og mulighed for hurtigere at tilpasse kapaciteten, f.eks. i situationer med kapacitetsudfordringer - det vil gavne patienterne. Samtidig får regionerne kompetence til at godkende varetagelsen af landsdelsfunktioner på private sygehuse, dog under forudsætning af, at Sundhedsstyrelsen forudgående har rådgivet om, hvorvidt de fastsatte krav til varetagelsen er opfyldt. Landdistrikternes Fællesråd mener kun, at Regionerne skal overtage opgaven med at godkende landsfunktioner for private sygehuse, hvis det er noget de ønsker. Hvis ikke de ønsker det bør opgaven fortsat ligge hos Sundhedsstyrelsen.

Landdistrikternes Fællesråd mener desuden, at beslutningerne om specialeplanlægningen bør følges op og evalueres med hensyn til patienttilgængelighed og geografisk balance, og at indsatsen for lægedækning i landdistrikter fortsat prioriteres i sammenhæng med specialeplanlægningen.

Lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen

Det foreslås, at regionerne får mulighed for - uden tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen - at kunne håndtere lægemidler, herunder fordele, opsplitte og udlevere lægemidler til brug for regionale funktioners behandling af borgere på midlertidige døgndækkede pladser, herunder sundheds- og omsorgspladser, samt til opstart af behandling i eget hjem, herunder i akutsygeplejen. Det foreslås endvidere, at sygehusapoteker får mulighed for at levere lægemidler og andre varer til regionale funktioner, der håndterer lægemidler til behandling på midlertidige døgndækkede pladser, herunder sundheds- og omsorgspladser og i eget hjem.

Landdistrikternes Fællesråd ser positivt på forslaget, da det kan styrke adgangen til nødvendig medicin for borgere i landdistrikter, hvor der ofte er langt til apoteker og sygehuse. Hurtig og sikker adgang til lægemidler er afgørende for tryghed og kvalitet i behandlingen. Samtidig er det vigtigt, at reguleringen udformes, så eksisterende ressourcer og kompetencer udnyttes bedst muligt, og at der ikke etableres parallelle distributionssystemer, hvor velfungerende løsninger allerede findes med lokale apoteker, og hvor de samlede distributionsomkostninger risikerer at stige. De private apoteker spiller i dag en central rolle i lægemiddelforsyningen - især i landdistrikterne - og varetager allerede udlevering og distribution til kommunale institutioner og til borgernes hjem. En model, hvor regionerne i vidt omfang selv står for udlevering og levering, kan risikere at svække de private apotekers økonomiske grundlag og dermed tilgængeligheden til lokale private apoteker i landdistrikterne på længere sigt.

Landdistrikternes Fællesråd opfordrer til, at der sikres rammer for, at de lokale apoteker, på samme måde som til kommunale institutioner, kan stå for levering af lægemidler til personer på regionale midlertidige døgndækkede pladser, herunder sundheds- og omsorgspladser. På den måde kan lægemiddelforsyningen tilrettelægges, så lokale forhold som placering, organisering, afstand mv. kan indgå i en samlet vurdering af om levering fra privat apotek eller fra sygehusapotek er mest hensigtsmæssigt, når økonomi, administration, patientsikkerhed m.v. tages i betragtning. Landdistrikternes Fællesråd foreslår endvidere, at forsyningen af lægemidler til borgere i eget hjem fortsat kan varetages af de private apoteker, som er til stede i lokalområdet og tæt på borgerne. En sådan model kan sikre hurtigere og mere fleksibel levering, styrke forsyningssikkerheden og samtidig understøtte apoteksvæsenet i landdistrikterne.

Endelig finder Landdistrikternes Fællesråd det vigtigt, at lovforslaget i højere grad sikrer patienternes muligheder for befordring mellem f.eks. sygehus og sundheds- og omsorgsplads samt fra pladsen til eget hjem. Befordring til og fra sundheds- og omsorgspladser bør sidestilles med befordring til og fra sygehuse, så borgere i landdistrikterne sikres samme tilgængelighed, sammenhæng og tryghed i deres behandlings- og transportforløb.

Styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb

Lovforslaget følger op på Forårsaftale 2025 og har til formål at styrke regionernes kompetencer til at fordele og tilrettelægge speciallægeuddannelsens forløb, herunder at øge andelen af uddannelsesforløb placeret uden for de større byer. Samtidig ændres de regionale råd for lægers videreuddannelses rolle, så de fortsat varetager rådgivning, godkendelse af uddannelsesafdelinger og andre pædagogiske funktioner, men ikke længere træffer beslutning om fordelingen af uddannelsesforløb.

Landdistrikternes Fællesråd er positive overfor, at lovforslaget lægger op til at styrke regionernes kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb under den lægelige videreuddannelse med henblik på at placere en langt større del af uddannelsesforløbene uden for de største byer. Dette er et vigtigt skridt i retning af at afhjælpe lægedækningsudfordringer i landdistrikterne og sikre, at borgere i hele landet har adgang til nødvendige sundhedstilbud og lægelige kompetencer. Landdistrikternes Fællesråd opfordrer til, at implementeringen af denne ændring sker med særlig opmærksomhed på landdistrikternes behov, så det i praksis bidrager til en mere ligelig fordeling af speciallæger over hele landet.

Landdistrikternes Fællesråd står til rådighed for yderligere drøftelser og bidrager gerne med viden om, hvordan vi sikrer en større geografisk lighed i sundhed.

Med venlig hilsen

Landdistrikternes Fællesråd



Steffen Damsgaard
Formand

Til: sum@sum.dk
Cc: sad@sum.dk, kani@sum.dk, susanne.axelsen@skejby.rm.dk (Susanne Axelsen), gitte.eriksen@auh.rm.dk (Gitte Valsted), andreas.balslev-clausen@regionh.dk (Andreas Balslev-Clausen), dollner.lvs@gmail.com (Nicolai Döllner)
Fra: Marie P. Krabbe (mpk@DADL.DK)
Titel: Høring over udkast til forslag til lov om specialeplanlægning, afregningsordning, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser mv.
Sendt: 1/23/2026 11:49 AM
Bilag: image001.jpg; Signature-20260123105017.txt;

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

LVS takker for muligheden for at kommentere på det fremsende lovforslag.

LVS har følgende kommentarer.

Vedr. den lægelige videreuddannelse:

LVS finder i lighed med den anførte baggrund for lovforslaget, at det regionale perspektiv er centralt i arbejdet med den lægelige videreuddannelse. Det er positivt, at de regionale råd (DRRLV) fortsat skal bidrage med et vigtigt lokalt kendskab til uddannelsesforhold og fortsat skal fungere som et væsentligt forum, hvor lokale og regionale problemstillinger, i forhold til uddannelsen, skal tages op.

LVS er imidlertid stærkt kritisk over for det entydige fokus på drift og økonomi på bekostning af kvalitet og kapacitet i den lægelige videreuddannelse, som lovforslaget vil medføre. Det vil være konsekvensen af at flytte beslutningskompetencen til at fordele og sammensætte uddannelsesforløb til de fire politiske regioner.

I dag er DRRLV et beslutningsdygtigt organ med repræsentation fra både driftsherre og uddannelsesfaglighed. Det har helt åbenlyse fordele mht. at sikre kvaliteten i uddannelsen i sammenhæng med driften. Lovforslaget vil reducere DRRLV til blot at være et rådgivende organ, samtidig med at det paradoksalt fortsat skal godkende uddannelsesafdelinger. Det kan den lægelige videreuddannelse og de uddannelsessøgende læger ikke være tjent med. LVS finder, at de foreslåede ændringer vil betyde, at drifts- og økonomihensyn vil komme til at overstige hensynet til den nødvendige og tilstrækkelige kvalitet i den lægelige videreuddannelse. LVS kan samtidig ikke se, hvorfor ændringerne skulle være nødvendige, idet det regionale driftsperspektiv allerede indgår i DRRLV, idet der hertil udpeges repræsentanter fra de politiske regioner med en stærk repræsentation af hospitalsledelser. Det er altså ikke sådan, at der mangler driftsmæssige perspektiver i drøftelser og beslutninger i rådene.

Lovforslaget er desuden uklart mht. om flytningen af beslutningskompetence fra DRRLV til regionsrådene indebærer, at der skal være en politisk behandling i regionsrådene af alle sager vedr. fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse, eller om beslutningskompetencen placeres i den regionale administration. Hvis der er tale om den førstnævnte politiske beslutningsmodel, vil det indebære unødigt bureaukrati, lange og usmidige sagsgange, og det vil uvægerligt føre til beslutninger, der træffes uden det nødvendige kendskab til området.
LVS mener, at godkendelsen af uddannelsesafdelinger og evaluering af og opfølgning på uddannelseskapaciteten skal forblive i DRRLV. Det turde være indlysende, at der er brug for uddannelsesfaglige og lægefaglige kompetencer til at varetage disse opgaver.
Og når den forslåede model vil adskille godkendelsen af afdelinger fra godkendelse af forløb og fordeling, står vi over for et grundlæggende spørgsmål: hvem har ansvaret, hvis rådet ikke længere kan godkende eller fjerne en afdelingsgodkendelse?

En række elementer i lovforslaget skaber altså usikkerhed omkring, hvordan og hvor opgaver vedrørende den lægelige videreuddannelse fremover løses på tværs af Danmark. LVS gør opmærksom på en særlig komplikation vedrørende Videreuddannelsesregion Nord, der som den eneste videreuddannelsesregion skal kunne træffe beslutninger på tværs af to regioner. I Videreuddannelsesregion Nord sikrer rådet i dag et smidigt samarbejde mellem de to politiske regioner om fordeling, sammensætning og dermed godkendelse af uddannelsesforløb. Flytter man beslutningskompetencen, vil det betyde, at alle forløb, der går på tværs af de to regioner skal godkendes politisk i begge regioner - og at der skal være enighed. Hvordan tænker man, at det skal kunne fungere? LVS mener, at det kan føre til, at uddannelsesforløb ikke bliver etableret, eller at sagsgangene vil forhale uddannelsen af speciallæger. Det kan ikke være ønskværdigt, og LVS undrer sig over, hvorfor man ikke har tænkt dette igennem.

LVS ser desuden med stor alvor på risikoen for, at lovforslaget vil betyde, at de enkelte regioner skal kunne træffe afgørelser om konkrete individuelle uddannelsesforløb uden rådgivning fra de regionale råd og/eller fra de postgraduate kliniske lektorer. LVS minder om, at de pågældende læger er under uddannelse med dertil hørende krav og rettigheder. Det er derfor bydende nødvendigt, at disse opgaver fortsat ligger i regi af de regionale råd, og at den uddannelsesfaglige rådgivning fastholdes. Udarbejdelse af uddannelsesprogrammer er tæt koblet til tilrettelæggelsen af forløb og skal dermed jf. lovforslaget flyttes til de politiske regioner. Det rejser igen en betydelig problemstilling i forhold til Videreuddannelsesregion Nord: Hvem får ansvaret for kvaliteten af uddannelsen? Hvordan vil dette arbejde skulle kunne udføres og koordineres? Hvem får ansvaret for kvaliteten af uddannelsen? LVS finder det – igen – ejendommeligt, at disse forhold ikke er tænkt igennem.

Hvad angår Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse (DNRLV) bemærker LVS, at sammensætningen iflg. lovforslaget vil skulle være: en formand, formændene for de tre regionale videreuddannelsesråd (§ 34), repræsentanter for de fire regioner, og et af indenrigs- og sundhedsministeren nærmere fastsat antal medlemmer. LVS finder, at dette rejser følgende spørgsmål: Skal medlemmer af regionsrådet udpeges til DNRLV? Hvordan har man tænkt sig at sikre de lægefaglige og uddannelsesfaglige kompetencer i DNRLV? Eller rettere: *Har* man tænkt sig at sikre de lægefaglige og uddannelsesfaglige kompetencer i DNRLV? Og hvis nej, hvad er begrundelsen da for det? LVS kan ikke se for sig, at DNRLV kan fungere tilfredsstillende uden disse kompetencer, og peger derfor på, at yderligere regionale udpegninger *ikke* må ske på bekostning af de nuværende lægefaglige og uddannelsesfaglige kompetencer i rådet.

LVS mener til slut, at lovforslaget vil medføre et større administrativt ressourcetræk, hvilket LVS har meget vanskeligt ved at se fordelene ved. LVS kan altså ikke tilslutte sig vurderingen af, at lovforslaget ikke vil indebære økonomiske konsekvenser for regionerne.

Vedr. specialeplanlægning:

LVS forholder sig stærkt kritisk til den reducerede faglige indflydelse i forhold til drift i lovforslaget. Det gælder både placering af landsdelsfunktioner (sundhedsloven) og den lægelige videreuddannelse (loven om autorisation af sundhedspersonale). Et større regionalt råderum må nødvendigvis ske i et forpligtende samarbejde med de specialespecifikke regionale klinikere.

LVS opfordrer kraftigt til at bevare den lægefaglige indflydelse på placering af landsdelsfunktioner via Sundhedsstyrelsen og dennes forpligtigelse mht. kontrol med regionerne, herunder at de stillede krav til landsdelsfunktioner bliver opfyldt.

LVS er opmærksom på, at Sundhedsstyrelsen stiller krav til funktionerne, herunder at der kan blive tale om funktionsspecifikke krav, specifikke samarbejder, anbefalinger til antal indgreb pr. kirurg m.v. Ligeledes er det anført at, ”Regionsfunktioner vil fortsat være relativt smalt placeret for at sikre volumen og kvalitet” og ”Regionsfunktioner inden for samme speciale bør samles på få sygehuse for at styrke det faglige miljø”. Det er vigtigt, at disse krav fastholdes og vedvarende

holdes under opsyn af Sundhedsstyrelsen, og opfyldes kravene ikke, bør godkendelser kunne inddrages.

LVS støtter forsat en matrikelbinding, og at det stadig skal angives i specialeplanen, hvilke matrikler, der må udføre diverse udredninger/behandlinger/procedurer/opfølgninger. LVS værdsætter, at matrikelbinding understøtter volumen, herunder ”øvelse gør mester” princippet, som understøtter kvalitet, dokumentation af kvalitet, udvikling af kompetencer, uddannelse og mulighed for implementering af nye behandlingsmetoder. LVS gør i denne forbindelse opmærksom på, at der skal arbejdes med forståelsen af matrikel, når der er tale om virtuelle samarbejder (fx stråleterapi), hvor patienten behandles fysisk ét sted af personale et andet sted.

Det er positivt, at der er indtænkt modeller for samarbejde mellem matrikler i forbindelse med RF og LF i form af udefunktioner, hvor hospitaler, der primært har hovedfunktion (HF), kan lære af udefunktionerne gennem samarbejde - og at udefunktionerne dermed potentielt er med til at hæve kompetencerne generelt på andre hospitaler til gavn for patientforløb på lavere specialiseringsniveau. Det er dog også vigtigt at understrege, at modellen skal give mulighed for at udvikle fremtidens organisation af det kliniske arbejde på tværs af siloer og sektorer

Venlig hilsen

Marie Pinholt Krabbe
Sekretariatschef
Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber (LVS)
Kristianiagade 12, 2100 København Ø
Tlf. 35 44 84 06 - Mobil 23 71 33 40

Lægevidenskabelige Selskaber

Høringssvar

LÆGEFORENINGEN

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

26. januar 2026
Sagsnr.: 2025-24883
Doknr.: 3734823

Lovpakke med gode elementer og en tidsel

På vegne af Lægeforeningen, Yngre Læger, Foreningen af Speciallæger og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) takker vi for muligheden for at afgive høringssvar til første del af forslag til tredje lovpakke til udmøntning af sundhedsreform 2024.

Vi finder at lovpakken generelt indeholder en række gode elementer, herunder ikke mindst den foreslåede lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen, som giver mulighed for at sikre den tidligere besluttede vederlagsfri behandling inden for området. Det fortjener ros.

Det giver også mening at følge Sundhedsstyrelsens oplæg til model for specialeplanlægning, hvor regionerne tildeles kompetencen til at godkende regionsfunktioner fornuftigt indhegnet af Sundhedsstyrelsens faglige hegnspæle. Det er en god samling af mulighederne for planlægning og drift.

Lægernes videreuddannelse
Modsat ser vi væsentlige udfordringer i forhold til forslaget om at flytte ansvar og beslutningskompetence til både at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb på den lægelige videreuddannelse fra de regionale råd for lægers videreuddannelse til regionerne.

Det foreliggende forslag er umiddelbart et for stort skifte fra faglighed til drift og ikke mindst væk fra det fortsat nødvendige fokus på uddannelsesfaglighed og viden om videreuddannelse og -kapacitet indenfor de enkelte specialer. Vi har generelt en bekymring for, at politiske hensyn samt driftshensyn kommer til at vægte tungere end kvalitet i videreuddannelsen og dermed også risiko for, at elementerne i hoveduddannelsesforløbene ikke kommer til at leve op til de opstillede krav i specialernes målbeskrivelser. Det er f.eks. en urealistisk tanke, at læger generelt skal kunne gennemføre et helt hoveduddannelsesforløb på samme akutsygehus. Det lader sig ikke gøre i mange specialer i forhold til målopfyldelsen og dermed læring af en ikke uvæsentlig del af de specialiserede funktioner. Det vil ikke kun skabe dårligere rekruttering til hoveduddannelsen, men potentielt også til faste stillinger og skabe en ond spiral de pågældende ansættelsessteder.

Domus Medica
Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf.: +45 3544 8500
Tlf.: +45 3544 8214 (direkte)
E-post: dadl@dadl.dk
E-post: ga@DADL.DK
www.laeger.dk

Og jo de uddannelsessøgende læger indgår i sundhedsvæsenets daglige drift, men de er under videreuddannelse og det er afgørende at deres uddannelsesforløb er tilrettelagt, så det fortsat er muligt at opnå de nødvendige kompetencer, herunder hensynet til hvor og hvordan disse kompetencer opnås, også i lyset af specialeplanen, så vi fortsat uddanner speciallæger af høj kvalitet. Det bør under alle omstændigheder vægte højere end eventuelle mere kortsigtede driftshensyn.

Det nytter eksempelvis heller ikke at signalere indsats i lægedækningstruede områder bl.a. bygget på uddannelsessøgende læger uden samtidig at have fokus på uddannelsesfaglige vurderinger, reel kapacitet og forventet besættelsesgrad. Her skræmmer sporene fra almen medicin. Regionerne har ønsker om at placere rigtig mange forløb i decentrale praksis, hvilket indebærer et stort pres for at lægge forløb i fx regionsklinikker uden faste tutorlæger og uden tutorlæger med erfaring med ledelse og organisation af praksis. Det er i et uddannelsesperspektiv et stort problem, da der gennem alle faser af uddannelsen (både intro, fase 1, 2 og 3) er læringsmål vedrørende ledelse og organisation. Kompetencer som er helt centrale i almen praksis og som alment praktiserende læge.

Hvis den samlede beslutningskompetence flyttes til regionerne, så vil der være en række punkter, som bør afklares inden beslutning herom:

- I dag tilrettelægges der med fordel en række uddannelsesforløb, der går på tværs af regioner, men inden for samme videreuddannelsesregion. Her vil beslutningskompetencen skulle afklares mellem de to regioner og der er risiko for konflikt, hvis to regioner vurderer behov forskelligt.
- Den nye beslutningsproces i regionerne skal tilrettelægges, så det sikres at videreuddannelsesregionernes rådgivning inddrages rettidigt – og hvis der er beslutninger, som ikke følger rådgivning fra videreuddannelsesregionen, så bør uoverensstemmelse fremgå af beslutningsgrundlaget.
- Tilsvarende bør det sikres, at regionernes beslutninger træffes med faglig støtte og rådgivning fra Den Pædagogisk Udviklende Funktion (PKL), der i dag er tilknyttet videreuddannelsesregionerne.
- Det bør sikres, at medarbejderside (ikke kun på ledelsesniveau) sikres adgang til den regionale beslutningsproces – ikke kun som indspark i form af rådgivning fra videreuddannelsesregionen.
- Sidst, men ikke mindst, så skal det sikres at uddannelsesperspektivet altid medtænkes i forbindelse med etablering af nye indsatser og funktioner, som også rummer ansættelse af uddannelsessøgende læger. Her skal det være en forudsætning, at der er speciallæger og uddannelsesansvarlige overlæger til at sikre det nødvendige uddannelsesniveau.

Det bør endvidere fremgå tydeligt af lovforslagets bemærkninger

- at den faglige vurdering af uddannelsesforløbenes sammensætning fortsat skal foretages i de specialespecifikke råd i henhold til de lægefaglige selskabers curriculum og krav til steder/afdelinger, hvor de højtspecialiserede specialespecifikke kompetencer skal opnås.

- at faglige kriterier fortsat skal være det primære grundlag for fordeling af uddannelsesforløb.

Vi skal endeligt bemærke, at flytning af den samlede beslutningskompetence fra Videreuddannelsesregionerne kan medvirke til at vanskeliggøre rekruttering og deltagelse i møderne i de regionale videreuddannelsesråd – evt. bemanding på et lavere ledelsesniveau – og dermed også svække rådenes faglige dialog og muligheder for høj kvalificeret rådgivning samt beslutningstagen på de områder, hvor regionerne fortsat har beslutningskompetence.

Det nationale råd for lægers videreuddannelse
Der er med sundhedsreformen igangsat et arbejde for at skabe et stærkt og balanceret sundhedsvæsen, der er tættere på borgerne. Med en opgaveflytning ud i det nære sundhedsvæsen vil det være naturligt, at uddannelsesforpligtelsen følger med opgaverne ud i det nære sundhedsvæsen. Det kalder på en repræsentation af speciallægerne fra det nære sundhedsvæsen i det nationale råd for lægers videreuddannelse, så viden om uddannelsespotentiale og -kapacitet i det nære sundhedsvæsen er til stede i rådet.

Vi foreslår i forlængelse heraf, at der udpeges en repræsentant for de praktiserende speciallæger i Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse, når rådets sammensætning i øvrigt udvides med tre repræsentanter for regionerne.

Afregningsordning
Vi har ikke bemærkninger til den foreslåede afregningsordning i forbindelse med etablering af sundheds- og omsorgspladser.

Med venlig hilsen

På vegne af Lægeforeningen, Yngre Læger, Foreningen af Speciallæger og Praktiserende Lægers Organisation



Camilla Noelle Rathcke
Formand for Lægeforeningen

Høringssvar vedrørende forslag til lov om styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse (§ 34 a)

Afgivet på vegne af de postgraduate kliniske lektorer i Videreuddannelsesregion Øst (VUR Øst)

De postgraduate kliniske lektorer i Videreuddannelsesregion Øst afgiver hermed høringssvar til lovforslaget om styrkede regionale kompetencer til fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse.

Vi anerkender lovforslagets overordnede formål om at styrke lægedækningen og sikre et regionalt planlægningsmæssigt råderum. Vi finder dog anledning til at udtrykke meget stor bekymring for de uddannelsesmæssige konsekvenser af den foreslåede ændring, hvor den formelle beslutningskompetence vedrørende fordeling og sammensætning af uddannelsesforløb flyttes fra de regionale råd for lægers videreuddannelse til regionsrådene.

Med indførelsen af § 34 a ændres den eksisterende kompetencebalance på området væsentligt. Et hidtil beslutningsdygtigt organ med betydelig lægefaglig og uddannelsesfaglig repræsentation reduceres til et alene rådgivende organ, mens den endelige afgørelseskompetence placeres hos regionsrådene. Denne konstruktion indebærer en nærliggende risiko for, at hensyn til drift, økonomi og lægedækning i praksis vil kunne tillægges større vægt end hensynet til kvalitet, sammenhæng og progression i den lægelige videreuddannelse.

Det er veldokumenteret, at kvaliteten af den lægelige videreuddannelse er afhængig af stabile uddannelsesmiljøer med tilstrækkelig speciallægedækning, relevante patientforløb samt mulighed for systematisk supervision og kompetencevurdering. Lovforslaget åbner imidlertid for, at uddannelseslæger i øget omfang kan placeres i enheder eller geografiske områder, hvor der allerede er mangel på speciallæger. En sådan udvikling indebærer en betydelig risiko for, at uddannelseskapaciteten overstiger den faktiske uddannelsesmæssige bæreevne.

Det bør i den forbindelse fremhæves, at uddannelseslæger ikke kan betragtes som en driftsmæssig ressource på linje med færdiguddannede speciallæger. Uddannelseslæger er under oplæring og forudsætter adgang til kvalificeret supervision og løbende kompetencevurdering. Anvendelse af uddannelseslæger som middel til at afhjælpe lægemangel uden tilsvarende sikring af uddannelsesforudsætningerne vil efter vores vurdering indebære en risiko for både svækket uddannelseskvalitet og utilstrækkelig opfyldelse af speciallægeuddannelsens målbeskrivelser.

Disse problemstillinger gør sig gældende på tværs af sektorer og vedrører således ikke alene hospitalsuddannelser, men i høj grad også uddannelsen i almen praksis. I almen praksis ses allerede et pres for at placere et stort antal uddannelseslæger i meget decentrale områder, herunder i praksis uden fast tutorlæge eller uden læger med et klart defineret ledelsesmæssigt og uddannelsesmæssigt ansvar. Dette vanskeliggør opfyldelsen af speciallægeuddannelsens samlede læringsmål, som i almen medicin omfatter både kliniske, organisatoriske og ledelsesmæssige kompetencer.

Vil derfor kraftigt anbefale at fastholde beslutningskompetence for sammensætning af uddannelsesforløgene bevares i Det Regionale Råd for Lægelige Videreuddannelse.

Såfremt den foreslåede kompetenceflytning fastholdes, finder vi det nødvendigt, at der i lovgivningen eller i tilhørende bekendtgørelser fastlægges klare og bindende uddannelsesfaglige rammer. Det bør sikres, at rådgivning fra de regionale videreuddannelsesråd er obligatorisk, systematisk og reelt indgår som en væsentlig forudsætning for regionsrådenes afgørelser. Endvidere bør der sikres fast inddragelse af repræsentanter fra de regionale videreuddannelsesråd, herunder postgraduate kliniske lektorer, i de administrative og politiske fora, hvor beslutninger om uddannelsesforløb forberedes og træffes.

Herudover finder vi det afgørende, at der ved DRRLV's godkendelse af uddannelsesafdelinger og praksis fastsættes minimumskriterier for de nødvendige uddannelsesressourcer på afdelingerne. Disse kriterier bør omfatte krav til patientgrundlag, relevante kliniske aktiviteter, speciallægedækning samt vejlederkapacitet og -kompetence. Det bør samtidig præciseres, hvilke uddannelsesniveauer der kan håndteres forsvarligt i den enkelte enhed, og der bør fastsættes et eksplicit loft over antallet af uddannelseslæger på de enkelte uddannelsestrin pr. afdeling eller praksis. Et sådant loft er efter vores vurdering en nødvendig forudsætning for at sikre et rimeligt forhold mellem uddannelseslæger og erfarne speciallæger og dermed mulighed for tilstrækkelig supervision, kompetencevurdering og progression.

Afslutningsvis finder vi det væsentligt, at der etableres klare evaluerings- og opfølgningsmekanismer for hvem der har ansvaret for at tilpasse uddannelsesforløb hvis afdelingerne uddannelseskapacitet ændres. Det bør fremgå tydeligt, hvordan der handles, hvis en afdeling eller praksis ikke længere kan leve op til de uddannelsesmæssige krav, og hvordan dette håndteres i forhold til allerede etablerede uddannelsesforløb.

De postgraduate kliniske lektorer i Videreuddannelsesregion Øst finder det afgørende, at den lægelige videreuddannelse fortsat forankres i lægefaglig og uddannelsesfaglig ekspertise. Vi opfordrer derfor til, at lovforslaget justeres, således at uddannelsesfaglig rådgivning ikke alene tillægges formel betydning, men reelt integreres som et bærende element i beslutningsprocesserne.

Med venlig hilsen

Andreas Balslev-Clausen, PKL-repræsentant i DRRLV

På vegne af de postgraduate kliniske lektorer
Videreuddannelsesregion Øst

Anders Krusenstjerna-Hafstrøm
Gunver Lillevang
Connie Dydensborg
Helle Thy Østergaard
Rikke Borre Jakobsen

Margrethe Bordado Sköld
Ditte Rudå
Ulrikke Lei
Åse Klemmensen
Flemming Steen Nielsen
Trine Boysen
Ellen Holm
Mikkel Helleberg Dorff
Ole Kirk
Linnea Hornbech Larsen
Julie Janner
Lena Merete Helbo Taasti
Tommy Frisgaard Øhlenschlæger
Jonas Eiberg
Lene Spanager
Emil Daniel Bartels
Christina Gade
Lars Thorbjørn Jensen
Tina Duelund Hjortshøj
Lene Holm Harritshøj
Alex Christian Yde Nielsen
Tanja Weble
Anne-Mette Hejl
Peter Bjerre Toft
Andreas Balslev-Clausen
Trine L Plesner
Anders Klit
Signe Düring
Thomas Kirkegaard
Mia Bjergager
Elisabeth Albrecht-Beste
Kristina Rue Nielsen
Mette Nolde Malling
Sarah Bube
Kasper Wennervaldt
Merete Christensen

Rådet for Socialt Udsatte
Dato: 23.01.2026

HØRINGSSVAR VEDR. UDKAST TIL FORSLAG TIL LOV OM SPECIALEPLANLÆGNING, AFREGNINGSORDNING, LÆGEMIDDELHÅNDTERING PÅ SUNDHEDS- OG OMSORGSPLADSER MV.

Rådet takker for høringen. I de følgende bemærkninger forholder rådet sig alene til den nye afregningsordning i forbindelse med etableringen af sundheds- og omsorgspladser.

Lovforslaget afskaffer de nuværende færdigbehandlingstakster til regionerne for patienter indlagt på somatiske hospitaler og indfører i stedet kommunal afslutningstakst for patienter på de nye regionale sundheds- og omsorgspladser.

Rådet tilslutter sig, at sundheds- og omsorgspladserne efter afsluttet forløb finansieres af både kommuner og regioner, og at finansieringen er tilrettelagt med henblik på at sikre bedst mulig behandling og færrest mulige skift for borgerne.

Rådet har i et tidligere høringssvar vedrørende oprettelsen af sundheds- og omsorgspladser udtrykt bekymring for, hvorvidt målgruppebeskrivelsen i praksis vil komme til at udelukke mennesker i social udsathed, fordi deres sociale problemer med fx rusmiddelbrug eller hjemløshed umiddelbart fylder mere end deres sundhedsbehov. Denne bekymring består.

Det opleves i dag, at mennesker i social udsathed, herunder mennesker i hjemløshed, udskrives uden en plan for, hvordan de får tilstrækkelig støtte til restitution og eventuel efterbehandling. Konsekvensen er genindlæggelser, der kunne have været undgået. Rådet frygter, at udskrivning vil ske endnu hurtigere for denne gruppe, hvis de ikke vurderes at være i målgruppen for sundheds- og omsorgspladser, når regionerne fremover ikke vil modtage færdigbehandlingstakst fra kommunerne for patienter indlagt på sygehusene.

Når behandling eller restitution efter behandling forudsættes at kunne afsluttes i eget hjem, er sociale faktorer uomgængelige. Ordningen med sundheds- og omsorgspladser er derfor nødt til også at kunne rumme mennesker, der på grund af utilstrækkelige eller manglende boligforhold har særlige behov. Det fremgår ikke i lovforslaget, hvordan denne type hensyn rummes.

Rådet anbefaler på den baggrund, at:

- der følges op på, om de økonomiske incitamenter virker efter hensigten
- der er særskilt opmærksomhed på konsekvenserne for mennesker i social udsathed

Med venlig hilsen

Nina Brünés

Rådet for Socialt Udsatte
e post@udsatte.dk w udsatte.dk a St. Torvegade 26, 3700 Rønne

SUNDHED DANMARK
Foreningen af danske sundhedsvirksomheder

Høringssvar til Indenrigs- og Sundhedsministeriet vedrørende lovforslag om ændring af sundhedsloven (Ny model for specialeplanlægning m.v.)

Dato: 22. januar 2026

Generelle bemærkninger

Sundhed Danmark takker for muligheden for at afgive høringssvar til lovforslaget.

I dette høringssvar forholder vi os til den foreslåede ændrede regulering af landsdelsfunktioner i specialeplanen.

Vi anerkender og støtter intentionen om at skabe en mere fleksibel specialeplanlægning, der kan imødegå kapacitetsudfordringer og understøtte sammenhæng i patientforløb. Vi deler ambitionen om at sikre høj faglig kvalitet, gennemsigtighed og ensartede rammer på tværs af sektorer. Ligesom vi støtter op om dereguleringen af en del de alt for mange regionsfunktioner.

Vi finder dog, at den foreslåede ændring i reguleringen af landsdelsfunktioner, hvor regioner tillægges opgaven med at placere landsdelsfunktioner til private leverandører, skaber store interessekonflikter og indebærer en betydelig magtforskydning fra Sundhedsstyrelsen til regionerne, som rejser væsentlige udfordringer.

Når regionerne både er driftsansvarlige for egne sygehuse, købere af sundhedsydelser og samtidig får kompetencen til at godkende og placere landsdelsfunktioner hos private leverandører, opstår en sammenblanding af interesser. Dette kan føre til en mindre objektiv fordeling af funktioner eller manglede tildeling, hvilket i sidste ende kan begrænse patienternes adgang til specialiseret behandling og hæmme udviklingen af et velfungerende samarbejde mellem offentlige og private aktører.

Vi mener, at en national enhed – naturligt Sundhedsstyrelsen under Indenrigs- og Sundhedsministeriet – fortsat bør have den bindende beslutningskompetence for placering af landsdelsfunktioner til private leverandører.

I nedenstående bemærkninger uddybes vores bemærkninger.

Særlige opmærksomhedspunkter:

1. Risiko for sammenblanding af interesser
Lovforslaget giver regionerne kompetence til at godkende og inddrage landsdelsfunktioner på både regionale og private sygehuse. Det indebærer en problematisk dobbeltrolle, idet regionerne både har det driftsmæssige ansvar for egne sygehuse og samtidig fungerer som indkøbere og myndighed over for private hospitaler, som de får beføjelse til at placere eller fjerne funktioner fra. Dette indebærer en potentiel risiko for interessekonflikter, da regionerne naturligt kan have en interesse i at placere aktivitet på egne institutioner. Det skal endvidere bemærkes, at regionerne og Danske Regioner ikke ønsker denne rolle, hvilket fremgår af

Danske Regioners høringssvar. Ligesom det understreges i høringssvaret fra de foreningsejede § 79-specialhospitaler. På denne baggrund vurderes det mest hensigtsmæssigt, at planlægningskompetencen fortsat forankres hos Sundhedsstyrelsen, idet Sundhedsstyrelsen ikke har sammenfaldende interesser i denne sammenhæng.

3. Sundhedsstyrelsens rolle reduceres
Sundhedsstyrelsen vil fortsat have kompetence til at definere, hvilke opgaver der kan kategoriseres som landsdelsfunktioner. Derudover skal regionerne indhente rådgivning fra Sundhedsstyrelsen, når der ønskes anvendelse af privat kapacitet (s. 58). Denne procedure fremstår unødigt kompleks og medfører øget administrativ byrde sammenlignet med en model, hvor Sundhedsstyrelsen har den endelige beslutningskompetence ved placering af landsdelsfunktioner. Ligesom der også er en risiko for, at regionerne tolker vejledningen fra Sundhedsstyrelsen forskelligt, hvilket kan lede til større geografisk ulighed i sundhed.

4. Gennemsigtighed og monitorering
Lovforslaget indebærer, at den årlige monitorering af landsdelsfunktioner fremover begrænses til udvalgte områder (s. 19). Sundhed Danmark anbefaler, at samtlige hospitaler – både offentlige og private – som varetager landsdelsfunktioner, forpligtes til at indrapportere data om kapacitet og ventelister. Indrapporteringen af ventetidsdata bidrager ydermere til, at sure et oplyst grundlag at foretage specialeplanlægningen på baggrund af.

På nuværende tidspunkt er det vanskeligt at opnå et samlet overblik over ventetider på de specialiserede funktioner, idet disse oplysninger ikke fremgår af mitsygehusvalg.dk på samme vis som ventetider på hovedfunktionsniveau. Sundhed Danmark opfordrer derfor til, at der etableres en mere omfattende monitorering af ventetider og kapacitet på nationalt niveau, da dette i højere grad vil muliggøre en behovsbaseret planlægning af kapaciteten samt stærkere fundament for geografisk lighed i sundhed.

Yderligere anbefalinger til specialeplanlægning og klog brug af kapacitet

For at sikre et mere velfungerende og transparent sundhedsvæsen er det væsentligt, at kravene til samarbejde og funktionsniveau harmoniseres, så de fremstår mere ensartede og gennemskuelige på tværs af landet og på tværs af sektorer.

I den forbindelse bør de nuværende landsdelsfunktioner gennemgå en grundig revurdering med henblik på at overføre flere til hovedfunktioner. Dette gælder særligt i de tilfælde, hvor der alene er tale om, at udredning er placeret som regionsfunktion, mens den tilhørende behandling allerede udføres på hovedfunktionsniveau, eller hvor behandlingerne i praksis er næsten identiske med dem, der udføres på hovedfunktionsniveau. Vi er bevidste om, at Sundhedsstyrelsen allerede i dag har dereguleret en række funktioner, hvilket er særdeles positivt. Vi anser det dog stadig som nødvendigt, at flere funktioner dereguleres.

En sådan justering vil styrke sammenhængen i sundhedsvæsenets opgavefordeling, idet den tydeliggør, hvilke opgaver der reelt kræver specialiseret organisering og hvilke der med faglig kvalitet kan varetaget på lavere niveau og herved sikres, at funktionsniveauerne bedre afspejler den faktiske kliniske praksis. Dette vil samtidig understøtte en mere hensigtsmæssig ressourceudnyttelse, idet kapacitet og kompetencer anvendes der, hvor de gør størst gavn. Det resulterer i mindre unødvendig centralisering, mere sammenhængende patientforløb.

Sundhed Danmark opfordrer afslutningsvis til, at lovforslaget justeres, så:

- Den bindende beslutningskompetence for placering af landsdelsfunktioner for private forbliver national – gerne hos Sundhedsstyrelsen. Kun herved kan det sikres, at placeringen baseres på faglige kvalitets- og patientsikkerhedshensyn og ikke påvirkes af regionale kapacitets- og ressourceprioriteringer
- Der sikres fuld gennemsigtighed i kapacitet og ventetider på tværs af sektorer for at sikre, at beslutninger om placering af funktioner træffes på et fagligt, ensartet og oplyst grundlag og sikre lige adgang til specialiseret behandling på tværs af landet.
- Sundhedsstyrelsen fastholder en stærk rolle som uafhængig garant for kvalitet og lighed.

Vi stiller os gerne til rådighed for en nærmere drøftelse af, hvordan de foreslåede justeringer kan implementeres, samt i relation til den overordnede specialeplanlægning. Dette gælder også i samarbejde med øvrige eksterne interessenter, som f.eks. Danske Regioner og §79-sygehusene.

På vegne af Sundhed Danmark

Branchedirektør, Lars Oxlund Christoffersen

-

Til

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Sendt pr. mail: sum@sum.dk med kopi til sad@sum.dk og kani@sum.dk

Tandlægeforeningen
Amaliegade 17
1256 København K

Tel.: 70 25 77 11
info@tandlaegeforeningen.dk
www.tandlaegeforeningen.dk

CVR nr. 21318418

Dato: 12.1.2026

Sagsbeh: SMA
E-mail: sma@tdl.dk
Sagsnr.: 2025-9152

Høringssvar fra Tandlægeforeningen vedrørende udkast til forslag til lov om specialeplanlægning, afregningsordning, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser mv.

Tandlægeforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar til lovforslaget.

Tandlægeforeningen bemærker, at lovforslaget primært vedrører specialplanlægning, afregningsordninger samt lægemiddelhåndtering i regionalt regi, herunder på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen. Tandlægeforeningen ønsker dog at fremhæve følgende forhold af relevans for tandlægepraksis og patientsikkerhed.

Lovforslaget indebærer en væsentlig udvidelse af regionernes adgang til at håndtere og udlevere lægemidler uden for sygehusregi, som *bør* registreres i FMK. Tandlægeforeningen anbefaler, at det præciseres direkte i lovforslaget, at der *ikke* ændres på tandlægers eksisterende ordinationskompetence eller ansvar.

Tandlægeforeningen ønsker at understrege, at tandlægers ordinationsret, herunder retten til at ordinere magistrale lægemidler og off-label lægemidler inden for det odontologiske fagområde, hviler på særskilt og veletableret lovgivning og praksis. Af den grund ønskes ikke, at de foreslåede ændringer i lov om lægemidler og lov om apoteksvirksomhed utilsigtet begrænser eller rejser tvivl om tandlægers adgang til at ordinere magistrale lægemidler, jf. lægemiddellovens § 11, nr. 1, når dette er fagligt begrundet og patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt. Magistrale lægemidler udgør i tandlægefaglig sammenhæng et nødvendigt supplement til markedsførte præparater, f.eks. ved behandling af patienter med allergi, særlige behov eller hvor standardpræparater ikke er egnede.

Torben Schønwaldt, tandlæge mTF
Formand

Isabel Brandt Jensen
Adm. direktør

Sund mund - Sund krop #SundmundSundkrop

Region Hovedstaden

REGION SJÆLLAND

Sekretariatet for lægelig videreuddannelse ØST

NOTAT

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 23. januar 2026

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

Indenrigs- og sundhedsministeriet har fremsendt høringsmateriale i forbindelse med lovpakke IIIa i forlængelse af sundhedsreformaftalen. Høringsmaterialet vedrører 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).

Lægelig Videreuddannelsesregion Øst (VUR Øst) takker for muligheden for at indgive høringssvar, og forholder sig herunder til lovforslagets afsnit vedrørende *Styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb.*

Høringsmaterialet er sendt til medlemmer af Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse Øst (DRRLV), lektorer med fokus på postgraduat undervisning og uddannelseskoordinerende overlæger i Videreuddannelsesregion Øst. Der er modtaget svar på hospitals/sygehusniveau fra uddannelsesteams på Bispebjerg-Frederiksberg hospital, Herlev-Gentofte Hospital, Sjællands Universitetshospital, Rigshospitalet og fra gruppen af uddannelseskoordinerende overlæger i Øst samt Yngre Lægers repræsentanter i DRRLV.

VUR Øst støtter op om Sundhedsreformens intentioner om bedre lægedækning og ambitionen om at styrke sammenhængen mellem drift, kapacitetsplanlægning og lægedækning i relation til lægelig videreuddannelse.

VUR Øst kan dog ikke genkende, at der skulle være en generel diskrepans mellem de uddannelsesforløb, der godkendes i DRRLV, og driftsregionernes ønsker for bedre lægedækning. DRRLV er jf. gældende Bekendtgørelse om de Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse (BEK nr. 302 af 21/03/2024) §5, stk. 2 forpligtet til at "*prioritere lægedækningstruede områder ved at hele eller dele af hoveduddannelsen og flest mulige introduktionsforløb opslås i de lægedækningstruede områder, under hensyntagen til relevante regionale og faglige hensyn, herunder patientsikkerhed, uddannelseskapacitet, drift og uddannelseskvalitet*".

VUR Øst vurderer, at intentionen om styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb vil kunne opnås inden for de eksisterende rammer. Regionen har allerede mulighed for at vægte sammensætningen af DRRLV, så antallet af medlemmer, der repræsenterer driftsregionerne, er i flertal. De styrkede regionale kompetencer kan ligeledes opnås ved at give regionale ledelsesrepræsentanter/formandskabet i Rådet en afgørende stemme ift. godkendelse af uddannelsesforløb. VUR Øst er indstillet på i højere grad at inddrage det driftsmæssige perspektiv i processen omkring tilrettelæggelse af uddannelsesforløb fx ved involvering af de Sundhedsfaglige råd.

Flere input til dette høringssvar indeholder en bekymring for, at uddannelsesfaglige kriterier i mindre grad vægtes ved tilrettelæggelse af uddannelsesforløb, hvis beslutningskompetencen flyttes fra DRRLV til regionen, med risiko for forringelse af uddannelseskvaliteten.

Derudover fremhæves vigtigheden af at kunne balancere hensynet til sygehuses/hospitalers og almen praksis' lokale uddannelseskapacitet, uddannelseskvalitet og de lægefaglige specialers målbeskrivelser. Et indgående fagligt kendskab til de enkelte specialer og uddannelsessteder er nødvendigt for at kunne tilrettelægge uddannelsesforløb.

VUR Øst gør opmærksom på, at lovforslaget indeholder en mulig konflikt mellem den uændrede kompetence i DRRLV til at godkende uddannelsessteder og Regionsrådets foreslåede beslutningskompetence til at fordele uddannelsesforløb. Dette i tilfælde af, at Regionsrådet ønsker at placere uddannelsesforløb på afdelinger, som DRRLV vurderer ikke kan godkendes pga. manglende uddannelseskapacitet eller -kvalitet.

Der gøres desuden opmærksom på, at nogle lægelige specialer har uddannelsesforløb, hvor der ikke alene er tale om regionale ansættelser. Fx samfundsmedicin og retsmedicin har uddannelseselementer i staten.

Endeligt peges der på, at der i lovforslagets §34a stk. 2-3 foreslås, at Regionsrådets afgørelser efter stk. 1 kan påklages til Sundhedsstyrelsen efter regler, der fastsættes af Indenrigs- og sundhedsministeren. Her bør DRRLV sikres klageadgang, hvis kompetencen til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb flyttes fra DRRLV til Regionsrådet.

To: sum@sum.dk
Cc: sad@sum.dk (Sofie Aas Dalsgaard), kani@sum.dk
From: Videreuddannelsen (videreuddannelsen@rsyd.dk)
PDFMailHeader Bemærkninger Videreuddannelsesregion Syd SV: Høring over lovforslag om ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning ifm. etablering af sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen mv.
Sent: 1/15/2026 11:17 AM
Attachments: image003.jpg; image004.png; image005.png; Signature-20260115101733.txt;

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet
(cc. sad@sum.dk & kani@sum.dk)
Videreuddannelsesregion Syd (VUR Syd) takker for muligheden for at afgive bemærkninger til lovudkastet. Vi anerkender det omfattende arbejde, der ligger bag forslaget, samt den overordnede intention om at styrke regionernes handlemuligheder i relation til lægedækning og sammenhæng mellem drift, kapacitetsplanlægning og uddannelse.
VUR Syd finder imidlertid, at den foreslåede ændring indebærer væsentlige risici for både tab af kvalitet, faglighed og styring af den lægelige videreuddannelse, som bør tillægges betydelig vægt i den videre lovbehandling.
Risiko for politisering af lægelig videreuddannelse
Lovforslaget flytter den afgørende kompetence for fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb fra de fagligt funderede regionale råd for lægers videreuddannelse til de politiske regionsråd.
Dette indebærer en reel risiko for, at afgørelser i højere grad vil blive præget af politiske og individuelle hensyn frem for ensartede faglige vurderinger.
Samtidig rejser ændringen spørgsmål om, hvordan vi fremadrettet sikrer en konsekvent og ensartet håndtering af de mange komplekse afvejninger mellem individuelle hensyn og de samlede uddannelsesmæssige, geografiske og sundhedsfaglige behov, som vi i dag håndterer som en fagligt forankret beslutning i samspil mellem Sekretariatet for lægelig videreuddannelse, de specialespecifikke uddannelsesudvalg, sygehusenhederne og Det Regionale Råd for Lægers Uddannelse.
Markant øget bureaukrati og administrativ belastning
Videreuddannelsesregionerne håndterer nationalt et meget stort sagsvolumen:
VUR Syd ansætter årligt omkring 200 hoveduddannelseslæger og administrerer aktuelt godt 2.000 i hoveduddannelse, introduktionsstilling eller KBU, hvor der løbende indgår et betydeligt antal personsager vedrørende barsel, orlov, sygdom, familiesituation, geografiske hensyn m.v.
At placere disse sager på politisk niveau vil enten:

- * føre til uhensigtsmæssig politisk sagsbehandling på individniveau, eller
- * i praksis blot resultere i, at opgaven uddelegeres tilbage til videreuddannelsessekretariaterne – nu blot med et ekstra beslutningslag, som skaber forsinkelser og yderligere bureaukratisering.

Risiko for skæv geografisk fordeling og præcedens
Vi bemærker, at hoveduddannelsesforløb i Region Syddanmark allerede er placeret decentralt med omkring halvdelen af uddannelsestiden liggende udenfor universitetssygehuset, ligesom der i øjeblikket aktivt flyttes KBU og almen medicinske uddannelsesstillinger mod Sydvest- og Sønderjylland
Vi ser også en konkret risiko for, at politisk behandling af enkeltsager vil skabe præcedens for flere individuelt tilpassede forløb, særligt med koncentration omkring større byer. I Region Syddanmark vil dette indebære flere læger omkring Odense og færre i Syd- og Sønderjylland – præcis modsat de nationale målsætninger for lægedækning.
Disse afvejninger bør fortsat foretages af de faglige miljøer og videreuddannelsessekretariaterne, der besidder den nødvendige viden om både uddannelseskrav, kompetenceopnåelse og den kliniske virkelighed.
Eksisterende struktur fungerer
VUR Syd vil understrege, at samarbejdet mellem de politiske regioner, de regionale råd for lægers videreuddannelse og videreuddannelsessekretariaterne allerede fungerer effektivt og hensigtsmæssigt.
Som både velfungerende politisk region og videreuddannelsesregion er der efter vores vurdering ingen faglig eller organisatorisk begrundelse for en så vidtgående og systemændrende omstrukturering.
Efter VUR Syds opfattelse bør de eksisterende regionale råd for lægers videreuddannelse og videreuddannelsessekretariater fortsat udgøre det centrale faglige omdrejningspunkt for tilrettelæggelse og fordeling af uddannelsesforløb, idet netop disse enheder er etableret med henblik på at varetage denne opgave på et kvalificeret, fagligt funderet og sammenhængende grundlag.
Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse

VUR Syd finder ikke, at der i lovforslaget gives en tilstrækkelig begrundelse for en udvidelse af Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse med repræsentanter fra de politiske regioner. De nuværende formænd for De Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse er alle lægelige direktører på et sygehus. Udover ansvaret for den lægelige videreuddannelse i videreuddannelsesregionerne er de også opmærksomme på driftsperspektivet i de politiske regioner. En evt. ændring af rådets sammensætning bør ikke svække den faglige og uddannelsesfaglige forankring, som er afgørende for kvalitet og kontinuitet i den lægelige videreuddannelse.

Afsluttende bemærkning
VUR Syd deler ambitionen om at styrke regionernes ansvar og handlemuligheder. Vi finder imidlertid, at den foreslåede model indebærer en alvorlig risiko for politisering, svækkelse af fagligheden, øget bureaukrati og forringet uddannelseskvalitet. En styrkelse af regionernes rolle bør ske i et tæt, forpligtende og fagligt funderet samspil med de eksisterende strukturer – ikke ved at flytte centrale uddannelsesafgørelser væk fra dem.

Venlig hilsen

Tine Boesen Larsen
Afdelingschef, Koncern HR, Sundhedsuddannelser
Sekretariatschef, Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse SYD
Speciallæge i samfundsmedicin, MPG

E-mail: tibl@rsyd.dk
Mobil: 24600487

Region Syddanmark
Regionshuset
Boulevarden 76, 7100 Vejle
Hovednummer: 7663 1000
www.rsyd.dk

Fra: Sofie Aas Dalsgaard <sad@sum.dk>
Sendt: 17. december 2025 11:34
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 <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; 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>; klfformand@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>; Region Syddanmark <kontakt@rsyd.dk>; Region - Regionskontoret <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 <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.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: Høring over 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 i offentlig høring 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).

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.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet skal anmode om at modtage eventuelle bemærkninger til udkastet senest den 23. januar 2026 kl. 12. Bemærkningerne bedes fremsendt til sum@sum.dk med kopi til sad@sum.dk og kani@sum.dk.

Med venlig hilsen
Sofie Aas Dalsgaard
Fuldmægtig, Sundhedsstruktur

M 2422 8325

@ sad@sum.dk

INDENRIGS- OG SUNDHEDSMINISTERIET

Indenrigs- og Sundhedsministeriet • Slotsholmsgade 10-12
1057 København K • Tlf. 7226 9000
Læs ministeriets datapolitik **her**

Twitter • **LinkedIn** • **sum.dk**

Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse
Videreuddannelsesregion Nord
Videreuddannelsessekretariatet

Dato	Sagsbehandler	E-mail og telefon	Sagsnr.
22.01.2026	Mette Dahl Jacobsen og Trine Kirkegaard Petersen	mette.dahl@stab.rm.dk / 9243 9037 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 bidrage med et vigtigt lokalt kendskab til uddannelsesforhold og fortsat skal fungere som et væsentligt forum, hvor lokale og regionale problemstillinger, i forhold til uddannelsen, skal tages op.

Helt grundlæggende er DRRLV dog alvorligt bekymret for, at lovforslaget medfører en forringet kvalitet af den lægelige videreuddannelse, da et øget ansvar på driftsregioner kan give et uhensigtsmæssigt øget fokus på økonomi og drift. 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 række opgaver, hvor Videreuddannelsesregion Nord, i fremtiden, står i en helt særlig situation som eneste videreuddannelsesregion, der samarbejder på tværs af to regioner. I den forbindelse har DRRLV stor opmærksomhed på bl.a. placeringen af myndighedsopgaven og den administrative opgave, hvad angår tilpasning af de enkelte forløb. Disse opgaver bør fortsat placeres under de regionale råd af hensyn til optimal koordinering på tværs og færrest mulige yderligere administrationsomkostninger og ressourcetræk.

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 stærkt 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, 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 markant længere og tungere beslutningsprocesser og 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 drift- 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.

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 nærmere 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.

Ad. 2
Den fremadrettet opgavefordeling, hvad angår tilpasninger og administrative ændringer i allerede godkendte uddannelsesforløb (barsel, orlov, flytning, sygdom osv.) er ikke entydig i lovforslaget.

Følgende fremgår i afsnit 2.4.3 i lovforslaget:
"En række opgaver forventes fortsat at være forankret hos de regionale råd for lægers videreuddannelse. Det gælder opgaver vedrørende den pædagogiske udviklingsfunktion, systematisk opfølgning på inspektorrapporter og uddannelsesafdelingernes kapacitet samt koordinering og rådgivning i uddannelsesfaglige spørgsmål, herunder administrationen af uddannelsesforløb. ".

Og

"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 er på baggrund af ovenstående formuleringer i lovforslaget i tvivl om, hvorvidt beslutningskompetencen og dermed myndighedsopgaven vedr. ændringer i konkrete individuelle uddannelsesforløb fremadrettet placeres i de enkelte regioner, mens administrationen af forløbene fortsat håndteres af de regionale råd for lægers videreuddannelse (videreuddannelsessekretariatet). Det er ikke entydigt, hvad der ligger i de to forskellige opgaver, eller hvem man forventer løser opgaverne fremadrettet.

For videreuddannelsesregioner bestående af én driftsregion, forventes dette ikke at have stor betydning. For Videreuddannelsesregion Nord, der består at to regioner er det til gengæld nødvendigt at afklare, hvor henholdsvis, myndighedsopgaven og den administrative opgave er placeret. Det gælder særligt for hoveduddannelsesforløbene.

I dag 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 – det gælder både myndighedsopgaven og administration af de enkelte forløb.

Hvis kompetencen til at træffe afgørelser vedr. tilpasninger i alle uddannelsesforløb fremadrettet flyttes til de to regioner, mens administration af uddannelsesforløbene fastholdes i videreuddannelsesregionen, øges de enkelte regioners myndighedsopgave og dermed ressourcetræk betydeligt. Til gengæld reduceres den samlet opgaveporteføljе i videreuddannelsesregionen ikke tilsvarende, eftersom den administrative opgave fastholdes her.

Herudover er det uvist, hvem der har beslutningskompetence i de mange uddannelsesforløb, der går på tværs af de to regioner.

DRRLV anbefaler, at både myndighedsopgaven og den administrative opgave, hvad angår tilpasninger af forløb, operationelt, fortsat placeres i videreuddannelsessekretariatet – uddelegeret fra de regionale råd. Det skal sikre tydelighed omkring forløb på tværs. Derudover understøtter det færrest mulige ekstra administrationsomkostninger og ressourcer.

DRRLV bemærker desuden, at lovforslaget betyder, at de enkelte regioner skal kunne træffe afgørelser om konkrete individuelle uddannelsesforløb, uden rådgivning fra de regionale råd. DRRLV finder det uhensigtsmæssigt, hvis der hverken skal indgå en lægefaglige eller uddannelsesfaglig vurdering ifm. ændringer af forløb, særligt ændringer, der ikke er retsbaseret. DRRLV anbefaler derfor, at der som minimum fastholdes rådgivning ved 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.

E. 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.

F. 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, hvilke rammer, der gives ifm. administration. Det gælder særligt for Videreuddannelsesregion Nord eftersom lovforslaget i udgangspunktet øger kompleksiteten i samarbejdet mellem de to regioner. Der er derfor risiko for et øget træk på de administrative ressourcer, både i Region Nordjylland, Region Midtjylland og i Videreuddannelsessekretariatet.

G. Tidsmæssige perspektiver
DRRLV anerkender og bifalder, at ændringerne først træder i kraft 1. januar 2027, da det giver tid og mulighed for at tilpasse og udvikle de nødvendige nye arbejdsgange og processer.

Med venlig hilsen

Lone Winther Jensen
Formand for Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse
Videreuddannelsesregion Nord.

Ældre Sagen

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
sum@sum.dk

cc: sad@sum.dk og kani@sum.dk

23. januar 2026

Ældre Sagen
Snorresgade 17-19
2300 København S

Tlf. 33 96 86 86
www.aeldresagen.dk
aeldresagen@aeldresagen.dk

Høringssvar vedr. afregningsordning for sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering mv.

Ældre Sagen takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkast til lov vedr. afregningsordning på sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering mv.

Afregningsordning for sundheds- og omsorgspladser mv.
Ældre Sagen er glade for, at midlertidige døgnophold med sundhedsfaglig indsats langt om længe i form af sundheds- og omsorgspladser bliver del af sundhedsloven fra 2027 med både vederlagsfrit ophold og medicin samt krav til fast lægedækning.

Med lovforslaget indføres en afregningsordning for sundheds- og omsorgspladserne, som betyder, at regionerne kan opkræve en afslutningstakst på op til 1.400 kr. pr. sengedag (2025-priser) fra kommunerne for borgere, som fortsat opholder sig på pladsen, selvom borgeren er afsluttet ifølge fastlagte kriterier fra Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard.

Taksten på 1.400 kr. afspejler ifølge bemærkningerne til lovforslaget de vurderede kommunale alternativudgifter, dvs. udgifterne til en stationær plads til midlertidigt ophold i kommunalt regi. Takstens niveau skal mindske kommunernes incitament til at flytte borgere fra en sundheds- og omsorgsplads til en midlertidig plads i kommunalt regi, inden borgeren kan komme hjem i egen bolig eller evt. plejebolig.

Ældre Sagen bakker fuldt op om intentionen om at sikre færrest mulige skift for borgeren, men er bekymret for regionernes økonomiske rammer for at drive sundheds- og omsorgspladserne og muligheder for at forudsige, hvilken kapacitet de har brug for.

Rimelige økonomiske rammer er en forudsætning for, at de nye sundheds- og omsorgspladser bliver et tvær- og sundhedsfagligt tilbud af høj kvalitet. Det vil være yderst afgørende, at der er økonomiske rammer for en fortsat faglig indsats til ældre, der er meldt afsluttede, men ikke kommer hjem. Hvis taksten på 1.400 kr. ikke dækker regionernes faktiske omkostninger ved en sundheds- og omsorgsplads for borgere, som er meldt afsluttede, bør regionerne efter Ældre Sagens opfattelse kompenseres gennem et højere tilskud fra staten.

Lægemiddelhåndtering
Ældre Sagen finder det meget positivt, at regionerne får mulighed for - uden tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen - at håndtere lægemidler, dvs. bl.a. fordele, opsplitte og udlevere lægemidler til brug for regionale funktioners behandling af borgere på midlertidige døgndækkede pladser, herunder sundheds- og omsorgspladser, og til opstart af behandling i eget hjem, herunder i akutsygeplejen.

Det er ligeledes positivt, at sygehusapoteker får mulighed for at levere lægemidler og andre varer til regionale funktioner på midlertidige døgndækkede pladser, herunder sundheds- og omsorgspladser, og i eget hjem.

Generelt oplever Ældre Sagen store udfordringer med medicinhåndtering i det nære sundhedsvæsen og mener, at det er afgørende, at det bliver styret centralt af hensyn til medicinsikkerheden, arbejdsgange og brugerbetaling.

På sigt ser Ældre Sagen gerne, at man etablerer medicinskabe på plejehjemmene ligesom på de nye sundheds- og omsorgspladser.

Herudover håber Ældre Sagen, at man i lovgivningen vil åbne op for, at nøgle- eller ressourcepersoner i den kommunale sygepleje med specialkompetencer inden for palliation kan få adgang til relevant medicin, der kan anvendes i den sidste tid i tæt samarbejde med praktiserende læge/plejehjemslægen. Det er vigtigt at sikre, at lindring af et døende menneske tilrettelægges individuelt, så den sidste tid har så høj livskvalitet som muligt.

Venlig hilsen

Michael Teit Nielsen
Vicedirektør