

UDKAST

Forslag

til

Lov om ændring af sundhedsloven, lov om lægemidler, lov om apoteks-virksomhed og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundheds-faglig virksomhed

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

§ 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 rammerne for placeringen af lands- og landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse, efter høring af det i § 207 nævnte udvalg.

Stk. 2. Sundhedsstyrelsen godkender landsfunktioner på regionale og private sygehuse samt landsdelsfunktioner på private sygehuse.

Stk. 3. Sundhedsstyrelsen kan inddrage en godkendelse efter stk. 2, efter høring af det i § 207 nævnte udvalg, såfremt et regionalt eller privat sygehus med landsfunktion eller et privat sygehus med landsdelsfunktion trods pålæg herom fra Sundhedsstyrelsen ikke opfylder de i medfør af stk. 1 fastsatte krav. Sundhedsstyrelsens afgørelse kan indbringes for sundhedsministeren. Indbringelsen har ikke opsættende virkning, medmindre sundhedsministeren bestemmer andet.

Stk. 4. Regionsrådet godkender landsdelsfunktioner på regionale sygehuse og orienterer Sundhedsstyrelsen herom.

Stk. 5. Regionsrådet kan inddrage en godkendelse efter stk. 4, såfremt et regionalt sygehus med landsdelsfunktion trods pålæg herom ikke opfylder de i medfør af stk. 1 fastsatte krav. Regionsrådet skal orientere Sundhedsstyrelsen herom.

Stk. 6. Sundhedsstyrelsen kan i særlige tilfælde, og efter høring af det i § 207 nævnte udvalg, pålægge et regionsråd at benytte privat kapacitet til at varetage en landsdelsfunktion.

Stk. 7. Sundhedsstyrelsen kan i særlige tilfælde, og efter høring af det i § 207 nævnte udvalg, inddrage en godkendelse efter stk. 4, såfremt et

regionalt sygehus med landsdelsfunktion trods pålæg herom fra Sundhedsstyrelsen ikke opfylder de i medfør af stk. 1 fastsatte krav. Sundhedsstyrelsens afgørelse kan indbringes for sundhedsministeren. Indbringelsen har ikke opsættende virkning, medmindre sundhedsministeren bestemmer andet.

Stk. 8. Regionsrådet og vedkommende private sygehuse afgiver årligt en statusrapport til Sundhedsstyrelsen om opfyldelsen af de i medfør af stk. 1 fastsatte krav på afdelinger med landsfunktion.

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

Stk. 10. Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere regler om visitation af patienter til behandling på afdelinger med lands- og landsdelsfunktioner efter høring af det i § 207 nævnte udvalg.

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. (2025-niveau).

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

- 1) 2.404 kr. (2025-niveau) pr. sengedag fra og med syvende sengedag til og med trettende sengedag,
- 2) 4.808 kr. (2025-niveau) for hver sengedag fra og med den fjortende sengedag til og med den tyvende sengedag,
- 3) 7.212 kr. (2025-niveau) for hver sengedag fra og med den enogtyvende sengedag til og med den syvogtyvende sengedag, og
- 4) 9.616 kr. (2025-niveau) for hver sengedag fra og med den otteogtyvende sengedag.

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. Sundhedsministeren fastsætter 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. Sundhedsministeren fastsætter regler om tilbageførsel af provenuet efter stk. 2 til kommunerne.

Stk. 6. Taksterne efter stk. 1 og 2 pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

§ 238 a. Staten opkræver bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til somatisk færdigbehandlede patienter fra kommunen. Denne betaling kan maksimalt udgøre

- 1) 2.800 kr. (2025-niveau) pr. sengedag for første og anden sengedag, og
- 2) 4.200 kr. (2025-niveau) for hver sengedag fra og med den tredje sengedag.

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. (2025-niveau) pr. sengedag.

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. Sundhedsministeren fastsætter 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. Sundhedsministeren fastsætter regler om tilbageførsel af provenuet efter stk. 1 til kommunerne.

Stk. 6. Taksterne efter stk. 1 og 2 pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

§ 238 b. Bopælsregionen opkræver bopælskommunen betaling pr. sengedag for ophold på en sundheds- og omsorgsplads efter afsnit IX til borgere fra kommunen, hvis forløb 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. (2025-niveau).

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. Bopælskommunen har ret til refusion for betaling efter stk. 1 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. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om bopælskommunens betaling efter stk. 1, herunder om regionernes indberetning og dokumentation af aktivitet, og om foreløbig og endelig opgørelse af afregning.

Stk. 5 Taksterne efter stk. 1, pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

§ 238 c. Ud over den betaling, der opkræves efter § 238 b., 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. (2025-niveau) pr. sengedag for hver sengedag fra og med den 21. sengedag.

Stk. 2. Bopælskommunen har ret til refusion for betaling efter stk. 1 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. 3. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om bopælskommunens betaling efter stk. 1, herunder om regionernes indberetning og dokumentation af aktivitet, og om foreløbig og endelig opgørelse af afregning.

Stk. 4. Sundhedsministeren fastsætter regler om tilbageførsel af provenuet efter stk. 1 til kommunerne.

Stk. 5. Taksterne efter stk. 1 pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.«

§ 2

I lov om lægemidler, jf. lovbekendtgørelse nr. 339 af 15. marts 2023, som ændret bl.a. ved § 3 i lov nr. 1778 af 28. december 2023, og senest ved § 2 i lov nr. 406 af 29. april 2025, foretages følgende ændring:

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

§ 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 § 14 i lov nr. 719 af 20. juni 2025, foretages følgende ændring:

1. I § 55, *stk. 1*, indsættes efter »varer til«: »regionerne til brug for håndteringen af lægemidler i henhold til § 39, *stk. 3*, nr. 13, i lov om lægemidler, og«.

§ 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 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. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om adgangen til at klage efter *stk. 2*, og kan herunder bestemme, at afgørelser ikke skal kunne indbringes for ministeren.

Stk. 4. 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.

Stk. 2. Sundhedsministeren fastsætter tidspunktet for ikrafttræden af § 1, nr. 1 og § 238 c, som affattet ved § 1, nr. 2. Ministeren kan fastsætte, at § 1, nr. 1 og § 238 c, som affattet ved § 1, nr. 2, træder i kraft på forskellige tidspunkter.

Stk. 3. § 208, stk. 2-7, 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 bestemmelsens 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.

§ 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.	Sundheds- og Kirkeministeriets 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.	Sundheds- og Kirkeministeriets overvejelser
2.2.3.	Den foreslåede ordning
2.3.	Lægemiddelhåndtering m.v. på sundheds- og omsorgspladser samt i akutsygeplejen
2.3.1.	Gældende ret
2.3.2.	Sundheds- og Kirkeministeriets 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.	Sundheds- og Kirkeministeriets 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 den forhenværende regering (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne) og Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre indgik den 15. november 2024.

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 specialevejledninger.

Lovforslaget indeholder fire dele.

Lovforslagets første del handler om specialeplanlægning og har til formål at give regionerne beføjelse til selv at godkende placeringen af landsdelsfunktioner på regionale sygehuse. 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 med varetagelsen af specialiserede funktioner, som tilsiger, at Sundhedsstyrelsens regulering af landsdelsfunktioner kan ændres og mindskes.

Lovforslagets anden del handler om en ny afregningsordning i forbindelse med etablering af sundheds- og omsorgspladser og 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.

Lovforslagets tredje del har til formål at gøre det muligt for regionerne uden tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen at håndtere lægemidler til brug for behandlingen af borgere på midlertidige døgndækkede pladser, herunder sundheds- og omsorgspladser og i borgerens eget hjem, herunder ved opstart af behandling i akutsygeplejen.

Formålet er endvidere at gøre det muligt for regionerne at etablere medicinskabe eller -rum, hvori der kan opbevares fælles lægemidler til brug for den nævnte behandling, herunder i beredskabssituationer.

Formålet er herudover, at de offentlige sygehusapoteker får mulighed for at levere lægemidler og andre varer til regionerne, således at regionerne får bedre mulighed for 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 borgerens eget hjem, herunder akutsygeplejen.

Lovforslagets fjerde del handler om styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb under den lægelige videreuddannelse og 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.

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

Sundhedslovens bestemmelser om specialeplanlægning er fastsat i lovens kapitel 64, §§ 207-209, jf. lovbekendtgørelse nr. 275 af 12. marts 2025.

Det fremgår af sundhedslovens § 207, stk. 1, at Sundhedsstyrelsen nedsætter et rådgivende udvalg for specialeplanlægning.

Det fremgår videre af sundhedslovens § 207, stk. 2, at udvalget består af repræsentanter for de lægevidenskabelige selskaber, sygeplejefaglige selskaber, regionsrådene, Sundhedsstyrelsen og sundhedsministeren.

Ifølge sundhedslovens § 207, stk. 3, udnævner sundhedsministeren formanden for udvalget efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen og ministeriets medlem af udvalget samt suppleanter herfor. Sundhedsstyrelsen udpeger de øvrige medlemmer samt suppleanter herfor.

Efter sundhedslovens § 207, stk. 4, fastsætter sundhedsministeren endvidere nærmere regler om udvalgets sammensætning og funktionsperiode samt regler for udvalgets virksomhed. De nærmere regler er fastsat i bekendtgørelse nr. 1465 af 20. december 2005 om sammensætning og opgaver for det rådgivende udvalg for specialeplanlægning.

Det fremgår 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 2004-05, 2. samling, tillæg A, side 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 af lovbemærkningerne til sundhedslovens § 208, jf. Folketingstidende 2004-2005, tillæg A, s. 3194, 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.

De generelle principper, krav og anbefalinger for specialeplanlægningen, som er gældende på tværs af de enkelte specialevejledninger, er beskrevet i Sundhedsstyrelsens publikation 'Specialeplanlægning: Begreber, principper og krav' af 17. april 2015. 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 af publikationen, 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.

Det følger af sundhedsloven § 208, stk. 2, at Sundhedsstyrelsen godkender lands- og landsdelsfunktioners placering 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. Folketingstidende 2004-05, 2. samling tillæg B, side 1133, 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 videre af lovbemærkningerne til § 208, jf. Folketingstidende 2004-05, 2. samling tillæg B, side 1145, at det ikke er tilstrækkeligt til at indgå i den overordnede specialeplanlægning, 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 samtidig at varetage lands- og landsdelsfunktioner inden for det pågældende område, herunder udvikling, uddannelse og forskning m.v.

Ansøgningsprocedure og meddelelse om funktionernes placering mv. er nærmere beskrevet i Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9053 af 27. januar 2014 om udmøntning af sundhedslovens § 208 om specialeplanlægning samt publikationen 'Specialeplanlægning: Begreber, principper og krav' af 17. april 2015.

Det fremgår 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 medfør af stk. 1 fastsatte krav. Sundhedsstyrelsens afgørelse kan indbringes for sundhedsministeren. Indbringelsen har ikke opsættende virkning, medmindre 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 landsdelsfunktioner.

Det følger af lovbemærkningerne til sundhedsloven § 208, jf. Folketingstidende 2004-05, 2. samling tillæg B, side 1133, at det er en forudsætning, at processen foregår i samarbejde med fagfolk og regioner, og at der i langt de fleste tilfælde vil være enighed mellem regionerne og styrelsen om planlægningen.

Det følger endvidere af lovbemærkningerne til bestemmelsen, jf. Folketingstidende 2004-05, 2. samling, tillæg A, s. 3248, at det er en forudsætning, at Sundhedsstyrelsen 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 medfør af i stk. 1 fastsatte krav på afdelinger med lands- eller landsdelsfunktion.

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.

Efter sundhedslovens § 209 påhviler det hvert regionsråd, under iagttagelse af de i § 208 fastsatte krav, at indgå aftaler om benyttelse af lands- og landsdelsfunktioner på regionale sygehuse samt på private sygehuse.

Det fremgår videre af sundhedslovens § 209, stk. 2, at kan der ikke opnås enighed om indholdet af aftaler efter stk. 1, kan Sundhedsstyrelsen træffe afgørelse herom efter anmodning fra en af de berørte parter og efter høring af det i § 207 nævnte udvalg.

Det fremgår desuden af § 209, stk. 3, at såfremt et regionsråd ikke indgår de fornødne aftaler efter stk. 1, kan Sundhedsstyrelsen bestemme, at betaling kan afkræves vedkommende region for patienter, der modtages til behandling på afdelinger med lands- og landsdelsfunktion på sygehuse i andre regioner samt på private sygehuse.

2.1.2. Sundheds- og Kirkeministeriets 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.

Formålet med anbefalingen 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, og regionerne har i perioden oparbejdet en solid erfaring med specialiserede funktioner, som tilsiger, at Sundhedsstyrelsens regulering af landsdelsfunktioner kan ændres og mindskes.

Sundhedsstyrelsens 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. For en række af de deregulerede funktioner har Sundhedsstyrelsen udarbejdet anbefalinger for varetagelsen på hovedfunktionsniveau i de respektive specialevejledninger. 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, styrke 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.

Det er Sundheds- og Kirkeministeriets vurdering, at rammerne for specialeplanlægning bør tilpasses i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger.

2.1.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås, at § 208 i sundhedsloven nyaffattes som følge af foreslåede ændringer i bestemmelsen vedrørende reguleringen af landsdelsfunktioner. Den nuværende regulering af landsfunktioner videreføres i nyfatteligheden.

Det foreslås, at Sundhedsstyrelsen fortsat skal have kompetencen til at fastsætte krav til lands- og landsdelsfunktioner, herunder til rammerne for placeringen af lands- og landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse, efter høring af det i § 207 nævnte udvalg.

Sundhedsstyrelsen vil dermed fortsat kunne beslutte, at visse behandlingsformer skal samles på et eller få sygehuse, når kvalitets- og ressourcehensyn taler herfor. Sundhedsstyrelsens vil bl.a. kunne stille 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 foreslås videre, at Sundhedsstyrelsen fortsat skal have kompetencen til at godkende landsfunktioner på regionale og private sygehuse samt landsdelsfunktioner på private sygehuse.

Sundhedsstyrelsen skal fortsat også have kompetencen til at inddrage godkendelsen af landsfunktioner på regionale og private sygehuse samt landsdelsfunktioner på private sygehuse, efter høring i det § 207 nævnte udvalg, såfremt de fastsatte krav til varetagelsen ikke er opfyldt trods pålæg herom. Sundhedsstyrelsens afgørelse vil kunne indbringes for sundhedsministeren. Indbringelsen har ikke opsættende virkning, medmindre sundhedsministeren bestemmer andet.

Den foreslåede ordning vil således ikke indebære ændringer i forhold til den nuværende regulering af 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 vil således fortsat varetage godkendelsen af landsfunktioner.

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

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

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 foreslåede ændring vil således give regionerne større fleksibilitet i specialeplanlægningen.

Det er en forudsætning for regionernes godkendelse af landsdelsfunktioner på regionale 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.

Regionerne vil i forbindelse med godkendelsen af landsdelsfunktioner på regionale sygehuse kunne bede om Sundhedsstyrelsens rådgivning, f.eks. hvis der er behov for et nationalt blik på varetagelsen.

På samme måde som efter gældende regler vil det ikke være tilstrækkeligt til at indgå i den overordnede specialeplanlægning, at et sygehus opfylder de nødvendige krav vedrørende behandlingskvalitet m.v. Der skal også 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 bestemte højt specialiserede operationer uden samtidig at varetage lands- og landsdelsfunktioner inden for det pågældende område, herunder udvikling, uddannelse og forskning m.v.

Forslaget indebærer, at godkendelsen af landsdelsfunktioner på henholdsvis regionale og private sygehuse vil være delt, så regionerne godkender landsdelsfunktioner på regionale sygehuse og Sundhedsstyrelsen godkender landsdelsfunktioner på private sygehuse, herunder private specialsygehuse omfattet af sundhedslovens § 79, stk. 2.

For at sikre sammenhæng i specialeplanlægningen vil regionerne i forbindelse med godkendelsen af landsdelsfunktioner på regionale sygehuse 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.

Det skyldes, at den samlede viden om behov, kapacitet og organisering på dette specialiseringsniveau fremadrettet vil være forankret i regionerne. Vurderingen forudsætter et samlet overblik over kapaciteten i den enkelte region samt kapacitetsbehovet på tværs af regioner. En tværregional koordinering er nødvendig for at vurdere, om kapacitetsudfordringer kan håndteres inden for det offentlige sygehusvæsen, eksempelvis ved at andre regioner kan varetage patienter, eller om der samlet set er behov for at inddrage privat kapacitet. Det kan hertil bemærkes, at regionerne efter reglerne i sundhedslovens § 75, stk. 3, skal indgå driftsoverenskomst med de i § 79, stk. 2, nævnte private specialsygehuse m.fl. som er beliggende i regionen.

Såfremt regionen har behov for og/eller ønske om at gøre brug af privat kapacitet, skal regionen orientere Sundhedsstyrelsen, som vil åbne op for ansøgninger til varetagelsen af de pågældende landsdelsfunktioner.

Private sygehuse, inkl. private specialsygehuse omfattet af sundhedslovens § 79, stk. 2, vil således fortsat skulle sende ansøgninger om varetagelse af landsdelsfunktioner til Sundhedsstyrelsen, som godkender det/de private sygehuse, der lever op til kravene for varetagelsen, og som der vurderes at være behov for.

Med lovforslaget videreføres de nuværende regler i sundhedslovens § 209, hvorved det påhviler hvert regionsråd at indgå aftaler om benyttelse af lands- og landsdelsfunktioner på regionale sygehuse samt på private sygehuse. Hvis der ikke opnås enighed om indholdet af aftalerne, kan Sundhedsstyrelsen træffe afgørelse herom efter anmodning fra en af de berørte parter og efter høring af det i § 207 nævnte udvalg. Såfremt et regionsråd ikke indgår de fornødne aftaler kan Sundhedsstyrelsen bestemme, at betaling kan afkræves vedkommende region for patienter, der modtages til behandling på afdelinger med lands- og landsdelsfunktion på sygehuse i andre regioner samt på private sygehuse.

Det foreslås videre, at regionerne får kompetencen til at inddrage en godkendelse, såfremt et regionalt sygehus trods pålæg herom ikke opfylder de af Sundhedsstyrelsen fastsatte krav til varetagelsen af landsdelsfunktionen.

Regionerne får således både kompetencen til at tildele og fratage godkendelser af varetagelsen af landsdelsfunktioner på regionale sygehuse. Regionerne vil skulle orientere Sundhedsstyrelsen om inddragelsen.

Det foreslås videre, at Sundhedsstyrelsen i særlige tilfælde, og efter høring af det i § 207 nævnte udvalg, vil kunne pålægge et regionsråd at benytte privat kapacitet til at varetage en landsdelsfunktion. Dette under forudsætning af, at et privat sygehus opfylder de af Sundhedsstyrelsen 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. I disse situationer vil private sygehuse, der vurderer, at de lever op til Sundhedsstyrelsens krav, 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. 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. Hvis Sundhedsstyrelsen vurderer, at der er grundlag herfor, kan de pålægge et regionsråd at benytte privat kapacitet, såfremt de fastsatte krav for varetagelsen er opfyldt. Endvidere skal de udbudsretlige regler overholdes.

Det kan eksempelvis også være i situationer, hvor Sundhedsstyrelsen af egen drift bliver opmærksom på, at der er vedvarende kapacitetsudfordringer på en given behandling i en region eller på landsplan, og at der derfor vurderes at være behov for at åbne op for private sygehuses ansøgninger til godkendelse af en landsdelsfunktion.

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 sygehus ikke længere lever op til de af Sundhedsstyrelsens fastsatte krav.

Det kan eksempelvis være i situationer, hvor et regionalt 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 kunne indbringes for sundhedsministeren. Indbringelsen har ikke opsættende virkning, medmindre sundhedsministeren bestemmer andet.

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 skal omfatte alle funktionerne i specialeplanen, men i stedet fokusere på udvalgte landsdelsfunktioner.

Sundhedsstyrelsen vil fremover foretage en årlig vurdering af, hvilke landsdelsfunktioner eller områder, som regioner og vedkommende private sygehuse skal afgive statusrapporter for. Sundhedsstyrelsen vil anmode de udvalgte regionale og private sygehuse herom.

Regionsrådet og vil dermed skulle udarbejde færre statusrapporter om varetagelsen af landsdelsfunktioner til Sundhedsstyrelsen. Regionsrådet vil dog fortsat skulle følge årligt op på, at kravene til varetagelsen af landsdelsfunktioner på regionale sygehuse overholdes, ligesom Sundhedsstyrelsen vil skulle følge op på de private sygehuses varetagelse af landsdelsfunktionerne. Sundhedsstyrelsen vil oplyse regionerne herom, så regionerne har et samlet overblik over varetagelsen af landsdelsfunktionerne. Regionerne vil således have ansvaret for den samlede opfølgning på varetagelsen af landsdelsfunktionerne.

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 Sundhedsstyrelsen skal 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 er en videreførelse af sundhedslovens gældende regler og indebærer, at Sundhedsstyrelsen kan 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 endvidere, at 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 skulle 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 (2025-niveau), 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. (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. 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 (2025-niveau) fra og med den syvende til og med den trettende dag, 4.808 kr. pr. sengedag (2025-niveau) fra og med den fjortende dag til og med den tyvende dag, 7.212 kr. pr. sengedag (2025-niveau) fra og med den enogtyvende dag til og med den syvogtyvende dag, og 9.616 kr. pr. sengedag (2025-niveau) 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 dag 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. (2025-niveau). 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 sundhedsministeren bemyndiget til at kunne 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. Bemyndigelsen er udmøntet ved BEK nr. 1801 af 29. december 2025.

Det fremgår af sundhedslovens § 238, stk. 8, at sundhedsministeren fastsætter regler om tilbageførsel af provenuet efter stk. 2 og 3 til kommunerne. Bemyndigelsen er udmøntet ved BEK nr. 1801 af 29. december 2025. Det betyder, at 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 BEK nr. 1801 af 29. december 2025 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. Sundheds- og Kirkeministeriets 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 og/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, hvis forløb på en sundheds- og omsorgsplads kan afsluttes, men som fortsat har ophold på pladsen.

Ordningen vil skulle 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.

Ordningen vil indebære 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 i 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 eventuelt videre plejebehov m.v., mens borgeren opholder sig på en sundheds- og omsorgsplads, samt at have tilstrækkelig kapacitet af plejeboliger og løsninger i borgernes eget hjem.

I Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandards for sundheds- og omsorgspladser fremgår krav om tidlig og løbende dialog mellem region og kommune i forbindelse med en borgers ophold på en sundheds- og omsorgsplads, bl.a. med henblik på at kommunen kan planlægge iværksættelsen af efterfølgende relevante indsatser. Heraf følger det også af Forårsaftalen 2025 om implementering af sundhedsreformen mellem regeringen, Danske Regioner og KL, at regionen som udgangspunkt skal give 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.

Sundheds- og Kirkeministeriet vurderer, at indførelse af en ny afslutningstakst, som kommuner vil skulle betale til regioner for borgere, hvis forløb på en sundheds- og omsorgsplads er afsluttet – forstået som at borgerens indsatser er evalueret og afsluttet i henhold til kriterierne i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser –dels skal være en betaling til regionen for at udføre en kommunal opgave, samt give kommunerne incitament til at hjemtage borgere. Borgere med fortsat ophold på sundheds- og omsorgspladser efter afsluttet forløb efter kriterierne forventes primært at have behov for midlertidigt ophold samt pleje, omsorg og eventuelt almene sundhedsfaglige indsatser. Det forventes, at indsatserne generelt vil være af lavere intensitet end under den forudgående del af opholdet. Denne takst vil derfor skulle 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.

Sundheds- og Kirkeministeriet 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 er for at sikre færrest mulige skift for borgeren. Takstens niveau vil skulle reducere regionernes incitament til uhenigtsmæssigt 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.

Sundheds- og Kirkeministeriet vurderer det hensigtsmæssigt, at regionen vil skulle opkræve afslutningstaksten fra kommunen, medmindre regionen og kommunen har indgået en særskilt aftale herom. En aftale om at afvige fra bestemmelsen vil eksempelvis kunne indgå som en del af et horisontalt samarbejde mellem region og kommune, hvor kommunen varetager sundhedsydelser, såsom sundheds- og omsorgspladser, på vegne af regionen.

Sundheds- og Kirkeministeriet vurderer det formålstjenligt, at den afslutningstakst, kommunerne skal betale til regioner, vil blive suppleret med en afslutningstakst, som kommuner betaler til staten, og som tilbagebetales til kommunerne efter indbyggertal. Formålet med denne takst vil være at forebygge uhenigtsmæssigt 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 efter kriterierne, 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, herunder plejebolig m.v. 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.

Det er endvidere et vigtigt hensyn, at afregningsordningen skal bidrage til, at sundheds- og omsorgspladserne er tilgængelige for borgere med behov for en sundhedsfaglig, rehabiliterende indsats og ikke i for høj grad optages af borgere, der med den rette støtte kunne komme tilbage i eget hjem.

Dermed skal starttidspunktet for denne takst også tage hensyn til at balancere de 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, som f.eks. flytning til plejebolig.

Det vurderes hensigtsmæssigt at afskaffe muligheden for, at regioner kan opkræve en færdigbehandlingstakst for somatiske patienter. Den regionale færdigbehandlingstakst for somatiske patienter vil skulle erstattes 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, vil regionernes incitament til at udskrive patienter på det rette tidspunkt og henvise færdigbehandlede patienter, som er i målgruppen for en sundheds- og omsorgsplads, ikke blive u hensigtsmæssigt påvirket.

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.

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 efter kriterier fastsat i kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladserne.

Det foreslås, at 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 2025-niveau).

Det foreslås videre, at staten vil med forslaget kunne opkræve bopælskommunen betaling pr. sengedag for somatisk færdigbehandlede patienter. Betalingen vil maksimalt kunne udgøre 2.800 kr. (2025-niveau) pr. sengedag for første og anden sengedag og 4.200 kr. (2025-niveau) 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.

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.

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.

Det foreslås endvidere, at der indføres 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 (2025-niveau) 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 (2025-niveau) 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 indebære, at både regioner og kommuner får klare økonomiske incitamenter til at sikre hurtig og hensigtsmæssig afslutning af forløb 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.

Det foreslås desuden, at sundhedsministeren bemyndiges 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 undtagen den takst, staten opkræver af kommuner, jf. § 238 c, hvis ikrafttrædelsen bestemmes af sundhedsministeren. 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 (lægemiddelloven), jf. lov-bekendtgørelse nr. 339 af 15. marts 2023, 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 lægemiddelloven for at kunne håndtere lægemidler. 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 overvejende udgangspunkt kun tilladelser efter lægemiddellovens § 39, stk. 1, til aktiviteter med lægemidler, der er reguleret af EU-retten, eller hvor der er fastsat 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. 1-14, 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. Undtagelsesbestemmelserne er begrundet i de konkrete institutioners og personers m.v. helt særlige forhold.

Det følger 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 af patienter.

Det er Sundheds- og Kirkeministeriets vurdering, at sundheds- og omsorgspladserne og akutsygeplejen ikke vil være omfattet af lægemiddelovens § 39, stk. 3, nr. 1, om sygehuse og andre behandlende institutioner, således at regionerne på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen vil kunne håndtere lægemidler uden tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen. Det følger 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 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.

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), jf. lovbekendtgørelse nr. 703 af 26. maj 2023, 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 der 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.

Det er Sundheds- og Kirkeministeriets opfattelse, at sundheds- og omsorgspladser og akutsygeplejen ikke kan anses for en del af sygehusvæsenet, således at sygehusapotekerne i medfør af apotekerlovens § 55, stk. 1, kan levere lægemidler og andre varer hertil.

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. Folketingstidende 2025-26, tillæg A, som fremsat, side 53. Dette indebærer 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. sundhedslovens § 138 a.

Det fremgår af forarbejderne til bestemmelsen, at akutsygepleje er vederlagsfri, jf. Folketingstidende 2025-26, tillæg A, L 42 som fremsat, side 60. Dette indebærer ifølge betænkningen til bestemmelsen bl.a., at borgerne ikke kan opkræves egenbetaling for lægemidler, som akutsygeplejen udleverer til opstart af en behandling.

2.3.2. Sundheds- og Kirkeministeriets overvejelser

De gældende regler indebærer, at regionerne ikke uden tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen vil kunne håndtere lægemidler til brug for behandling på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen.

Efter de gældende regler vil regionerne derfor på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen skulle håndtere lægemidler på vegne af borgeren. Regionerne vil efter en ordination og recept fra f.eks. en fasttilknyttet læge på en sundheds- og omsorgsplads skulle bestille en borgers 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.

Regionernes håndtering af lægemidler på vegne af en borger betyder endvidere, at et lægemiddel skal opbevares adskilt fra andre borgers lægemidler. Et lægemiddel 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 et lægemiddel fra den lægemiddelpakning, der er indkøbt til den pågældende borger.

Det er Sundheds- og Kirkeministeriets vurdering, at det er uhensigtsmæssigt, at regionerne ikke vil kunne håndtere lægemidler til brug for behandling på regionale midlertidige døgnpladser, herunder sundheds- og omsorgspladser, og til brug for behandling i eget hjem, herunder i akutsygeplejen.

Offentlige sygehuse og tilknyttede behandlingsinstitutioner m.v. rekvirerer i dag lægemidler hos de offentlige sygehusapoteker.

De gældende regler i apotekerloven indebærer, at sygehusapotekerne ikke kan levere lægemidler og andre varer til sundheds- og omsorgspladser og akutsygeplejen. Regionerne vil derfor skulle købe lægemidler til brug herfor fra de private apoteker.

Det er Sundheds- og Kirkeministeriets opfattelse, at det vil være hensigtsmæssigt, hvis regionerne for så vidt angår midlertidige døgndækkede pladser, herunder sundheds- og omsorgspladser og regionernes behandling i eget hjem, herunder akutsygeplejen, har mulighed for at rekvirere lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker.

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, sundheds- og omsorgspladserne 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, skal kunne fordele, opsplitte og udlevere lægemidler til brug for behandlingen af patienter i eget hjem, herunder i akutsygeplejen og på regionernes midlertidige døgndækkede pladser, herunder sundheds- og omsorgspladser.

Forslaget vil indebære, at en behandling med et lægemiddel på en midlertidig døgndækket 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 lægemidlet bliver rekvireret fra et apotek.

Forslaget vil endvidere indebære, at en borger på en sundheds- og omsorgsplads vil kunne få udleveret de lægemidler, som borgeren 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 varer ofte en måned eller mere og kræver således rammer, der understøtter lægemiddelhåndteringen gennem hele forløbet med henblik på at realisere det rehabiliterende sigte.

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

Forslaget vil yderligere indebære, at regionerne vil kunne etablere medicinske eller -rum, hvori der kan opbevares fælles lægemidler. Herunder vil der kunne opbevares lægemidler, som i beredskabssituationer kan distribueres til befolkningen med henblik på behandling i eget hjem eller på midlertidige døgndækkede pladser efter ordination.

Adgangen til regionernes medicinske eller -rum vil af hensyn til lægemiddelsikkerheden være begrænset. Det vil alene være læger eller sygeplejersker, eller en person, der virker som medhjælp til læger eller sygeplejersker, der vil kunne få adgang til et medicinskab eller -rum.

Håndteringen af lægemidler i regionernes medicinske eller -rum, der oprettes i henhold til den foreslåede ordning, vil være omfattet af Styrelsen for Patientsikkerheds almindelige tilsyn.

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

Lægemiddelstyrelsen vil i medfør af bemyndigelsen i lægemiddelovens § 39, stk. 4, fastsætte de nærmere regler for håndteringen af lægemidler i de regionale medicinskabe eller -rum. Det forudsættes, at Lægemiddelstyrelsen vil fastsætte regler, der svarer til dem, der gælder i dag for de kommunale medicinskabe, jf. pkt. 2.3.1.

Der henvises til lovforslagets § 2 og bemærkningerne hertil.

Det foreslås endvidere, at et sygehusapotek eller en sygehusapoteksfilial kan levere lægemidler og andre varer til regionerne til brug for håndteringen af lægemidler i henhold til § 39, stk. 3, nr. 13, i lov om lægemidler.

Forslaget vil indebære, at regionerne til brug for behandling af patienter i eget hjem, herunder akutsygeplejen, og på midlertidige døgndækkede pladser, herunder sundheds- og omsorgspladser, vil kunne rekvirere lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker og sygehusapoteksfilialer.

Forslaget vil endvidere indebære, at regionerne vil få bedre mulighed for 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 borgerens eget hjem, herunder akutsygeplejen. Der henvises 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), jf. lovbekendtgørelse nr. 1008 af 29. august 2024, at det nationale råd for lægers videreuddannelse består af en formand, formændene for de 3 regionale videreuddannelsesråd, jf. § 34, og et af sundhedsministeren nærmere fastsat antal medlemmer.

Det følger af § 2 i bekendtgørelse nr. 1005 af 25. juni 2018 om sammensætning af det nationale råd for lægers videreuddannelse blandt andet, at Sundhedsstyrelsen udpeger 16 medlemmer til det nationale råd for lægers videreuddannelse, hvoraf 3 medlemmer udpeges efter indstilling fra Danske Regioner. 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 videreuddannelsesråd blev oprindeligt nedsat med lov nr. 1312 den 20. december 2000 om ændring af lov om udøvelse af lægegerning (Nationalt råd for lægers videreuddannelse m.v.).

Det følger af bemærkningerne til bestemmelsen jf. Folketingstidende 2000-01, tillæg A, side 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 videreuddannelsesråd har til opgave at rådgive regionerne i forhold til den lægelige videreuddannelse.

Det følger videre af stk. 2, at de regionale videreuddannelsesråd 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 videreuddannelsesråds afgørelser kan påklages til Sundhedsstyrelsen.

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

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

De regionale videreuddannelsesråds 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 videreuddannelsesråd 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 videreuddannelsesråd 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 videreuddannelsesråd af de respektive regioner i forening/regionen. Forpersonerne for de regionale videreuddannelsesråd er medlemmer af det nationale råd for lægers videreuddannelse.

Det følger videre af bekendtgørelsens § 5, at de regionale videreuddannelsesråd, 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 videreuddannelsesråd udfører eventuelle yderligere opgaver, som regionerne/regionen pålægger dem. Det følger desuden af bekendtgørelsens § 14, at de respektive regioner sikrer sekretariatsbetjening af de regionale videreuddannelsesråd.

Det følger af autorisationslovens § 34, stk. 6, at 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, L 103 som fremsat, side 24, at fordelingen af uddannelsesforløb skal ske efter en samlet afvejning af relevante hensyn, foretaget af de regionale videreuddannelsesråd.

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, L 103 som fremsat, side 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. Sundheds- og Kirkeministeriet overvejelser

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.

Aftalen skal bl.a. ses i lyset af, at regionerne 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.

En styrkelse af regionernes kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen skal således bidrage til, at der i højere grad kan tilrettelægges håndholdte, sammenhængende og individuelt tilpassede forløb, som understøtter sundhedsreformens intentioner om at fremme langvarig tilknytning lægedækningstruede områder.

Det er således væsentligt, at et styrket fokus på placeringen af flere uddannelsesforløb uden for de store byer, sker på en måde, hvor en tilrettelæggelse af uddannelsesforløb på speciallægeuddannelsen af høj kvalitet og i overensstemmelse med de gældende målbeskrivelser for de enkelte lægespecialer fastholdes.

Herunder ligger bl.a., at uddannelsesforløb tilrettelægges på uddannelsesafdelinger med den tilstrækkelige kapacitet til at sikre, at der kan stilles den nødvendige supervision og vejledning til rådighed for at understøtte uddannelseslægenes faglige progression, uanset hvor i landet, uddannelsesforløbene tilrettelægges.

Dette sikres blandt andet i kraft af de regionale videreuddannelsesråds løbende opfølgning på, at uddannelsesstederne har den nødvendige uddannelsesmæssige kapacitet til uddannelse af speciallæger. Denne opfølgning understøttes bl.a. af Sundhedsstyrelsens inspektorordning, som gennem kollegial erfaringsudveksling og dialogbaserede besøg bidrager til videndeling og udvikling af kvaliteten i de lægelige videreuddannelsesforløb. Inspektorrapporterne indgår som et af flere understøttende elementer i de regionale videreuddannelsesråds løbende arbejde med kvalitetssikring.

For at indfri formålet om at styrke regionernes kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb – og dermed følge op på denne del af forårsaftalen – vurderes det hensigtsmæssigt at tildele regionerne det formelle ansvar, og dermed beslutningskompetencen til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen.

Da det i dag er de regionale videreuddannelsesråd, som har kompetencen til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse, vil en styrkelse af regionernes kompetence til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb medføre et behov for ligeledes at overveje de regionale videreuddannelsesråds fremadrettede rolle på området.

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, jf. aftalen, fortsat skal rådgive regionerne om forhold vedrørende den lægelige videreuddannelse.

Det skal ses i lyset af, at de regionale videreuddannelsesråd 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.

Ved den nye ordning skal de regionale videreuddannelsesråd derfor fortsat spille en væsentlig rolle i rådgivningen af regionerne ved beslutninger om fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse.

Sundheds- og Kirkeministeriet vurderer det derudover hensigtsmæssigt, at de regionale videreuddannelsesråd 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.

Sundheds- og Kirkeministeriet 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 de regionale videreuddannelsesråd fremadrettet får til opgave at rådgive regionerne i forhold vedrørende den lægelige videreuddannelse

Det foreslås, at de regionale videreuddannelsesråd ikke længere har kompetence til at træffe afgørelse vedrørende fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb, og at de på dette område fremover skal varetage en rådgivende funktion for de pågældende regionsråd.

De regionale videreuddannelsesråd forventes – bl.a. i kraft af deres lokale kendskab til uddannelsesforhold og tætte kontakt til lægelige uddannelsesfaglige miljøer – at kunne bidrage med rådgivning, der styrker

regionsrådenes beslutningsgrundlag for fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb, så en større del af uddannelsesforløbene placeres uden for de store byer, mens det samtidigt sikres, at uddannelsesforløbene er af høj kvalitet og i overensstemmelse med specialernes målbeskrivelser.

De regionale videreuddannelsesråd har fortsat til opgave at træffe afgørelser om godkendelse af uddannelsesafdelinger mv. De regionale videreuddannelsesråds godkendelse af uddannelsesafdelinger vil således fortsat skulle understøtte, at uddannelsesforløb tilrettelægges på uddannelsesafdelinger med den nødvendige kapacitet til bl.a. at sikre tilstrækkelig supervision og vejledning til at understøtte uddannelseslægenes faglige progression og opnåelse af kompetencer, fastsat i specialernes målbeskrivelser.

Som det følger af gældende ret i dag, kan Sundhedsstyrelsen fortsat fastsætte nærmere regler for videreuddannelsesrådenes virksomhed. Det forventes i den forbindelse, at der vil blive fastsat nærmere regler om de regionale videreuddannelsesråds 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 videreuddannelsesråd. Det gælder opgaver vedrørende den pædagogiske udviklingsfunktion, systematisk opfølgning på Sundhedsstyrelsens inspektorrapporter mhp. sikring af uddannelsesafdelingernes kvalitet og uddannelsesafdelingernes kapacitet samt koordinering og rådgivning i uddannelsesfaglige spørgsmål.

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 videreuddannelsesråd 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 videreuddannelsesråd vil fortsat også have til opgave at følge op på inspektorordningens evalueringer af de enkelte uddannelsessteder samt uddannelsesafdelingernes kapacitet.

Såfremt de regionale videreuddannelsesråd, eksempelvis som opfølgning på en inspektorrapport, påtænker at trække en godkendelse af en uddannelsesafdeling tilbage eller i øvrigt bliver opmærksomme på kvalitets- eller kapacitetsmæssige mangler, der kræver opfølgende tiltag fra regionsrådet, forventes det, at videreuddannelsesrådet går i dialog med pågældende regionsråd mhp. at konkretisere de påkrævede opfølgende initiativer for opretholdelse af uddannelsesafdelingens godkendelse eller for at udbedre de kvalitets- eller kapacitetsmæssige mangler.

Eftersom de regionale videreuddannelsesråd med lovforslaget ikke længere vil have kompetencen til at træffe afgørelse om fordeling af uddannelsesforløb, vil der ikke længere være behov for, at sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om procedure og kriterier for de regionale videreuddannelsesråds fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen. Det foreslås derfor at ophæve autorisationslovens § 34 stk. 6, som giver sundhedsministeren mulighed herfor.

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

Regionsrådene vil skulle forholde sig konkret til de regionale videreuddannelsesråds rådgivning, og det forventes, at der løbende er dialog mellem de regionale videreuddannelsesråd og regionerne om den rådgivning, som regionerne modtager.

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 autorisationslovens § 34, stk. 1, i overensstemmelse med den dimensioneringsplan for speciallægeuddannelsen, som fastsættes af Sundhedsstyrelsen.

Regionsrådene skal dog sikre en overordnet tværregional koordinering af fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb indenfor specialer, hvor

det er hensigtsmæssigt eller nødvendigt at tilrettelægge uddannelsesforløb på tværs af både regions- og videreuddannelsesregionsgrænser.

Regionsrådenes fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb skal ske med henblik på at en større del af uddannelsesforløbene placeres uden for de store byer, samtidigt med at uddannelsesforløbene tilrettelægges på en måde, der understøtter høj uddannelseskvalitet og er i overensstemmelse med målbeskrivelserne for de enkelte specialer.

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 sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om adgangen til at klage efter stk. 2.

Det foreslås videre, at 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 viderefører således de bestemmelser, der under de nuværende regler i autorisationslovens § 34 stk. 6 gør sig gældende i forbindelse med afgørelser om fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb, og som med lovforslaget foreslås ophævet. Der vil dog være den tilføjelse, at sundhedsministeren også kan fastsætte nærmere regler om tilrettelæggelse af forløb i speciallægeuddannelsen. Det skal sikre, at sundhedsministerens bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler, dækker hele det område, som regionsrådene, med den foreslåede ordning, får kompetencen til at træffe afgørelse om.

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

Forslaget vil betyde, at både formændene for de regionale videreuddannelsesråd og repræsentanter for regionerne således vil indgå i det nationale råd for lægers videreuddannelse.

Det foreslås, at de fire nye medlemmer, som repræsenterer hver af regionerne, vil erstatte de to eksisterende repræsentanter fra regionerne, som i dag udpeges efter indstilling fra Danske Regioner. Det vil dermed betyde, at Danske Regioner vil indstille samlet ét medlem til 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 videreuddannelsesråd til regionsrådene. Efter som de regionale videreuddannelsesråd fortsat vil have et særligt kendskab til den lægelige videreuddannelse, vil de fortsat være repræsenteret i rådet. Sundhedsministeren vil i tråd med gældende ret fortsat have beføjelsen til at fastsætte et nærmere antal medlemmer af rådet.

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. Regionale konsekvenser, herunder for landdistrikter

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

Lovforslagets anden del om ny afregningsordning i forbindelse med etablering af sundheds- og omsorgspladser har ingen væsentlige konsekvenser for udviklingen i de danske geografiske regioner.

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. Regionsrådet vil dog fortsat skulle følge årligt op på, at kravene til varetagelsen af landsdelsfunktioner på regionale sygehuse overholdes, ligesom regionerne vil have det overordnede ansvar for den samlede opfølgning på landsdelsfunktionerne.

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.

Forslag om indførelsen af en statslig afslutningstakst, jf. § 238, 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 håndtering og rekvirering af lægemidler forventes at medføre positive økonomiske konsekvenser for det offentlige. Det vurderes, at regionerne gennem indkøbsaftaler hos Amgro 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 på omkring 6 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 regionerne til brug for behandling på midlertidige døgndækkede pladser, herunder sundheds- og omsorgspladser og til behandling i eget hjem, herunder akutsygeplejen.

Lovforslaget lever op til princip 2 om digital kommunikation, da lovforslaget muliggør, at regionerne til brug for behandling af borgere på døgndækkede pladser, herunder sundheds- og omsorgspladser og behandling i eget hjem, herunder i akutsygeplejen vil kunne rekvirere lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker. 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 henholdsvis sygehuse, sundheds- og omsorgspladser samt akutsygeplejen.

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 henholdsvis sygehuse, sundheds- og omsorgspladser samt akutsygeplejen 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, som er ordineret til en borger kan være tilgængeligt på tværs af sygehuse, sundheds- og omsorgspladser og akutsygeplejen, 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 akutsygeplejen, 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 akutsygeplejen 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 f.eks. en borgers adgang til oplysninger om borgerens 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 akutsygeplejen, idet lovforslaget medfører et bedre grundlag for, at data om medicinordinationer kan være tilgængeligt på tværs af sygehuse, sundheds- og omsorgspladser og akutsygeplejen, 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 regionernes håndtering og rekvirering af lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker i stedet for fra de private apoteker, forventes at medføre økonomiske negative konsekvenser for apotekssektoren. Det estimeres med betydelig usikkerhed, at forslaget vil medføre en nedgang i apotekernes samlede bruttoavance for lægemidler på mellem 5-6 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 endvidere 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 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, anden, tredje og fjerde del har ingen negative administrative konsekvenser for borgerne.

Lovforslagets tredje del om håndtering og rekvirering af lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker frem for de private apoteker vurderes at ville få positive administrative konsekvenser for borgerne, idet forslaget letter borgernes administrative byrde, da 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 17. december 2025 til den 23. januar 2026 (28 dage) været sendt i høring hos følgende myndigheder og organisationer m.v.:

3F, Advokatrådet, Akademikerne, Alzheimerforeningen, Angstforeningen, Ansatte Tandlægers Organisation (ATO), Astma-Allergi Danmark, Autismeforeningen, Bedre Psykiatri, Børne- og ungdomspsykiatrisk selskab (BUP-DK), Børnerådet, Børnesagens Fællesråd, Børns Vilkår, Center for Bioetik og Nanoetik, Center for Etik og Ret, Center for hjerneskade, CP Danmark, Danish.Care, Danmarks Apotekerforening, Danmarks Evalueringsinstitut – EVA, Danmarks Lungeforening, Danmarks Tekniske Universitet (DTU), Dansk Dermatologisk Selskab (DDS), Dansk Epidemiologisk Selskab (DES), Dansk Erhverv, Dansk Farmaceutisk Industri a-s, Dansk Farmaceutisk Selskab, Dansk Handicap Forbund, Dansk Industri (DI), Dansk Kiropaktor Forening, Dansk Neurokirurgisk Selskab (DNKS), Dansk Neurologisk Selskab (DNS), Dansk Oftalmologisk Selskab, Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS), Dansk Psykolog Forening (DP), Dansk Psykoterapeutforening, Dansk Pædiatrisk Selskab (DPS), Dansk Samfundsmedicinsk Selskab (DASAMS), Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM), Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin (DASAIM), Dansk Selskab for Folkesundhed, Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi (DSFK), Dansk Selskab for Klinisk Onkologi (DSKO), Dansk Selskab for Palliativ Medicin (DSPaM), Dansk Selskab for Patientsikkerhed (PS!), Dansk Selskab for Retsmedicin, Dansk Socialrådgiverforening, Dansk Standard, Dansk Sygepleje Selskab (DASYS), Dansk Sygeplejeråd (DSR), Dansk Tandsundhed, Danske Bioanalytikere – dbio, Danske Erhvervsskoler og -Gymnasier – Bestyrelserne, Danske Erhvervsskoler og -Gymnasier – Lederne, Danske Fodterapeuter, Danske Fysioterapeuter, Danske Gymnasieelevers Sammenslutning, Danske Gymnasier, Danske Handicaporganisationer (DH), Danske HF & VUC, Danske HF og VUC – Bestyrelserne, Danske Landbrugsskoler, Danske Osteopater, Danske Patienter, Danske Regioner (DR), Danske Revisorer,

Danske Seniorer, Danske SOSU-skoler, Danske SOSU-skoler -Bestyrelserne, Danske Tandplejere, Danske Universiteter, Danske Vandværker, Danske Ældreråd, DANVA, Datatilsynet, De praktiserende psykiateres organisation (DPBO), Demenskoordinatorer i Danmark, Den Uvildige Konsulentordning på Handicapområdet – DUKH, Depressionsforeningen, Det Centrale Handicapråd (DCH), Det Ethiske Råd, Det Sociale Netværk, Diabetesforeningen, DØNHO (Danske Øre- Næse- Halslægers Organisation), Epilepsiforeningen, Ergoterapeutforeningen, Erhvervshus Fyn, Erhvervshus Hovedstaden, Erhvervshus Midtjylland, Erhvervshus Nordjylland, Erhvervshus Sjælland, Erhvervshus Sydjylland, Erhvervsskolelederne, Erhvervsskolernes Elevorganisation, Fagbevægelsens Hovedorganisation (FH), Faglige Seniorer, Fagligt Selskab af Kliniske Diætister i Kost og Ernæringsforbundet (FaKD), Farmakonomforeningen, FGU Danmark, FOA – Fag og Arbejde, Forbrugerrådet TÆNK, Foreningen af danske lægestuderende, Foreningen af danske sundhedsvirksomheder – Sundhed Danmark, Foreningen af Døgn- og Dagtilbud for udsatte børn og unge (FADD), Foreningen af Kommunale Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedschefer i Danmark (FSD), Foreningen af Speciallæger (FAS), Foreningen for Ledere af Offentlig Rusmiddelbehandling (FLOR), Gigtforeningen, Greater Copenhagen, Gymnasiernes Bestyrelsesforening, Hjernesagen, Hjerneskadeforeningen, Hjerteforeningen, HK, Hospice Forum Danmark, HØPA (Foreningen af høreapparatbehandlende øre-næse-halslæger i speciallægepraksis), Høreforeningen, Institut for Menneskerettigheder, Jordemoderforeningen, KA Pleje, Kirkens Korshær, KKR Hovedstaden, KKR Midtjylland, KKR Nordjylland, KKR Sjælland, KKR Syddanmark, KL, Kommunale Velfærdschefer, Kost og Ernæringsforbundet, Kristelig Lægeforening (KLF), Kræftens Bekæmpelse, Københavns Universitet, LandboUngdom, Landdistrikternes Fællesråd, Landselevbestyrelsen for det pædagogiske område, Landselevbestyrelsen for social- og sundhedsområdet, Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere (LKT), Landsforeningen Børn og Forældre, Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (LMS), Landsorganisationen for Sociale Tilbud – LOS, Landssammenslutningen af Handelsskoleelever, LAP - Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere, Lederne Hovedorganisation, Lev – livet med udviklingshandicap, Lægeforeningen, Menighedsplejen i Danmark, Modstrøm - Foreningen for FGU-elever og unge omkring FGU, Muskelsvindfonden, OCD-foreningen, Optikerforeningen, Organisation af Lægevidenskabelige Selskaber (LVS), Osteoporoseforeningen - landsforeningen mod knogleskørhed, Patientforeningen, Praktiserende Lægers Organisation (PLO), Praktiserende Tandlægers Organisation, (PTO), Psoriasisforeningen Psykiatrifonden, Radiograf Rådet, Region Hovedstaden, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Region

Sjælland, Region Syddanmark, Region Sønderjylland - Schleswig, Retspolitisk Forening, Roskilde Universitet, Røde Kors, Rådet for de Grundlæggende Erhvervsrettede Uddannelser (REU), Rådet for Socialt Udsatte, Rådet for Voksen og Efteruddannelse (VEU-rådet), Sammenslutningen af Unge med Handicap, SAND – De hjemløses Landsorganisation, Scleroseforeningen, Sekretariat for den lægelige videreuddannelse Syd, Sekretariat for lægelige videreuddannelse Øst, Sekretariat for lægers videreuddannelse Nord, Selveje Danmark, Sex og Samfund, SIND - Landsforeningen for psykisk sundhed, Sjældne Diagnoser, Slesvigsk Parti, SMVdanmark, Socialpædagogernes Landsforbund (SL), Socialt Lederforum, Stenocare, SUFO - Landsforeningen for ansatte i Sundhedsfremmende Forebyggende hjemmebesøg, Sundhed Danmark - Foreningen af danske sundhedsvirksomheder, Syddansk Universitet, Sydslesvigsk Vælgerforening, Tandlægeforeningen, Tolkebureauernes Brancheforening, Udviklingshæmmedes Landsforbund (ULF), VaccinationsForum, VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, Yngre Læger, Ældre Sagen, Øjenforeningen, Aalborg Universitet og Aarhus Universitet.

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 vurderes ikke at have økonomiske konsekvenser for staten, regionerne eller kommunerne. Lovforslagets anden del om en ny afregningsordning indebærer bortfald af regionernes mulighed for at opkræve somatiske færdigbehandlingstakster, som medfører mindreudgifter for kommuner. Det har ingen konsekvenser for staten. Lovforslagets tredje del om regionernes håndtering og rekvirering af lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker i stedet for fra de private apoteker, forventes at medføre	Lovforslagets første del om specialeplanlægning vurderes ikke at have økonomiske konsekvenser for staten, regionerne eller kommunerne. Lovforslagets anden del om en ny afregningsordning indebærer bortfald af regionernes mulighed for at opkræve somatiske færdigbehandlingstakster, som medfører færre indtægter dvs. merudgifter for regioner. Det har ingen konsekvenser for staten. Lovforslagets tredje del om regionernes håndtering og rekvirering af lægemidler fra de offentlige

	positive økonomiske konsekvenser for regionerne, da udgiften til medicin igennem Amgros I/S forventes at være lavere end den regionale tilskudsudgift hertil. 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. Forslaget forventes ikke at medføre øgede administrative udgifter for regionerne, da det alene er 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.	sygehusapoteker i stedet for fra de private apoteker, forventes at medføre negative økonomiske konsekvenser for staten, som følge af bortfald af momsindtægter. 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. Forslaget forventes ikke at medføre øgede administrative udgifter for regionerne, da det alene er 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.
Implementeringskonsekvenser for stat, kommuner og regioner	Lovforslagets første del om specialplanlægning har positive implementeringsmæssige konsekvenser for stat og regioner, da Sundhedsstyrelsen ikke længere skal godkende ansøgninger om varetagelse af landsdelsfunktioner på regionale sygehuse. Regionerne vil dermed nemmere og hurtigere kunne foretage ændringer inden for egen region, f.eks. ved kapacitetsudfordringer. Lovforslaget indebærer endvidere, at Sundhedsstyrelsens opfølgningen på landsdelsfunktioner målrettes. Regionerne vil dermed skulle udarbejde færre statusrapporter til Sundhedsstyrelsen. Regionerne skal dog fortsat følge årligt op	Lovforslagets første del om specialplanlægning har ingen negative implementeringsmæssige konsekvenser for hverken staten, regionerne eller kommunerne. 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. Lovforslagets anden del om en ny afregningsordning medfører ingen

UDKAST

	på varetagelsen af landsdelsfunktionerne. Lovforslaget har ingen positive implementeringsmæssige konsekvenser for kommunerne. Lovforslagets anden del om en ny afregningsordning medfører ingen væsentlige implementeringskonsekvenser for kommuner, regioner eller stat. Lovforslagets tredje del om regionernes håndtering og rekvirering af lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker i stedet for fra de private apoteker har ingen Implementeringskonsekvenser for stat, kommuner og regioner. 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. 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.	væsentlige implementeringskonsekvenser for kommuner, regioner eller stat. Lovforslagets tredje del om regionernes håndtering og rekvirering af lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker i stedet for fra de private apoteker har ingen Implementeringskonsekvenser for stat, kommuner og regioner. 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.
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet m.v.	Lovforslagets første del om specialplanlægning har ingen positive økonomiske konsekvenser for erhvervslivet. Lovforslagets anden del om en ny afregningsordning har ingen positive økonomiske konsekvenser for erhvervslivet. Lovforslagets tredje del om regionernes håndtering og rekvirering af	Lovforslagets første del om specialplanlægning har ingen negative økonomiske konsekvenser for erhvervslivet. Lovforslagets anden del om en ny afregningsordning har ingen negative økonomiske konsekvenser for erhvervslivet. Lovforslagets tredje del om regionernes håndtering og rekvirering af

UDKAST

	lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker i stedet for fra de private apoteker har ingen positive økonomiske konsekvenser for erhvervslivet m.v. 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.	lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker i stedet for fra de private apoteker, forventes at medføre negative økonomiske konsekvenser for de private apoteker. 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.
Administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.	Lovforslagets første del om specialeplanlægning har ingen administrative konsekvenser for erhvervslivet. Lovforslagets anden del om en ny afregningsordning har ingen positive administrative konsekvenser for erhvervslivet. Lovforslagets tredje del om regionernes håndtering og rekvirering af lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker i stedet for fra de private apoteker vil ikke medføre positive administrative konsekvenser for erhvervslivet. Lovforslagets fjerde del om styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb under den lægelige videreuddannelse har ingen positive administrative konsekvenser for erhvervslivet.	Lovforslagets første del om specialeplanlægning har ingen administrative konsekvenser for erhvervslivet. Lovforslagets anden del om en ny afregningsordning har ingen negative administrative konsekvenser for erhvervslivet. Lovforslagets tredje del om regionernes håndtering og rekvirering af lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker i stedet for fra de private apoteker vil ikke medføre negative administrative konsekvenser for erhvervslivet. Lovforslagets fjerde del om styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb under den lægelige videreuddannelse har ingen negative administrative konsekvenser for erhvervslivet.

UDKAST

Administrative konsekvenser for borgerne	Lovforslagets første del om specialplanlægning har ingen positive administrative konsekvenser for borgerne. Lovforslagets anden og fjerde del har ingen positive administrative konsekvenser for borgerne. Lovforslagets tredje del om regionernes håndtering og rekvirering af lægemidler fra de offentlige sygehusapoteker i stedet for fra de private apoteker vil medføre, at borgerne ikke selv skal sørge for at rekvirere lægemidler blandt andet under ophold på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen. Lovforslagets fjerde del om styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb under den lægelige videreuddannelse har ingen positive administrative konsekvenser for borgerne.	Lovforslaget vil ikke medføre negative 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	Ja ☐	Nej ☒

UDKAST

også gælder ved implementering af ikke-erhvervsrettet EU-regulering) (sæt X)	
--	--

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 sundhedsministeren. Indbringelsen har ikke opsættende virkning, medmindre 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 nyaffattes som følge af foreslåede ændringer i bestemmelsen vedrørende reguleringen af landsdelsfunktioner.

Det foreslås i § 208, stk. 1, at Sundhedsstyrelsen fastsætter krav til lands- og landsdelsfunktioner, herunder til rammerne for 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 fastsætter kravene 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, som bl.a. er at sikre høj faglig kvalitet i behandlingen og sammenhæng i patientforløbene under hensyn til en effektiv ressourceudnyttelse. Sundhedsstyrelsen vil desuden kunne indikere, hvor mange steder regionerne som udgangspunkt forventes at placere de enkelte landsdelsfunktioner i hver region.

Det vil på samme måde som efter gældende regler være en forudsætning, kravene til lands- landsdelsfunktioner fastsættes efter høring af det i § 207 nævnte udvalg. Det indebærer, at processen foregår i samarbejde med fagfolk og regioner.

Det foreslås i § 208, *stk. 2*, at Sundhedsstyrelsen godkender landsfunktioner på regionale og private sygehuse samt landsdelsfunktioner på private sygehuse.

Med forslaget videreføres den nuværende regulering af landsfunktioner, hvor Sundhedsstyrelsen har ansvaret for at godkende konkrete sygehuse til at varetage funktionerne.

Det skal ses i lyset af, at der for landsfunktioner 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. 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. En effektiv landsdækkende koordinering skal således sikre samling af den allermest specialiserede behandling.

Med forslaget videreføres også Sundhedsstyrelsens kompetence til at godkende landsdelsfunktioner på private sygehuse, herunder private specialsygehuse omfattet af sundhedslovens § 79, *stk. 2*.

Forslaget vil samtidig betyde, at Sundhedsstyrelsen ikke længere vil skulle godkende placeringen af landsdelsfunktioner. Sundhedsstyrelsen vil dog forsat have den overordnede kompetence til at definere, hvad der er lands-

og landsdelsfunktioner, og vil forsat have kompetencen til at stille krav til varetagelsen af funktionerne, jf. forslaget § 208, stk. 1.

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

Det foreslås i § 208, stk. 3, at Sundhedsstyrelsen kan inddrage en godkendelse efter stk. 2 efter høring af det i § 207 nævnte udvalg, såfremt et regionalt eller privat sygehus med landsfunktion eller et privat sygehus med landsdelsfunktion trods pålæg herom fra Sundhedsstyrelsen ikke opfylder de i medfør af stk. 1 fastsatte krav. Sundhedsstyrelsens afgørelse kan indbringes for sundhedsministeren. Indbringelsen har ikke opsættende virkning, medmindre sundhedsministeren bestemmer andet.

Den foreslåede ændring vil medføre, at Sundhedsstyrelsen som i dag vil kunne inddrage en godkendelse efter den foreslåede § 208, stk. 2, såfremt et regionalt eller privat sygehus med landsfunktion eller et privat sygehus med landsdelsfunktion ikke opfylder de i medfør af stk. 1 fastsatte krav.

Forslaget vil også betyde, at kompetencen til at inddrage en godkendelse af en landsdelsfunktion på et regionalt sygehus som udgangspunkt ikke vil ligge hos Sundhedsstyrelsen, jf. dog den foreslåede § 208, stk. 6.

Det vil i forhold til inddragelsen af en godkendelse fortsat være en forudsætning, at specialeplanlægningen foregår i samarbejde med fagfolk og regioner, og at Sundhedsstyrelsen anvender sine beføjelser efter disse bestemmelser i overensstemmelse med rådgivning fra det rådgivende udvalg for specialeplanlægning.

Det foreslås i § 208, stk. 4, at regionsrådet godkender landsdelsfunktioner på regionale og orienterer Sundhedsstyrelsen herom.

Det er en forudsætning for regionernes godkendelse af landsdelsfunktioner på regionale sygehuse, at sygehuse opfylder de fastsatte krav for varetagelsen.

Forslaget vil medføre, at regionerne fremover selv vil skulle godkende landsdelsfunktioner på regionale sygehuse. Regionerne vil dermed 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.

På samme måde som efter gældende regler vil det ikke være tilstrækkeligt til at indgå i den overordnede specialeplanlægning, at et sygehus opfylder de nødvendige krav vedrørende behandlingskvalitet m.v. Der skal også 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 samtidig at varetage lands- og landsdelsfunktioner inden for det pågældende område, herunder udvikling, uddannelse og forskning m.v.

Regionerne vil i forbindelse med godkendelsen af landsdelsfunktioner på regionale sygehuse 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.

Det skyldes, at den samlede viden om behov, kapacitet og organisering på dette specialiseringsniveau fremadrettet vil være forankret i regionerne. Vurderingen forudsætter et samlet overblik over kapaciteten i den enkelte region samt kapacitetsbehovet på tværs af regioner. En tværregional koordination er nødvendig for at vurdere, om kapacitetsudfordringer kan håndteres inden for det offentlige sygehusvæsen, eksempelvis ved at andre regioner kan varetage patienter, eller om der samlet set er behov for at inddrage privat kapacitet.

Såfremt regionen har behov for og/eller ønske om at gøre brug af privat kapacitet, skal regionen orientere Sundhedsstyrelsen, som herefter vil foretage en annoncering af, hvilke landsdelsfunktioner, der vurderes at være behov for privat kapacitet til at varetage.

Private sygehuse vil således fortsat skulle sende ansøgninger om varetagelse af landsdelsfunktioner til Sundhedsstyrelsen, som godkender det/de private sygehuse, der lever op til kravene for varetagelsen, og som der vurderes at være behov for.

Regionerne skal orientere Sundhedsstyrelsen om godkendelsen af landsdelsfunktioner på de regionale sygehuse. Regionale og private sygehuse

der er godkendt til at varetage lands- og landsdelsfunktioner vil fremgå af de enkelte specialevejledninger.

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

Det foreslås i § 208, stk. 5, at regionsrådet kan inddrage en godkendelse efter stk. 4, såfremt et regionalt sygehus med landsdelsfunktion trods pålæg herom ikke opfylder de i medfør af stk. 1 fastsatte krav. Regionsrådet skal orientere Sundhedsstyrelsen herom.

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 sygehuse, herunder vurdere om kravene til landsdelsfunktioner er opfyldt.

Det foreslås i § 208, stk. 6, at Sundhedsstyrelsen i særlige tilfælde, og efter høring af det i § 207 nævnte udvalg, kan pålægge et regionsråd at benytte private kapacitet til at varetage en landsdelsfunktion.

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. I disse tilfælde vil private sygehuse, der vurderer, at de lever op til kravene fastsat efter stk. 1, 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. 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 kan også være i situationer, hvor Sundhedsstyrelsen af egen drift

bliver opmærksom på, at der er vedvarende kapacitetsudfordringer på en given behandling, og at der dermed er behov for at åbne op for private sygehuses ansøgninger til godkendelse af en landsdelsfunktion.

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

Det foreslås, i § 208, stk. 7, at Sundhedsstyrelsen i særlige tilfælde, og efter høring af det i § 207 nævnte udvalg, vil kunne inddrage en godkendelse efter stk. 4, såfremt et regionalt med landsdelsfunktion trods pålæg herom ikke opfylder de i medfør af stk. 1 fastsatte krav. Sundhedsstyrelsens afgørelse kan indbringes for sundhedsministeren. Indbringelsen har ikke opsættende virkning, medmindre sundhedsministeren bestemmer andet.

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.

Det vil være en forudsætning, at inddragelsen af godkendelsen sker efter høring af det i § 207 nævnte udvalg, således at fagfolk og regioner er inddraget i processen.

Det foreslås i § 208, stk. 8, at regionsrådet og vedkommende private sygehuse årligt afgiver en statusrapport til Sundhedsstyrelsen om opfyldelsen af de i medfør af 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.

UDKAST

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

Forslaget vil betyde, at den årlige opfølgning på landsdelsfunktioner fremover målrettes udvalgte funktioner eller områder, hvor der fagligt vurderes at være grund til opmærksomhed. Sundhedsstyrelsens årlige monitorering vil således ikke længere omfatte alle landsdelsfunktioner i specialeplanen.

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

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 vil dog fortsat skulle følge op på at kravene til varetagelsen af landsdelsfunktioner på regionale sygehuse overholdes, ligesom Sundhedsstyrelsen vil skulle følge op på de private sygehuses varetagelse. Tilsvarende vil de 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.

Det foreslås i § 208, stk. 10, 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.

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 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. (2025) fra den syvende til den trettende dag, 4.808 kr. (2025-niveau) 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. (2025-niveau) 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 den maksimale takst for betalinger efter § 238, stk. 1 og 4, fastlagt. 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 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 sundhedsministeren og fastsætter regler om tilbageførsel af provenuet efter stk. 2 til kommunerne.

Det foreslås, at sundhedslovens § 238 ophæves, at der i stedet indsættes §§ 238, 238 a, 238 b og § 238 c.

(§ 238)

Det foreslås i § 238, *stk. 1*, at 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. (2025-niveau). Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Forslaget vil indebære, at den eksisterende ordning for psykiatriske færdigbehandlede patienter fastholdes, mens reglerne om ordningen for somatiske færdigbehandlede patienter samt betaling for patienter, der er indlagt på et hospice vil indgå i den foreslåede § 238 a.

Bopælsregionen vil fortsat kunne opkræve bopælskommunen en daglig takst på op til 2.404 kr. (2025-niveau) 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 afklarar 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 i § 238, *stk. 2*, 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.

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

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 i § 238, *stk. 3*, 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 betyde, at refusionsretten for bopælskommunen fastholdes. 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 i § 238, *stk. 4*, at 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 sundhedsministeren bemyndigelse til at fastsætte detaljerede regler om afregningsproceduren. Dette omfatter f.eks. indberetning og dokumentation af aktivitet fra regionernes side.

UDKAST

Det foreslås i § 238, *stk. 5*, at sundhedsministeren fastsætter regler om tilbageførsel af provenuet efter *stk. 2* til kommunerne.

Forslaget vil videreføre, at 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.

Det foreslås i § 238, *stk. 6*, at taksterne efter *stk. 1* og *2* pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Forslaget vil betyde, at taksterne i de respektive paragraffer reguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Formålet er at sikre, at taksterne følger med den løbende udvikling af udgifter på sundhedsområdet, og incitamenterne dermed ikke forvrides.

(§ 238 a)

Det foreslås i sundhedsloven § 238 a, *stk. 1*, 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. (2025-niveau) pr. sengedag for første og anden sengedag og 4.200 kr. (2025-niveau) for hver sengedag fra og med den tredje sengedag. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Forslaget vil betyde, at en ny statslig takstordning for somatiske færdigbehandlede patienter indføres. 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 i § 238 a, *stk. 2*, 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. (2025-niveau) 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. (2025-pl) 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.

Det foreslås i § 238 a, stk. 3, 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 i § 238 a, stk. 4, at 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 sundhedsministeren vil kunne fastsætte detaljerede regler om afregningsproceduren. Dette vil omfatte regler om f.eks. indberetning og dokumentation af aktivitet fra regionernes side.

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

Det foreslås i § 238 a, stk. 5, at sundhedsministeren fastsætter regler om tilbageførsel af provenuet efter stk. 1 til kommunerne.

Forslaget vil betyde, at sundhedsministeren fremover vil 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.

UDKAST

Det foreslås i §238 a, *stk. 6*, at taksterne efter *stk. 1* og *2*, pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Forslaget vil betyde, at taksterne i de respektive paragraffer reguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Formålet er at sikre, at taksterne følger med den løbende udvikling af udgifter på sundhedsområdet, og incitamenterne dermed ikke forvrides.

(§ 238 b)

Det foreslås i § 238 b, *stk. 1*, at bopælsregionen opkræver bopælskommunen betaling pr. sengedag for ophold på en sundheds- og omsorgsplads efter afsnit IX til borgere fra kommunen, hvis forløb 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. (2025-niveau).

Forslaget vil betyde, at der indføres 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 (2025-niveau) for fortsat ophold.

Forslaget vil medføre, at regionen skal opkræve afslutningstaksten af kommunen med mindre regionen og kommunen har indgået en særskilt aftale herom. En aftale om at afvige fra bestemmelsen vil f.eks. kunne indgås som en del af et horisontalt samarbejde mellem region og kommune, hvor kommunen varetager sundhedsydelser, som f.eks. sundheds- og omsorgspladser, på vegne af regionen.

Formålet er at sikre, at regionen vil modtage compensation 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.

Tildelings- og afslutningskriterier for sundheds- og omsorgspladser fastlægges af Sundhedsstyrelsen i kvalitetsstandarden for sundheds- og omsorgspladser efter sundhedslovens § 118 b.

Det foreslås i § 238 b, *stk. 2*, 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.

UDKAST

Forslaget vil fastlægge, at regionen vil skulle vurdere, om et forløb er afsluttet, baseret på kriterier i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard. Ved et afsluttet forløb på en sundheds- og omsorgsplads forstås, at borgerens indsatser er evalueret og afsluttet i henhold til kriterierne i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser. 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 fagligt relevante kriterier.

Det foreslås i § 238 b, stk. 3, 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 betyde, at refusionsretten udvides til også at omfatte betaling efter stk. 1 og 3. Dette vil videre 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 i § 238 b, stk. 4, at sundhedsministeren fastsætter 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 regler om f.eks. 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.

Det foreslås i § 238 b, stk. 5, at taksterne efter stk. 1, pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Forslaget vil betyde, at taksterne i de respektive paragraffer reguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Formålet er at sikre, at taksterne følger med den løbende udvikling af udgifter på sundhedsområdet, og incitamenterne dermed ikke forvrides. (§ 238 c)

UDKAST

Det foreslås i § 238 c, stk. 1, 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. (2025-niveau) pr. sengedag for hver sengedag fra og med den enogtyvende. sengedag.

Forslaget vil indføre en statslig takst på 1.400 kr. pr. sengedag (2025-niveau) 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 i § 238 c, stk. 2, 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 betyde, at refusionsretten udvides til også at omfatte betaling efter stk. 1 og 3. Dette vil videre 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 i § 238 c, stk. 3, at 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 regler om f.eks. 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.

Det foreslås i § 238 c, stk. 4, at sundhedsministeren fastsætter regler om tilbageførsel af provenuet efter stk. 1 til kommunerne.

UDKAST

Forslaget vil videreføre, at 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.

Det foreslås i §238 c, stk. 5, at taksterne efter stk. 1, pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Forslaget vil betyde, at taksterne i de respektive paragraffer reguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Formålet er at sikre, at taksterne følger med den løbende udvikling af udgifter på sundhedsområdet, og incitamenterne dermed ikke forvrides.

Til § 2

Til nr. 1

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

Det følger af lægemiddellovens § 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 lægemiddellovens § 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 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.

UDKAST

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

De gældende regler indebærer at regionerne ikke uden tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen vil kunne håndtere lægemidler til brug for behandling i akutsygeplejen og på sundheds- og omsorgspladser.

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

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

Forslaget vil indebære, at regionerne uden tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen vil kunne fordele, opsplitte og udlevere lægemidler til brug for behandling af patienter i eget hjem, herunder i akutsygeplejen og på midlertidige døgndækkede pladser, herunder sundheds- og omsorgspladser.

Forslaget vil herudover indebære, at en behandling med et lægemiddel på en midlertidig døgndækket 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 lægemidlet bliver rekvireret fra et apotek.

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

UDKAST

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

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

Forslaget vil yderligere indebære, at regionerne vil kunne etablere medicinske eller -rum, hvori der kan opbevares fælles lægemidler.

Herunder vil der kunne opbevares lægemidler, som i beredskabssituationer kan distribueres til befolkningen med henblik på behandling i eget hjem eller på midlertidige døgndækkede pladser efter ordination.

Adgangen til regionernes medicinske eller -rum vil af hensyn til lægemiddelsikkerheden være begrænset. Det vil alene være læger eller sygeplejersker, eller en person, der virker som medhjælp til læger eller sygeplejersker, der vil kunne få adgang til et medicinskab eller -rum.

Der vil alene kunne rekvireres lægemidler, som den rekvirerende sundhedsperson kan ordinere. Medicinskabet vil kunne tilgås af læger og sygeplejersker, der er tilknyttet den omhandlede regionale funktion, herunder f.eks. den omhandlede sundheds- og omsorgsplads, akutsygeplejen eller andet med henblik på at opsplitte lægemidler og medbringe dem til en patient efter ordination.

Udlevering vil kunne ske til brug for behandling på en sundheds- og omsorgsplads og andre regionale midlertidige døgndækkede pladser. Et opsplittet lægemiddel vil desuden kunne medtages af læger og sygeplejersker i en medicintaske som led i behandling.

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

UDKAST

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

Håndteringen af lægemidler i regionernes medicinskabe eller -rum, der oprettes i henhold til den foreslåede ordning, vil være omfattet af Styrelsen for Patientsikkerheds almindelige tilsyn.

Lægemiddelstyrelsen vil i medfør af bemyndigelsen i lægemiddelovens § 39, stk. 4, fastsætte de nærmere regler for håndteringen af lægemidler i de regionale medicinskabe eller -rum. Det forudsættes, at Lægemiddelstyrelsen vil fastsætte regler, der svarer til dem, der på nuværende tidspunkt gælder for de kommunale medicinskabe, jf. pkt. 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 bemyndigelsen 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.

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

Det foreslås, at endvidere, at der i lægemiddelovens § 39, stk. 3, nr. 13, indsættes efter »hjem og«: » på«.

Forslaget indebærer alene en sproglig præcisering.

Til § 3

Til nr. 1

Det fremgår af § 55, stk. 1, i lov om apoteksvirksomhed (apotekerloven), jf. lovbekendtgørelse nr. 703 af 26. maj 2023, 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 der 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

Det er Sundheds- og Kirkeministeriets opfattelse, at sundheds- og omsorgspladser og akutsygeplejen ikke kan anses for en del af sygehusvæsenet, således at sygehusapotekerne i medfør af apotekerlovens § 55, stk. 1, kan levere lægemidler og andre varer hertil.

Det foreslås, at der i apotekerlovens § 55, *stk. 1*, indsættes efter »varer til«: »regionerne til brug for håndteringen af lægemidler i henhold til § 39, stk. 3, nr. 13, i lov om lægemidler, samt«.

Forslaget vil indebære, at en behandling med et lægemiddel på en midlertidig døgndækket 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 lægemidlet bliver rekvireret fra et apotek.

Forslaget vil endvidere indebære, at en borger på en sundheds- og omsorgsplads vil kunne få udleveret de lægemidler, som borgeren 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 varer ofte en måned eller mere og kræver således rammer, der understøtter lægemiddelhåndteringen gennem hele forløbet med henblik på at realisere det rehabiliterende sigte.

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

UDKAST

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 kunne vælge at rekvirere lægemidler 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 autorisationsloven, at det nationale råd for lægers videreuddannelse består af en formand, formændene for de 3 regionale videreuddannelsesråd og et af 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 sundhedsministeren nærmere fastsat antal medlemmer.

Det foreslås, at de fire nye medlemmer, som skal repræsentere hver af regionerne, træder ind i stedet de to eksisterende repræsentanter fra regionerne, som i dag udpeges efter indstilling fra Danske Regioner. Det vil dermed betyde, at Danske Regioner fremover samlet vil indstille ét medlem til det nationale råd for lægers videreuddannelse.

Forslaget skal ses i lyset af, at det med den foreslåede § 34 a, som affattet ved lovforslagets § 4, nr. 4, fremover vil være regionerne, der træffer afgørelse om fordeling og tilrettelæggelse af forløb på den lægelige videreuddannelse.

Selvom de regionale videreuddannelsesråd med lovforslaget ikke længere vil træffe afgørelse om fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb, vil formændene for de regionale videreuddannelsesråd fortsat være

repræsenteret i det nationale råd for lægers videreuddannelse. Det skal ses i lyset af, at de regionale videreuddannelsesråd 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 sundhedsministeren fastsat antal medlemmer.

Til nr. 2

Det følger af autorisationslovens § 34, stk. 2, at de regionale videreuddannelsesråd 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.

Forslaget vil indebære, at de regionale videreuddannelsesråd ikke længere vil træffe afgørelse vedrørende fordeling og tilrettelæggelse af forløb på den lægelige videreuddannelse. De regionale videreuddannelsesråd vil i stedet skulle rådgive regionerne i forhold vedrørende den lægelige videreuddannelse, herunder fordelingen og tilrettelæggelsen af uddannelsesforløb.

Med forslaget vil de regionale videreuddannelsesråd fremover varetage en væsentlig rådgivende rolle over for pågældende regionsråd. De vil således bidrage med rådgivning, der styrker regionsrådenes beslutningsgrundlag for fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb, så en større del af uddannelsesforløbene fremover placeres uden for de store byer, mens det samtidigt sikres, at uddannelsesforløbene er af høj kvalitet og i overensstemmelse med specialernes målbeskrivelser.

UDKAST

Forslaget vil indebære, at de regionale videreuddannelsesråd fortsat træffer afgørelse om godkendelse af uddannelsesafdelinger inden for regionen m.v. De regionale videreuddannelsesråd vil i deres godkendelse og løbende opfølgning på allerede godkendte uddannelsesafdelinger således fortsat understøtte, at uddannelsesforløb tilrettelægges på uddannelsesafdelinger med den nødvendige kapacitet til bl.a. at sikre tilstrækkelig supervision og vejledning til at understøtte uddannelseslægenes faglige progression og opnåelse af kompetencer, fastsat i specialernes målbeskrivelser.

Forslaget vil indebære, at de regionale videreuddannelsesråd 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.

Såfremt de regionale videreuddannelsesråd, eksempelvis som opfølgning på en inspektorrapport, påtænker at trække en godkendelse af en uddannelsesafdeling tilbage eller i øvrigt bliver opmærksomme på kvalitets- eller kapacitetsmæssige mangler, der kræver opfølgende tiltag fra regionsrådet, går videreuddannelsesrådet i dialog med pågældende regionsråd mhp. at konkretisere de påkrævede opfølgende initiativer for opretholdelse af uddannelsesafdelingens godkendelse eller for at udbedre de kvalitets- eller kapacitetsmæssige mangler.

De regionale videreuddannelsesråd vil fortsat også have til opgave af foretage meritvurderinger for læger, der ønsker at få afkortet deres 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 videreuddannelsesråd forblive uændret.

Til nr. 3

Det fremgår af § 34, stk. 6, at 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.

Det foreslås, at § 34, stk. 6, ophæves.

Forslaget er en følge af, at de regionale videreuddannelsesråd efter den foreslåede nyaffattelse af § 34, stk. 2, som affattet ved lovforslagets § 4, nr. 2, ikke længere skal træffe afgørelse om fordeling af uddannelsesforløb.

Til nr. 4

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

Det foreslås, at der indsættes en ny § 34 a.

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

Forslaget vil betyde, at regionsrådene fremover vil 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.

Regionsrådene vil skulle forholde sig konkret til de regionale videreuddannelsesråds rådgivning, og det forventes, at der løbende er dialog mellem de regionale videreuddannelsesråd og regionerne om den rådgivning, som regionerne modtager.

Undtaget herfra er regionsrådenes beslutninger om administrationen af- og 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.

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

Regionsrådene skal dog sikre en overordnet tværregional koordinering af fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb indenfor specialer, hvor det er hensigtsmæssigt eller nødvendigt at tilrettelægge uddannelsesforløb på tværs af både regions- og videreuddannelsesregionsgrænser.

Forslaget skal ses i sammenhæng med den foreslåede nyaffattelse af § 34, stk. 2, jf. lovforslagets § 4, nr. 2, hvorefter de regionale videreuddannelsesråd ikke længere skal træffe afgørelse om fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb under den lægelige videreuddannelse.

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

Forslaget svarer til klageadgangen, der i dag gælder for de afgørelser, som de regionale videreuddannelsesråd i dag træffer vedrørende fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb på den lægelige videreuddannelse, jf. § 34, stk. 3 og 4.

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

Forslaget svarer til den klageadgang, der gælder for de afgørelser, som de regionale videreuddannelsesråd i dag træffer vedr. fordeling og

tilrettelæggelse af uddannelsesforløb på den lægelige videreuddannelse, jf. § 34 stk. 3 og 4.

Forslaget vil betyde, at sundhedsministeren, svarende til de gældende regler i § 34, stk. 4, 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 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 svarer til 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 omfatter både regler for fordeling og regler for tilrettelæggelse af uddannelsesforløb, således at sundhedsministeren kan fastsætte de nærmere regler for hele det område, som regionsrådene får kompetence til at træffe afgørelse om.

Med forslaget vil 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*.

Ikrafttrædelsestidspunktet vil for lovforslagets § 4 betyde, at regionsrådene fra 1. januar 2027 vil overtage ansvaret for fordeling og tilrettelæggelsen af uddannelsesforløb, der er godkendt under den tidligere ordning, herunder ifm. et eventuelt behov for tilpasninger i de allerede godkendte

uddannelsesforløb, eksempelvis som følge af orlov, barsel, sygdom, forskningsophold eller ved overflytning af forløb mellem regioner.

Det foreslås i *stk. 2*, at sundhedsministeren fastsætter tidspunktet for ikrafttræden af § 208 i sundhedsloven, som affattet i lovforslagets § 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 sundhedsministeren udstede en ikrafttrædelsesbekendtgørelse, hvorefter der kan igangsættes en ansøgningsproces for varetagelsen af lands- og landsdelsfunktioner. Det forventes, at revisionen af specialeplanen et afsluttet inden udgangen af 2027.

Det foreslås i *stk. 3*, at § 208, stk. 2-7, i sundhedsloven, som affattet ved lovforslagets § 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 ved lovforslagets § 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 ved lovforslagets § 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 lovforslagets § 1, nr. 2, ikke finder anvendelse for personer, der har 1. færdigbehandlingsdag på en somatisk sygehusafdeling inden lovens ikrafttræden, jf. stk. 1.

Forslaget vil betyde, at personer, der har 1. færdigbehandlingsdag på en somatisk sygehusafdeling inden lovens ikrafttræden vil udløse færdigbehandlingsdage, som skal afregnes efter de hidtil gældende 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.

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.

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 følger af § 80 i apotekerloven, at loven ikke gælder for Færøerne og Grønland, men ved kongelig anordning kan sættes i kraft for Grønland med de afvigelser, som de særlige grønlandske forhold tilsiger.

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 apotekerloven 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 følger af § 97 i autorisationsloven, at loven ikke gælder for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes helt eller delvis i kraft

UDKAST

for Færøerne med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger. Lovens bestemmelser kan sættes i kraft på forskellige tidspunkter for Færøerne.

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>
	§ 1 I lov om ..., jf. lovbekendtgørelse nr. ... af ..., som ændret ved lov nr. ... af ..., foretages følgende ændringer:
§ X. ...	1. § X affattes således: »§ X. ...«.
	§ 2 I lov om ..., jf. lovbekendtgørelse nr. ... af ..., som ændret senest ved lov nr. ... af ..., foretages følgende ændringer:
§ X. ...	
§ 50. ---	
<i>Stk. 2. ---</i>	
<i>Stk. 3. Tilskud efter § 7 udbetales til anmeldte virksomheder.</i>	1. § 50, stk. 3, affattes således: »Tilskud efter § 7 udbetales til anmeldte virksomheder.«
<i>Stk. 4-9.---</i>	
	§ 3 I lov om ..., jf. lovbekendtgørelse nr. ... af ..., som ændret bl.a. ved lov nr. ... af ... og senest ved lov nr. ... af ..., foretages følgende ændringer:
§ X. ...	1. ...