

# UDKAST

## 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)

## § 1

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 275 af 12. marts 2025, som ændret ved [...] og som senest ændret ved [...], foretages følgende ændringer:

**1. § 208** affattes således:

»§ 208. 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.

*Stk. 2.* Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere regler om visitation af patienter til behandling på afdelinger med lands- og landsdelsfunktioner efter høring af det i § 207 nævnte udvalg.

*Stk. 3.* Sundhedsstyrelsen godkender landsfunktioner på regionale og private sygehuse.

*Stk. 4.* Sundhedsstyrelsen kan inddrage en godkendelse efter stk. 3 efter høring af det i § 207 nævnte udvalg, såfremt et regionalt eller privat sygehus med landsfunktion trods pålæg herom fra Sundhedsstyrelsen ikke opfylder de i stk. 1 fastsatte krav. Sundhedsstyrelsens afgørelse kan indbringes for indenrigs- og sundhedsministeren. Indbringelsen har ikke opsættende virkning, medmindre indenrigs- og sundhedsministeren bestemmer andet.

*Stk. 5.* Regionsrådet godkender landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse, jf. dog stk. 7, og orienterer Sundhedsstyrelsen herom. Regionsrådet skal, forud for godkendelsen af private sygehuse, indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning om, hvorvidt de private sygehuse opfylder de i stk. 1 fastsatte krav til afdelinger med landsdelsfunktion.

*Stk. 6.* Regionsrådet kan inddrage en godkendelse efter stk. 5, såfremt et regionalt eller privat sygehus med landsdelsfunktion trods pålæg herom ikke opfylder de i stk. 1 fastsatte krav. Regionsrådet skal orientere Sundhedsstyrelsen herom.

*Stk. 7.* Sundhedsstyrelsen kan i særlige tilfælde, og efter høring af det i § 207 nævnte udvalg, pålægge et regionsråd at benytte privat kapacitet til at varetage en landsdelsfunktion. Dette under forudsætning af, at de private sygehuse opfylder de i stk. 1 fastsatte krav og kan godkendes til at varetage landsdelsfunktion efter stk. 5.

*Stk. 8.* Sundhedsstyrelsen kan i særlige tilfælde, og efter høring af det i § 207 nævnte udvalg, inddrage en godkendelse efter stk. 5, såfremt et regionalt eller privat sygehus med landsdelsfunktion trods pålæg herom fra Sundhedsstyrelsen ikke opfylder de i stk. 1 fastsatte krav. Sundhedsstyrelsens afgørelse kan indbringes for indenrigs- og sundhedsministeren. Indbringelsen har ikke opsættende virkning, medmindre indenrigs- og sundhedsministeren bestemmer andet.

*Stk. 9.* Regionsrådet og vedkommende private sygehuse afgiver årligt en statusrapport til Sundhedsstyrelsen om opfyldelsen af de i stk. 1 fastsatte krav på afdelinger med landsfunktion.

*Stk. 10.* Regionsrådet og vedkommende private sygehuse afgiver årligt, efter anmodning fra Sundhedsstyrelsen, en statusrapport til Sundhedsstyrelsen om opfyldelsen af de i stk. 1 fastsatte krav på udvalgte afdelinger med landsdelsfunktion.«

**2. § 238** ophæves, og i stedet indsættes:

»**§ 238.** Bopælsregionen opkræver bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til psykiatrisk færdigbehandlede patienter fra kommunen. Denne betaling kan maksimalt udgøre 2.404 kr. (pris- og lønniveau for 2025). Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

*Stk. 2.* Ud over den betaling, der opkræves efter stk. 1, opkræver staten bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til psykiatrisk færdigbehandlede patienter fra kommunen. Denne betaling kan maksimalt udgøre 2.404 kr. (pris- og lønniveau for 2025) pr. sengedag fra og med syvende sengedag til og med trettende sengedag og 4.808 kr. (pris- og lønniveau for 2025) for hver sengedag fra og med den fjortende sengedag til og med den tyvende sengedag, 7.212 kr. (pris- og lønniveau for 2025) for hver sengedag fra og med den enogtyvende sengedag til og med den syvogtyvende sengedag og 9.616 kr. (pris- og lønniveau for 2025) for hver sengedag fra og med den otteogtyvende sengedag. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

*Stk. 3.* Bopælskommunen har ret til refusion for betaling efter stk. 1 og 2 fra handlekommunen eller den refusionspligtige kommune, jf. § 9 a, stk. 1,

4 og 6, og § 9 c, stk. 2, 4-6 og 12, i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område.

*Stk. 4.* Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om bopælskommunens betaling efter stk. 1 og 2, herunder om regionernes indberetning og dokumentation af aktivitet, og om foreløbig og endelig opgørelse af afregning.

*Stk. 5.* Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om tilbageførsel af provenuet efter stk. 2 til kommunerne.

**§ 238 a.** Staten opkræver bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til somatisk færdigbehandlede patienter fra kommunen. Denne betaling kan maksimalt udgøre 2.800 kr. (pris- og lønniveau for 2025) pr. sengedag for første og anden sengedag og 4.200 kr. (pris- og lønniveau for 2025) for hver sengedag fra og med den tredje sengedag. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

*Stk. 2.* Bopælsregionen kan af bopælskommunen opkræve betaling for patienter, der er indlagt på et hospice, der er nævnt i § 75, stk. 4, og § 79, stk. 2. Denne betaling kan maksimalt udgøre 2.404 kr. (pris- og lønniveau for 2025) pr. sengedag. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

*Stk. 3.* Bopælskommunen har ret til refusion for betaling efter stk. 1 og 2 fra handlekommunen eller den refusionspligtige kommune, jf. § 9 a, stk. 1, 4 og 6, og § 9 c, stk. 2, 4-6 og 12, i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område.

*Stk. 4.* Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om bopælskommunens betaling efter stk. 1 og 2, herunder om regionernes indberetning og dokumentation af aktivitet, og om foreløbig og endelig opgørelse af afregning.

*Stk. 5.* Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om tilbageførsel af provenuet efter stk. 1 til kommunerne.

**§ 238 b.** Bopælsregionen opkræver bopælskommunen betaling pr. sengedag for ophold på en sundheds- og omsorgsplads efter afsnit IX til borgere fra kommunen, hvis ophold på sundheds- og omsorgsplads er afsluttet, med mindre regionen og kommunen har indgået en særskilt aftale herom. Denne betaling kan maksimalt udgøre 1.400 kr. (pris- og lønniveau for 2025). Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

*Stk. 2.* Regionen vurderer på baggrund af kriterier for afslutning af ophold på sundheds- og omsorgspladser, om et forløb på en sundheds- og

omsorgsplads er afsluttet. Kriterierne er specificeret i kvalitetsstandarden for sundheds- og omsorgspladser, som udgives af Sundhedsstyrelsen.

*Stk. 3.* Ud over den betaling, der opkræves efter stk. 1, opkræver staten bopælskommunen betaling pr. sengedag for ophold til borgere med afsluttet forløb på sundheds- og omsorgsplads. Denne betaling kan maksimalt udgøre 1.400 kr. (pris- og lønniveau for 2025) pr. sengedag for hver sengedag fra og med den 21. sengedag. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

*Stk. 4.* Bopælskommunen har ret til refusion for betaling efter stk. 1 og 3 fra handlekommunen eller den refusionspligtige kommune, jf. § 9 a, stk. 1, 4 og 6, og § 9 c, stk. 2, 4-6 og 12, i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område.

*Stk. 5.* Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om bopælskommunens betaling efter stk. 1 og 3, herunder om regionernes indberetning og dokumentation af aktivitet, og om foreløbig og endelig opgørelse af afregning

*Stk. 6.* Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om tilbageførsel af provenuet efter stk. 3 til kommunerne.«

## § 2

I lov om lægemidler, jf. lovbekendtgørelse nr. 339 af 15. marts 2023, som ændret ved § 3 i lov nr. 1778 af 28. december 2023, og senest ændret ved [...], foretages følgende ændring:

1. I § 39, *stk. 3, nr. 13*, indsættes efter »Kommuners«: », regioners«.

## § 3

I lov om apoteksvirksomhed, jf. lovbekendtgørelse nr. 703 af 26. maj 2023, som ændret ved § 4 i lov nr. 1778 af 28. december 2023, § 1 i lov nr. 646 af 11. juni 2024, § 2 i lov nr. 717 af 20. juni 2025 og som senest ændret ved § 14 i lov nr. 719 af 20. juni 2025, foretages følgende ændring:

1. I § 55, *stk. 1*, indsættes efter »varer til«: »regionale funktioner, der håndterer lægemidler i medfør af § 39, stk. 3 nr. 13, i lov om lægemidler, samt«.

# UDKAST

## § 4

I lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, jf. lovbekendtgørelse nr. 1008 af 29. august 2024, som ændret ved [...], og som senest ændret ved [...], foretages følgende ændringer:

1. § 33, stk. 2, affattes således:

»Stk. 2. Rådet består af en formand, formændene for de tre regionale videreuddannelsesråd, jf. § 34, repræsentanter for de fire regioner, og et af indenrigs- og sundhedsministeren nærmere fastsat antal medlemmer.«

2. § 34, stk. 2, affattes 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.«

3. § 34, stk. 6, ophæves.

4. Efter § 34 indsættes i *kapitel 8*:

»*Fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse*

**§ 34 a.** Regionsrådene træffer afgørelse om fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb efter rådgivning fra de regionale videreuddannelsesråd, der er tilknyttet de pågældende regionsråd.

*Stk. 2.* Regionsrådenes afgørelser efter stk. 1 kan påklages til Sundhedsstyrelsen.

*Stk. 3.* Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om adgangen til at klage efter stk. 1 og 2, og kan herunder bestemme, at afgørelser ikke skal kunne indbringes for ministeren.

*Stk. 4.* Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, herunder om, at hensyn til lægedækning i relevant omfang indgår i regionsrådenes fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, jf. stk. 1.«

## § 5

*Stk. 1.* Loven træder i kraft den 1. januar 2027, jf. dog stk. 2.

## UDKAST

*Stk. 2.* Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter tidspunktet for ikrafttræden af § 208 i sundhedsloven, som affattet i denne lovs § 1, nr. 1.

*Stk. 3.* § 208, stk. 3-8, i sundhedsloven, som affattet i denne lovs § 1, nr. 1 finder ikke anvendelse for ansøgninger om varetagelse af landsdelsfunktioner indgivet af regionale eller private sygehuse til Sundhedsstyrelsen før ikrafttræden, jf. stk. 2. For sådanne ansøgninger finder de hidtil gældende regler anvendelse.

*Stk. 4.* § 238 a i sundhedsloven, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 2, finder ikke anvendelse for personer, der er færdigbehandlet på en somatisk sygehusafdeling inden lovens ikrafttræden.

*Stk. 5.* § 34, stk. 2, og § 34 a, stk. 1-4, i autorisationsloven, som affattet ved denne lovs § 4, nr. 3 og 5, finder ikke anvendelse på uddannelsesforløb, som de regionale råd for lægers videreuddannelse har godkendt før lovens ikrafttræden. For sådanne uddannelsesforløb finder de hidtil gældende regler anvendelse.

## § 6

*Stk. 1.* Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.

*Stk. 2.* § 3 kan ved kongelig anordning sættes i kraft for Grønland med de afvigelser, som de særlige grønlandske forhold tilsiger. Lovens bestemmelser kan sættes i kraft på forskellige tidspunkter for Grønland.

*Stk. 3.* § 4 kan ved kongelig anordning helt eller delvis sættes i kraft for Færøerne med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger. Lovens bestemmelser kan sættes i kraft på forskellige tidspunkter for Færøerne.

# UDKAST

## *Bemærkninger til lovforslaget*

### *Almindelige bemærkninger*

Indholdsfortegnelse	
1.	Indledning
2.	Lovforslagets hovedpunkter
2.1.	Ændret regulering af landsdelsfunktioner i specialeplanen
2.1.1.	Gældende ret
2.1.2.	Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
2.1.3.	Den foreslåede ordning
2.2.	Ny afregningsordning i forbindelse med etablering af sundheds- og omsorgspladser
2.2.1.	Gældende ret
2.2.2.	Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
2.2.3.	Den foreslåede ordning
2.3.	Lægemiddelhåndtering m.v. på sundheds- og omsorgspladser samt i akutsygepleje
2.3.1.	Gældende ret
2.3.2.	Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
2.3.3.	Den foreslåede ordning
2.4.	Regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb under den lægelige videreuddannelse
2.4.1.	Gældende ret
2.4.2.	Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
2.4.3.	Den foreslåede ordning

## UDKAST

3.	Konsekvenser ud over de obligatoriske konsekvenser
3.1	Regionale konsekvenser, herunder for landdistrikter
4.	Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige
5.	Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.
6.	Administrative konsekvenser for borgerne
7.	Klimamæssige konsekvenser
8.	Miljø- og naturmæssige konsekvenser
9.	Forholdet til EU-retten
10.	Hørte myndigheder og organisationer m.v.
11.	Sammenfattende skema

### 1. Indledning

Lovforslaget er en del af den samlede lovgivningsmæssige gennemførelse af en ny sundhedsreform. Forslaget er således et led i udmøntningen af Aftale om Sundhedsreform 2024, som regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne) og Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre har indgået den 15. november 2024.

Lovforslaget etablerer en ny afregningsordning i forbindelse med etableringen af sundheds- og omsorgspladser. Lovforslaget gør det desuden muligt for regionerne at håndtere lægemidler til brug for behandling af borgere på midlertidige døgndækkede pladser, herunder sundheds- og omsorgspladser og til opstart af behandling i eget hjem, herunder i akutsygeplejen, og regionerne får mulighed for at rekvirere lægemidler fra sygehusapotekerne til denne behandling. Endvidere styrker lovforslaget regionernes kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb under den lægelige videreuddannelse.

Lovforslaget har videre til formål at udmønte dele af Sundhedsstyrelsens oplæg til en ny model for specialeplanlægning, der blev offentliggjort den



30. september 2025. Den nye model for specialeplanlægning skal danne rammen for reguleringen af specialiserede sygehusfunktioner i Danmark, og ligge til grund for den kommende revision af specialevejledningerne. Med lovforslaget udmøntes anbefalingen om en ændret styring af landsdelsfunktionerne, så regionerne får et større planlægningsmæssigt råderum.

Lovforslagets fire dele gennemgås i det følgende.

Lovforslagets første del om specialeplanlægning har til formål at give regionerne beføjelse til selv at placere landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse uden Sundhedsstyrelsens godkendelse. Et større regionalt planlægningsmæssigt råderum skal bl.a. gøre specialeplanlægningen mere fleksibel og rustet til at imødegå udfordringer, f.eks. ved kapacitetsudfordringer på sygehusene.

Lovforslaget udmønter videre Sundhedsstyrelsens anbefaling om, at den årlige opfølgning på landsdelsfunktioner skal målrettes funktioner og områder, hvor der fagligt vurderes at være grundlag for at følge op.

Lovforslagets ændringer i rammerne for specialeplanlægning skal ses i lyset af den udvikling som sundhedsvæsenet, herunder sygehusstrukturen, har gennemgået de seneste to årtier, hvor regionerne har oparbejdet en solid erfaring, som tilsiger, at Sundhedsstyrelsens regulering af landsdelsfunktioner kan ændres og mindskes.

Lovforslagets anden del om en ny afregningsordning i forbindelse med etablering af sundheds- og omsorgspladser har til formål at udmønte dele af Aftale om sundhedsreform 2024 om, at der som led i etableringen af sundheds- og omsorgspladser skal etableres en særskilt afregningsordning. Afregningsordningen vil understøtte, at kommunerne har et medansvar for patienterne, der opholder sig på pladserne, og at disse kommer hjem, når det kan lade sig gøre med den fornødne kommunale hjælp og omsorg, og at der skal foretages en nærmere vurdering af grundlaget for at opkræve den eksisterende takst for færdigbehandlede patienter på sygehuse.

Afregningsordningen skal understøtte, at patienter, som af sundhedspersonalet er vurderet klar til udskrivelse, undgår at skulle opholde sig på sygehuset eller en sundheds- og omsorgsplads uden sundhedsfaglig begrundelse. Samtidig skal afregningsordningen bidrage til, at sundheds- og omsorgspladser er tilgængelige for borgere med behov for en

sundhedsfaglig rehabiliterende indsats og ikke optages af borgere, der med den rette støtte kunne være hjemme eller i en plejebolig. Formålet med lovforslaget er dermed at medvirke til et sundhedsvæsen, der arbejder for borgeren, og hvor ressourcerne anvendes til gavn for borgeren. Det forudsætter klart defineret ansvar og hensigtsmæssige incitamenter. Et styrket samarbejde mellem regioner og kommuner om en sammenhængende indsats fra indlæggelse til hjemkomst er i den forbindelse afgørende.

Lovforslaget indfører en ny model for borgere på sundheds- og omsorgspladser og tilpasser afregningsordningerne for færdigbehandlede patienter. For borgere, som ikke længere har behov for ophold på en sundheds- og omsorgsplads, kan regionen opkræve en takst fra kommunen, mens staten efter en given periode supplerer med en yderligere takst. For somatiske patienter på sygehuset erstattes den regionale færdigbehandlingstakst med en statslig takst. For psykiatriske patienter fastholdes de nuværende takster, der er blevet ændret fornyelig i forbindelse med Aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien, som blev indgået den 19. maj 2025.

Lovforslagets tredje del gør det muligt for regionerne at håndtere lægemidler til brug for behandling af borgere på midlertidige døgndækkede pladser, herunder sundheds- og omsorgspladser og til opstart af behandling i eget hjem, herunder i akutsygeplejen, og regionerne får mulighed for at rekvirere lægemidler fra sygehusapotekerne til denne behandling. Som nævnt ovenfor får regionerne pr. 1. januar 2027 ansvaret for at tilbyde midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser, jf. lovforslag L 42 om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (Flytning af opgaver fra kommuner til regioner mv.). Med samme lov får regionerne desuden ansvaret for at varetage akutsygeplejen.

Formålet med denne del af lovforslaget er at gøre det muligt for regionerne uden tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen at kunne fordele, opsplitte og udlevere lægemidler til brug for behandling af borgere på midlertidige døgndækkede pladser, herunder sundheds- og omsorgspladser og i borgerens eget hjem, herunder ved opstart af behandling i akutsygeplejen. Med lovforslaget bliver det desuden muligt for regionerne at etablere medicinskabe eller -rum, hvori der kan opbevares fælles lægemidler til brug for denne behandling.

Formålet er endvidere, at de offentlige sygehusapoteker får mulighed for at levere lægemidler og andre varer til regionerne til etablering af disse medicinskabe og -rum, således at regionerne får bedre mulighed for

## UDKAST

sammenhængende indkøb og distribution af lægemidler samt registrering og monitorering af behandling med lægemidler på tværs af sygehusvæsenet, midlertidige døgndækkede pladser, herunder sundheds- og omsorgspladser og i borgerens eget hjem, herunder akutsygeplejen.

Lovforslaget skal ses i sammenhæng med lovforslag L 42 om flytning af opgaver fra kommuner til regioner m.v., hvor det blandt andet er foreslået, at regionsrådet tilbyder vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser og er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri akutsygepleje.

Lovforslaget skal endvidere ses i sammenhæng med betænkning til samme lovforslag, hvor det præciseres, at medicinen, der udleveres til patienter på sundheds- og omsorgspladser samt ved en opstart af behandling i akutsygeplejen, er vederlagsfri for borgerne.

Lovforslaget vil endvidere 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 og på midlertidigt døgndækkede pladser.

Lovforslagets fjerde del om styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb under den lægelige videreuddannelse udmønter Aftale om sundhedsreform 2024. Aftalepartierne er enige om, at en større del af uddannelsesforløbene i den lægelige videreuddannelse skal placeres uden for de større byer. Det skal bl.a. understøtte, at de lægefaglige ressourcer styrkes der, hvor befolkningen har det største behov. Det fremgår videre af aftalen, at den nærmere udmøntning heraf skal aftales mellem regeringen og regionerne.

Regeringen og Danske Regioner er med Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen enige om, at regionernes kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse skal styrkes. Der er videre enighed om, at de regionale videreuddannelsesråd fortsat skal rådgive regionerne om forhold vedrørende den lægelige videreuddannelse.

Lovforslaget har til formål at flytte den formelle kompetence til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse fra de regionale råd for lægers videreuddannelse til regionsrådene.

Lovforslagets ændringer skal ses i lyset af, at regionsrådet har ansvaret for driften og udviklingen af regionens sundhedsvæsen, herunder sikring af, at borgerne har adgang til de nødvendige sundhedstilbud og lægelige

kompetencer, uanset hvor i landet de bor. 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.

## **2. Lovforslagets hovedpunkter**

### **2.1. Ændret regulering af landsdelsfunktioner i specialeplanen**

#### **2.1.1. Gældende ret**

Det følger af sundhedslovens § 208, stk. 1, at Sundhedsstyrelsen fastsætter krav til lands- og landsdelsfunktioner, herunder placeringen af lands- og landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse, efter høring af det i § 207 nævnte udvalg.

Det følger af lovbemærkningerne til sundhedslovens § 208, jf.

Folketingstidende 2004-2005, tillæg A, s. 3248, at Sundhedsstyrelsen kan fastsætte regler om, at visse behandlingsformer samles på et eller få sygehuse, hvor kvalitets- og ressourcemæssige hensyn taler herfor.

Det følger videre af lovbemærkningerne til § 208, jf. betænkning afgivet af Sundhedsudvalget den 7. juni 2005 over forslag til sundhedsloven, at det ikke er tilstrækkeligt til at indgå i den overordnede specialeplanlægning vedrørende lands- og landsdelsfunktioner, at et sygehus opfylder de nødvendige krav vedrørende behandlingskvalitet m.v. Der skal være et behov for den pågældende sygehusafdeling i forhold til den overordnede specialeplanlægning på landsniveau. Det samme er gældende med hensyn til private sygehuse. Private sygehuse kan f.eks. være kvalificerede til at foretage nærmere bestemte højt specialiserede operationer uden samtidigt at varetage lands- og landsdelsfunktioner inden for det pågældende område, herunder udvikling, uddannelse og forskning mv.

Det følger af sundhedsloven § 208, stk. 2, at Sundhedsstyrelsen godkender lands- og landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse, hvilket indebærer, at sådanne funktioner kun kan varetages på sygehuse godkendt dertil af Sundhedsstyrelsen.

Det følger af lovbemærkningerne til § 208, jf. betænkning afgivet af sundhedsudvalget den 7. juni 2005 over forslag til sundhedsloven, at baggrunden herfor er, at kravene til en lands- og landsdelsfunktion sjældent alene knytter sig til den enkelte sygehusafdeling, der er tale om. Landsfunktioner fordrer meget ofte tilstedeværelse på samme sygehus og

samarbejde med en række andre afdelinger på tilgrænsende områder og adgang til hjælpe- og specialfunktioner på højt niveau. Dertil kommer, at lands- og landsdelsfunktioners geografiske placering også har betydning uden for egen region.

Det følger af sundhedsloven § 208, stk. 3, at Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere regler om visitation af patienter til behandling på afdelinger med lands- og landsdelsfunktioner efter høring af det i § 207 nævnte udvalg.

Sundhedsstyrelsen kan efter sundhedslovens § 208, stk. 4, inddrage en godkendelse efter stk. 2 efter høring af det i § 207 nævnte udvalg, såfremt en sygehusafdeling med lands- eller landsdelsfunktion trods pålæg herom fra Sundhedsstyrelsen ikke opfylder de i stk. 1 fastsatte krav.

Sundhedsstyrelsens afgørelse kan indbringes for indenrigs- og sundhedsministeren. Indbringelsen har ikke opsættende virkning, medmindre indenrigs- og sundhedsministeren bestemmer andet.

Sundhedsstyrelsen har dermed både den lovgivningsmæssige kompetence til at oprette og nedlægge lands- og landsdelsfunktioner, og til at tildele og fratage godkendelser af varetagelsen af lands- og landsfunktioner.

Det følger af lovbemærkningerne til sundhedsloven § 208, jf. betænkning afgivet af sundhedsudvalget den 7. juni 2005 over forslag til sundhedsloven, at det er en forudsætning, at processen foregår i samarbejde med fagfolk og regioner.

Det følger endvidere af lovbemærkningerne til bestemmelsen, jf. Folketingstidende 2004-2005, tillæg A, s. 3248, at det er en forudsætning, at de centrale sundhedsmyndigheder anvender deres beføjelser efter disse bestemmelser i overensstemmelse med rådgivning fra det rådgivende udvalg for specialeplanlægning. Det skønnes således kun at være i tilfælde af uenighed i udvalget, og hvor hensynet til patienterne taler herfor, at Sundhedsstyrelsen får behov for at udøve sine beføjelser til selv at træffe beslutninger.

Det fremgår af sundhedsloven § 208, stk. 5, at regionsrådet og vedkommende private sygehuse årligt afgiver en statusrapport til Sundhedsstyrelsen om opfyldelsen af de i stk. 1 fastsatte krav på afdelinger med lands- eller landsdelsfunktion.

## UDKAST

Det følger af lovbemærkningerne til sundhedslovens § 208, jf. Folketingstidende 2004-2005, tillæg A, s. 3194, at regionsrådene årligt skal rapportere til Sundhedsstyrelsen om status for lands- og landsdelsafdelingernes opfyldelse af de fastsatte krav, ligesom Sundhedsstyrelsen er forpligtet til løbende at vurdere, om de fastlagte krav er opfyldt.

Det følger videre af lovbemærkningerne, at en effektiv landsdækkende koordinering skal sikre samling af den allermest specialiserede behandling. Det er vigtigt at sikre den rette balance mellem regionernes egen planlægning og hensynet til den overordnede koordination af sundhedsvæsenet.

Sundhedsstyrelsen har udstedt vejledning nr. 9053 af 27. januar 2014 om udmøntning af sundhedslovens § 208 om specialeplanlægning, hvori ansøgningsprocedure og meddelelse om funktionernes placering m.v. er beskrevet nærmere.

Vejledningen skal ses i sammenhæng med 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. Det omfatter bl.a. krav om tilstrækkelig kapacitet og robusthed, aktivitet i forhold til at sikre erfaring og ekspertise, specifikke kompetencer til varetagelsen af en given specialfunktion, samarbejde med andre specialer mv.

Det fremgår heraf, at formålet med specialeplanlægningen bl.a. er at sikre høj faglig kvalitet i behandlingen og helhed i patientforløbene under hensyn til en effektiv ressourceudnyttelse. Specialeplanlægningen skal fremme den nødvendige opbygning og vedligeholdelse af ekspertise, forskning og udvikling samt uddannelse med henblik på fortsat udvikling af sundhedsvæsenets ydelser. Specialeplanlægningen skal endvidere sikre planlægning, koordination og samarbejde mellem sundhedsvæsenets parter og derigennem sikre, at der kan tilbydes specialiseret behandling med den nødvendige kapacitet, forsyningssikkerhed og tilgængelighed på landsplan.

Det følger heraf, at Sundhedsstyrelsens regelmæssigt skal revidere specialeplanen med henblik på at sikre, at den gældende specialeplanlægning er tidssvarende, relevant og dækkende. Den gældende

specialeplan trådte i kraft den 1. juni 2017.

### 2.1.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

Sundhedsstyrelsen har den 30. september 2025 offentliggjort et oplæg til en ny model for specialeplanlægning, der kan ligge til grund for en kommende revision af specialevejledningerne. Sundhedsstyrelsen har som en del af den nye model anbefalet, at regionerne får et større planlægningsmæssigt råderum i placeringen af landsdelsfunktioner.

Det er Indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering, at rammerne for specialeplanlægning bør tilpasses i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger. Lovforslaget er således udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens oplæg til en ny model for specialeplanlægning, herunder anbefalingen om en ændret regulering af landsdelsfunktioner.

Formålet med forslaget er at gøre specialeplanlægningen mere fleksibel og rustet til at imødegå udfordringer, f.eks. som følge af kapacitetsudfordringer på sygehusene, men samtidig fastholde gevinsterne ved den nuværende regulering, som over tid har understøttet robuste faglige miljøer og sikret en høj kvalitet i den specialiserede sygehusbehandling.

Sundhedsstyrelsens anbefaling om en ændret regulering af landsdelsfunktioner skal ses i lyset af den udvikling som sundhedsvæsenet, herunder sygehusstrukturen, har gennemgået de seneste to årtier. Der er sket en faglig udvikling, bl.a. forårsaget af nye behandlingsmæssige og teknologiske muligheder. Samtidig er byggerier af de nye akutsygehuse mange steder færdiggjort, og de resterende nærmer sig afslutningen. Regionernes sygehusplaner med samling af funktioner er derved tæt på at være realiserede.

Sundhedsstyrelsen anbefaling skal videre ses i sammenhæng med en række andre tilpasninger af specialeplanen, som styrelsen implementerer inden for rammerne af gældende ret. De øvrige tilpasninger skal bl.a. understøtte tilgængelighed, nærhed og sammenhæng i patientforløbet.

Sundhedsstyrelsen har f.eks. foretaget en deregulering af udvalgte landsdelsfunktioner med det formål at påbegynde implementeringen af intentionerne i den nye model for specialeplanlægning i den gældende specialeplan. Specialeplanen skal således i højere grad anvendes, hvor der

er størst behov for national regulering, så den resterende del af forløbet kan foregå tættere på patienten. Som en del af den nye model vil Sundhedsstyrelsen desuden justere og supplere kravene for varetagelsen af lands- og landsdelsfunktioner med henblik på at understøtte det fælles patientansvar, øge det nationale samarbejde samt sætte øget fokus på forsyningsforpligtelsen.

Jf. Sundhedsstrukturkommissionens rapport fra juni 2024 har specialeplanen over årene medvirket til et markant kvalitetsløft af de specialiserede sygehusfunktioner. Specialeplanen har dog samtidig haft en række utilsigtede konsekvenser, som tilpasningerne skal ses i lyset af. Specialeplanen har f.eks. taget fokus og ressourcer fra de ikke-specialiserede behandlingstilbud, som har den største volumen på sygehusene. Derudover har specialeplanens fokus på at sikre kvaliteten i varetagelsen af de enkelte specialfunktioner til tider vægtet højere end at understøtte sammenhængen i patientforløb på tværs af specialer og sektorer.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet fremsætter nærværende lovforslag på baggrund af Sundhedsstyrelsens faglige vurdering af behovet for en ændret regulering af landsdelsfunktioner.

### 2.1.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås, at regionerne overtager kompetencen til at godkende placeringen af landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse fra Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen vil dermed ikke længere skulle godkende, hvilke regionale og private sygehuse der må varetage de enkelte landsdelsfunktioner. Regionerne vil selv kunne placere landsdelsfunktioner, herunder flytte funktionerne på deres sygehuse efter behov. Regionerne vil skulle orientere Sundhedsstyrelsen om placeringen af landsdelsfunktionerne.

Det foreslås videre, at regionerne får kompetencen til at inddrage en godkendelse, såfremt et regionalt eller privat sygehus trods pålæg herom ikke opfylder de af Sundhedsstyrelsen fastsatte krav til varetagelsen af landsdelsfunktionen. Regionerne vil tilsvarende skulle orientere Sundhedsstyrelsen om inddragelsen af en godkendelse.

Regionerne får således kompetencen til at tildele og fratage godkendelser



af varetagelsen af landsdelsfunktioner. Sundhedsstyrelsen vil dog fortsat have kompetencen til at definere, hvad der er lands- og landsdelsfunktioner.

Sundhedsstyrelsen vil fortsat også have kompetencen til at fastsætte kravene til lands- og landsdelsfunktioner, herunder til placeringen af lands- og landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse. Det er således en forudsætning for regionernes godkendelse og placering af landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse, at sygehusene opfylder de fastsatte krav for varetagelsen. Sundhedsstyrelsen vil desuden kunne indikere, hvor mange steder regionerne som udgangspunkt forventes at placere de enkelte landsdelsfunktioner i hver region.

Sundhedsstyrelsen vil fortsat også kunne fastsætte nærmere regler om visitation af patienter til behandling på afdelinger med lands- og landsdelsfunktioner efter høring af det i § 207 nævnte udvalg.

Forslaget vil medføre, at regionerne nemmere og hurtigere vil kunne foretage ændringer indenfor egen region, f.eks. ved kapacitetsudfordringer. Det kan for patienterne betyde, at der hurtigere kan ske en reduktion i ventetiden til en behandling, hvis der opstår kapacitetsudfordringer på det enkelte sygehus. Den forslåede ændring vil således give regionerne større fleksibilitet i specialeplanlægningen.

Regionerne vil i forbindelse med godkendelsen af landsdelsfunktioner skulle foretage en vurdering af den regionale kapacitet i forhold til varetagelsen af de enkelte funktioner, samt behovet for og/eller ønsket om at gøre brug af privat kapacitet.

Såfremt regionen har behov for og/eller ønske om at gøre brug af privat kapacitet, skal regionen indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning om, hvorvidt de private sygehuse opfylder de i stk. 1 fastsatte krav til afdelinger med landsdelsfunktion. Private sygehuse vil således fortsat skulle sende ansøgninger om varetagelse af landsdelsfunktioner til Sundhedsstyrelsen, som bistår regionerne med en faglig vurdering af, om kravene til varetagelsen af opfyldt.

Regionerne vil på baggrund af Sundhedsstyrelsens faglige vurdering godkende og indgå aftale med den/de private sygehuse, der lever op til kravene, og som der er behov for, som følge af Sundhedsstyrelsens

indikation af, hvor mange steder landsdelsfunktionen forventes at ligge. Regionen skal overholde de udbudsretlige regler i den forbindelse.

Regionerne vil i forbindelse med godkendelse af landsdelsfunktioner ligeledes kunne bede om Sundhedsstyrelsens rådgivning i forhold til placeringen af en given landsdelsfunktion, f.eks. hvis der er behov for et nationalt blik på varetagelsen.

Det foreslås videre, at Sundhedsstyrelsen i særlige tilfælde vil kunne pålægge et regionsråd at benytte privat kapacitet til at varetage en landsdelsfunktion. Dette under forudsætning af, at et privat sygehus opfylder de fastsatte krav og kan godkendes til at varetage landsdelsfunktionen.

Det kan eksempelvis være i situationer, hvor der er vedvarende kapacitetsudfordringer på en given behandling i en region eller på landsplan, som regionerne ikke har anvist en bæredygtig plan for at håndtere. Såfremt private sygehuse vurderer, at de lever op til kravene beskrevet i stk. 1, vil de kunne bede Sundhedsstyrelsen vurdere, om der er grundlag for at tildele endnu en godkendelse i specialeplanen til at varetage funktionen. Det vil her være en forudsætning, at Sundhedsstyrelsen vurderer, at der på den givne funktion er kapacitetsudfordringer, samt at det pågældende privatsygehus lever op til kravene beskrevet i stk. 1. Sundhedsstyrelsen vil ud fra en samlet betragtning vurdere, om der er grundlag for at åbne op for private sygehuses ansøgninger til godkendelse af en landsdelsfunktion, herunder pålægge et regionsråd at benytte privat kapacitet, såfremt de fastsatte krav for varetagelsen er opfyldt. Endvidere skal de udbudsretlige regler overholdes.

Det foreslås videre, at Sundhedsstyrelsen i særlige tilfælde vil kunne inddrage godkendelsen af en landsdelsfunktion, som regionsrådet har tildelt, hvis det viser sig, at det regionale eller private sygehus ikke længere lever op til kravene beskrevet i stk. 1.

Det kan eksempelvis være i situationer, hvor et regionalt eller privat sygehus trods pålæg herom ikke lever op til de fastsatte krav for varetagelsen af en funktion, og hvor der ikke umiddelbart er en holdbar plan for på sigt at kunne overholde kravene. Sundhedsstyrelsen vil, efter høring af det i § 207 nævnte udvalg, i sådan et tilfælde kunne inddrage en godkendelse, som regionen har tildelt. Sundhedsstyrelsens afgørelse vil

## UDKAST

kunne indbringes for indenrigs- og sundhedsministeren. Indbringelsen har ikke opsættende virkning, medmindre indenrigs- og sundhedsministeren bestemmer andet.

De foreslåede ændringer forventes at medføre en reduktion i opgaver for Sundhedsstyrelsen, da styrelsen fremover vil skulle vurdere færre ansøgninger til varetagelse af landsdelsfunktionerne.

Forslaget vil også betyde, at regionerne ikke længere vil skulle udarbejde ansøgningsmateriale til Sundhedsstyrelsen i forhold til varetagelsen af landsdelsfunktioner.

Den foreslåede ordning vil ikke indebære ændringer i forhold til reguleringen af landsfunktioner. Her fastholdes den eksisterende regulering, hvor Sundhedsstyrelsen godkender konkrete regionale og private sygehuse til at varetage landsfunktioner. Det skyldes, at der for landsfunktioner er særlige nationale hensyn i forhold til geografisk placering, samarbejde, ressourceudnyttelse mv., som fordrer, at der opretholdes en vis national styring af funktionernes placering.

Sundhedsstyrelsen følger løbende op på, hvordan specialeplanen er implementeret, og om kravene til varetagelsen af lands- og landsdelsfunktionerne er opfyldt.

Det foreslås, som følge af den foreslåede ændring i reguleringen af landsdelsfunktioner, at opfølgningen på landsdelsfunktioner fremover målrettes udvalgte funktioner eller områder, hvor der fagligt vurderes at være grund til opmærksomhed.

Forslaget vil indebære, at Sundhedsstyrelsens årlige monitorering af landsdelsfunktioner ikke længere vil omfatte alle funktionerne i specialeplanen, men i stedet fokusere på udvalgte landsdelsfunktioner.

Sundhedsstyrelsen vil skulle foretage en årlig vurdering af, hvilke landsdelsfunktioner som regioner og vedkommende private sygehuse skal afgive statusrapporter for.

Regionsrådet vil dermed skulle udarbejde færre statusrapporter til Sundhedsstyrelsen. Regionsrådet vil dog skulle følge årligt op på, at kravene til varetagelsen af landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse overholdes.

Den foreslåede ordning vil ikke indebære ændringer i forhold til opfølgningen på landsfunktioner, der videreføres i sin nuværende form. Regionsrådet og vedkommende private sygehuse vil således fortsat skulle afgive årlige statusrapporter til Sundhedsstyrelsen om opfyldelsen af de fastsatte krav på afdelinger med landsfunktion.

Det foreslås, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter tidspunktet for lovens ikrafttræden. Det skal ses i lyset af, at den foreslåede ordning skal træde i kraft, når Sundhedsstyrelsen har revideret de gældende specialevejledninger, som tilsammen udgør specialeplanen.

Sundhedsstyrelsen vil i medfør af lovændringen opdatere 'Vejledning om udmøntning af sundhedslovens § 208 om specialeplanlægning' nr. 9053 af 27. januar 2014. Sundhedsstyrelsen vil endvidere revidere publikationen '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.

## **2.2. Ny afregningsordning i forbindelse med etablering af sundheds- og omsorgspladser**

### **2.2.1. Gældende ret**

Efter sundhedslovens § 238, stk. 1, opkræver bopælsregionen bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til færdigbehandlede patienter fra kommunen. Dette er efter § 238, stk. 4, også muligt for patienter, der er indlagt på et hospice, som er nævnt i sundhedslovens § 75, stk. 4, og § 79, stk. 2. Det betyder, at bopælsregioner kan opkræve en daglig færdigbehandlingstakst fra bopælskommunen fra første dag for færdigbehandlede patienter, der afventer et kommunalt tilbud og fortsat opholder sig på sygehus, fordi kommunen ikke er klar til at hjemtage patienten.

Formålet med den regionale færdigbehandlingstakst er, at kommunen betaler regionen for at udføre en kommunal opgave, da kommunen ikke er klar til at modtage patienten, når patienten kan udskrives fra sygehus til et kommunalt tilbud. Den regionale takst skal give kommunerne incitament til at hjemtage patienten. Færdigbehandlede patienter er patienter, som efter lægelig vurdering er færdigbehandlet på sygehuset. Det vil sige, at behandlingen er afsluttet, eller at indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling. Sygehusets administrative opgaver er desuden udført

i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten.

Den kommunale betaling til regionerne er fastsat til maksimalt at udgøre 2.404 kr. pr. dag (pris- og lønniveau for 2025), jf. sundhedslovens § 238, stk. 5. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne, jf. § 238, stk. 5. Sundhedslovens § 238, stk. 1 og 5, gælder for både somatiske og psykiatriske færdigbehandlingstakster. Sundhedslovens § 238, stk. 1, omhandler den regionale færdigbehandlingstakst.

Efter sundhedslovens § 238, stk. 2, opkræver staten, ud over den betaling, der opkræves efter sundhedsloven § 238, stk. 1, bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter sundhedslovens afsnit VI til somatisk færdigbehandlede patienter fra kommunen. Det betyder, at staten også opkræver bopælskommunen en daglig betaling for somatisk færdigbehandlede patienter, der afventer et kommunalt tilbud og fortsat opholder sig på en somatisk afdeling på sygehuset, fordi kommunen ikke er klar til at hjemtage patienten. Denne betaling kan maksimalt udgøre 2.404 kr. (pris- og lønniveau for 2025) pr. sengedag for første og anden sengedag og 4.808 kr. (pris- og lønniveau for 2025) for hver sengedag fra og med den tredje sengedag. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne. Det betyder, at den statslige somatiske færdigbehandlingstakst kan opkræves fra og med den første dag, hvor patienten er færdigbehandlet og fortsat opholder sig på sygehuset. Den statslige takst stiger til det dobbelte fra og med den tredje dag, hvor patienten er færdigbehandlet og fortsat opholder sig på sygehuset. § 238, stk. 2, omhandler alene den statslige somatiske færdigbehandlingstakst. Den statslige somatiske færdigbehandlingstakst har til formål at give kommunerne yderligere incitament, udover den regionale takst til at hjemtage patienten, fra og med den første dag, hvor taksten kan opkræves fra.

Efter sundhedslovens § 238, stk. 3, opkræver staten, ud over den betaling, der opkræves efter sundhedsloven § 238, stk. 1, bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til psykiatrisk færdigbehandlede patienter fra kommunen. Det betyder, at staten også opkræver bopælskommunen en daglig betaling for psykiatrisk færdigbehandlede patienter, der afventer et kommunalt tilbud og fortsat opholder sig på en psykiatrisk afdeling på sygehuset, fordi kommunen ikke er klar til at hjemtage patienten. Denne betaling kan efter sundhedslovens § 238, stk. 3, maksimalt udgøre 2.404 kr. pr. sengedag (pris- og lønniveau for 2025) fra og med den syvende til og med den trettende dag, 4.808 kr. pr.

## UDKAST

sengedag (pris- og lønniveau for 2025) fra og med den fjortende dag til og med den tyvende dag, 7.212 kr. pr. sengedag (pris- og lønniveau for 2025) fra og med den enogtyvende dag til og med den syvogtyvende dag, og 9.616 kr. pr. sengedag (pris- og lønniveau for 2025) fra og med den otteogtyvende dag. Taksterne pris- og lønreguleres årligt på samme måde som bloktilskuddet til regionerne. Det betyder, at den statslige psykiatriske færdigbehandlingstakst kan opkræves fra og med den syvende dag, hvor patienten er færdigbehandlet og fortsat opholder sig på sygehuset. Den statslige takst stiger til det dobbelte fra og med den fjortende dag, hvor patienten er færdigbehandlet og fortsat opholder sig på sygehuset. Den statslige takst stiger yderligere til det tredobbelte fra og med den enogtyvende dag og det firedobbelte fra og med den otteogtyvende dag.

Sundhedslovens § 238, stk. 3, omhandler alene den statslige psykiatriske færdigbehandlingstakst. Den statslige psykiatriske færdigbehandlingstakst har til formål at give kommunerne yderligere incitament udover den regionale takst til at hjemtage patienten fra og med den syvende dag, hvor taksten kan opkræves fra. Den statslige psykiatriske færdigbehandlingstakst opkræves fra og med den syvende dag for at tage hensyn til, at kommunerne har behov for tid til at finde det rette tilbud til patienter med meget komplekse behov. Der gives yderligere incitament for kommunerne til at hjemtage patienten fra og med den fjortende dag, hvor taksten fordobles, fra og med den enogtyvende dag, hvor taksten tredobles og fra og med den otteogtyvende dag, hvor taksten firedobles. Samlet betaler kommunen i 2025 således pr. sengedag fra og med den fjortende dage i alt 2.404 kr. pr. sengedag til regionen samt 4.808 kr. i statslig færdigbehandlingstakst, i alt 7.212 kr. pr. sengedag. Fra og med den enogtyvende dag betaler kommunen 2.404 kr. til regionen samt 7.212 kr. i statslig færdigbehandlingstakst, i alt 9.616 kr. pr. sengedag. Kommunen betaler 2.404 kr. til regionen samt 9.616 kr. i statslig færdigbehandlingstakst fra og med den otteogtyvende sengedag svarende til i alt 12.020 kr.

Det følger af sundhedslovens § 238, stk. 5, at den betaling, som er nævnt i § 238, stk. 1 og 5, kan maksimalt udgøre 2.404 kr. (pris- og lønniveau for 2025). Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne. Det betyder, at den kommunale betaling til regionerne, det vil sige den regionale færdigbehandlingstakst, maksimalt kan udgøre 2.404 kr. i 2025-niveau.

Efter § 238, stk. 6, har bopælskommunen ret til refusion for betaling efter stk. 1 og 2 fra handlekommunen eller den refusionspligtige kommune, jf. §

9 a, stk. 1, 4 og 6, og § 9 c, stk. 2, 4-6 og 12, i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område.

Efter sundhedslovens § 238, stk. 7 er indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiget til at fastsætte nærmere regler om bopælskommunens betaling efter stk. 1-5, herunder om regionernes indberetning og dokumentation af aktivitet, og om foreløbig og endelig opgørelse af afregning.

Det fremgår af sundhedslovens § 238, stk. 8, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om tilbageførsel af provenuet efter stk. 2 og 3 til kommunerne. Det betyder, at indenrigs- og sundhedsministeren bestemmer, hvordan den betaling, som staten opkræver bopælskommunen for somatiske og psykiatriske færdigbehandlede patienter efter sundhedslovens § 238, stk. 2 og 3, tilbagebetales til kommunerne.

De konkrete regler for tilbageførsel af provenuet for den statslige psykiatriske færdigbehandlingstakst er fastsat i [henvisning til § i seneste bekendtgørelse] om betalinger for færdigbehandlede patienter, indlagte på hospice og genoptræning på specialiseret niveau.

Det fremgår af § 1, stk. 5, i bekendtgørelsen, at staten tilbagebetaler betalingen efter sundhedslovens § 238, stk. 3, til kommunerne i regionen efter indbyggertal. Den samlede tilbagebetaling for psykiatriske færdigbehandlede patienter efter sundhedslovens § 238, stk. 3, fordeles mellem kommunerne i den pågældende region proportionalt med indbyggertallet i hver kommune, jf. bekendtgørelsens § 4.

Hensigten med tilbageførslen af de opkrævede penge for den statslige færdigbehandlingstakst til kommunerne i regionen er, at pengene forbliver i kommunerne frem for, at pengene går direkte til staten. Den statslige færdigbehandlingstakst har dermed en indvirkning på kommunernes adfærd, således at de kommuner, der har klaret sig bedst med færrest psykiatriske færdigbehandlingsdage ift. regionens øvrige kommuner, får en gevinst ved de tilbageførte penge, der kommer fra de kommuner, der har klaret sig mindre godt med mange færdigbehandlingsdage.

### 2.2.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

Med oprettelsen af regionale sundheds- og omsorgspladser skal der etableres en takstordning, der understøtter, at kommunerne har et medansvar for patienterne, så borgere, hvis forløb er afsluttet, hurtigt kan komme tilbage i trygge og nære omgivelser. Det fremgår af Aftale om sundhedsreform 2024 fra november 2024, at regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne), Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti,

Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre er enige om, at det er centralt, at kommunerne har fokus på at sikre, at borgere, som ikke længere har behov for ophold på en sundheds- og omsorgsplads, kan komme i eget hjem hurtigst muligt med relevant støtte fra kommunen eller regionen. Der er på den baggrund enighed blandt aftalepartierne om, at der skal etableres en særskilt afregningsordning med en takst, som regionen kan opkræve fra kommunen for borgere, som kan udskrives fra en sundheds- og omsorgsplads, men fortsat har ophold på pladsen.

Ordningen vil bygge videre på den ordning, som i dag eksisterer for færdigbehandlede borgere med fortsat ophold på sygehus. En ny afregningsordning kræver således, at eksisterende incitaments- og takstordninger revideres for at sikre en sammenhængende incitamentsstruktur, der understøtter samarbejdet mellem regioner og kommuner om at tilrettelægge hensigtsmæssige patientforløb. Forslaget indebærer en tilpasning af takster ifm. færdigbehandlede somatiske patienter og indførelsen af både en afslutningstakst, som kommuner betaler til regioner for borgere, hvis forløb på en regional sundheds- og omsorgsplads er afsluttet efter fastlagte kriterier fra Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard og en afslutningstakt, som kommuner betaler til staten.

Hensigten med den nye afregningsordning og tilpasninger af takstordningen for færdigbehandlede patienter på somatisk sygehus er at styrke incitamentet for kommunerne til at sikre, at borgeren hurtigst muligt kan komme hjem bl.a. ved at forbedre afklaringen af borgerens videre støttebehov, mens borgeren opholder sig på en sundheds- og omsorgsplads, samt at have tilstrækkelig kapacitet af plejeboliger og løsninger i borgernes eget hjem. I den forbindelse er det vigtigt, at det indgår i visitations- og afslutningskriterierne for sundheds- og omsorgspladser, at regionen som udgangspunkt giver kommunen besked senest 48 timer før, dog om fredagen senest 72 timer før, at en borger vurderes at kunne opfylde betingelserne for ikke længere at have behov for ophold. Kommuner og regioner kan lokalt på baggrund af drøftelser i sundhedsrådene aftale at afvige fra denne regel.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderer, at forslaget om en ny afslutningstakst, som kommuner vil skulle betale til regioner for borgere, hvis forløb på en sundheds- og omsorgsplads er afsluttet efter kriterierne, dels skal være en betaling til regionen for at udføre en kommunal opgave, samt give kommunerne incitament til at hjemtage borgere. Denne takst skal derfor afspejle de kommunale alternativudgifter. Det er lagt til grund, at de kommunale alternativudgifter svarer til udgifterne til en stationær plads til midlertidigt ophold i kommunalt regi.



Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderer samtidigt, at det er et vigtigt hensyn, at borgere fra en sundheds- og omsorgsplads, hvor det vurderes hensigtsmæssigt, overgår til egen bolig, herunder plejebolig m.v., og ikke til en anden midlertidig plads. Dette for at sikre færrest mulige skift for borgeren. Takstens niveau skal reducere regionernes incitament til uhensigtsmæssigt hurtig afslutning af forløb på den ene side og understøtte, at kommunerne har incitament til at investere tilstrækkeligt i egentlig plejeboligkapacitet frem for at opbygge et nyt stationært midlertidigt tilbud ved siden af regionale sundheds- og omsorgspladser og de eksisterende kommunale ventepladser.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderer det hensigtsmæssigt, at regionen skal opkræve afslutningstaksten fra kommunen, medmindre regionen og kommunen har indgået en særskilt aftale herom. En aftale om at afvige fra bestemmelsen kan eksempelvis indgå som en del af eller supplement til et horisontalt samarbejde mellem region og kommune, hvor kommunen tilbyder sundhedstilbud, såsom sundheds- og omsorgspladser, i samarbejde med regionen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderer det formålstjenligt, at den afslutningstakst, kommuner betaler til regioner, suppleres med en afslutningstakst, som kommuner betaler til staten, og som tilbagebetales til kommunerne efter indbyggertal. Formålet med denne takst er at forebygge uhensigtsmæssigt lange ophold for borgere, hvis forløb på sundheds- og omsorgsplads er afsluttet. Taksten skal balancere to modsatrettede hensyn. På den ene side er det afgørende, at kommunerne med takstmodellen får fleksibilitet til at lade en borger, hvis forløb er afsluttet, have fortsat ophold på de regionale sundheds- og omsorgspladser i en afgrænset periode. Denne mulighed skal afhjælpe unødvendig mange led i borgerens samlede forløb, hvis der alene er tale om en afgrænset periode inden, at borgeren kan komme i eget hjem eller eksempelvis i en plejebolig. På den anden side skal ordningen understøtte, at kommunerne sikrer en tilstrækkelig plejebolig- og hjemmeplejekapacitet efter gældende regler og rettigheder. Det skal også ses i sammenhæng med, at kommunerne er ansvarlige for at sikre tilvejebringelse af boligindretning til borgere med varige funktionsnedsættelser, når det er nødvendigt for at gøre boligen bedre egnet som opholdssted. Dermed skal starttidspunktet for denne takst også tage hensyn til at balancere de to ovennævnte hensyn, så borgere fra en sundheds- og omsorgsplads som udgangspunkt kan komme hjem til egen bolig, herunder plejebolig m.v., og ikke til en anden midlertidig plads, også i det tilfælde, hvor kommunen skal tilvejebringe boligindretning til borgere med

varige funktionsnedsættelser, eller hvor borgeren i umiddelbar forlængelse af et afsluttet forløb på en sundheds- og omsorgsplads skal ændre boligform.

Det vurderes hensigtsmæssigt at afskaffe muligheden for, at regioner kan opkræve en færdigbehandlingstakst for somatiske patienter. Det foreslås ydermere at erstatte den regionale færdigbehandlingstakst for somatiske patienter med en takst, som staten opkræver af kommunerne for færdigbehandlede somatiske patienter. Ved at fjerne regionernes mulighed for at opkræve en takst for færdigbehandlede patienter med fortsat ophold på sygehus, påvirkes regionernes incitament til at udskrive patienter på det rette tidspunkt og henvise færdigbehandlede patienter, som er i målgruppen for en sundheds- og omsorgsplads, ikke uhensigtsmæssigt.

Hensigten med tilpasningen af de eksisterende færdigbehandlingstakster er at understøtte, at regioner sikrer en smidig overgang fra sygehusbehandling til ophold på en sundheds- og omsorgsplads for færdigbehandlede patienter, som er i målgruppen for et sådant ophold på en regional sundheds- og omsorgsplads. En fortsat mulighed, for at regionerne kan opkræve takster for færdigbehandlede patienter, vil kunne hindre rettidig udskrivning fra sygehus til sundheds- og omsorgsplads og føre til uhensigtsmæssige forløb for patienter.

I lyset af den nylige revision af takststrukturen for psykiatriske færdigbehandlingstakster vurderes det, at de nuværende takster bør fastholdes. Som led i implementeringen af Aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien blev de takster, som staten opkræver fra kommuner for færdigbehandlede psykiatriske patienter, forhøjet fra og med den enogtyvende og den otteogtyvende dag.

I dag opkræver regionerne 2.404 kr. pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI for færdigbehandlede psykiatriske patienter, der er henvist fra kommunen. Derudover opkræver staten en takst hos kommunen for hver sengedag for færdigbehandlede psykiatriske patienter fra og med den syvende dag. Denne takst fordobles fra og med den fjortende dag, tredobles fra og med den enogtyvende dag og firedobles fra og med den otteogtyvende dag. Provenuet fra den statslige takst tilbageføres til kommunerne efter indbyggertal, hvilket sikrer en økonomisk belønning for kommuner, der effektivt hjemtager patienter fra sygehusbehandling.

Grunden til at det ikke findes relevant at ændre de psykiatriske færdigbehandlingstakster er, at etableringen af regionale sundheds- og omsorgspladser ikke har en væsentlig indvirkning på behandlingsforløbene

for psykiatriske patienter, og at de kommunale opgaver i forbindelse med disse forløb forbliver uændrede.

### 2.2.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås, at der etableres en ny afregningsstruktur for færdigbehandlede patienter og for borgere, hvis forløb på en sundheds- og omsorgsplads er afsluttet.

De eksisterende regler om færdigbehandlingstakster for psykiatriske patienter vil blive videreført. Staten vil således fortsat kunne opkræve betaling fra kommunerne på op til 2.404 kr. pr. sengedag fra og med syvende sengedag til og med trettende sengedag, 4.808 kr. fra og med fjortende til tyvende sengedag, 7.212 kr. fra og med enogtyvende til syvogtyvende sengedag og 9.616 kr. fra og med otteogtyvende sengedag (alle pris- og lønniveau for 2025).

Den foreslåede ordning vil indebære, at de regionale færdigbehandlingstakster for somatiske patienter afskaffes, og at der i stedet indføres en statslig takstordning for betaling mellem kommuner og staten. Ordningen vil have til formål at understøtte rettidig udskrivning fra sygehuse og en effektiv anvendelse af de nye regionale sundheds- og omsorgspladser, der etableres som led i sundhedsreformen.

Staten vil med forslaget kunne opkræve bopælskommunen betaling pr. sengedag for somatisk færdigbehandlede patienter. Betalingen vil maksimalt kunne udgøre 2.800 kr. (pris- og lønniveau for 2025) pr. sengedag for første og anden sengedag og 4.200 kr. (pris- og lønniveau for 2025) for hver sengedag fra og med den tredje sengedag. Taksten vil blive pris- og lønreguleret årligt efter samme princip som bloktilskuddet til regionerne, og det statslige provenu vil blive tilbageført til kommunerne proportionalt efter indbyggertal.

Herved vil staten overtage det overordnede afregningsansvar, mens regionerne ikke længere vil kunne opkræve betaling fra kommunerne for færdigbehandlede somatiske patienter. Ordningen vil dermed give regionerne incitament til at sikre en hurtig overgang fra sygehus til sundheds- og omsorgsplads og til samarbejde med kommunerne, så patienter, som er færdigbehandlede på sygehuset og ikke længere har behov for behandling i regionalt regi, hurtigst muligt kan komme hjem, i givet fald med den nødvendige kommunale støtte.

Der vil blive indført en todelt takstordning for borgere, der har afsluttet et forløb på en sundheds- og omsorgsplads. Regionen skal opkræve bopælskommunen betaling på op til 1.400 kr. pr. sengedag (pris- og

lønniveau for 2025) for borgere, hvis ophold vurderes afsluttet efter kriterierne fastsat i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard med mindre regionen og kommunen aftaler andet eksempelvis i forbindelse med et horisontalt samarbejde. Staten vil derudover kunne opkræve en afslutningstakst på op til 1.400 kr. pr. sengedag (pris- og lønniveau for 2025) fra og med den 21. sengedag efter afslutning. Taksten vil blive pris- og lønreguleret som bloktilskuddet til regionerne, og det statslige provenu vil blive tilbageført til kommunerne proportionalt efter indbyggertal.

Ordningen vil således indebære, at både regioner og kommuner får klare økonomiske incitamenter til at sikre hurtig og hensigtsmæssig udskrivning og hjemtagning af borgere. Regionerne vil blive tilskyndet til at anvende sundheds- og omsorgspladser til målgruppen efter hensigten, mens kommunerne vil få et økonomisk incitament for hurtigt at iværksætte den videre indsats, f.eks. i eget hjem eller plejebolig.

Lovforslaget vil endvidere bemyndige indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler om kommunernes betaling, regionernes indberetning og dokumentation samt om tilbageførsel af provenu.

Den foreslåede ordning vil træde i kraft den 1. januar 2027, dog vil personer, der har 1. færdigbehandlingsdag på en somatisk sygehusafdeling inden lovens ikrafttræden, ikke være omfattet af ordningen.

### **2.3. Lægemiddelhåndtering m.v. på sundheds- og omsorgspladser samt i akutsygeplejen**

#### **2.3.1. Gældende ret**

Det fremgår af § 39, stk. 1, i lov om lægemidler (lægemiddeloven), at fremstilling, indførsel, udførsel, oplagring, forhandling, fordeling, udlevering, opsplitning og emballering af lægemidler til mennesker og dyr kun må ske med tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen.

Det betyder, at virksomheder og institutioner, der vil opbevare og udlevere lægemidler til patienter, som udgangspunkt skal have en tilladelse efter lægemiddeloven for at kunne dette. Herved sikres det, at lægemidler, der udleveres til behandling af patienter, håndteres korrekt og sikkert, fra lægemidlerne bliver fremstillet, og til de udleveres til brugeren.

Bestemmelsen har blandt andet til formål at implementere Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2001/83/EF af 6. november 2001 om oprettelse af en fællesskabskodeks for humanmedicinske lægemidler (lægemiddeldirektivet). Direktivet fastsætter blandt andet, at den nationale kompetente myndighed kan give tilladelse til eksempelvis fremstilling og engrosforhandling af lægemidler.

I visse tilfælde er lægemiddelhåndtering et nationalt anliggende. Det gælder eksempelvis rammerne for detailforhandling af lægemidler til slutbrugere, både indenfor og udenfor apotek, og den håndtering der sker udenfor lægemidlers distributionskæde eksempelvis på sygehuse og hos visse sundhedspersoner.

Lægemiddelstyrelsen udsteder på den baggrund og som det altovervejende udgangspunkt kun tilladelser efter lægemiddellovens § 39, stk. 1, til aktiviteter med lægemidler, der er reguleret af EU-retten, eller hvor der er fastsat underliggende administrative regler i medfør af §§ 39 a og 39 b i lægemiddelloven, som regulerer tilladelsens aktiviteter.

Det betyder, at Lægemiddelstyrelsen som udgangspunkt ikke generelt giver offentlige myndigheder tilladelser til at håndtere lægemidler.

Det følger af lægemiddellovens § 39, stk. 3, nr. 1-1, at en række institutioner og personer m.v. er undtaget fra kravet om tilladelse i § 39, stk. 1, og kan udføre visse aktiviteter med lægemidler. Undtagelsesbestemmelserne er begrundet i de konkrete institutioners og personers m.v. helt særlige forhold.

Det følger eksempelvis af lægemiddellovens § 39, stk. 3, nr. 1, at sygehuse og andre behandlende institutioner må fordele, opsplitte og udlevere lægemidler, som skal bruges i behandlingen.

Det følger endvidere af lægemiddellovens § 39, stk. 3, nr. 13, at kommuner og private virksomheder må fordele, opsplitte og udlevere lægemidler til brug for sygeplejersker og lægers behandling af patienter i eget hjem og midlertidige døgndækkede pladser.

Lægemiddelstyrelsen kan i henhold til lægemiddellovens § 39, stk. 4, fastsætte regler om håndteringen af lægemidler hos de institutioner og personer m.v., der er undtaget fra kravet om tilladelse.

Sådanne regler er blandt andet for kommuner fastsat i bekendtgørelse nr. 807 af 19. juni 2025 om kommuners og private virksomheders håndtering af lægemidler til brug for sygeplejerskers og lægers behandling i eget hjem og midlertidige døgndækkede pladser.

Det følger af bekendtgørelsens § 6, at lægers og sygeplejerskers rekvirering af lægemidler til brug for behandlingen skal ske i overensstemmelse med bekendtgørelsen om recepter og dosisdispensering af lægemidler. Det følger endvidere af bekendtgørelsens § 8, at opbevaringen af lægemidler skal ske i medicinskabe eller -rum.

Lægemidlerne kan herefter opsplittes til brug for behandling under opholdet på midlertidige pladser. Lægemidlerne kan endvidere medbringes til patientens hjem med henblik på anvendelse i umiddelbar tilknytning til behandling i en mængde, der svarer til patientens behov, indtil patienten f.eks. kan rekvirere et tilsvarende lægemiddel fra apoteket.

De nuværende regler indebærer efter Indenrigs- og Sundhedsministeriets opfattelse, at regionerne ikke uden tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen vil kunne fordele, opsplitte og udlevere lægemidler til brug for behandling på regionale midlertidige døgndækkede pladser, herunder sundheds- og omsorgspladser og i eget hjem, herunder i akutsygeplejen.

Det betyder også, at der ikke inden for gældende ret vil kunne oprettes medicinskabe til brug for behandlingen på regionale midlertidige døgndækkede pladser, herunder sundheds- og omsorgspladser, og ved den regionale behandling i eget hjem på samme måde, som der i dag kan oprettes sådanne medicinskabe på de midlertidige kommunale pladser.

Lægemidler til de kommunale medicinskabe skal leveres af og rekvireres fra private apoteker i medfør af bekendtgørelsen om recepter og dosisdispensering af lægemidler.

Det fremgår af § 55, stk. 1, i lov om apoteksvirksomhed (apotekerloven), at et offentligt sygehusapotek eller en apoteksfilial kan levere lægemidler og andre varer til offentlige sygehuse og tilknyttede behandlingsinstitutioner m.v., jf. sundhedslovens § 74, stk. 2, og § 75, stk. 2-4.

Det fremgår endvidere af sundhedslovens § 74, stk. 2, at til en regions sygehusvæsen hører regionens egne sygehuse og tilknyttede behandlingsinstitutioner m.v.

Det følger af lovbemærkningerne til sundhedsloven, jf. Folketingstidende 2004-05 (2. samling), tillæg A, side 3215, at sundhedslovens § 74, stk. 2, vedrører behandlingsinstitutioner, der er en del af sygehusvæsenets tilbud som eksempelvis fødeklinikker og rekonvalescenthjem.

Regionsrådet tilbyder vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser til personer, der har bopæl i regionen, og som har behov for sundhedsfaglige indsatser, der tilsammen har et rehabiliterende sigte, hvis disse ikke kan tilrettelægges hensigtsmæssigt under ophold i eget hjem, jf. sundhedslovens § 118 e.

Det fremgår af forarbejderne til sundhedslovens § 118 e, at ophold på sundheds- og omsorgspladser er vederlagsfrit, jf. lovforslag L 42 fremsat den 9. oktober 2025, jf. Folketingstidende tillæg A 2004-2005. Dette indebærer ifølge betænkningen til lovforslag L 42 om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.), jf. Folketingstidende 2004-2005, tillæg A, fremsat den 9. oktober 2025, bl.a., at borgerne ikke vil kunne opkræves egenbetaling for lægemidler under ophold på sundheds- og omsorgspladser.

Regionsrådet er ansvarligt for, at der ydes vederlagsfri regional akutsygepleje efter lægehenvielse til personer med ophold i regionen, jf. sundhedsloven § 138 a.

Det fremgår af forarbejderne til bestemmelsen, at akutsygepleje er vederlagsfri, jf. ovennævnte lovforslag L 42. Dette indebærer ifølge ovennævnte betænkning til bestemmelsen bl.a., at borgerne ikke kan opkræves egenbetaling for lægemidler, som akutsygeplejen udleverer til opstart af en behandling.

### 2.3.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

Det er Indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering, at sundheds- og omsorgspladserne og akutsygeplejen ikke er omfattet af lægemiddellovens § 39, stk. 3, nr. 1, om sygehuse og andre behandlende institutioner.

De nuværende regler indebærer derfor, at regionerne ikke uden tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen vil kunne fordele, opsplitte og udlevere lægemidler til brug for behandling på sundheds- og omsorgspladserne og i akutsygeplejen.

Det betyder også, at der ikke vil kunne oprettes medicinskabe til brug for behandlingen på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen på samme måde, som der i dag kan oprettes sådanne medicinskabe på de midlertidige kommunale pladser.

Regionerne vil derfor på sundheds- og omsorgspladserne og i akutsygeplejen skulle håndtere lægemidler på vegne af borgeren. Regionerne vil efter en ordination og recept fra f.eks. en fasttilknyttet læge på sundheds- og omsorgspladsen skulle bestille borgerens lægemidler på et privat apotek på vegne af borgeren. Det vil ofte være nødvendigt at

involvere pårørende, hvilket i praksis medfører udfordringer med hensyn til koordinering mv.

Håndteringen af lægemidler på vegne af borgeren betyder endvidere, at lægemidlet skal opbevares adskilt fra andre borgeres lægemidler. Lægemidlet må endvidere ikke opsplittes, hvilket betyder, at en borger, der har fået ordineret det samme lægemiddel som en anden borger på f.eks. en sundheds- og omsorgsplads, vil skulle behandles med lægemidler fra den lægemiddelpakning, der er indkøbt til den pågældende borger.

Det er indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering, at det er uhensigtsmæssigt, at regionerne ikke vil kunne fordele, opsplitte og udlevere lægemidler til brug for behandling på regionale midlertidige døgnpladser, herunder sundheds- og omsorgspladser, og til brug for behandling i eget hjem, herunder i akutsygeplejen.

Sygehuse og andre behandlende institutioner rekvirerer i dag lægemidler hos de offentlige sygehusapoteker til brug for behandling på sygehuse og tilknyttede behandlede institutioner.

Det er Indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering, at sundheds- og omsorgspladser og akutsygepleje ikke kan anses for en del af sygehusvæsenet.

De nuværende regler i apotekerloven indebærer derfor, at sygehusapotekerne ikke kan levere lægemidler og andre varer til sundheds- og omsorgspladserne og akutsygeplejen. Regionerne vil derfor skulle købe lægemidler til brug for denne behandling fra de private apoteker.

Det er ministeriets vurdering, at regionerne for så vidt angår regionale midlertidige døgndækkede pladser, herunder sundheds- og omsorgspladser og regionernes behandling i eget hjem, herunder akutsygeplejen, bør have mulighed for at rekvirere lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker, idet 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.

### 2.3.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås, at regionerne på samme måde, som det der i dag gælder for kommunerne uden tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen, vil kunne fordele, opsplitte og udlevere lægemidler til brug for behandling af borgere på regionernes midlertidige døgndækkede pladser, herunder sundheds- og



omsorgspladser og regionernes behandling i eget hjem, herunder akutsygeplejen.

Den foreslåedes ordning vil indebære, at regionerne vil kunne etablere medicinskabe eller -rum, hvori der kan opbevares fælles lægemidler med henblik på fordeling, opsplitning og udlevering til borgere i eget hjem, herunder akutsygeplejen og på midlertidigt døgndækkede pladser, herunder sundheds- og omsorgspladser på tilsvarende måde, som det i dag er muligt for kommunerne, jf. lægemiddellovens § 39, stk. 3, nr. 13.

Forslaget vil desuden indebære, at borgere på sundheds- og omsorgspladser vil kunne få udleveret de lægemidler, som de er i behandling med, under hele opholdet. Forslaget vil dermed understøtte, at borgerens lægemidler er en integreret del af den sundhedsfaglige indsats. Et ophold på en sundheds- og omsorgsplads forventes ofte at vare en måned eller mere og kræver således rammer, der understøtter lægemiddelhåndteringen gennem hele forløbet med henblik på at realisere det rehabiliterende sigte.

Forslaget vil endvidere indebære, 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.

Forslaget vil herudover indebære, at en 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.

Forslaget vil yderligere medføre, 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. Der vil således også i regionerne være grundlag for effektiv distribution af udvalgte lægemidler i beredskabssituationer.

Adgangen til regionernes medicinskabe eller -rum vil af hensyn til lægemiddelsikkerheden være begrænset. Det vil således alene være læger eller sygeplejersker, eller en person, der virker som medhjælp til en læge eller sygeplejersker, der vil kunne få adgang til et medicinskab eller -rum. Håndteringen af lægemidler i medicinskabe eller -rum, der oprettes i henhold til den foreslåede ordning, vil være omfattet af Styrelsen for Patientsikkerheds almindelige tilsyn.

Medicinskabe eller -rum vil kunne placeres både centralt i regionen, i sundhedsrådenes områder eller på et konkret behandlingssted.

Lægemiddelstyrelsen vil i medfør af den eksisterende bemyndigelse i lægemiddelovens § 39, stk. 4, fastsætte de nærmere regler for håndteringen af lægemidler i de regionale medicinskabe. Det forudsættes, at Lægemiddelstyrelsen vil fastsætte regler, der svarer til dem, der gælder i dag for de kommunale medicinskabe, jf. afsnit 2.3.1.

Der henvises til de specielle bemærkninger til lovforslagets § 2 og bemærkningerne hertil.

Det foreslås, at et sygehusapotek eller en sygehusapoteksfilial kan levere lægemidler og andre varer til regionale funktioner, der håndterer lægemidler i medfør af § 39, stk. 3, nr. 13, i lov om lægemidler.

Forslaget vil medføre, at regionale funktioner til brug for behandling på midlertidige døgndækkede pladser og til behandling i eget hjem vil kunne rekvirere lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker og sygehusapoteksfilialer til medicinskabe og -rum, hvorfra der anvendes lægemidler til brug for behandling af borgere.

Dermed vil regionale funktioner således kunne rekvirere lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker og sygehusapoteksfilialer til brug for behandling på sundheds- og omsorgspladser og akutsygeplejen.

Forslaget vil yderligere medføre, at en region i forbindelse med en beredskabssituation kan rekvirere lægemidler fra et sygehusapotek eller en sygehusapoteksfilial til medicinskabe- og rum, hvorfra der forventes at skulle distribueres lægemidler til befolkningen med henblik på behandling på midlertidige døgndækkede pladser eller i eget hjem efter ordination.

Der henvises til de specielle bemærkninger til lovforslagets § 3 og bemærkninger hertil.

#### **2.4. Regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge af uddannelsesforløb under den lægelige videreuddannelse**

##### **2.4.1. Gældende ret**

Det fremgår af § 33, stk. 2, i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (autorisationsloven), at det nationale råd for lægers videreuddannelse består af en formand, formændene for de 3 regionale videreuddannelsesråd, jf. § 34, og et af indenrigs- og sundhedsministeren nærmere fastsat antal medlemmer.

## UDKAST

Det følger af autorisationslovens § 34, stk. 1, nr. 1-3, at regionsrådene nedsætter tre regionale videreuddannelsesråd for læger for henholdsvis 1) Hovedstadsregionen og Region Sjælland, 2) Region Syddanmark og 3) Region Midtjylland og Region Nordjylland.

De regionale råd for lægers videreuddannelse blev oprindeligt nedsat med lov nr. 1312 den 20. december 2000 om ændring af lov om udøvelse af lægegerning i mv.

Det følger af bemærkningerne til bestemmelsen jf. Folketingstidende 2000-01, tillæg A, s. 150, at nedsættelsen af de regionale råd bl.a. havde til formål at decentralisere den administrative organisation af den lægelige videreuddannelse, så ansvars- og kompetencefordelingen mellem det centrale og det regionale niveau blev tydeliggjort. Med etableringen blev en række opgaver, som tidligere blev varetaget af Sundhedsstyrelsen, overført til de regionale sygehusfællesskaber.

Det følger af autorisationslovens § 34, stk. 2, at de regionale råd for lægers videreuddannelse har til opgave at rådgive regionerne i forhold til den lægelige videreuddannelse.

Det følger videre af stk. 2, at de regionale råd for lægers videreuddannelse træffer afgørelse vedrørende fordelingen af uddannelsesforløb inden for regionen, godkender uddannelsesafdelinger og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb m.v.

Det følger af autorisationslovens § 34, stk. 3, at de regionale råd for lægers videreuddannelses afgørelser kan påklages til Sundhedsstyrelsen.

Det følger videre af autorisationslovens § 34 stk. 4, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler for adgangen til at klage over rådernes afgørelser, herunder bestemme, at afgørelser ikke kan indbringes for indenrigs- og sundhedsministeren.

Det følger af autorisationslovens § 34, stk. 5, at Sundhedsstyrelsen kan fastsætte nærmere regler om videreuddannelsesrådenes sammensætning og virksomhed.

De regionale råd for lægers videreuddannelses sammensætning og virksomhed er nærmere udmøntet i bekendtgørelse nr. 96 af 2. februar 2018 om uddannelse af speciallæger, bekendtgørelse nr. 302 af 21. marts 2024 om de regionale råd for lægers videreuddannelse, bekendtgørelse nr. 1256

af 25. oktober 2007 om lægers kliniske basisuddannelse og bekendtgørelse nr. 406 af 19. april 2024 om speciallæger.

Det fremgår bl.a. af § 3 i bekendtgørelse nr. 96 af 2. februar 2018 om uddannelse af speciallæger, at de regionale råd godkender introduktions- og hoveduddannelsesforløb på speciallægeuddannelsen inden for den udmeldte dimensioneringsramme og på baggrund af faglig indstilling. Det fremgår videre, at de regionale råd tilrettelægger uddannelsesforløb i form af ansættelse på uddannelsessteder. Det fremgår videre, at de regionale råd godkender uddannelsesprogrammer, som beskriver, hvorledes de kompetencer, der er anført i specialernes målbeskrivelser, kan opnås i konkrete uddannelsesforløb og varetager den praktiske tilrettelæggelse af disse forløb.

Det følger videre af § 15 i samme bekendtgørelse, at de regionale råd for lægers videreuddannelser træffer afgørelser om forkortelse af speciallægeuddannelsen for uddannelseslæge, der tidligere har erhvervet kompetencer, der dækker kravene i uddannelseslægens nye speciale i forbindelse med skift til dette speciale, dvs. tildeling af merit.

De nærmere regler for sammensætningen af de regionale råd for lægers videreuddannelse er fastsat i bekendtgørelse nr. 302 af 21. marts 2024 om de regionale råd for lægers videreuddannelse. Det fremgår af bekendtgørelsens § 3, at de regionale råd består af en forperson og et antal medlemmer med repræsentation fra:

1. Regionerne/regionen i videreuddannelsesregionen.
2. De uddannelsesgivende læger i videreuddannelsesregionen, herunder mindst ét medlem med speciale i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri.
3. De praktiserende læger i videreuddannelsesregionen.
4. Uddannelseslæger i videreuddannelsesregionen.
5. De sundhedsvidenskabelige fakulteter.

Det fremgår videre af bekendtgørelsens § 3, stk. 2, at de lægelige repræsentanter udpeges således, at såvel regionerne/regionen som de lægelige specialer er bredt repræsenterede i videreuddannelsesrådet. Ét medlem fra hver af grupperne 2), 3) og 4) udpeges efter indstilling fra Lægeforeningen.

Efter bekendtgørelsen § 3, stk. 3, udpeges forpersonerne for de regionale råd for lægers videreuddannelse af de respektive regioner i forening/regionen.

Forpersonerne for de regionale råd for lægers videreuddannelse er medlemmer af det nationale råd for lægers videreuddannelse.

Det følger videre af bekendtgørelsens § 5, at de regionale råd for lægers videreuddannelse, på baggrund af Sundhedsstyrelsens vejledninger, træffer afgørelser vedrørende fordeling af uddannelsesforløb inden for videreuddannelsesregionerne, godkendelse af uddannelsessteder og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb i den kliniske basisuddannelse.

Det fremgår videre af § 12 i samme bekendtgørelse, at de regionale råd for lægers videreuddannelse udfører eventuelle yderligere opgaver, som regionerne/regionen pålægger dem. Det følger desuden af bekendtgørelsens § 14, at de respektive regioner sikrer sekretariatsbetjening af de regionale råd for lægers videreuddannelse.

Det følger af autorisationslovens § 34, stk. 6, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om procedure og kriterier for fordeling af uddannelsesforløb, herunder om, at hensynet til lægedækning indgår i relevant omfang i de regionale videreuddannelsesråds fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, jf. stk. 2.

Det følger af bemærkningerne til bestemmelsen, jf. Folketingstidende 2022-23 (2. samling), tillæg A, s. 24, at fordelingen af uddannelsesforløb skal ske efter en samlet afvejning af relevante hensyn, foretaget af de regionale råd for lægers videreuddannelse.

Det følger videre, at kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen eksempelvis kan være lægedækning, patientsikkerhed, uddannelseskapacitet, driftshensyn, uddannelseskvalitet m.v. samt hensynet til en styrket fordeling af læger på tværs af landet.

Det følger endvidere af bemærkningerne til bestemmelsen, jf. Folketingstidende 2022-23 (2. samling), tillæg A, s. 24, at der med formuleringen ”fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen” forstås fordelingen inden for hver af de tre videreuddannelsesregioner, og dermed som den konkrete etablering af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen inden for hver af de tre videreuddannelsesregioner, idet fordelingen af uddannelsesforløb på hver af de tre videreuddannelsesregioner fortsat fastsættes i Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplaner.

#### 2.4.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriet overvejelser

## UDKAST

Regeringen og Danske Regioner er med Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen enige om, at regionernes kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen skal styrkes. Med aftalen er der videre enighed om, at de regionale videreuddannelsesråd fortsat skal rådgive regionerne om forhold vedrørende den lægelige videreuddannelse.

Lovforslaget udmønter denne del af forårsaftalen, og har til formål at styrke regionernes kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen ved at flytte det formelle ansvar, og dermed beslutningskompetencen, fra de regionale videreuddannelsesråd til de enkelte regionsråd.

Formålet med lovforslaget er således at give regionsrådene kompetence til at tilrettelægge håndholdte, sammenhængende og individuelt tilpassede forløb, som understøtter sundhedsreformens intentioner om at fremme langvarig tilknytning lægedækningstruede områder.

Det følger af forårsaftalen, at de regionale videreuddannelsesråd fortsat skal spille en central rolle for tilrettelæggelse og fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, givet at de regionale videreuddannelsesråd fortsat skal rådgive regionerne om forhold vedrørende den lægelige videreuddannelse.

Det skal ses i lyset af, at de regionale råd for lægers videreuddannelse har et vigtigt lokalt kendskab til uddannelsesforhold og fungerer som et væsentligt forum, hvor lokale og regionale problemstillinger i forhold til uddannelsen kan tages op.

Det er på den baggrund, at de regionale råd for lægers videreuddannelse med lovforslaget får til opgave at rådgive regionsrådene i forhold vedrørende den lægelige videreuddannelse, herunder om fordelingen og tilrettelæggelsen af uddannelsesforløb.

Det er videre på den baggrund, at de regionale råd for lægers videreuddannelse med lovforslaget fortsat skal have kompetencen til at godkende uddannelsesafdelinger samt varetage en række opgaver i relation til den lægelige videreuddannelse, som de løser i dag. Det omfatter bl.a. opgaverne med at følge systematisk op på inspektorrapporter og sikre en pædagogisk udviklingsfunktion til udvikling af læringsmetoder og uddannelsesmiljøer mv.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet fremsætter nærværende lovforslag med henblik på at udmønte aftalen om at styrke regionernes kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb.

### 2.4.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås, at repræsentanter for de enkelte regioner også indgår i det nationale råd for lægers videreuddannelse.

Fremover vil både formændene for de regionale råd for lægers videreuddannelse og repræsentanter for regionerne således indgå i det nationale råd for lægers videreuddannelse.

Forslaget skal ses i lyset af, at kompetencen til at træffe afgørelse om fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse flyttes fra de regionale råd for lægers videreuddannelse til regionsrådene. Eftersom de regionale råd for lægers videreuddannelse fortsat vil have et særligt kendskab til den lægelige videreuddannelse, vil de fortsat være repræsenteret i rådet. Indenrigs- og sundhedsministeren vil i tråd med gældende ret fortsat have beføjelsen til at fastsætte et nærmere antal medlemmer af rådet

Det foreslås videre, at de tre videreuddannelsesregioner videreføres med deres hidtidige dækningsområder. De regionale råd for lægers videreuddannelse vil således fortsat være inddelt i de gældende tre videreuddannelsesregioner: Videreuddannelsesregion Øst, der dækker Hovedstadsregionen og Region Sjælland, som fra 1. januar 2027 bliver til Region Østjylland, Videreuddannelsesregion Syd, der dækker Region Syddanmark, og Videreuddannelsesregion Nord, der dækker Region Midtjylland og Region Nordjylland.

Det foreslås, at de regionale råd for lægers videreuddannelses fremadrettet får til opgave at rådgive regionerne i forhold vedrørende den lægelige videreuddannelse, samt træffe afgørelser om godkendelse af uddannelsesafdelinger mv.

Forslaget vil indebære, at de regionale råd for lægers videreuddannelse ikke længere har kompetence til at træffe afgørelse vedrørende fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb, mens kompetencen til at træffe afgørelse om godkendelse af uddannelsesafdelinger mv. bevares.

## UDKAST

Sundhedsstyrelsen vil med lovforslaget fortsat kunne fastsætte nærmere regler for videreuddannelsesrådenes virksomhed. Det forventes i den forbindelse, at der vil blive fastsat nærmere regler om de regionale råd for lægers videreuddannelses opgaver i bekendtgørelse nr. 302 om de regionale råd for lægers videreuddannelse, bekendtgørelse nr. 96 om uddannelse af speciallæger, bekendtgørelse nr. 1256 om lægers kliniske basisuddannelse, bekendtgørelse nr. 406 om speciallæger samt yderligere konsekvensrettelser i andre bekendtgørelser.

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.

Det forventes f.eks., at de regionale videreuddannelsesråd fortsat vil have til opgave at sikre en pædagogisk-udviklende funktion til udvikling af undervisnings- og læringsmetoder i den lægelige videreuddannelse, herunder sikre ansættelse af regionale uddannelseskoordinatorer, sikre udvikling af vejlederkompetencer mv.

De regionale råd for lægers videreuddannelse forventes som følge heraf også at være ansvarlige for at træffe afgørelser vedrørende merit, da sådanne afgørelser har tæt tilknytning til den pædagogiske udviklingsfunktion.

De regionale råd for lægers videreuddannelse vil fortsat også have til opgave at følge op på inspektorordningens evalueringer af de enkelte uddannelsessteder samt uddannelsesafdelingernes kapacitet.

Sundhedsstyrelsen vil fortsat kunne fastsætte nærmere regler for videreuddannelsesrådenes sammensætning. Med lovforslaget lægges der ikke op til en ændring af gældende regler for sammensætningen af de regionale råd for lægers videreuddannelse.

Eftersom de regionale råd for lægers videreuddannelses med lovforslaget ikke længere vil have kompetencen til at træffe afgørelse om fordeling af uddannelsesforløb, vil der ikke længere være behov for, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om procedure og kriterier for de regionale videreuddannelsesråds fordeling af uddannelsesforløb i



## UDKAST

speciallægeuddannelsen. Det foreslås derfor at ophæve § 34 stk. 6, som giver indenrigs- og sundhedsministeren mulighed herfor.

Bestemmelsen videreføres i stedet i tilknytning til den foreslåede § 34 a.

Det foreslås med bestemmelsen, at regionsrådene fremover får kompetencen til at træffe afgørelse vedrørende fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb inden for videreuddannelsesregionen. Det foreslås videre, at disse afgørelser træffes efter rådgivning fra det pågældende regionale videreuddannelsesråd.

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.

Regionsrådenes fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb skal ske inden for hver af de tre videreuddannelsesregioner, afgrænset i lovforslagets § 34, stk. 1, i overensstemmelse med den dimensioneringsplan for speciallægeuddannelsen, som fastsættes af Sundhedsstyrelsen.

Med lovforslaget får regionsrådene kompetencen til at træffe afgørelse om fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb på hele den lægelige videreuddannelse, dvs. både på den kliniske basisuddannelse og på speciallægeuddannelsen.

Ændringen vil medføre behov for, at der fastsættes nærmere regler i tilhørende bekendtgørelse nr. 302 om de regionale råd for lægers videreuddannelse, bekendtgørelse nr. 96 om uddannelse af speciallæger, bekendtgørelse nr. 1256 om lægers kliniske basisuddannelse, bekendtgørelse nr. 406 om speciallæger samt yderligere konsekvensrettelser i andre bekendtgørelser.

Det foreslås, at regionernes afgørelser om fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse kan påklages til Sundhedsstyrelsen.

Det foreslås videre, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om adgangen til at klage efter stk. 1 og 2.

Endelig foreslås det, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om tilrettelæggelse og fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, herunder om, at hensyn til lægedækning i relevant omfang indgår i regionsrådenes fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen.

Forslaget afspejler således de bestemmelser, der under de nuværende regler gør sig gældende i forbindelse med afgørelser om fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb, men med den tilføjelse, at indenrigs- og sundhedsministeren også kan fastsætte nærmere regler om tilrettelæggelse af forløb i speciallægeuddannelsen. Det skal sikre, at indenrigs- og sundhedsministerens bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler, dækker hele det område, som regionsrådene, med den foreslåede ordning, får kompetencen til at træffe afgørelse om.

Som følge af de foreslåede ændringer vil der skulle foretages konsekvensmæssige ændringer i bekendtgørelser på området. Det gør sig dels gældende for de nævnte bekendtgørelser med bemyndigelse i gældende § 34, stk. 5, i autorisationsloven, samt øvrige bekendtgørelser, hvori de regionale videreuddannelsesråds opgaver refereres.

### **3. Konsekvenser ud over de obligatoriske konsekvenser**

#### **3.1 Regionale konsekvenser, herunder for landdistrikter**

Lovforslagets første del om specialeplanlægning vil indebære, at regionerne vil få kompetencen til at godkende varetagelsen af landsdelsfunktioner på egne sygehuse uden Sundhedsstyrelsens godkendelse. Regionerne vil dermed nemmere og hurtigere kunne foretage ændringer indenfor egen region, f.eks. ved kapacitetsudfordringer.

Regionerne vil fremover også få kompetencen til at godkende varetagelsen af landsdelsfunktioner på private sygehuse. Regionerne vil forud for godkendelsen af private sygehuse skulle indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning om, hvorvidt de private sygehuse opfylder de fastsatte krav til afdelinger med landsdelsfunktion.

Lovforslagets fjerde del om styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb under den lægelige videreuddannelse har til formål at styrke regionernes kompetence til at understøtte, at en større del af uddannelsesforløb på den lægelige videreuddannelse fremover placeres uden for de største byer, herunder i landdistrikter.

Dette skal på sigt bidrage til at afhjælpe lægedækningsudfordringer uden for de store byer, herunder i landdistrikter, for dermed at sikre, at borgerne har adgang til de nødvendige sundhedstilbud og lægelige kompetencer, uanset hvor i landet man bor.

#### **4. Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige**

Lovforslagets første del om specialeplanlægning medfører ikke økonomiske konsekvenser for hverken staten, regioner eller kommuner. For så vidt angår implementeringsmæssige konsekvenser vil lovforslaget forventeligt medføre en afbureaukratisering, idet regionerne ikke længere skal ansøge Sundhedsstyrelsen om godkendelse til at varetage en landsdelsfunktion. Sundhedsstyrelsen vil dermed skulle vurdere færre ansøgninger om varetagelse af landsdelsfunktioner. Tilsvarende vil en ændring i opfølgningen på varetagelsen af landsdelsfunktioner betyde, at regionerne ikke længere skal udarbejde statusrapporter til Sundhedsstyrelsen for samtlige landsdelsfunktioner hvert år, men alene for de landsdelsfunktioner eller områder, hvor Sundhedsstyrelsen vurderer, at der er behov for en opfølgning.

Første del af lovforslaget vurderes ikke at være relevant i forhold til principperne for digitaliseringsklar lovgivning.

Lovforslagets anden del om ny afregningsordning i forbindelse med etablering af sundheds- og omsorgspladser, herunder forslag om nyaffattelsen af § 238 vedrørende psykiatriske færdigbehandlingstakster er udgiftsneutralt for kommunerne samlet set. Det skyldes, at ændringen vedrørende de psykiatriske færdigbehandlingstakster alene vedrører paragraffens struktur og ikke berører indholdet af bestemmelserne vedr. psykiatriske færdigbehandlingstakster. Lovforslaget har hverken implementeringskonsekvenser eller økonomiske konsekvenser for staten.

Nyaffattelsen af § 238 a. vedrørende bortfald af regionernes mulighed for at opkræve somatiske færdigbehandlingstakster har økonomiske konsekvenser for regioner og kommuner. For regionerne betyder ændringerne færre indtægter vedrørende færdigbehandlede patienter svarende til en merudgift. Samlet set har kommunerne mindreudgifter, når den regionale takst bliver til en statslig takst, og det statslige provenu tilbagebetales til kommunerne.

Tidligere har regionerne fået kompensation af kommuner for at varetage færdigbehandlede patienter på sygehuse, dvs. regioner har udført en kommunal opgave. Fremover vil regioner ikke have mulighed for at opkræve en takst hos kommunerne for så vidt angår færdigbehandlede somatiske patienter. Konkret betyder det, at bortfald af regionernes mulighed for at opkræve somatiske færdigbehandlingstakster medfører færre indtægter eller merudgifter for regioner samt mindreudgifter for kommuner.

Forslag om nyaffattelsen af § 238 b. vedrørende en ny afregningsordning for borgere, hvis forløb efter kriterierne er afsluttet, har økonomiske konsekvenser for regioner og kommuner. Kommuner vil betale regioner for fortsatte ophold, dvs. ophold, hvor regionerne udfører en kommunal opgave med at passe på de borgere, som fortsat opholder sig på sundheds- og omsorgspladser efter afslutning.

Indførelsen af en statslig afslutningstakst fra og med den enogtyvende dag efter et forløb på sundheds- og omsorgsplads er afsluttet efter kriterierne, er udgiftsneutralt for kommunerne samlet set. Det skyldes, at det statslige provenu som resultat af indførelsen af den statslige takst tilbageføres til kommunerne i den respektive region i forhold til indbyggertallet. Det vurderes, at der er proportionalitet mellem ønskede adfærdseffekt og de byrdemæssige konsekvenser, det vil sige at størrelsesorden af de forventede omfordelingseffekter mellem kommunerne er store nok til at kunne have en indvirkning på kommunernes adfærd, men ikke så store, at kommunernes økonomi vil blive grundlæggende udfordret.

Forslaget om ændring af færdigbehandlingstakster for somatiske patienter har ikke nogle implementeringskonsekvenser for stat, regioner og kommuner, da forslaget vil indebære en justering af den allerede eksisterende ordning for færdigbehandlingstakster.

Forslaget om indførelse af afslutningstakster på sundheds- og omsorgspladser har implementeringskonsekvenser, da dette vil indebære nye registreringspunkter og en ny afregningspraksis. Implementeringen vil afhænge af regioner, kommuner og staten.

Lovforslagets anden del lever op til princip 1 om enkle og klare regler, da forslaget tydeligt og overskueligt beskriver de kommende regler for opkrævning af færdigbehandlings- og afslutningstakster.

Princip 2 om digital kommunikation er ikke relevant i forhold til lovforslaget anden del, da lovforslaget ikke ændrer, hvordan der kan kommunikeres digitalt med borgere og virksomheder.

Princip 3 om at lovgivningen er ikke relevant i forhold til lovforslaget anden del, fordi lovændringen ikke medfører ændringer til, hvorvidt administrationen af lovgivningen kan ske helt eller delvist digitalt og under hensyntagen til borgernes og virksomhedernes retssikkerhed.

Princip 4 om sammenhæng på tværs, ensartede begreber og genbrug af data er ikke relevant i forhold til forslagens anden del, idet implementeringskonsekvenser med henblik på data følger af anden lovgivning.

Princip 5 om tryk og sikker datahåndtering er ikke relevant i forhold til forslagens anden del, idet implementeringskonsekvenser med henblik på data følger af anden lovgivning.

Princip 6 om anvendelse af offentlig infrastruktur er ikke relevant i forhold til forslagens anden del, idet implementeringskonsekvenser med henblik på data følger af anden lovgivning.

Lovforslaget lever op til princip 7 om forebyggelse af snyd og fejl er ikke relevant i forhold til forslagens anden del, idet implementeringskonsekvenser med henblik på data følger af anden lovgivning.

Lovforslagets tredje del om at give regionerne mulighed for at rekvirere lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker forventes at medføre positive økonomiske konsekvenser for det offentlige. 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. Det kan ikke med sikkerhed estimeres, hvor stor en eventuel besparelse vil være.

Det bemærkes dog, at der samtidig vil være negative økonomiske konsekvenser for staten ved bortfald af momsindtægter, svarende til momsen på de private apotekers bruttoavance på op mod 4 mio. kr. årligt. Det skal ses i lyset af, at leverancen af lægemidler fjernes fra et momsbelagt område og overføres til et regionalt område, som er underlagt momsrefusion.

Ved udarbejdelsen af lovforslagets tredje del har de syv principper for digitaliseringsklar lovgivning været overvejet:

Lovforslaget lever op til princip 1 om enkle og klare regler, da forslaget tydeligt og overskueligt beskriver de kommende regler for håndtering og indkøb af lægemidler til regionale funktioner til brug for behandling på midlertidige døgndækkede pladser, herunder på sundheds- og omsorgspladser og til behandling i eget hjem, herunder i akutsygeplejen.

Lovforslaget lever op til princip 2 om digital kommunikation, da lovforslaget muliggør, at regionerne til brug for regional behandling af borgere på døgndækkede pladser, herunder sundheds- og omsorgspladser og til behandling i eget hjem, herunder i forbindelse med akutsygeplejen vil kunne rekvirere lægemidler fra de offentlige sygehuse. Dermed forbedres grundlaget for anvendelse af fælles digitale systemer til sundhedspersonalets registrering samt adgang til oplysninger om borgernes lægemiddelforbrug mv. på tværs af behandlingsforløb på hhv. sygehuse, sundheds- og omsorgspladser samt akutsygepleje.

Lovforslaget lever op til princip 3, om at lovgivningen understøtter, at administrationen af lovgivningen kan ske helt eller delvist digitalt, da forslaget forbedrer grundlaget for anvendelse af fælles digitale systemer til sundhedspersonalets registrering samt adgang til oplysninger om borgernes lægemiddelforbrug mv. på tværs af behandlingsforløb på hhv. sygehuse, sundheds- og omsorgspladser samt akutsygepleje mv., jf. også princip 2.

Lovforslaget lever op til princip 4 om sammenhæng på tværs, ensartede begreber og genbrug af data, idet forslaget forbedrer grundlaget for, at data om medicin ordineret til en borger kan være tilgængeligt på tværs af sygehuse, sundheds- og omsorgspladser og akutsygepleje, jf. også princip 2.

Lovforslaget lever op til princip 5 om tryk og sikker datahåndtering, idet lovforslaget forbedrer grundlaget for, at data via samme systemer og på samme måde som på sygehusene bliver tilgængelige på tværs af sygehuse, sundheds- og omsorgspladser og akutsygepleje, jf. også princip 2 og i den forbindelse omfattes af de samme procedurer for tryk og sikker datahåndtering.

Lovforslaget lever op til princip 6 om anvendelse af offentlig infrastruktur, idet lovforslaget forbedrer grundlaget for fælles digitale systemer og dermed mulighederne for anvendelse af samme offentlige infrastruktur på sundheds-

og omsorgspladserne og akutsygepleje som på sygehusene, jf. også princip 2. Med lovforslaget skabes således bedre grundlag for at sikre forbindelse mellem de digitale systemer på tværs af sygehuse, sundheds- og omsorgspladser samt akutsygeplejen og fx borgernes adgang til oplysninger om deres medicin i forbindelse med et behandlingsforløb via en fælles offentlig sundhedsportal (MinSundhed).

Lovforslaget lever op til princip 7 om forebyggelse af snyd og fejl, da der bliver bedre grundlag for kontrol med fejl i forbindelse med ordinationer på tværs af sygehuse, sundheds- og omsorgspladser og akutsygepleje, idet lovforslaget medfører et bedre grundlag for, at data om medicinordinationer kan være tilgængeligt på tværs af sygehuse, sundheds- og omsorgspladser og akutsygepleje, jf. også princip 2.

Lovforslagets fjerde del om styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb under den lægelige videreuddannelse har ikke økonomiske eller implementeringsmæssige konsekvenser for staten eller kommunerne. Forslaget kan i nogen grad have implementeringsmæssige konsekvenser for regionerne, idet der skal etableres de passende administrative procedurer for at håndtere opgaven med at træffe afgørelse om at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse.

Forslaget forventes ikke at medføre øgede økonomiske udgifter for staten, kommunerne og regionerne. Med lovforslaget er det alene ansvaret for at træffe afgørelse om fordeling og tilrettelægge af uddannelsesforløb, der flyttes fra de regionale råd for lægers videreuddannelse til regionerne, mens selve opgaven forbliver uændret. Da det er regionerne, som tilvejebringer sekretariatsbetjening for, at de regionale råd for lægers videreuddannelse kan løse deres opgaver i dag, fører det ikke til øgede administrative udgifter for regionerne, når der flyttes opgaver fra de regionale råd for lægers videreuddannelse til regionerne.

Lovforslagets fjerde del vurderes ikke at være relevant i henhold til principperne for digitaliseringsklar lovgivning.

### **5. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.**

Lovforslagets første del om specialeplanlægning vurderes umiddelbart ikke at medføre økonomiske eller administrative konsekvenser for erhvervslivet. Administrativt vil den foreslåede ændring betyde, at Sundhedsstyrelsen i særlige tilfælde vil kunne pålægge et regionsråd at

benytte private kapacitet til at varetage en landsdelsfunktion. Det kan eksempelvis være i situationer, hvor der er vedvarende kapacitetsudfordringer i en region eller på landsplan, som regionerne ikke har anvist en bæredygtig plan for at håndtere.

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.1.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Lovforslagets anden del om ændring af færdigbehandlingstakster for somatiske patienter og ny afregningsordning vedr. sundheds- og omsorgspladser har ikke nogen økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.

Lovforslagets tredje del om at give regionerne mulighed for at rekvirere lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker frem for de private apoteker forventes at medføre økonomiske negative konsekvenser for apotekssektoren. Det estimeres med betydelig usikkerhed, at forslaget vil medføre et fald i apotekernes samlede bruttoavance for lægemidler på mellem 5-15 mio. kr. De negative økonomiske konsekvenser kan sammenholdes med apotekernes samlede bruttoavance på ca. 1.897 mio. kr. i 2025 og 1.905 mio. kr. i 2026.

Forslaget må ligeledes forventes at medføre negative økonomiske konsekvenser for engrosforhandlere, der leverer lægemidler til de private apoteker. Det er ikke muligt at estimere den samlede konsekvens heraf, men det vurderes at være af et mindre omfang.

Forslaget har ikke nogen administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.

Lovforslagets fjerde del om styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb under den lægelige videreuddannelse, vurderes ikke at have økonomiske eller administrative konsekvenser for erhvervslivet.

### **6. Administrative konsekvenser for borgerne**

Lovforslagets første del om specialeplanlægning vurderes ikke at have negative administrative konsekvenser for borgerne. Den foreslåede ændring i reguleringen af landsdelsfunktioner vil fortsat sikre høj faglig kvalitet for patienten, da regionale og private sygehuse skal leve op til Sundhedsstyrelsens krav for varetagelsen af funktionerne.

Den foreslåede ændring i reguleringen af landsdelsfunktioner vil have positive administrative konsekvenser, idet lovforslaget vil medføre, at



## UDKAST

regionerne nemmere og hurtigere vil kunne foretage ændringer indenfor egen region, f.eks. ved kapacitetsudfordringer. Det kan for patienten betyde, at regionerne hurtigere vil kunne reducere ventetid til en behandling, hvis der opstår kapacitetsudfordringer i forhold til varetagelsen af en given landsdelsfunktion på det enkelte sygehus.

Lovforslagets anden, tredje og fjerde del har ikke negative administrative konsekvenser for borgerne.

Lovforslagets tredje del om at give regionerne mulighed for at rekvirere lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker frem for de private apoteker har positive administrative konsekvenser for borgerne, idet forslaget letter borgernes administrative byrde, idet de ikke selv skal sørge for at tilvejebringe medicin under ophold på sundheds- og omsorgspladser.

### 7. Klimamæssige konsekvenser

Lovforslaget har ingen klimamæssige konsekvenser.

### 8. Miljø- og naturmæssige konsekvenser

Lovforslagets har ingen miljø- og naturmæssige konsekvenser.

### 9. Forholdet til EU-retten

Lovforslaget indeholder ingen EU-retlige aspekter.

### 10. Hørte myndigheder og organisationer m.v.

Et udkast til lovforslag har i perioden fra den ... til den ... (... dage) været sendt i høring hos følgende myndigheder og organisationer m.v.:

11. Sammenfattende skema		
	Positive konsekvenser/mindreudgifter (hvis ja, angiv omfang/hvis nej, anfør »Ingen«)	Negative konsekvenser/merudgifter (hvis ja, angiv omfang/hvis nej, anfør »Ingen«)
Økonomiske konsekvenser for stat, kommuner og regioner	Lovforslagets første del om specialeplanlægning har ingen økonomiske konsekvenser.  Lovforslagets anden del om en ny afregningsordning	Lovforslagets første del om specialeplanlægning har ingen økonomiske konsekvenser.  Lovforslagets andel del om ny afregningsordning

## UDKAST

	<p>indebærer bortfald af regionernes mulighed for at opkræve somatiske færdigbehandlingstakster, som medfører mindreudgifter for kommuner.</p> <p>Lovforslagets tredje del om at give regionerne mulighed for at håndtere lægemidler samt rekvirere lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker frem for de private apoteker. Muligheden for at indkøbe lægemidler fra offentlige sygehusapoteker forventes at medføre positive økonomiske konsekvenser for regionerne, da udgiften til medicin igennem Amgros I/S forventes at være lavere end den regionale tilskudsudgift hertil.</p> <p>Lovforslagets fjerde del om styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb under den lægelige videreuddannelse forventes har ikke at have økonomiske konsekvenser for staten, regionerne eller kommunerne.</p> <p>Forslaget forventes ikke at medføre øgede administrative udgifter for regionerne, da det alene er ansvaret for at træffe afgørelse om fordeling og tilrettelægge af</p>	<p>indebærer bortfald af regionernes mulighed for at opkræve somatiske færdigbehandlingstakster, som medfører færre indtægter dvs. merudgifter for regioner.</p> <p>Lovforslagets tredje del om at give regionerne mulighed for at håndtere lægemidler samt rekvirere lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker frem for de private apoteker. Muligheden for at indkøbe lægemidler fra offentlige sygehusapoteker forventes at medføre negative økonomiske konsekvenser for staten, da der vil frafalde momsindtægter.</p> <p>Lovforslagets fjerde del om styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb under den lægelige videreuddannelse forventes har ikke at have økonomiske konsekvenser for staten, regionerne eller kommunerne.</p> <p>Forslaget forventes ikke at medføre øgede administrative udgifter for regionerne, da det alene er ansvaret for at træffe afgørelse om fordeling og tilrettelægge af</p>
--	--	--

## UDKAST

	uddannelsesforløb, der flyttes fra de regionale råd for lægers videreuddannelse til regionerne, mens selve opgaven forbliver uændret.	uddannelsesforløb, der flyttes fra de regionale råd for lægers videreuddannelse til regionerne, mens selve opgaven forbliver uændret.
Implementeringskonsekvenser for stat, kommuner og regioner	<p>Lovforslagets første del om specialeplanlægning har positive implementeringsmæssige konsekvenser for stat og regioner, da Sundhedsstyrelsen ikke længere skal godkende ansøgninger om varetagelse af landsdelsfunktioner. Regionerne vil dermed nemmere og hurtigere kunne foretage ændringer inden for egen region, f.eks. ved kapacitetsudfordringer.</p> <p>Tilsvarende vil ændringerne i monitoreringen af landsdelsfunktioner betyde, at regionerne vil skulle udarbejde færre statusrapporter til Sundhedsstyrelsen. Den årlige monitorering målrettes fremover udvalgte funktioner eller områder, hvor der er grundlag for at følge op.</p> <p>Lovforslagets tredje del om at give regionerne mulighed for at håndtere lægemidler samt rekvirere lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker frem for de private apoteker har ingen</p>	<p>Lovforslagets første del om specialeplanlægning har negative implementeringsmæssige konsekvenser for regionerne, som fremover skal godkende varetagelsen af landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse, herunder sikre at de sygehuse overholder Sundhedsstyrelsens krav.</p> <p>Lovforslagets anden del om en ny afregningsordning indebærer indførelse af afslutningstakster på sundheds- og omsorgspladser, hvilket har implementeringskonsekvenser, da det vil indebære nye registreringspunkter og en ny afregningspraksis.</p> <p>Lovforslagets tredje del om at give regionerne mulighed for at håndtere lægemidler samt rekvirere lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker har ingen Implementeringskonsekvenser for stat, kommuner og regioner.</p>

## UDKAST

	<p>Implementeringskonsekvenser for stat, kommuner og regioner.</p> <p>Lovforslagets fjerde del om styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb under den lægelige videreuddannelse forventes har ikke at have positive implementeringsmæssige konsekvenser for staten eller kommunerne eller regionerne.</p>	<p>Lovforslagets fjerde del om styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb under den lægelige videreuddannelse forventes har ikke at have negative implementeringsmæssige konsekvenser for staten eller kommunerne. Forslaget kan i nogen grad have negative implementeringsmæssige konsekvenser for regionerne, idet der skal etableres de passende administrative procedurer for at håndtere opgaven med at træffe afgørelse om at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse.</p>
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet m.v.	<p>Lovforslagets første del om specialeplanlægning har ingen positive økonomiske konsekvenser for erhvervslivet.</p> <p>Lovforslagets anden del om en ny afregningsordning har ingen positive økonomiske konsekvenser for erhvervslivet.</p> <p>Lovforslagets tredje del om at give regionerne mulighed for at håndtere lægemidler samt rekvirere lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker frem for de private apoteker</p>	<p>Lovforslagets første del om specialeplanlægning har ingen negative økonomiske konsekvenser for erhvervslivet.</p> <p>Lovforslagets anden del om en ny afregningsordning har ingen negative økonomiske konsekvenser for erhvervslivet.</p> <p>Lovforslagets tredje del om at give regionerne mulighed for at håndtere lægemidler samt rekvirere lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker frem for de private apoteker</p>

## UDKAST

	<p>har ingen økonomiske konsekvenser for erhvervslivet m.v.</p> <p>Lovforslagets fjerde del om styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb under den lægelige videreuddannelse. Forslaget vurderes ikke at have økonomiske eller administrative konsekvenser for erhvervslivet.</p>	<p>Muligheden for at de offentlige sygehusapoteker kan levere lægemidler til regionale funktioner uden for sygehusvæsenet forventes at medføre negative økonomiske konsekvenser for de private apoteker.</p> <p>Lovforslagets fjerde del om styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb under den lægelige videreuddannelse. Forslaget vurderes ikke at have økonomiske eller administrative konsekvenser for erhvervslivet.</p>
Administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.	<p>Lovforslagets første del om specialeplanlægning har ingen administrative konsekvenser for erhvervslivet.</p> <p>Lovforslagets anden del om en ny afregningsordning har ingen positive administrative konsekvenser for erhvervslivet.</p> <p>Lovforslagets tredje del om at give regionerne mulighed for at håndtere lægemidler samt rekvirere lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker frem for de private apoteker vil ikke medføre positive</p>	<p>Lovforslagets første del om specialeplanlægning har ingen administrative konsekvenser for erhvervslivet.</p> <p>Lovforslagets anden del om en ny afregningsordning har ingen negative administrative konsekvenser for erhvervslivet.</p> <p>Lovforslagets tredje del om at give regionerne mulighed for at håndtere lægemidler samt rekvirere lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker frem for de private apoteker vil ikke medføre negative</p>

## UDKAST

	<p>administrative konsekvenser for erhvervslivet.</p> <p>Lovforslagets fjerde del om styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb under den lægelige videreuddannelse har ingen positive administrative konsekvenser for erhvervslivet.</p>	<p>administrative konsekvenser for erhvervslivet.</p> <p>Lovforslagets fjerde del om styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb under den lægelige videreuddannelse har ingen negative administrative konsekvenser for erhvervslivet.</p>
Administrative konsekvenser for borgerne	<p>Lovforslagets første del om specialeplanlægning har ingen positive administrative konsekvenser for borgerne.</p> <p>Lovforslagets anden og fjerde del har ingen positive administrative konsekvenser for borgerne.</p> <p>Lovforslagets tredje del om at give regionerne mulighed for at håndtere lægemidler samt rekvirere lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker frem for de private apoteker vil medføre, at borgerne lettes for at skulle tilvejebringe lægemidler under bl.a. ophold på sundheds- og omsorgspladser og i den regionale akutsygepleje.</p> <p>Lovforslagets fjerde del om styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb under den lægelige videreuddannelse har</p>	<p>Lovforslaget vil ikke medføre negative administrative konsekvenser for borgerne.</p>

## UDKAST

	ingen positive administrative konsekvenser for borgerne.	
Klimamæssige konsekvenser	Lovforslaget har ingen klimamæssige konsekvenser.	Lovforslaget har ingen klimamæssige konsekvenser.
Miljø- og naturmæssige konsekvenser	Lovforslaget har ingen miljø- og naturmæssige konsekvenser.	Lovforslaget har ingen miljø- og naturmæssige konsekvenser.
Forholdet til EU-retten	(Beskriv forholdet til EU-retten/anfør »Lovforslaget indeholder ingen EU-retlige aspekter.«)	
Er i strid med de fem principper for implementering af erhvervsrettet EU-regulering (der i relevant omfang også gælder ved implementering af ikke-erhvervsrettet EU-regulering) (sæt X)	Ja  <input type="checkbox"/>	Nej  <input checked="" type="checkbox"/>

## *Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser*

### *Til § 1*

Til nr. 1

Det følger af sundhedsloven § 208, stk. 1, at Sundhedsstyrelsen fastsætter krav til lands- og landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse, efter høring af det i § 207 nævnte udvalg.

Det følger af sundhedsloven § 208, stk. 2, at Sundhedsstyrelsen godkender lands- og landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse.

Det følger af sundhedsloven § 208, stk. 3, at Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere regler om visitation af patienter til behandling på afdelinger med lands- og landsdelsfunktioner efter høring af det i § 207 nævnte udvalg.

Det følger af sundhedsloven § 208, stk. 4, at Sundhedsstyrelsen har beføjelse til at inddrage en godkendelse efter stk. 2, efter høring af det i § 207 nævnte udvalg, såfremt en sygehusafdeling med lands- eller landsdelsfunktion trods pålæg herom fra Sundhedsstyrelsen ikke opfylder de i stk. 1 fastsatte krav. Sundhedsstyrelsens afgørelse kan indbringes for indenrigs- og sundhedsministeren. Indbringelsen har ikke opsættende virkning, medmindre indenrigs- og sundhedsministeren bestemmer andet.

Det følger af sundhedsloven § 208, stk. 5, at regionsrådet og vedkommende private sygehuse årligt afgiver en statusrapport til Sundhedsstyrelsen om opfyldelsen af de i stk. 1 fastsatte krav på afdelinger med lands- eller landsdelsfunktion.

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.1.1 i de almindelige bemærkninger.

Det foreslås, at § 208, *stk. 1-10*, nyaffattes som følge af flere foreslåede ændringer i bestemmelsen vedrørende reguleringen af landsdelsfunktioner.

Det foreslås i § 208, *stk. 1*, 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.

Forslaget er en videreførelse af gældende ret. Forslaget vil betyde, at Sundhedsstyrelsen fortsat vil fastsætte krav til lands- og



landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse. Det gælder både generelle, specialespecifikke og funktionsspecifikke krav, som f.eks. vedrører kapacitet, robusthed, aktivitet, erfaring, kompetencer, samarbejdende specialer samt forskning. Kravene er centrale for at understøtte formålet med specialeplanen. Sundhedsstyrelsen vil desuden kunne indikere, hvor mange steder regionerne som udgangspunkt forventes at placere de enkelte landsdelsfunktioner i hver region.

Det foreslås i § 208, *stk. 2*, at Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere regler om visitation af patienter til behandling på afdelinger med lands- og landsdelsfunktioner efter høring af det i § 207 nævnte udvalg.

Forslaget er en videreførelse af sundhedslovens gældende § 208, *stk. 3*. Forslaget vil indebære, at Sundhedsstyrelsen fortsat kan fastsætte nærmere regler om visitation af patienter på afdelinger med lands- og landsdelsfunktioner efter høring af det i § 207 nævnte udvalg. Sundhedsstyrelsen kan f.eks. udarbejde visitationsretningslinjer, der rammesætter målgruppen og understøtter en ensartet visitation og organisering af et givent behandlingstilbud. Der er ingen indholdsmæssige ændringer i forslaget.

Det foreslås i § 208, *stk. 3*, at Sundhedsstyrelsen godkender landsfunktioner på regionale og private sygehuse.

Med forslaget videreføres den nuværende regulering af landsfunktioner, hvor Sundhedsstyrelsen har ansvaret for at godkende konkrete sygehuse til at varetage funktionerne, efter rådgivning fra det i § 207 nævnte udvalg.

Det skal ses i lyset af, at der for landsfunktionerne er særlige nationale hensyn i forhold til geografisk placering, samarbejde, ressourceudnyttelse m.v., som fordrer, at der opretholdes en vis national styring af funktionernes placering.

Forslaget vil videre betyde, at Sundhedsstyrelsen ikke længere vil skulle godkende placeringen af landsdelsfunktioner. Sundhedsstyrelsen vil fortsat have den overordnede kompetence til at definere, hvad der er lands- og landsdelsfunktioner, og vil fortsat have kompetencen til at stille krav til varetagelsen af funktionerne, jf. forslagets § 208, *stk. 1*.

## UDKAST

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.1.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 208, *stk. 4*, at Sundhedsstyrelsen kan inddrage en godkendelse efter stk. 3 efter høring af det i § 207 nævnte udvalg, såfremt en sygehusafdeling med landsfunktion trods pålæg herom fra Sundhedsstyrelsen ikke opfylder de i stk. 1 fastsatte krav. Sundhedsstyrelsens afgørelse kan indbringes for indenrigs- og sundhedsministeren. Indbringelsen har ikke opsættende virkning, medmindre indenrigs- og sundhedsministeren bestemmer andet.

Den foreslåede ændring vil medføre, at Sundhedsstyrelsen som i dag vil kunne inddrage en godkendelse efter den foreslåede § 208, *stk. 3*, såfremt en sygehusafdeling med landsfunktion trods pålæg herom fra Sundhedsstyrelsen ikke opfylder de fastsatte krav i medfør af stk. 1. Sundhedsstyrelsens beføjelse til at inddrage godkendelsen af en landsfunktion, samt muligheden for at indbringe Sundhedsstyrelsens afgørelse for indenrigs- og sundhedsministeren, videreføres således uændret.

Det foreslås i § 208, *stk. 5*, at regionsrådet godkender landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse, jf. dog stk. 7, og orienterer Sundhedsstyrelsen herom. Regionsrådet skal, forud for godkendelsen af private sygehuse, indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning om, hvorvidt de private sygehuse opfylder de i stk. 1 fastsatte krav til afdelinger med landsdelsfunktion.

Forslaget vil indebære, at regionsrådene selv vil skulle godkende landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse.

Placeringen af landsdelsfunktioner vil fortsat skulle foretages med udgangspunkt i veldefinerede krav fra Sundhedsstyrelsen. Regionerne vil fortsat skulle orientere Sundhedsstyrelsen om placeringen af landsdelsfunktioner på de regionale og private sygehuse, som også vil fremgå af de enkelte specialevejledninger.

Regionerne vil i forbindelse med godkendelsen af landsdelsfunktioner skulle foretage en vurdering af den regionale kapacitet i forhold til varetagelsen af de enkelte funktioner, samt behovet for og/eller ønsket om at gøre brug af privat kapacitet.

## UDKAST

Såfremt regionen har behov for og/eller ønske om at gøre brug af privat kapacitet, skal regionen indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning om, hvorvidt de private sygehuse opfylder de i stk. 1 fastsatte krav til afdelinger med landsdelsfunktion. Private sygehuse vil således fortsat skulle sende ansøgninger om varetagelse af landsdelsfunktioner til Sundhedsstyrelsen, som bistår regionerne med en faglig vurdering af, om kravene til varetagelsen af opfyldt.

Regionerne vil på baggrund af Sundhedsstyrelsens vurdering kunne godkende og indgå aftale med den/de private sygehuse, der lever op til kravene. Regionerne skal overholde de udbudsretlige regler i den forbindelse.

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.1.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 208, *stk. 6*, at regionsrådet får beføjelse til at inddrage en godkendelse efter stk. 5, såfremt et regionalt eller privat sygehus med landsdelsfunktion trods pålæg herom ikke opfylder de i stk. 1 fastsatte krav. Regionsrådet vil skulle orientere Sundhedsstyrelsen om inddragelsen af en godkendelse.

Forslaget vil betyde, at regionsrådet vil kunne fratage et sygehus godkendelsen til at varetage en landsdelsfunktion, hvis kravene til varetagelsen ikke overholdes. Regionerne vil endvidere kunne flytte funktionerne imellem deres sygehuse efter behov, forudsat at kravene til varetagelsen overholdes.

Det forudsættes med den foreslåede kompetence til at godkende og fratage landsdelsfunktioner, at regionsrådene årligt vil følge op på varetagelsen af landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse, herunder vurdere om kravene til landsdelsfunktioner er opfyldt.

Det foreslås i § 208, *stk. 7*, at Sundhedsstyrelsen i særlige tilfælde, og efter høring af det i § 207 nævnte udvalg, vil kunne pålægge et regionsråd at benytte private kapacitet til at varetage en landsdelsfunktion. Dette under forudsætning af, at et privat sygehus opfylder de i stk. 1 fastsatte krav og kan godkendes til at varetage landsdelsfunktion efter stk. 5.

## UDKAST

Særlige tilfælde kan eksempelvis være situationer, hvor der er vedvarende kapacitetsudfordringer i en region eller på landsplan, som regionerne ikke har anvist en bæredygtig plan for at håndtere. Såfremt private sygehuse vurderer, at de lever op til kravene fastsat efter i stk. 1, vil de kunne bede Sundhedsstyrelsen vurdere, om der er grundlag for at tildele endnu en godkendelse i specialeplanen til at varetage funktionen. Det vil her være en forudsætning, at Sundhedsstyrelsen vurderer, at der på den givne funktion er kapacitetsudfordringer, samt at det pågældende private sygehus lever op til kravene beskrevet i stk. 1. Sundhedsstyrelsen vil ud fra en samlet betragtning vurdere, om der er grundlag for at åbne op for private sygehuses ansøgninger til godkendelse af en landsdelsfunktion, herunder pålægge et regionsråd at benytte privat kapacitet, såfremt de fastsatte krav for varetagelsen er opfyldt. Endvidere skal de udbudsretlige regler overholdes.

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.1.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås, i § 208, *stk. 8*, at Sundhedsstyrelsen i særlige tilfælde, og efter høring af det i § 207 nævnte udvalg, vil kunne inddrage en godkendelse efter stk. 5, såfremt et regionalt eller privat sygehus med landsdelsfunktion trods pålæg herom ikke opfylder de i stk. 1 fastsatte krav.

Sundhedsstyrelsen vil således i særlige tilfælde kunne inddrage godkendelsen af en landsdelsfunktion, som regionsrådet har tildelt. Det kan eksempelvis være i situationer, hvor et regionalt eller privat sygehus ikke lever op til de fastsatte krav for varetagelsen af en funktion, og hvor der ikke umiddelbart er en holdbar plan for på sigt at kunne overholde kravene. Sundhedsstyrelsens afgørelse vil kunne indbringes for indenrigs- og sundhedsministeren. Indbringelsen har ikke opsættende virkning, medmindre indenrigs- og sundhedsministeren bestemmer andet.

Det foreslås i § 208, *stk. 9*, at regionsrådet og vedkommende private sygehuse årligt afgiver en statusrapport til Sundhedsstyrelsen om opfyldelsen af de i stk. 1 fastsatte krav på afdelinger med landsfunktion.

Forslaget vil betyde, at den nuværende opfølgning på landsfunktioner videreføres uændret. Det vil indebære, at Sundhedsstyrelsen årligt vil følge op på varetagelsen af landsfunktioner, bl.a. via statusrapporter.

Statusrapporterne er et væsentligt instrument for Sundhedsstyrelsen i overvågningen af, hvorvidt kravene til landsfunktionerne er opfyldt. Statusrapporterne anvendes blandt andet som grundlag til at vurdere, om der er behov for ændringer i specialeplanen, herunder justeringer i placering af eller krav til landsfunktionen.

Det foreslås i § 208, *stk. 10*, at regionsrådet og vedkommende private sygehuse, efter anmodning fra Sundhedsstyrelsen, årligt afgiver en statusrapport til Sundhedsstyrelsen om opfyldelsen af de i *stk. 1* fastsatte krav til udvalgte landsdelsfunktioner.

Forslaget vil betyde, at den årlige opfølgning på landsdelsfunktioner fremover målrettes udvalgte funktioner eller områder. Sundhedsstyrelsens årlige monitorering vil således ikke længere omfatte alle landsdelsfunktioner i specialeplanen.

Regionerne og vedkommende private sygehuse vil dermed ikke længere skulle udarbejde statusrapporter til Sundhedsstyrelsen for samtlige landsdelsfunktioner hvert år, men alene for de landsdelsfunktioner eller områder, hvor Sundhedsstyrelsen vurderer, at der er behov for en opfølgning.

Regionerne og vedkommende private sygehuse vil fortsat skulle oplyse Sundhedsstyrelsen om udfordringer og manglende overholdelse af krav for landsdelsfunktioner, hvis de bliver bekendt hermed.

De nærmere rammer for opfølgningen på varetagelsen af landsdelsfunktioner vil blive konkretiseret som led i Sundhedsstyrelsens revision af publikationen 'Specialeplanlægning: Begreber, principper og krav' af 17. april 2015.

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.1.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til nr. 2

Det følger af sundhedsloven § 238, *stk. 1*, at bopælsregionen opkræver bopælskommunen for betaling pr. sengedag for sygehusbehandling af færdigbehandlede patienter. Betalingen dækker regionens udgifter til at

## UDKAST

varetage en kommunal opgave, når patienten er færdigbehandlet, men kommunen ikke er klar til at hjemtage patienten.

Efter sundhedsloven § 238, stk. 2 gælder, at staten opkræver betaling af bopælskommunen for somatiske færdigbehandlede patienter fra kommunen, udover den betaling regionen opkræver efter §238, stk. 1. Denne betaling kan maksimalt udgøre 2.404 kr. (2025-niveau) pr. sengedag for første og anden sengedag og 4.808 kr. (2025-niveau) for hver sengedag fra og med den tredje sengedag. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Efter sundhedsloven § 238, stk. 3 opkræver staten en yderligere betaling af bopælskommunen for psykiatriske færdigbehandlede patienter fra og med den syvende sengedag. Taksten stiger progressivt med 2.404 kr. (pris- og lønniveau for 2025) fra den syvende til den trettende dag, 4.808 kr. (pris- og lønniveau for 2025) fra den fjortende til den tyvende dag, 7.212 kr. (pris- og lønniveau for 2025) fra den enogtyvende til den syvogtyvende dag, og 9.616 kr. (pris- og lønniveau for 2025) fra den otteogtyvende dag. Taksten tilbageføres til kommunerne efter indbyggertal.

Det følger af sundhedsloven § 238, stk. 4, at bopælsregionen kan af bopælskommunen opkræve betaling for patienter, der er indlagt på et hospice, der er nævnt i § 75, stk. 4, og § 79, stk. 2. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

I sundhedsloven § 238, stk. 5 er fastlagt den maksimale takst for betalinger efter § 238, stk. 1 og 4. Taksten kan maksimalt udgøre 2.404 kr. (2025-niveau).

Det følger af sundhedsloven § 238, stk. 6, at bopælskommunen har ret til refusion for betaling efter stk. 1 og 2 fra handlekommunen eller den refusionspligtige kommune, jf. § 9 a, stk. 1, 4 og 6, og § 9 c, stk. 2, 4-6 og 12, i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område.

Efter sundhedsloven § 238, stk. 7 kan indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte nærmere regler om bopælskommunens betaling efter stk. 1 og 2, herunder om regionernes indberetning og dokumentation af aktivitet, og om foreløbig og endelig opgørelse af afregning.

Efter sundhedsloven § 238, stk. 8 fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om tilbageførsel af provenuet efter stk. 2 til kommunerne.

(§ 238)

Det foreslås, at § 238 ophæves, og i stedet indsættes § 238, *stk. 1, hvorefter* bopælsregionen vil opkræve bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til psykiatrisk færdigbehandlede patienter fra kommunen. Denne betaling kan maksimalt udgøre 2.404 kr. (pris- og lønniveau for 2025). Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Forslaget vil fastholde den eksisterende ordning for psykiatriske færdigbehandlede patienter, mens reglerne om ordningen for somatiske færdigbehandlede patienter samt betaling for patienter, der er indlagt på et hospice vil indgå i den nyaffattede § 238 a. Bopælsregionen vil fortsat kunne opkræve bopælskommunen en daglig takst på op til 2.404 kr. (pris- og lønniveau for 2025) for hver sengedag, hvor en færdigbehandlet patient opholder sig på sygehuset. Taksten vil følge den årlige pris- og lønregulering, der gælder for bloktilskuddet til regionerne.

Formålet med forslaget er at sikre, at kommunen betaler for den tid, hvor regionen udfører en kommunal opgave ved at varetage patienten, mens kommunen afklarer det videre forløb. Dette giver kommunen et økonomisk incitament til at hjemtage patienten hurtigst muligt. Forslaget har også til formål, at samle reglerne for maksimalbetaling og pris- og lønfremskrivningen i samme stykke.

Det foreslås, at § 238, *stk. 2* nyaffattes således, at ud over den betaling, der opkræves efter stk. 1, opkræver staten bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til psykiatrisk færdigbehandlede patienter fra kommunen. Denne betaling kan maksimalt udgøre 2.404 kr. (2025-niveau) pr. sengedag fra og med syvende sengedag til og med trettende sengedag og 4.808 kr. (2025-niveau) for hver sengedag fra og med den fjortende sengedag til og med den tyvende sengedag, 7.212 kr. (2025-niveau) for hver sengedag fra og med den enogtyvende sengedag til og med den syvogtyvende sengedag og 9.616 kr. (2025-niveau) for hver sengedag fra og med den otteogtyvende sengedag. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

## UDKAST

Forslaget vil fastholde den eksisterende, progressive takststruktur for psykiatriske færdigbehandlede patienter, som staten opkræver af bopælskommunen.

Formålet med forslaget er at give kommunerne et stærkt økonomisk incitament til at hjemtage patienten hurtigst muligt, da taksten stiger markant over tid. Taksten tilbageføres til kommunerne i regionen efter indbyggertal, hvilket sikrer, at pengene forbliver i kommunerne og skaber en økonomisk belønning for kommuner, der effektivt hjemtager patienter. Forslaget har også til formål, at samle reglerne for maksimalbetaling og pris- og lønfremskrivningen i samme stykke.

Det foreslås, at § 238, *stk. 3* nyaffattes således, at bopælskommunen har ret til refusion for betaling efter *stk. 1* og *2* fra handlekommunen eller den refusionspligtige kommune, jf. § 9 a, *stk. 1, 4* og *6*, og § 9 c, *stk. 2, 4-6* og *12*, i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område.

Forslaget vil fastholde refusionsretten for bopælskommunen. Det betyder, at bopælskommunen vil kunne få dækket sine udgifter til færdigbehandlingstaksterne fra den kommune, der har ansvaret for at hjemtage patienten (handlekommunen). Dette sikrer, at økonomiske byrder vil blive fordelt mellem kommunerne.

Det foreslås, at § 238, *stk. 4* nyaffattes således, at Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om bopælskommunens betaling efter *stk. 1* og *2*, herunder om regionernes indberetning og dokumentation af aktivitet, og om foreløbig og endelig opgørelse af afregning.

Ændringen vil videreføre indenrigs- og sundhedsministerens bemyndigelse til at fastsætte detaljerede regler om afregningsproceduren. Dette omfatter fx indberetning og dokumentation af aktivitet fra regionernes side.

Det foreslås, at § 238, *stk. 5* nyaffattes således, at Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om tilbageførsel af provenuet efter *stk. 2* til kommunerne.

Forslaget vil videreføre, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler for, hvordan provenuet fra den statslige takst tilbageføres til kommunerne. Tilbageførslen sker efter indbyggertal, hvilket sikrer, at kommunerne samlet set ikke pålægges en ekstra økonomisk byrde. Dette skaber et incitament for kommunerne til at hjemtage patienter hurtigt, da de



kommuner, der klarer hjemtagningen bedst, får en økonomisk gevinst ved de tilbageførte midler.

(§ 238 a)

Der findes ikke gældende regler om sundhedsloven § 238 a.

Det foreslås, at sundhedsloven § 238 a, stk. 1 nyaffattes således, at staten opkræver bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til somatisk færdigbehandlede patienter fra kommunen. Denne betaling kan maksimalt udgøre 2.800 kr. (pris- og lønniveau for 2025) pr. sengedag for første og anden sengedag og 4.200 kr. (pris- og lønniveau for 2025) for hver sengedag fra og med den tredje sengedag. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Forslaget vil indføre en ny statslig takstordning for somatiske færdigbehandlede patienter. Reglerne om ordningen for psykiatriske færdigbehandlede patienter reguleres fremover i sundhedsloven § 238. Staten vil opkræve bopælskommunen 2.800 kr., svarende til to gang 1.400 kr., fra den første færdigbehandlingsdag stigende til 4.200 kr. fra og med den tredje dag.

Formålet med forslaget er at give kommunerne et økonomisk incitament til at hjemtage patienten hurtigt, da taksten stiger efter antallet af sengedage. Taksten følger den årlige pris- og lønregulering. Provenuet tilbageføres til kommunerne efter indbyggertal, hvilket forventes at sikre, at ordningen er udgiftsneutral for kommunerne samlet set.

Det foreslås, at § 238 a, stk. 2 nyaffattes således, at bopælsregionen kan af bopælskommunen opkræve betaling for patienter, der er indlagt på et hospice, der er nævnt i § 75, stk. 4, og § 79, stk. 2. Denne betaling kan maksimalt udgøre 2.404 kr. (pris- og lønniveau for 2025) pr. sengedag. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Forslaget vil fastholde, at regionerne vil kunne opkræve en takst for hospiceindlagte patienter. Taksten er fastsat til 2.404 kr. (pris- og lønniveau for 2025) pr. sengedag og følger den årlige pris- og lønregulering. Formålet er at sikre, at kommunen vil betale for den tid, hvor regionen vil udføre en kommunal opgave ved at varetage patientens palliative behandling og omsorg.

## UDKAST

Det foreslås, at § 238 a, stk. 3 nyaffattes således, at bopælskommunen har ret til refusion for betaling efter stk. 1 og 2 fra handlekommunen eller den refusionspligtige kommune, jf. § 9 a, stk. 1, 4 og 6, og § 9 c, stk. 2, 4-6 og 12, i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område.

Forslaget er en videreførelse af gældende ret, og dermed vil bopælskommunen kunne få dækket sine udgifter til taksterne fra den kommune, der har ansvaret for at hjemtage patienten. Dette vil kunne understøtte en retfærdig fordeling af de økonomiske byrder mellem kommunerne.

Det foreslås, at § 238 a, stk. 4 nyaffattes således, at Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om bopælskommunens betaling efter stk. 1 og 2, herunder om regionernes indberetning og dokumentation af aktivitet, og om foreløbig og endelig opgørelse af afregning.

Forslaget vil videreføre gældende ret om, at indenrigs- og sundhedsministeren vil kunne fastsætte detaljerede regler om afregningsproceduren. Dette vil omfatte regler om fx indberetning og dokumentation af aktivitet fra regionernes side.

Indenrigs- og sundhedsministeren har hidtil fastsat regler om tilbageførsel af provenu for psykiatriske og somatiske færdigbehandlede patienter samlet i henhold til § 238, stk. 9.

Det foreslås, at § 238 a, stk. 5 nyaffattes således, at Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om tilbageførsel af provenuet efter stk. 1 til kommunerne.

Fremover vil indenrigs- og sundhedsministeren have bemyndigelse til at fastsætte regler om, hvordan provenuet fra den statslige takst i psykiatrien tilbageføres til kommunerne efter § 238, stk. 5 og hvordan provenuet fra den statslige takst i somatikken tilbageføres til kommunerne efter § 238 a, stk. 5.

(§ 238 b)

Der findes ingen gældende regler for sundhedsloven § 238 b.

Det foreslås, at § 238 b, stk. 1 nyaffattes således, at bopælsregionen skal opkræve bopælskommunen betaling pr. sengedag for ophold på en sundheds- og omsorgsplads efter afsnit IX til borgere fra kommunen, hvis

## UDKAST

ophold på sundheds- og omsorgsplads er afsluttet med mindre regionen og kommunen er indgået en særskilt aftale herom. Denne betaling kan maksimalt udgøre 1.400 kr. (pris- og lønniveau for 2025). Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Forslaget vil indføre en ny regional takst for borgere, hvis forløb på en sundheds- og omsorgsplads er afsluttet. Bopælsregionen vil kunne opkræve bopælskommunen 1.400 kr. pr. sengedag (pris- og lønniveau for 2025) for fortsat ophold. Taksten vil følge den årlige pris- og lønregulering.

Forslaget vil medføre, at regionen skal opkræve afslutningstaksten af kommunen med mindre regionen og kommunen er indgået en særskilt aftale herom. En aftale om at afvige fra bestemmelsen vil fx kunne indgås som en del af eller supplement til et horisontalt samarbejde mellem region og kommune, hvor kommunen tilbyder sundhedstilbud, som fx sundheds- og omsorgspladser, på vegne af regionen.

Formålet er at sikre, at regionen vil modtage kompensation for at varetage en kommunal opgave, når borgeren fortsat opholder sig på pladsen, selvom forløbet er afsluttet. Dette forventes at give kommunen et økonomisk incitament til at hjemtage borgeren hurtigst muligt.

Der findes ingen lovbestemmelse, der specifikt fastlægger kriterier for, hvornår et forløb på en sundheds- og omsorgsplads anses for afsluttet. Det bemærkes, at visitations- og afslutningskriterier for sundheds- og omsorgspladser beskrives i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard.

Det foreslås, at § 238 b, stk. 2 *nyaffattes* således, at regionen vurderer på baggrund af kriterier for afslutning om et forløb på en sundheds- og omsorgsplads er afsluttet. Kriterierne er specificeret i kvalitetsstandarden for sundheds- og omsorgspladser, som udgives af Sundhedsstyrelsen. «

Forslaget vil fastlægge, at regionen vil skulle vurdere, om et forløb er afsluttet, baseret på kriterier i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard. Dette vil sikre en ensartet og transparent vurdering af, hvornår en borger ikke længere har behov for ophold på pladsen.

Formålet er at undgå vilkårlige afgørelser og sikre, at afslutningen af et forløb sker på baggrund af objektive og faglige kriterier.

Det foreslås, at § 238 b, stk. 3 *nyaffattes* således, at ud over den betaling, der opkræves efter stk. 1, opkræver staten bopælskommunen betaling pr.

sengedag for ophold til borgere med afsluttet forløb på sundheds- og omsorgsplads. Denne betaling kan maksimalt udgøre 1.400 kr. (pris- og lønniveau for 2025) pr. sengedag for hver sengedag fra og med den enogtyvende. sengedag. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Forslaget vil indføre en statslig takst på 1.400 kr. pr. sengedag (pris- og lønniveau for 2025) fra og med den 21. dag efter, at et forløb er afsluttet. Taksten vil blive opkrævet af staten og vil følge den årlige pris- og lønregulering.

Formålet er at give kommunen et yderligere økonomisk incitament til at hjemtage borgeren efter enogtyve dage. Dette forventes at forhindre unødigt lange ophold og sikre, at borgeren overgår til et passende kommunalt tilbud. Provenuet tilbageføres til kommunerne efter indbyggertal, hvilket forventes at sikre, at ordningen er udgiftsneutral for kommunerne samlet set.

Det foreslås, at § 238 b, stk. 4 nyaffattes således, at bopælskommunen har ret til refusion for betaling efter stk. 1 og 3 fra handlekommunen eller den refusionspligtige kommune, jf. § 9 a, stk. 1, 4 og 6, og § 9 c, stk. 2, 4-6 og 12, i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område.

Forslaget vil udvide refusionsretten til også at omfatte betaling efter stk. 1 og 3. Dette vil betyde, at bopælskommunen vil kunne få dækket sine udgifter til taksterne fra handlekommunen eller den refusionspligtige kommune.

Formålet er at sikre, at de økonomiske byrder vil blive fordelt retfærdigt mellem kommunerne, så bopælskommunen ikke alene bærer udgifterne.

Det foreslås derfor, at § 238 b, stk. 5 nyaffattes således, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om bopælskommunens betaling efter stk. 1 og 3, herunder om regionernes indberetning og dokumentation af aktivitet, og om foreløbig og endelig opgørelse af afregning.

Forslaget vil give ministeren bemyndigelse til at fastsætte detaljerede regler om fx indberetning og dokumentation af aktivitet fra regionernes side.

Formålet er at sikre en ensartet og transparent afregningspraksis, der vil understøtte en effektiv implementering af takstordningen.

## *Til § 2*

Til nr. 1

Det fremgår af lægemiddelovens § 39, stk. 1, at fremstilling, indførsel, udførsel, oplagring, forhandling, fordeling, udlevering, opsplitning og emballering af lægemidler til mennesker og dyr kun må ske med tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen.

Det følger af lægemiddelovens § 39, stk. 3, nr. 1-14, at en række institutioner og personer m.v. er undtaget fra kravet om tilladelse i § 39, stk. 1, og kan udføre visse aktiviteter med lægemidler.

Det fremgår eksempelvis af lægemiddelovens § 39, stk. 3, nr. 1, at sygehuse og andre behandlende institutioner må fordele, opsplitte og udlevere lægemidler, som skal bruges i behandlingen.

Det fremgår af lægemiddelovens § 39, stk. 3, nr. 13, at kommuner og private virksomheder må fordele, opsplitte og udlevere lægemidler til brug for sygeplejersker og lægers behandling af patienter i eget hjem og midlertidige døgndækkede pladser.

Lægemiddelstyrelsen kan i henhold til lægemiddelovens § 39, stk. 4, fastsætte regler om håndteringen af lægemidler hos de institutioner og personer m.v., der er undtaget fra kravet om tilladelse. Sådanne regler er blandt andet for kommuner fastsat i bekendtgørelse nr. 807 af 19. juni 2025 om kommuners og private virksomheders håndtering af lægemidler til brug for sygeplejerskers og lægers behandling i eget hjem og midlertidige døgndækkede pladser.

Det følger af bekendtgørelsens § 6, at lægers og sygeplejerskers rekvirering af lægemidler til brug for behandlingen skal ske i overensstemmelse med bekendtgørelsen om recepter og dosisdispensering

## UDKAST

af lægemidler. Det følger endvidere af bekendtgørelsens § 8, at opbevaringen af lægemidler skal ske i medicinskabe eller -rum.

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås, at der i lægemiddellovens § 39, *stk. 3, nr. 13*, indsættes efter »Kommuners«: »regioners«.

Den foreslåede ordning vil indebære, at de regionale funktioner uden tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen vil kunne fordele, opsplitte og udlevere lægemidler til brug for behandling af borgere på midlertidige døgndækkede pladser, herunder sundheds- og omsorgspladser og i behandlingen af borgere i eget hjem, herunder behandling i akutsygeplejen.

Den foreslåedes ordning vil endvidere indebære, at regionerne vil kunne etablere medicinskabe eller -rum, hvori der kan opbevares fælles lægemidler med henblik på fordeling, opsplitning og udlevering til borgere under ophold på midlertidige døgndækkede pladser, herunder sundheds- og omsorgspladser på tilsvarende måde, som det i dag er muligt for kommunerne.

Forslaget vil desuden indebære, at borgere på sundheds- og omsorgspladser vil kunne få udleveret de lægemidler, som de er i behandling med, under hele opholdet, og det vil dermed understøtte, at borgerens lægemidler er en integreret del af den sundhedsfaglige indsats.

Et ophold på en sundheds- og omsorgsplads forventes ofte at vare en måned eller mere og kræver således rammer, der understøtter medicinhåndteringen gennem hele forløbet med henblik på at kunne realisere det rehabiliterende sigte.

## UDKAST

Forslaget vil endvidere indebære, at en borger, som modtager behandling i eget hjem, herunder akutsygeplejen, vil kunne få udleveret lægemidler til opstart af en behandling, dvs. i en mængde, der svarer til patientens behov, indtil patienten selv kan tilvejebringe lægemidlet fra apoteket.

Forslaget vil således indebære, at en behandling med lægemidler på en midlertidig døgn-dækket plads, herunder 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 vil skulle afvente, at lægemidlerne kan indkøbes fra et apotek.

Forslaget vil også indebære, 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 døgn-dækkede pladser efter ordination. Der vil således også i regionerne være grundlag for effektiv distribution af udvalgte lægemidler i beredskabssituationer, idet lægemidlerne dermed ikke først skal rekvireres fra apoteker.

Adgangen til regionernes medicinskabe eller -rum vil af hensyn til lægemiddelsikkerheden skulle være begrænset. Det vil således alene være læger eller sygeplejersker, eller en person, der virker som medhjælp til en læge eller sygeplejersker, der vil kunne få adgang til et medicinskab eller -rum. Håndteringen af lægemidler i medicinskabe eller -rum, der oprettes i henhold til den foreslåede ordning, vil være omfattet af Styrelsen for Patientsikkerheds almindelige tilsyn.

Der vil alene kunne rekvireres lægemidler, som den rekvirerende sundhedsperson vil kunne ordinere. Medicinskabet vil kunne tilgås af læger og sygeplejersker, der er tilknyttet den pågældende regionale funktion med henblik på at opsplitte lægemidler og medbringe dem til en patient efter ordination. Udleveringen vil kunne ske med henblik på behandling på en sundheds- og omsorgsplads og andre midlertidige

regionale døgnpladser. Et opsplittet lægemiddel vil desuden kunne medtages af læger og sygeplejersker i en medicintaske som led i behandling.

Medicinskabe eller -rum vil derfor kunne oprettes, hvor det anses som hensigtsmæssigt i forhold til behandlingsbehovet. En læge eller en sygeplejerske vil kunne delegerer sin opgave til en medhjælp, herunder vedrørende opsplittning og udlevering af lægemidler fra medicinskab eller -rum tilknyttet en regional funktion som fx en sundheds- og omsorgsplads eller akutsygeplejen.

Medicinskabe eller -rum vil kunne placeres både centralt i regionen, i sundhedsrådenes områder eller på et konkret behandlingssted.

Lægemiddelstyrelsen vil i medfør af den eksisterende bemyndigelse i lægemiddelovens § 39, stk. 4, kunne fastsætte nærmere regler for håndteringen af lægemidler i de regionale medicinskabe. Det forudsættes, at Lægemiddelstyrelsen vil fastsætte regler, der svarer til dem, der gælder i dag for de kommunale medicinskabe, jf. afsnit 2.3.1.

Der vil i medfør af denne bemyndigelse blandt andet kunne fastsættes regler om regionernes rekvisitioner af lægemidler til medicinskabe eller -rum, den nærmere håndtering af lægemidler, rammer for opbevaring af lægemidlerne, hvilket personale der har adgang til medicinskabe og -rum, krav om skriftlige procedurer, udstyr og ansvar for tilsyn med lægemidlerne.

Der vil endvidere i medfør af denne bemyndigelse kunne fastsættes differentierede regler for forskellige lægemidler og regler om, at der alene må rekvireres lægemidler under specifikke udleveringsgrupper. Det vil eksempelvis betyde, at der vil kunne fastsættes strengere regler for håndteringen af euforiserende lægemidler eller sygehusforbeholdte lægemidler.



## UDKAST

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.3. i lovforslagets almindelige bemærkninger.

### *Til § 3*

Til nr. 1

Det fremgår af apotekerloven § 55, stk. 1, at offentlige sygehusapoteker og sygehusapoteksfilialer kan levere lægemidler og andre varer til offentlige sygehuse og tilknyttede behandlingsinstitutioner m.v., jf. sundhedslovens § 74, stk. 2, § 75, stk. 2-4.

Det foreslås, at der i apotekerlovens § 55, *stk. 1*, indsættes efter »varer til«: »regionale funktioner, der håndterer lægemidler i medfør af § 39, stk. 3, nr. 13, i lov om lægemidler, samt«.

Forslaget vil indebære, at de offentlige sygehusapoteker og apoteksfilialer vil kunne levere lægemidler og andre varer til de regionale funktioner til brug for behandling af borgere på midlertidige døgndækkede pladser, herunder sundheds- og omsorgspladser og til behandling i eget hjem, herunder i akutsygeplejen.

Regionerne vil kunne rekvirere lægemidlerne og andre varer fra offentlige sygehusapoteker på tværs af landet og vil ikke være bundet af regionale grænser eller grænser for de enkelte sundhedsråd.

Regionerne vil endvidere kunne rekvirere lægemidlerne og andre varer i medfør af bekendtgørelsen om recepter og dosisdispensering af lægemidler fra de private apoteker på samme måde som de kommunale funktioner, der er omfattet af lægemiddellovens § 39, stk. 3, nr. 13.

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

## *Til § 4*

Til nr. 1

Det følger af § 33, stk. 2, i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (autorisationsloven), at det nationale råd for lægers videreuddannelse består af en formand, formændene for de 3 regionale videreuddannelsesråd og et af indenrigs- og sundhedsministeren nærmere fastsat antal medlemmer.

Det foreslås, at § 33, *stk.* 2 affattes således, at rådet består af en formand, formændene for de tre regionale videreuddannelsesråd, jf. § 34, repræsentanter for de fire regioner, og et af indenrigs- og sundhedsministeren nærmere fastsat antal medlemmer.«

Forslaget skal ses i lyset af, at det med lovforslaget fremover vil være regionerne, der træffer afgørelse om fordeling og tilrettelæggelse af forløb på den lægelige videreuddannelse.

Selvom de regionale råd for lægers videreuddannelse med lovforslaget ikke længere vil træffe afgørelse om fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb, vil formændene for de regionale råd for lægers videreuddannelse fortsat være repræsenteret i det nationale råd for lægers videreuddannelse. Det skal ses i lyset af, at de regionale råd for lægers videreuddannelse fortsat vil have et særligt kendskab til den lægelige videreuddannelse, og at de med lovforslaget vil få til opgave at rådgive regionerne i forhold vedrørende den lægelige videreuddannelse, samt fortsat vil have kompetencen til at godkende uddannelsessteder.

Forslaget vil således betyde, at repræsentanter for de fire regioner fremover vil indgå i det nationale råd for lægers videreuddannelse sammen med en formand, formændene for de 3 videreuddannelsesråd og et af indenrigs- og sundhedsministeren fastsat antal medlemmer.

Til nr. 2

Det følger af autorisationsloven § 34, stk. 2, at de regionale råd for lægers videreuddannelse har til opgave af rådgive regionerne om den lægelige videreuddannelse samt træffe afgørelse vedrørende fordelingen af uddannelsesforløb inden for regionen, godkendelse af uddannelsesafdelinger og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb m.v.

Det foreslås, at § 34, stk. 2, nyaffattes således, at de regionale videreuddannelsesråd har til opgave at rådgive regionerne i forhold vedrørende den lægelige videreuddannelse, samt træffe afgørelse vedrørende godkendelse af uddannelsesafdelinger i regionen m.v.

Med forslaget vil de regionale råd for lægers videreuddannelse ikke længere træffe afgørelse vedrørende fordeling og tilrettelæggelse af forløb på den lægelige videreuddannelse. De regionale råd for lægers videreuddannelse vil i stedet skulle rådgive regionerne i forhold vedrørende den lægelige videreuddannelse, herunder fordelingen og tilrettelæggelsen af uddannelsesforløb, samt træffe afgørelse om godkendelse af uddannelsesafdelinger inden for regionen m.v.

Forslaget vil indebære, at de regionale råd for lægers videreuddannelse fortsat vil have ansvaret for en række opgaver vedrørende den lægelige videreuddannelse. Det gælder eksempelvis opgaven med at sikre en pædagogisk udviklende funktion til undervisnings- og læringsmetoder i den lægelige videreuddannelse, herunder sikre ansættelse af regionale uddannelseskoordinatorer, sikre udvikling af vejlederkompetencer mv. Det gælder videre opgaven med at skulle følge op på inspektorordningens evalueringer af uddannelsesstederne.

De regionale råd for lægers videreuddannelse vil fortsat også have til opgave af foretage meritvurderinger for læger, der ønsker at få afkortet deres

## UDKAST

uddannelsesforløb i et nyt speciale på baggrund af kompetencer, de allerede har opnået på uddannelsesforløb i andre specialer.

Sundhedsstyrelsen vil fortsat kunne fastsætte nærmere regler for videreuddannelsesrådenes sammensætning og virksomhed jf. lovens § 34, stk. 5. Med lovforslaget vil sammensætningen af de regionale råd for lægers videreuddannelse forblive uændret.

Til nr. 3

Det fremgår af § 34, stk. 6, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om procedure og kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, herunder om, at hensyn til lægedækning i relevant omfang indgår i de regionale videreuddannelsesråds fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, jf. stk. 2.

Bestemmelsen knytter sig til de regionale videreuddannelsesråds kompetence til at træffe afgørelse om fordeling af uddannelsesforløb på speciallægeuddannelsen. Da de regionale videreuddannelsesråd med lovforslaget, jf. nr. 2 ovenfor, ikke længere skal træffe afgørelse om fordeling af uddannelsesforløb, foreslås det at § 34, stk. 6, ophæves.

Bestemmelsen videreføres således, at den fremover vil gælde for afgørelser om fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb truffet af regionsrådene, jf. nr. 4 nedenfor.

Til nr. 4

Der er ikke gældende ret for § 34 a, og der er ligeledes ikke en eksisterende overskrift efter § 34 i kapitel 8.

## UDKAST

Det foreslås, at der efter autorisationsloven § 34 i kapitel 8 indsættes en overskrift »*Fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse*« og herefter indsættes § 34 a.

Den foreslåede ændring skal ses i sammenhæng med, at nugældende bestemmelser vedrørende fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb på den lægelige videreuddannelse er fastsat under overskriften »Regionale videreuddannelsesråd for læger«. Lovforslaget medfører behov for at fastsætte nye bestemmelser om fordelingen og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb på den lægelige videreuddannelse, som ikke relaterer sig de regionale råd for lægers videreuddannelse, og der er derfor behov for at indsatte en ny overskrift hertil.

Det foreslås, at § 34 a, stk. 1, affattes således, at regionsrådene træffer afgørelse vedrørende fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb efter rådgivning fra de regionale videreuddannelsesråd, der er tilknyttet de pågældende regionsråd.

Med forslaget vil regionsrådene skulle træffe afgørelse vedrørende fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb efter rådgivning fra det pågældende videreuddannelsesråd. Det vil omfatte hele den lægelige videreuddannelse, dvs. både på den kliniske basisuddannelse og speciallægeuddannelsen.

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

Det foreslås i § 34 a, stk. 2, at regionsrådenes afgørelser efter stk. 1 kan påklages til Sundhedsstyrelsen.

Forslaget er en videreførelse af klageadgangen, der i dag gælder for de afgørelser, som de regionale råd for lægers videreuddannelse i dag træffer vedr. fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb på den lægelige videreuddannelse, jf. § 34 stk. 3 og 4.

## UDKAST

Med den foreslåede bestemmelse vil afgørelser om fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb på den lægelige videreuddannelse, som fremover træffes af regionsrådene, fremover kunne påklages til Sundhedsstyrelsen.

Det foreslås i § 34 a, stk. 3, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om adgangen til at klage efter stk. 1 og 2, og kan herunder bestemme, at afgørelser ikke skal kunne indbringes for ministeren.

Forslaget er en videreførelse af de bestemmelser vedrørende klageadgang, der gælder for de afgørelser, som de som de regionale råd for lægers videreuddannelse i dag træffer vedr. fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb på den lægelige videreuddannelse, jf. § 34 stk. 3 og 4.

Forslaget vil betyde, at indenrigs- og sundhedsministeren fremover, og som det er i dag, vil kunne fastsætte nærmere regler for adgangen til klage efter § 34 a, stk. 1 og 2, samt herunder bestemme, at afgørelser ikke skal kunne indbringes for ministeren.

Det foreslås i § 34 a, stk. 4, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse, herunder om hensyn til lægedækning i relevant omfang indgår i regionsrådenes fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, jf. stk. 1.

Forslaget er en videreførelse af den gældende § 34, stk. 6, der er fastsat i tilknytning til de regionale videreuddannelsesråds kompetence til at træffe afgørelse om fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb, og den videreføres i tilknytning til regionsrådene som følge af, at kompetencen til at træffe afgørelser om fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb flyttes til regionsrådene. Videreførelsen sker dog med den tilføjelse, at bestemmelsen både omfatter regler for fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb, således at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte de nærmere regler for hele det område, som regionsrådene får kompetence til at træffe afgørelse om.

## UDKAST

Med forslaget vil indenrigs- og sundhedsministeren fremover fortsat kunne fastsætte regler om procedurer og kriterier for fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb, herunder om at hensyn til lægedækning indgår i relevant omfang i regionsrådenes fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen.

### *Til § 5*

Det foreslås i *stk. 1*, at loven træder i kraft den 1. januar 2027, jf. dog *stk. 2*.

Det foreslås i *stk. 2*, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter tidspunktet for ikrafttræden af § 208 i sundhedsloven, som affattet i denne lovs § 1, nr. 1.

Det foreslåede ikrafttrædelsestidspunkt skal ses i sammenhæng med, at den foreslåede ordning vil skulle træde i kraft, når Sundhedsstyrelsen har foretaget en revision af specialevejledningerne med afsæt i den nye model for specialeplanlægning. Når specialevejledningerne er revideret, vil indenrigs- og sundhedsministeren udstede en ikrafttrædelsesbekendtgørelse, hvorefter der kan igangsættes en ansøgningsproces for varetagelsen af lands- og landsdelsfunktioner. [Det forventes, at revisionen af specialeplanen er afsluttet inden udgangen af 2027.].

Det foreslås i *stk. 3*, at § 208, *stk. 3-8*, i sundhedsloven, som affattet i denne lovs § 1, nr. 1, ikke finder anvendelse for ansøgninger om varetagelse af landsdelsfunktioner indgivet af regionale eller private sygehuse før ikrafttræden af § 208 i sundhedsloven, som affattet i denne lovs § 1, nr. 1. For sådanne ansøgninger finder de hidtil gældende regler anvendelse.

Forslaget har til formål at sikre, at eventuelle ansøgninger fra regionale og private sygehuse til varetagelsen af en lands- eller landsdelsfunktion, som er indgivet forud for lovens ikrafttræden, som affattet i denne lovs § 5, stk. 2, behandles af Sundhedsstyrelsen i overensstemmelse med gældende regler. Ansøgninger til varetagelsen af landsdelsfunktioner, der er indgivet af private sygehuse efter lovens ikrafttræden, som affattet i denne lovs § 5, stk. 2, vil skulle sendes til Sundhedsstyrelsen, som med lovforslaget vil skulle bistå regionerne med rådgivning om, hvorvidt de private sygehuse opfylder de i stk. 1 fastsatte krav til afdelinger med landsdelsfunktion.

Det foreslås i *stk. 4*, at § 238 a, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 3, ikke finder anvendelse for personer, der har 1. færdigbehandlingsdag på en somatisk sygehusafdeling inden lovens ikrafttræden, jf. stk. 1.

Overgangsbestemmelsen betyder, at personer, der har 1. færdigbehandlingsdag på en somatisk sygehusafdeling inden lovens ikrafttræden vil udløse færdigbehandlingsdage, som skal afregnes efter de forudgående regler, også for færdigbehandlingsdage, som vil ligge i året 2027. Omvendt vil personer, der har 1. færdigbehandlingsdag på en somatisk sygehusafdeling efter lovens ikrafttræden, udløse færdigbehandlingsdage, som skal afregnes efter de nye regler.

Det foreslås i *stk. 5*, at loven ikke finder anvendelse på uddannelsesforløb, der er slået op før lovens ikrafttræden. For sådanne forløb finder de hidtil gældende regler anvendelse.

### *Til § 6*

Det foreslås i *stk. 1*, at loven ikke skal gælde for Færøerne og Grønland.

Det følger af sundhedslovens § 278, stk. 1, jf. lovbekendtgørelse nr. 275 af 12. marts 2025, at sundhedsloven ikke gælder for Færøerne og Grønland.



## UDKAST

Det følger dog af sundhedslovens § 278, stk. 2 og 3, at en række af lovens kapitler og bestemmelser ved kongelig anordning kan sættes helt eller delvis i kraft for Færøerne og Grønland med de ændringer, som de færøske og grønlandske forhold tilsiger. De foreslåede ændringer af sundhedsloven i lovforslagets § 1 vedrører bestemmelser, der ikke er omfattet af sundhedslovens § 278, stk. 2 og 3, og dermed ikke kan sættes i kraft for Færøerne og Grønland, hvorfor lovforslagets ændringer af sundhedsloven ikke skal kunne sættes i kraft for Færøerne og Grønland.

Det følger af § 110 i lov om lægemidler, jf. lovbekendtgørelse nr. 339 af 15. marts 2023, at loven ikke gælder for Grønland og Færøerne, og lovforslagets § 2 vil dermed ikke kunne sættes i kraft for Færøerne og Grønland.

Det foreslås i *stk. 2*, at lovens § 3, ved kongelig anordning kan sættes i kraft for Grønland med de afvigelser, som de særlige grønlandske forhold tilsiger. Lovens bestemmelser kan sættes i kraft på forskellige tidspunkter for Grønland.

Forslaget vil betyde, at loven som udgangspunkt ikke gælder for Færøerne og Grønland, men at de foreslåede ændringer i apotekerloven helt eller delvis kan sættes i kraft for Grønland med de ændringer, som de grønlandske forhold tilsiger. Endvidere kan de foreslåede ændringer træde i kraft på forskellige tidspunkter for Grønland.

Det foreslås i *stk. 3*, at lovens § 4, ved kongelig anordning helt eller delvis kan sættes i kraft for Færøerne med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger. Lovens bestemmelser kan sættes i kraft på forskellige tidspunkter for Færøerne.

Forslaget vil betyde, at loven som udgangspunkt ikke gælder for Færøerne og Grønland, men at de foreslåede ændringer i autorisationsloven helt eller delvis kan sættes i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger. Endvidere kan de foreslåede ændringer træde i kraft på forskellige tidspunkter for Færøerne.

## Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

<i>Gældende formulering</i>	<i>Lovforslaget</i>
	<p style="text-align: center;"><b>§ 1</b></p> <p>I lov om ..., jf. lovbekendtgørelse nr. ... af ..., som ændret ved lov nr. ... af ..., foretages følgende ændringer:</p>
<b>§ X. ...</b>	<p><b>1.</b> § X affattes således: »§ X. ...«.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>§ 2</b></p> <p>I lov om ..., jf. lovbekendtgørelse nr. ... af ..., som ændret senest ved lov nr. ... af ..., foretages følgende ændringer:</p>
<b>§ X. ...</b>	
<b>§ 50. ---</b>	
<i>Stk. 2. ---</i>	
<i>Stk. 3.</i> Tilskud efter § 7 udbetales til anmeldte virksomheder.	<p><b>1.</b> § 50, <i>stk. 3</i>, affattes således: »Tilskud efter § 7 udbetales til anmeldte virksomheder.«</p>
<i>Stk. 4-9.---</i>	
	<p style="text-align: center;"><b>§ 3</b></p> <p>I lov om ..., jf. lovbekendtgørelse nr. ... af ..., som ændret bl.a. ved lov nr. ... af ... og senest ved lov nr. ... af ..., foretages følgende ændringer:</p>
<b>§ X. ...</b>	<b>1. ...</b>