

**Indenrigs- og Sundhedsministeriet**

Enhed: NAERSOM  
Sagsbeh.: DEPSSE  
Koordineret med: SPOLD  
Sagsnr.: 2301764  
Dok. nr.: 2557687  
Dato: 30-03-2023

## KOMMENTERET HØRINGSNOTAT

### vedrørende

#### Lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

I det følgende gennemgås de væsentligste bemærkninger til lovforslaget, som Indenrigs- og Sundhedsministeriet har modtaget i forbindelse med den offentlige høring i perioden fra den 24. januar til den 22. februar 2023.

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

---

Et udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed har i perioden fra den 24. januar til den 22. februar 2023 været sendt i høring hos følgende myndigheder og organisationer mv.:

Aalborg Universitet, Aarhus Universitet, Advokatrådet, Akademikerne, Alzheimerforeningen, Angstforeningen, Astma-Allergi Forbundet, Bedre Psykiatri, Center for hjerneskade, Danmarks Lungeforening, Danmarks Optikerforening, Danmarks Tekniske Universitet, Dansk Arbejdsgiverforening, Danske Bioanalytikere, Danske Fodterapeuter, Danske Fysioterapeuter, Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter, Danske Regioner, Dansk Erhverv, Danske Seniorer, Danske Universiteter, Danske Ældreråd, Dansk Handicap Forbund, Dansk Industri, Dansk Kiropraktor Forening, Dansk Psykolog Forening, Dansk Psykoterapeutforening, Dansk Pædiatrisk Selskab, Dansk Samfundsmedicinsk Selskab (DASAMS), Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM), Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin, Dansk Selskab for Palliativ Medicin, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Sygepleje Selskab (DASYS), Datatilsynet, Depressionsforeningen, Det Sociale Netværk, Diabetesforeningen, Epilepsiforeningen, Ergoterapeutforeningen, Fagbevægelsens Hovedorganisation, Farmakonomforeningen, FOA, Forbrugerrådet TÆNK, Foreningen af danske lægestuderende, Foreningen af Døgn- og Dagtilbud for udsatte børn og unge, Foreningen af Kommunale Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedschefer i Danmark, Foreningen af Speciallæger, Færøernes landsstyre, Gigtforeningen, Hjernesagen, Hjerneskadeforeningen, Hjerteforeningen, Høreforeningen, Jordemoderforeningen, KL, Kost og Ernæringsforbundet, Kristelig Lægeforening, Kræftens Bekæmpelse, Københavns Universitet, Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskaade (LMS), Ledernes Hovedorganisation, Lægeforeningen, Naalakkersuisut (Grønlands landsstyre), Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber, Patientforeningen, Patientforeningen i Danmark, Praktiserende Lægers Organisation, Psoriasisforeningen, Scleroseforeningen, Sekretariat for den lægelige videreuddannelse Syd, Sekretariat for lægelige videreuddannelse Øst, Sekretariat for lægers videreuddannelse Nord, Sjældne Diagnoser, Socialpædagogernes Landsforbund, Sundhed Danmark - Foreningen af danske sundhedsvirksomheder, Syddansk Universitet, Tolkebureauernes Brancheorganisation, Vaccinationsforum, Yngre Læger og Ældre Sagen.

Lovforslaget har desuden været offentliggjort på Høringsportalen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har modtaget høringssvar uden bemærkninger fra:  
Aarhus Universitet, Dansk Arbejdsgiverforening, Dansk Kiropraktor Forening og Forbrugerrådet TÆNK.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har modtaget høringsvar med bemærkninger fra:

Alles Lægehus, Bedre Psykiatri, Danske Bioanalytikere, Danske Fysioterapeuter, Danske Patienter, Danske Regioner, Dansk Erhverv, Danske Ældreråd, Dansk Hæmatologisk Selskab, Dansk Industri, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Folkesundhed, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Sygepleje Selskab (DASYS), Diabetesforeningen, Ergoterapeutforeningen, Farmakonomforeningen, FOA, Gigtforeningen, Hjerteforeningen, KL, Kommunale Velfærdschefer, Kost og Ernæringsforbundet, Kræftens Bekæmpelse, Lungeforeningen, Lægeforeningen (inkl. Foreningen af Speciallæger og Yngre Læger), Organisation af Lægevidenskabelige Selskaber, Osteoporoseforeningen, Praktiserende Lægers Organisation, Sekretariat for den lægelige videreuddannelse Syd, Sekretariat for lægelige videreuddannelse Øst, Sekretariat for lægers videreuddannelse Nord og Ældre Sagen.

## Høringsvar og Indenrigs- og Sundhedsministeriets kommentarer

---

I det følgende foretages en gennemgang af de væsentligste bemærkninger i de indkomne høringsvar. Gennemgangen følger lovforslagets opbygning, således at den overordnede nummerering i lovforslaget for de enkelte delelementer går igen i dette notat. Gennemgangen af høringsvarene er inddelt i generelle og specifikke bemærkninger til hver del af lovforslaget. De specifikke bemærkninger er så vidt muligt grupperet efter emne. Ministeriets kommentarer til høringsbemærkninger er *kursiverede*.

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet takker alle høringsparter for deres høringsvar og henviser til ministeriets bemærkninger til de enkelte delelementer nedenfor.*

## 2.1. Den nationale kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen

### Generelle bemærkninger

---

Bedre Psykiatri, Danske Bioanalytikere, Danske Fysioterapeuter, Danske Patienter, Danske Regioner, Danske Ældreråd, Dansk Industri (DI), Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Folkesundhed, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Sygepleje Selskab (DASYS), Diabetesforeningen, Ergoterapeutforeningen, Farmakonomforeningen, FOA, Gigtforeningen, Hjerteforeningen, Kommunale Velfærdschefer, Kommunernes Landsforening (KL), Kost- og Ernæringsforbundet, Kristendemokraterne, Lungeforeningen, Lægeforeningen, Osteoporoseforeningen, Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Ældre Sagen anfører, at de generelt bakker op om en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen. Dette for at understøtte og ensarte opgaveløsningen inden for de kommunale sundhedsydelser.

**Dansk Selskab for Almen Medicin** anerkender, at den nationale kvalitetsplan og kvalitetsstandarder bør omfatte det nære sundhedsvæsen i bred forstand, men finder det uklart defineret i lovforslaget, hvilke dele af sundhedsvæsenet, der er omfattet af lovudkastet og i særdeleshed den nationale kvalitetsplan.

**Dansk Selskab for Folkesundhed** anbefaler, at bemyndigelsesbestemmelsen i § 118 b bør udvides til også at gælde forebyggelsesindsatser i § 119.

**Danske Patienter** mener, at den kommunale del af sundhedsvæsenets samlede indsats i mange år har været dekoblet fra resten af sundhedsvæsenet, og at der er behov for at styrke kvaliteten af de sundhedstilbud. Danske Patienter er tilfredse med, at der er tale om bindende og konkrete kvalitetskrav.

**Danske Regioner** mener, at Sundhedsstyrelsens beføjelser i forhold til en kvalitetsplan ikke bør begrænses til indsatser efter sundhedslovens kapitel IX, men at kvalitetsplanen bør omfatte alle de sundheds- og plejeindsatser i det nære sundhedsvæsen, som er vigtige for at forebygge unødvendige hospitalskontakter.

**Danske Ældreråd** anfører, at snitfladerne mellem almen praksis og den kommunale sygepleje bør beskrives i kvalitetsplanen.

**Gigtforeningen** finder det uklart, hvad der menes med, at det af bemærkningerne fremgår, at der kan udarbejdes en eller flere kvalitetsstandarder på et område og med det formål at opnå kvalitet og sammenhæng for både somatiske og psykiatriske patienter.

**KL** bemærker, at den foreslåede bemyndigelse til indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte bindende krav til kommuner og regioner om indsatser efter sundhedslovens kapitel IX er vidtgående. KL understreger, at det er helt afgørende, at relevante parter løbende inddrages i drøftelsen af konkrete tiltag til udmøntning af denne bemyndigelse. KL efterspørger en præcisering af, om ministeren, udover at kunne fastsætte nærmere regler for indsatsen efter sundhedslovens kapitel IX, med lovforslaget også bemyndiges til ved bekendtgørelse, at regulere opgavevaretagelsen i kommuner og regioner, konkret ved f.eks. at flytte (omlægge) opgaver, der i dag er henlagt til regionerne eller kommunerne. KL undrer sig desuden over, at det af lovforslagets bemærkninger fremgår, at formålet med at sikre ensartet og sammenhængende kvalitet i sundhedsindsatserne i forbindelse med omstillingen er for både somatiske og psykiatriske patienter. Dette bl.a. henset til, at langt størstedelen af de opgaver, som kommunerne i dag løfter på det psykiatriske område, reguleres efter Lov om Social Service og således ikke er omfattet af bemyndigelsesbestemmelsen i dette lovforslag.

**Ældre Sagen** finder det afgørende, at der ikke opstår et "parallelt sundhedsvæsen i kommunerne. Ældre Sagen finder det yderst vigtigt at styrke det nære sundhedsvæsen, da ældre patienter i dag og fremover i stigende grad vil blive behandlet i kommunerne. Ældre Sagen oplever store forskelle på omfang og kvalitet i de sundhedstilbud, som kommunerne tilbyder og mener, at det er afgørende, at der indføres hjemmel til at udstede bindende og forpligtende kvalitetskrav til opgavevaretagelsen i kommunerne.

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan til ønsket fra Dansk Selskab for Almen Medicin om præcisering af, hvilke dele af sundhedsvæsenet, som er berørt omfattet af kvalitetsplanen, henvise til lovforslagets bemærkninger. Heri står, kvalitetsplanen vedrører det nære sundhedsvæsen, hvormed forstås en samlet betegnelse for sundhedstilbud, der varetages uden for sygehusene i eller tæt på borgerens eget hjem f.eks. af kommuner, almen praksis, øvrige privatpraktiserende sundhedsprofessionelle, herunder privatpraktiserende speciallæger, udgående funktioner fra sygehusene mv. eller varetages af borgeren selv f.eks. ved hjælp af digitale løsninger. Det fremgår videre, at bemyndigelsesbestemmelsen omfatter sundhedsydelse i lovens afsnit IX.*

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan til Gigtforeningen og KL's spørgsmål vedrørende berørte patientgrupper oplyse, at sundhedsloven overordnet set ikke skelner mellem patienter med somatiske og psykiatriske diagnoser.*

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan i forhold til bemærkning fra Dansk Selskab for Folkesundhed om anvendelsesområdet for bemyndigelsesbestemmelsen bemærke, at ministeriet er enig i bemærkningen, og at den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse i § 118 b omfatter alle kommunale sundhedsydelser under lovens kapitel IX, hvor også § 119 om forebyggelsesindsatser står.*

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker til KL's ønske om præcisering vedr. opgaveflytning, at bemyndigelsesbestemmelsen ikke kan føre til en ændring af den opgavefordeling mellem regioner og kommuner, som i dag følger af sundhedsloven. Myndighedsansvaret for opgaverne vil således fortsat være placeret i enten regionen eller kommunen. Regulering af de konkrete opgaver vil skulle fastsættes i en bekendtgørelse i medfør af den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse i § 118 b. Anbefalinger og krav vil blive beskrevet i kvalitetsstandarder i medfør af udstedte bekendtgørelser, og disse kan omfatte krav til bl.a. opgaveudvikling, kompetencer og samarbejde mellem kommuner, regioner og almen praksis for at sikre sammenhængende patientforløb og ensartet kvalitet. En ændret opgavevaretagelse af konkrete, ikke-lovfæstede opgaver, vil kræve dialog og aftale mellem de involverede parter.*

## **Specifikke bemærkninger**

---

Vedr. ønske om udarbejdelse af nye kvalitetsstandarder

**Dansk Sygepleje Selskab** anfører, at der bør indskrives krav om sygeplejefaglig ledelse (kommunal sygepleje) for patienters behandlingsforløb i kvalitetsstandarderne.

DI opfordrer til, at fokus i de kommende kvalitetsstandarder bør være gennemsigtighed.

**Diabetesforeningen** ønsker, at der på sigt udarbejdes kvalitetspakker og standarder for den generelle borgerrettede forebyggelse med fokus på populationsbaserede strategier og måltal. Diabetesforeningen peger desuden på ni forslag til, hvad kommende kvalitetskrav i forhold til kommunale sundhedsydelser skal adressere.

**Gigtforeningen** opfordrer til, at kommende områder til kvalitetsstandarder udvælges ud fra tre kriterier: 1) stort volumen, 2) evidens for indsatsen og 3) hurtig og effektiv implementering.

**Hjerteforeningen** anfører, at kvalitetsstandarder på forebyggelsesområdet bør fastsætte faglige krav, herunder tage udgangspunkt i allerede eksisterende faglige anbefalinger på området.

**KL** anbefaler, at Sundhedsstyrelsen i det kommende arbejde med kvalitetsstandarder lader sig inspirere af de syv principper for fremtidens behandling af kroniske sygdomme udarbejdet af Hjerteforeningen, Gigtforeningen og KL. KL finder det desuden afgørende, at den dialog og aftale med involverede parter i forbindelse med omstillingsprocessen kommer til at ske løbende.

**Kost- og Ernæringsforbundet** foreslår, at underernæring, svær overvægt og behandling af ældre medicinske patienter udvælges som kommende områder for kvalitetsstandarder.

**Kristendemokraterne** anfører, at kvalitetskrav til de kommunale sundhedsydelser bør være faglige krav, så der fortsat er tillid og frihed i kommuner og regioner, til at tilrettelægge indsatsen lokalt.

**Kræftens Bekæmpelse** opfordrer til, at patientperspektiver indtænkes i det kommende arbejde med omstillings- og forandringsproces i sundhedsvæsenet. Kræftens Bekæmpelse foreslår, at forebyggelse indgår som nyt led i kvalitetsplanen, og at kommende kvalitetsstandarder kan omhandle kræftpatienters behandling af senfølger, rehabilitering og palliation i kommunerne.

**Osteoporoseforeningen** foreslår, at der i det videre arbejde med udvikling af rammerne for en national kvalitetsplan bl.a. tydeliggøres, at kommunerne bør arbejde tværgående og med udgangspunkt i borgerens behov, at der tages udgangspunkt i forskningsbaseret viden, og at formidling og samarbejde er afgørende for sammenhæng.

**Ældre Sagen** opfordrer til, at der stilles en række bindende kvalitetsstandarder for ældre medicinske patienter, der behandles i spændingsfeltet mellem sygehus og kommune.

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig forslag og opfordringer til det videre arbejde med kvalitetsplanen og de konkrete kvalitetsstandarder. Ministeriet bemærker, at der med sundhedsreformaftalen fra maj 2022 er afsat finansiering til kvalitetsstandarder for hhv. de kommunale akutfunktioner og den regionale rådgivning heraf samt de kommunale patientrettede forebyggelsestilbud for borgere med kronisk sygdom.*

*Det fremgår af lovforslaget, at Sundhedsstyrelsen vil få til opgave at rådgive ministeren om konkrete sundhedsopgaver, som fremadrettet kan løses mere hensigtsmæssigt inden for det nære sundhedsvæsen som en del af omstillingsprocessen. En ændret opgaveløsning som en del af omstillingsprocessen vil kræve dialog og aftale mellem de involverede parter.*

Vedr. regional rådgivning

**Danske Patienter** finder det positivt, at det bliver muligt at fastsætte nærmere krav til regionernes rådgivningsforpligtelse, og at det bør præciseres, at der kan være tale om rådgivning, sparring og vejledning i relation til en konkret patient eller til en mere generel problemstilling.

**FOA** bakker op om en bemyndigelsesbestemmelse til at fastsætte nærmere krav til regionernes rådgivningsforpligtelse i forhold til indsatser efter lovens kapital IX.

KL bakker op om en bemyndigelsesbestemmelse til at fastsætte nærmere krav til regionernes rådgivningsforpligtelse i forhold til indsatser efter lovens kapital IX. I den forbindelse opfordrer KL til, at der opstilles konkrete og entydige krav til sygehuse og almen praksis om rådgivning af kommunerne og om behandlingsansvarlig læge i de enkelte patientforløb.

**Kommunale Velfærdschefer** ser positivt på muligheden for rådgivning fra såvel sygehuse som praktiserende læger. Det påpeges samtidig, at man også bør indtænke at udnytte de sundhedsfaglige kompetencer i kommunerne i forbindelse med rådgivning i det nære sundhedsvæsen.

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet er enig i Danske Patienters bemærkning om rådgivningsforpligtelsen og kan oplyse, at det i lovforslagets specielle bemærkninger til § 1, nr. 1 er nævnt, at det er hensigten, at sundhedsfaglig rådgivning, sparring og vejledning både kan være i relation til en konkret patient eller vedrøre problemstillinger af mere generel karakter. Det kan f.eks. være i forbindelse med tilrettelæggelsen af tværgående patientforløb.*

*I forhold til KL's opfordring til at der opstilles konkrete og entydige krav til regionernes rådgivningsforpligtelse, kan ministeriet bemærke, at de konkrete krav og anbefalinger til rådgivningsforpligtelsen vil blive håndteret i regi af udarbejdelsen af de enkelte kvalitetsstandarder.*

Vedr. økonomi

**Bedre Psykiatri** udtrykker bekymring for, at det fremadrettet bliver økonomiske hensyn, der kommer til at styre indsatskravene fremadrettet, fordi der ikke bliver afsat tilstrækkelige midler dertil. Dermed er der risiko for, at ambitionerne fremadrettet ikke indfries for nye indsatsområder. Omvendt er der en risiko for, at kravene bliver dyrere, end hvad kommunerne har økonomi og kompetencer til, hvis økonomi og krav ikke følges ad.

**Dansk Selskab for Folkesundhed, Danske Patienter, FOA, Kommunale Velfærdschefer og Ældre Sagen** bemærker, at det er vigtigt, i takt med at der flyttes opgaver til det nære sundhedsvæsen og over i kommunerne, at der følger de nødvendige ressourcer med.

KL noterer sig, at kvalitetsstandarder til de kommunale indsatser vil forpligte kommunen til at efterleve en række nationale, konkrete krav. Konsekvenserne af de konkrete kvalitetsstandarder skal derfor løbende drøftes i forhold til økonomisk kompensation til kommunerne. KL anerkender, at der allerede er afsat midler til de kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner og patientrettede forebyggelsestilbud til borgere med kroniske sygdomme, men at de ikke kommer til at række. KL finder, at det må være en grundpræmis, at de økonomiske, ressourcemæssige og faglige konsekvenser afdækkes systematisk i forbindelse med kvalitetsstandarderne. KL ser frem til løbende drøftelser med regeringen herom.

**Kristendemokraterne** frygter kommunale besparelser på det forebyggende sundhedsområde.

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at der med sundhedsreformaftalen fra maj 2022 er afsat finansiering til kvalitetsstandarder for hhv. de kommunale akutfunktioner og den regionale rådgivning heraf samt de kommunale patientrettede forebyggelsestilbud for borgere med kronisk sygdom. Det fremgår desuden af lovforslaget, at hvis der er økonomiske konsekvenser for regioner og kommuner forbundet med yderligere indførelse af kvalitetsstandarder, vil dette blive drøftet og evt. aftalt med kommuner og regioner.*

Vedr. tværgående samarbejde:

**Danske Patienter** bemærker, at udfordringer med barrierer for samdrift, som er medvirkende til, at der i mange patientforløb i dag ikke er sammenhæng i indsatsen, ikke bliver løst med indeværende lovforslag eller af den nationale kvalitetsplan i sin helhed.

FOA opfordrer indenrigs- og sundhedsministeriet til at tænke endnu mere i fælles løsninger med fælles ledelse og fælles økonomi, gerne i regi af sundhedsklynger.

**Hjerteforeningen** konstaterer, at lovforslaget ikke indeholder løsninger på udfordringer med samdrift mellem regioner og kommuner, når det gælder delt økonomi og ansvar. Dette forhindrer fortsat et fælles ansvar for optimal organisering, og øger risikoen for suboptimering til skade for sammenhæng i behandlingen.

**Lægeforeningen** og **Ældre Sagen** ser gerne, at de lovgivningsmæssige rammer i højere grad understøtter mulighederne for fleksibel arbejdstilrettelæggelse og bedre samarbejde, både på tværs af kommuner og på tværs af kommuner og regioner.

**Osteoporoseforeningen** bemærker, at langt de fleste kommuner i dag arbejder tværfagligt, men at det sjældent er på tværs af diagnoser og sjældent på tværs af kommunegrænser. Der opfordres til, at kommunerne med fordel kan arbejde tværgående og med udgangspunkt i borgernes behov.

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at der inden for gældende regler er mulighed for, at der kan samarbejdes både på tværs af kommuner samt på tværs af kommuner og regioner fx i de nye sundhedsklynger. En udvidelse af rammerne for dette samarbejde er ikke en del af den politiske aftale bag den nationale kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen.*

Vedr. kvalitetsplanen i forhold til sundhedsklynger m.v.

**Dansk Selskab for Almen Medicin** bakker op om, at den nationale kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen skal ses i sammenhæng med arbejdet i sundhedsklyngerne og sundhedssamarbejdsudvalgene. Det bør understøtte og ikke begrænse samarbejdet, der bør være fokus på at undgå overdiagnostik og overbehandling, fokus på at undgå øget administration og først implementere nationale digitale værktøjer til kvalitetssikring efter brugerinddragelse og validering.

**Dansk Sygeplejeråd** opfordrer til at sammentænke kvalitetsplanen for det nære sundhedsvæsen med det nationale kvalitetsprogram.

**Danske Fysioterapeuter** opfordrer til, at strukturen og sammensætningen af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg udvides med henblik på at understøtte en mere tværfaglig involvering og sammensætning.

**Danske Patienter** anfører, at lokale tilpasninger i forhold til de nationale krav til kommunale sundhedstilbud, f.eks. i regi af sundhedsklyngerne, bør godkendes af Sundhedsstyrelsen.

**Danske Regioner** påpeger, at en national kvalitetsplan er helt central i den ønskede omstilling, som skal sikre en høj og ensartet kvalitet i det nære sundhedsvæsen. Det bliver bl.a. afgørende for, at sundhedsklyngerne kan lykkes med deres store opgave om at skabe bedre forløb for de fælles patienter på tværs af sektorer.

**Diabetesforeningen** og **Lungeforeningen** anerkender, at kommunerne oplever udfordringer med at rekruttere de rette specialiserede kompetencer. Derfor mener de, at de nye kvalitetskrav skal lægge op til, at kommunerne samarbejder om at tilbyde fælles patientrettet forebyggelse. Samarbejdet kan eksempelvis foregå indenfor sundhedsklyngerne. Kvalitetskravene skal også adressere kommunernes opgaver ift. at få flere borgere ind i tilbuddene, samt sikre fastholdelse af den forebyggende effekt efter endt forløb.

**PLO** opfordrer til, at retningslinjer og vilkår for sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalgs arbejde afspejler, at den nationale kvalitetsplan skal ses i sammenhæng hermed.

**Ældre Sagen** anfører, at det via klyngerne bør indtænkes, hvor lægefaglig behandling bør foregå, og at det tydeligt fremgår, hvor behandlingsansvaret er placeret i forhold til kvalitetskrav til tværkommunale løsninger.

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet henviser til lovforslagets bemærkninger, hvor det bl.a. fremgår, at den nationale kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen skal ses i tæt sammenhæng med vedtagelsen af lov nr. 910 af 21. juni 2022 (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.). Det skal styrke samarbejdet på tværs af både kommuner samt kommuner og regioner. Videre kan ministeriet henviser til bemærkninger til lovforslaget om sundhedsklynger. Heri fremgår bl.a., at sundhedsklyngerne vil skulle sætte fælles retning for og sikre lokal implementering af lokalt og nationalt aftalte initiativer og mål, f.eks. kvalitetstiltag, handlingsplaner, forløbsprogrammer og andre tværsektorielle retningslinjer. Sundhedsklyngerne vil også skulle drøfte initiativer, herunder omstilling af behandling til det primære sundhedsvæsen eller større ændringer i regionens eller kommunernes opgaver, som har politisk eller økonomisk betydning. Sundhedsklyngerne vil skulle bidrage med udspil til sundhedsaftalen og praksisplanen for almen praksis, og bidrage til retning for sundhedssamarbejdsudvalgets prioritering ift. implementering af nationale handleplaner mv.*

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker til opfordringen fra Danske Fysioterapeuter, at forslag til struktur og sammensætning af sundhedsklyngerne ligger udenfor den politiske aftale om sundhedsreformen samt dette lovforslag.*

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan til Dansk Sygeplejeråds opfordring om at sammentænke den nationale kvalitetsplan med det nationale kvalitetsprogram bemærke, at ministeriet og Sundhedsstyrelsen – med inddragelse af relevante parter – vil have blik for udviklingen på de udvalgte områder for udarbejdelse af konkrete kvalitetsstandarder i forbindelse med udmøntning og implementering af kvalitetsplanen.*

Vedr. efter-/videreuddannelse og brug af personaleressourcer:

**Dansk Sygeplejeråd** anfører, at det i det kommende arbejde med kvalitetsplanen er vigtigt, at de involverede parter inddrages. Dansk Sygeplejeråd ønsker fokus på hvilke faglige kompetencer og normeringer, der skal bruges i det nære sundhedsvæsen, samt at kvalitetsstandarderne ikke må være med til at øge unødvendigt bureaukrati.

**Danske Fysioterapeuter** opfordrer kommunerne til at indføre systematisk efter-/videreuddannelse for deres sundhedsmedarbejdere, så der sker et kontinuerligt kompetenceløft i alle kommuner.

**Danske Regioner** anfører, at sundhedspersonalets kompetencer bør anvendes klogt og effektivt til den samlede opgaveløsning henset til de begrænsede personaleressourcer og stigende pres på sundhedsvæsenet. Hensynet til effektiv ressourceudnyttelse på tværs af sektorer er et vigtigt element i arbejdet med en kvalitetsplan, som bør fremgå af lovforslaget.

**Hjerteforeningen** anbefaler, at der ved vedtagelse af § 118b stk. 2 udarbejdes forpligtende krav til regionerne i forhold til kompetenceudvikling af kommunale sundhedsprofessionelle for så vidt angår diagnose-specifikke vidensområder af betydning for kvaliteten af rehabiliteringstilbuddene.

**Kommunale Velfærdschefer** anfører, at indførelse af den nationale kvalitetsplan for kommunerne kræver en massiv efter-/videreuddannelse af personale, da medarbejdergrupperne repræsenterer et bredt spænd af kompetencer og kompetenceniveauer.

**Lægeforeningen** anfører, at speciallægerne og overlægerne på de danske hospitaler gerne bidrager med at yde lægefaglig rådgivning til kommunerne. Lægerne er vant til at rådgive og uddanne andre læger og faggrupper, hvilket kan udbredes til også at omfatte uddannelse af personale uden for sygehusene. Lægeforeningen bemærker hertil, at det er afgørende med den store mangel på speciallæger, at ressourcerne bruges klogt, hvorfor speciallægerne primært skal stille deres ekspertise til rådighed via virtuelle, digitale og telefoniske løsninger fremfor udgående tidskrævende funktioner.

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at Sundhedsstyrelsens udvikling af de konkrete kvalitetsstandarder som led i kvalitetsplanen bl.a. skal omfatte*

*krav og anbefalinger til kompetencer og uddannelse. Det fremgår endvidere, at arbejdet med kvalitetsplanen bl.a. skal understøtte nytænkning af opgaveløsningen, så nye og bedre teknologier og behandlingsformer løbende tages i brug som en del af omstillingsprocessen. Ministeriet har tydeliggjort i lovforslagets bemærkninger vedr. kvalitetsplanen i afsnittet om den foreslåede ordning, at effektiv brug af ressourcer også kan inddrages som element i overvejelserne i forhold til omstillingsprocessen.*

Vedr. ændring i tilstødende regler:

**Dansk Selskab for Almen Medicin** anfører, at der med den nationale kvalitetsplan skal være fokus på, at der ikke kommer unødvendigt bureaukrati. Kvalitetsplanen skal ikke føre til begrænsning af mulighed for udvikling i klyngerne, at minimumsstandarderne ikke må føre til overdiagnostik og overbehandling grundet ufleksible og for omfattende standarder samt at den administrative arbejdsmængde ikke må øges i det kommunale sundhedsvæsen.

**Dansk Sygeplejeråd** støtter nyt stk. 3 i § 119 om sundhedsfremme og forebyggelse og foreslår, at der ind sættes tilsvarende eksplicit krav til de forebyggende sundhedsydelse til børn og unge i kapitel 36, § 120 i Sundhedsloven.

**Dansk Ældreråd** anfører, at der er brug for præciseringer i forhold til krav til midlertidige kommunale pladser oprettet efter serviceloven.

**Danske Regioner** opfordrer til, at kvalitetsplanen kommer til at omfatte alle sundheds- og plejeindsatser i det nære sundhedsvæsen for at forebygge unødvendige hospitalskontakter. Det gælder også sundhedstilbud efter serviceloven.

**Farmakonomforeningen** ønsker løft af kvaliteten i kommunerne på medicinområdet.

**FOA** anfører kritik over lovforslagets skelnen mellem sundhedsydelse og servicelovsydelse. FOA fremhæver, at skelnen mellem de to ydelsesformer giver problematiske styringsmæssige rammer for både medarbejdere og borgere. FOA ønsker, at kvalitetsplanen og den nye ældrelov bliver tænkt sammen, hvilket også skal sikre, at Sundhedsstyrelsen får det nødvendige mandat til at skabe faglige rammer på ældreområdet. Derudover opfordrer FOA til, at kvalitetsplanen tænkes nøje sammen med arbejdet i regi af psykiatriplanen, jf. at psykiatriske patienter nævnes som målgruppe for kvalitetsplanen.

**Kristendemokraterne** anfører, at bureaukrati og standarder ikke må overskygge behovet for den differentierede sundhedsindsats, der skal til for at forebygge ulighed i sundhed.

**Ældre Sagen** anfører, at lovgivningen ikke er fulgt med opgaveflytningen til det nære sundhedsvæsen. Når behandling flyttes fra sygehus til kommuner er der generelt behov for at tilpasse lovgivningen, så der ikke er forskelle på patienters rettigheder og brugerbetaling afhængigt af, hvor man behandles. Ældre Sagen fremhæver befordringsreglerne, hvor Ældre Sagen foreslår, at den kommunale sygepleje omfattes af reglerne. Ældre Sagen opfordrer yderligere til, at der ved kommende ændring af bekendtgørelse og vejledning for kommunal sygepleje stoppes for brugerbetaling på akutpladser.

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at ændring af tilstødende regler og regulering i andre regelsæt ligger uden for rammerne af den politiske aftale om kvalitetsplanen for det nære sundhedsvæsen og formålet med dette lovforslag, men har noteret sig ønskerne fra høringsparterne.*

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan til FOA's kommentar bemærke, at der fra ministeriets side er opmærksomhed på igangværende initiativer bl.a. i regi af ældrelovsarbejdet og psykiatriplanen.*

Vedr. monitorering og opfølgning ifm. kvalitetsstandarderne:



**Bedre Psykiatri** anfører bekymring for manglende registrering, monitorering og sanktionsmuligheder i forbindelse med kvalitetskravene. Bedre Psykiatri finder det uklart, hvordan det med lovforslaget sikres, at kvalitetskravene er realistiske for kommunerne med hensyn til, hvordan indsatserne skal tilrettelægges, implementeres og følges op.

**Danske Patienter** anfører, at der i kvalitetsstandarderne som udgangspunkt bør stilles krav til systematisk dataopfølgning, herunder via PRO-data.

**Danske Ældreråd** anfører mangel på opfølgning af kvalitetsplanen og efterspørger, hvem der har ansvaret for opfølgningen. Danske Ældreråd efterspørger, hvilke implikationer det kan få, hvis en kommune i en periode ikke lever op til kvalitetsplanen, samt hvorvidt og hvordan der sker en løbende vurdering af, om kommunerne lever op til kvalitetsplanen.

**DI** anfører, at kvalitetsstandarderne skal holde sig til overordnede formål og kunne måles på tværs af kommunerne, så det ikke skaber unødigt bureaukrati, men derimod kan fungere som en fælles øvelse og et sammenligningsgrundlag – fremfor at bidrage til minimumskrav. DI ønsker kvalitetsindikatorer og årlige målinger af brugertilfredsheden, der skal angive borgerens helhedsvurdering af leverandøren og kvaliteten.

**Hjerteforeningen** anfører, at der bør tænkes systematisk data for kommunernes tilbud og indhold ind i udarbejdelsen af kvalitetsstandarderne.

**Kræftens Bekæmpelse** anfører behovet for IT-løsninger, der kan muliggøre ensartet opsamling af sundhedsdata på det kommunale område, deling af data på tværs af sektorer og til de kliniske kvalitetsdatabaser. Dertil opfordrer Kræftens Bekæmpelse til, at der oprettes en national monitorering af omfanget og kvaliteten af regionernes og kommunernes forebyggelsesindsatser.

**Osteoporoseforeningen** anfører ønske om monitorering af kvaliteten i den patientrettede forebyggelse. Osteoporoseforeningen foreslår, at den nationale kvalitetsplan er en mulighed for at drøfte, hvordan data for kvalitet og den tværsektorielle kvalitetsopfølgning kan styrkes – evt. ved at udvikle nye kliniske kvalitetsdatabaser i regi af RKKP.

**Ældre Sagen** anfører, at der med udflytning af behandling til kommunerne og med målsætningen om ensartet kvalitet i kommunerne er behov for at monitorere behandlingen i kommunerne med henblik på at afgøre, om kvalitetsstandarderne følges.

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at det af lovforslaget fremgår, at Sundhedsstyrelsens udvikling af de konkrete kvalitetsstandarder bl.a. skal omfatte krav og anbefalinger til kvalitetssikring og registrering/monitorering heraf. Dette også i takt med, at der udvikles bedre data for det nære sundhedsvæsen, således at det på sigt vil være muligt at monitorere efterlevelse af kravene. Det bemærkes, at der er et arbejde i gang i Sundhedsdatastyrelsen med at indsamle og vise data fra kommunerne, hvilket vil være en forudsætning for fremtidig dataunderstøttelse af kvalitetsstandarderne.*

Vedr. tidsforbrug på udvikling af kvalitetskrav

**Diabetesforeningen** og **Lungeforeningen** er bekymrede for, at udviklingen af kvalitetskravene kommer til at tage lang tid og understreger behovet for at holde fast i ambitionsniveauet fra sundhedsaftalen om hurtigt at få hævet kvaliteten i den patientrettede forebyggelse og nedbringe behovet for hospitalsforsøg.

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at Sundhedsstyrelsen er i gang med at udarbejde kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner. Arbejdet med kvalitetsstandarder til patientrettede forebyggelsestilbud til borgere med kroniske sygdomme påbegyndes marts 2023. Der er aktuelt ikke taget stilling til eller afsat midler til udarbejdelse af kvalitetsstandarder på andre områder. Regeringen vil nedsætte en sundhedsstrukturkommission, der skal udarbejde et beslutningsgrundlag, der opstiller og belyser modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet. Kommissionen skal bl.a. se på kvalitetsstan-*

darder. Sundhedsstrukturkommissionen skal nedsættes inden udgangen af 1. kvartal 2023 med henblik på at afrapportere i foråret 2024.

## 2.2. Forbedrede rammer for kommunernes opgavevaretagelse som led i indførelsen af kvalitetsstandarder

### Specifikke bemærkninger

---

Vedr. kvalitetsstandarden for de kommunale akutfunktioner:

**Danske Bioanalytikere** bakker op om en bindende krav til de kommunale akutfunktioner, da der i dag er stor variation i kvalitetssikringsordningen af diagnostikken.

Vedr. ændret benævnelse fra "hjemmesygepleje" til "kommunal sygepleje":

**Dansk Sygepleje Selskab** støtter, at det skal hedde "kommunal sygepleje" i stedet for "hjemmesygepleje". Det fremhæves, at det er vigtigt at fastholde betegnelsen "sygeplejerske" eller "kommunal sygeplejerske", da det skal være tydeligt, hvilke professioner, der har ansvaret for sygeplejefaglige indsatser.

**FOA** finder denne ændring oplagt, da opgaven håndteres mange andre steder, end i borgerens hjem. FOA opfordrer til, at det i lovforslagets bemærkninger om begrundelsen for ændringen også bør fremgå, at store dele af den kommunale sygepleje foretages af social- og sundhedshjælpere og -assistenter, og ikke kun sygeplejersker.

**Kommunale Velfærdschefer, KL og Ældre Sagen** bakker op om forslaget.

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet henviser i forbindelse med Dansk Sygepleje Selskab og FOA's bemærkninger til lovforslagets afsnit 2.3.1 om gældende ret. Dette henviser til gældende vejledning og bekendtgørelse, hvor det fremgår, at kommunen selv tilrettelægger udførelsen af opgaven, bl.a. ved at ansætte sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter eller andet personale, som kan varetage opgaven.*

Vedr. ændring af § 119 om kommunal forebyggelse

**Dansk Selskab for Folkesundhed** bemærker, at de er bekymret for, at tilføjelsen af § 119, stk. 3 om patientrettet forebyggelse vil medføre, at den patientrettede forebyggelse prioriteres højere end den borgerrettede forebyggelse og peger på, at der er meget stor variation i kommunernes tilbud i dag – både inden for patientrettet og borgerrettet forebyggelse.

**Danske Patienter** bemærker, at de finder det positivt, at det i § 119, stk. 3 præciseres, at kommunerne har ansvar for at tilbyde patientrettet forebyggelse, også selvom det allerede foregår i praksis i dag. Danske Patienter peger endvidere på, at det er vigtigt, at forpligtelsen både gælder borgere i risiko for at udvikle sygdom og patienter, som allerede er diagnosticeret. Desuden bemærker Danske Patienter, at den patientrettede forebyggelse bør indeholde diagnosespecifikke elementer.

**Diabetesforeningen** bemærker, at det er positivt, at det præciseres, at kommunerne har ansvar for at tilbyde patientrettet forebyggelse. Desuden bemærker Diabetesforeningen, at den patientrettede forebyggelse bør indeholde diagnosespecifikke elementer.

**Hjerteforeningen** bemærker, at det er positivt, med præciseringen af kommunernes forpligtelse til at tilbyde patientrettede forebyggelsestilbud.

**KL** bemærker, at den nuværende bestemmelse om forebyggelse i sundhedsloven er af en så overordnet karakter, at præciseringen er en markant ændring i forhold til gældende praksis og således ikke blot en formel kodificering af allerede eksisterende praksis. KL bemærker yderligere, at det i lov eller bekendtgø-

relse bør ekspliciteres, at almen praksis og sygehus kan henvise borgere til tilbud efter sundhedslovens § 119, men at det er kommunalbestyrelsen, der visiterer til tilbud via en afklarende samtale. KL foreslår ligeledes, at det i lovforslaget tydeliggøres, at borgerne ikke har ret til tilbud efter § 119, stk. 3, men at det altid er en konkret faglig vurdering, bl.a. på baggrund af borgerens funktionsevne, motivation, ressourcer og kompetencer i øvrigt. KL bemærker desuden, at der er uoverensstemmelse mellem den foreslåede § 119 nyt stk. 3, hvor det fremgår, at kommunalbestyrelsen *tilbyder* patientrettet forebyggelse og den eksisterende § 119, stk. 2, hvor det fremgår, at kommunalbestyrelsen *etablerer* forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgeren.

**Kost og Ernæringsforbundet** og **Fagligt selskab af Kliniske Diætister** byder det velkomment, at det med lovforslaget præciseres, at kommunerne har ansvar for at tilbyde patientrettet forebyggelse og ønsker tilføjet, at kommunerne skal tilbyde evidensbaseret forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser målrettet både borgere og patienter.

**Danske Fysioterapeuter** og **Kræftens bekæmpelse** noterer med tilfredshed, at der indsættes en ny bestemmelse, der tydeliggør kommunernes forpligtelse til at etablere patientrettede forebyggelsesindsatser.

**Lungeforeningen** bemærker, at det er positivt, at kommunernes forpligtelse til at tilbyde patientrettet forebyggelse både gælder borgere i risiko for at udvikle sygdomme og borgere, som allerede er diagnosticeret. Desuden bemærker Lungeforeningen, at den patientrettede forebyggelse bør indeholde diagnose-specifikke elementer.

**Osteoporoseforeningen** bemærker, at de finder det positivt og nødvendigt med præciseringen af kommunernes forpligtelse til at tilbyde patientrettede forebyggelsestilbud.

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at der med lovforslaget foreslås en ny bestemmelse (§ 119, stk. 3), der præciserer kommunalbestyrelsernes allerede eksisterende praksis med at etablere patientrettede forebyggelsestilbud. Kommunernes indsats i den sammenhæng har fremgået af bemærkningerne til sundhedsloven fra 2005: "Kommunernes opgaver på det forebyggende og sundhedsfremmende område omfatter dels en indsats i forhold til kommunens indbyggere med henblik på at forebygge sygdom og ulykker (borgerrettet forebyggelse), dels en indsats med henblik på at forebygge, at sygdom udvikler sig yderligere og om at begrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer (patientrettet forebyggelse)." (Folketingstidende 2004-05 (2), tillæg A, side 3226). Som følge af høringen har ministeriet i bemærkningerne til dette lovforslag uddybet afsnittet om den eksisterende indsats med afsæt i bemærkningerne til sundhedsloven fra 2005.*

*Ministeriet bemærker, at der i forbindelse med den kommende udarbejdelse af den konkrete kvalitetsstandard for de kommunale patientrettede forebyggelsestilbud, som er aftalt med sundhedsreformaftalen fra maj 2022, er mulighed for, at patientforeninger og kommuner kan bidrage med deres konkrete ønsker til fx diagnosespecifikke elementer, henvisningspraksis mv.*

*Den allerede eksisterende § 119, stk. 2 bestemmer, at kommunalbestyrelserne skal etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.*

*Det er blevet justeret i lovforslaget, at kommunalbestyrelserne skal "etablere" patientrettede forebyggelsestilbud frem for "tilbyde" i tråd med det foregående stykke i bestemmelsen.*

### 2.3. Tværkommunal visitation

**Danske Patienter** ser positivt på muligheden for tværkommunalt samarbejde, der er et centralt greb til at sikre bedre forudsætninger for kvalitetsudvikling. Mulighederne herfor bør udvides løbende som led i implementeringen af de nationale kvalitetsstandarder.

**Danske Ældreåd** finder det positivt, at lovforslaget skaber mulighed for tværkommunal visitation i kommunerne, fx i regi af de ny sundhedsklynger.

**DI bemærker**, at de bakker op om samarbejde på tværs af kommuner, men finder det væsentligt, at myndighedsopgaven – uanset om den delegeres til øvrige kommuner – er genstand for konkurrenceudsættelse, gennemsigtighed og frit valg.

**FOA** bemærker, at det er oplagt med tværkommunalt samarbejde og opfordrer i den forbindelse til fælles løsninger med fælles ledelse og fælles økonomi, gerne i regi af de nye sundhedsklynger.

**KL** bemærker, at de bakker op om muligheden for ved mellemkommunale samarbejder at kunne visitere på tværs af kommunegrænser, men at fastlæggelsen af serviceniveauet aftales i den enkelte kommune. KL bemærker yderligere, at uagtet kommunernes øgede fleksibilitet, kan der formentlig ikke høstes afbureaukratiseringsgevinster givet det øgede behov for kommunikation kommunerne imellem. KL bemærker også, at udbredelse af mellemkommunale samarbejder fordrer en drøftelse af behovet for mellemkommunal refusion på sundhedsydelser. KL bemærker endelig, at mellemkommunalt samarbejde kan øge patientgrundlaget men kan øge borgerens afstand til tilbuddet.

**Ældre Sagen** finder det hensigtsmæssigt at give kommunerne øgede muligheder for tværkommunalt samarbejde, som dog bør organiseres under hensyntagen til nærhed for den enkelte borger. Ældre Sagen efterspørger i den forbindelse kvalitetskrav til de tværkommunale løsninger organisatorisk forankret i sundhedsklyngerne.

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at kommunerne med lovforslaget får mulighed for øget tværkommunalt samarbejde i forbindelse med tildelingen af kommunal sygepleje til borgerne, men at dette ikke er et krav. I den forbindelse bemærker ministeriet, at det i "Evaluering af AkutTeamet i Gentofte-, Gladsaxe- og Rudersdal Kommune" fremgår, at der er erfaringer med og potentiale for at smidiggøre arbejdsgange og spare sagsbehandlingstid. Det fremgår af lovforslaget, at det tværkommunale samarbejde fx kan foregå i de nye sundhedsklynger.*

*Det fremgår desuden af lovforslaget, at med den foreslåede bestemmelse bevarer den enkelte kommunalbestyrelse myndighedsansvaret for den kommunale sygepleje som helhed. Det er fortsat den kommune, hvor borgeren opholder sig, der er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri kommunal sygepleje og for at afholde udgiften hertil. Den enkelte kommune bevarer myndighedsansvaret for den del af den kommunale sygepleje, der delegeres til det fælles kommunale samarbejde. Det fremgår videre, at hver enkelt kommunalbestyrelse i det pågældende tværkommunale samarbejde vil skulle fastlægge serviceniveau, sygeplejefaglige instrukser, vejledninger etc. for opgaver, der henlægges til det fælles kommunale samarbejde og fører tilsyn med udførelsen af opgaver i den kommunale sygepleje omfattet af samarbejdet. Den enkelte kommunalbestyrelses myndighedsansvar i forbindelse med de fælles visitationskriterier er tydeliggjort i bemærkningerne.*

*Ministeriet bemærker ift. behovet for en drøftelse af mellemkommunal refusion, at kommunerne med lovforslaget får mulighed for at delegerer myndighedsopgaven ifm. tildeling af kommunal sygepleje til de øvrige kommuner i et tværkommunalt samarbejde, men at det fortsat er den kommune, hvor borgeren opholder sig, der er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri kommunal sygepleje og for at afholde udgiften hertil.*

## 2.4. Praksisplan for almen praksis

### Generelle bemærkninger

---

**Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation (PLO)** bakker op om forslaget om en bemyndigelse hjemmel for indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler om rammer for praksisplan for almen praksis.

**Danske Regioner** bemærker, at der skal være opmærksomhed på, at de organisatoriske rammer for arbejdet med praksisplaner er så brede, at alle relevante parter, som driver almen medicinske tilbud efter aftale med regionen, inddrages.

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig bemærkningen fra Danske Regioner, som vil indgå i ministeriets videre udmøntning af bemyndigelsesbestemmelsen.*

## 2.5. Regionsklinikker

### Generelle bemærkninger

---

**Danske Patienter** anfører, at lovforslaget vil skabe smidigere rammer for, at regionsrådet kan etablere og drive en regionsklinik. Danske Patienter foreslår endvidere, at man i arbejdet med lægedækningen ser på alternative drifts- og organiseringsformer, som på fast basis kan supplere praksissektoren, og som kan tiltrække de almenmedicinere, der ikke har lyst til at være selvstændige erhvervsdrivende.

**KL** bemærker, at det er afgørende, at der er lægedækning i alle områder af landet, og at alle borgere har adgang til en praktiserende læge, hvorfor man bakker op om muligheden for, at regionen kan etablere og drive en klinik i de tilfælde, hvor regionsrådet ikke kan afsætte et ydernummer.

**Kræftens Bekæmpelse** støtter op om forslaget med den forhåbning, at det vil styrke regionernes rekrutteringsmuligheder til regionsklinikkerne, der skal bidrage til kontinuitet for patienterne.

**LVS (Organisationen af lægevidenskabelige selskaber)** anfører, at der er et åbenlyst behov på nuværende tidspunkt, hvad angår regionsklinikker, og at det er væsentligt, at man også i regionsklinikker sikrer en tilstrækkelig kontinuitet for patienterne.

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig bemærkningerne fra LVS, Kræftens Bekæmpelse, KL og Danske Patienter.*

### Specifikke bemærkninger

---

**Alles Lægehus** anfører, at forslaget ikke vil skabe mere forudsigelige vilkår for personale i klinikkerne og bidrage til rekruttering, men i stedet vil have den modsatte effekt.

**Danske Selskab for Almen Medicin** og **PLØ** anfører, at man forstår nødvendigheden af tiltaget, men foreslår, at der indføres en solnedgangs-klausul, idet foranstaltningen med regionsklinikker må anses for at være en løsning på et akut problem og ikke en permanent indførelse af en ny struktur for almen praksis.

**Dansk Erhverv** anfører, at forslaget om at fjerne kravet om et forudgående udbud hæmmer konkurrencen på markedet og vil tilskynde regionerne til at hjemtage klinikker uden et udbud. Dansk Erhverv bemærker dog, at man finder forslaget om, at en praktiserende læge kan overtage en regionsklinik indenfor 12-18 måneder positivt, idet det kan fremme regionernes samarbejde med eksterne aktører og dermed være med til at styrke borgernes frie valg.

**Danske Regioner** støtter op om intentionen bag forslaget om at ophæve kravet om et forudgående udbud, nemlig at skabe mere fleksibilitet i forhold til at finde en løsning, hvor det ikke har været muligt at afsætte et ydernummer til en praktiserende læge. Danske Regioner anfører dog, at forslaget om at erstatte tidsbegrænsningen på 6 år med en regel om overdragelse til interesserede praktiserende læger inden for 12-18 måneder samtidig begrænser regionernes muligheder for at etablere og drive regionsklinikker i et mere langsigtet perspektiv. Danske Regioner bemærker, at regionernes mulighed for at drive et regionalt tilbud med kvalitet og kontinuitet i patientbehandlingen svækkes betydeligt med forslaget, og at det i værste fald vil indvirke negativt på rekrutteringen af læger. Danske Regioner bemærker slutteligt, at over-

dragelsen af en regionsklinik bør være efter regionalt opslag eller lignende annoncering således, alle læger har mulighed for at afgive et bud.

**Kristendemokraterne** foreslår, at der i lovforslaget indføres øget tilsyn med og kvalitetskrav til koncerndrevne klinikker.

*Hvad angår Danske Regioners forslag om, at overdragelsen af en regionsklinik bør være efter et regionalt opslag eller lignende annoncering, har Indenrigs- og Sundhedsministeriet noteret sig dette og justeret bemærkningerne til forslaget. Når en kvalificeret læge tilkendegiver ønske om overtagelse, skal regionerne afsøge muligheden for at afsætte ydernummeret til læger, der ønsker at praktisere indenfor overenskomsten. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ligeledes noteret sig Danske Regioners og Alles Lægehus' bemærkninger til, at det potentielt kan have en negativ effekt på regionernes mulighed for at rekruttere og investere, hvis regionerne ville skulle overdrage klinikken indenfor 12-18 måneder fra klinikkens etablering. Lovforslaget er på den baggrund justeret således, at det fremgår, at regionerne ikke er forpligtede til at begynde arbejdet med overdragelse af klinikken i de første 4 år af klinikkens levetid.*

*I relation til Dansk Erhvervs bemærkning om, at forslaget om at fjerne kravet om et forudgående udbud vil tilskynde regionerne til at hjemtage klinikker uden forudgående udbud, bemærker Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at regionerne fortsat vil have mulighed for at gennemføre et udbud, hvis de ønsker dette. Ophævelsen af kravet om et forudgående udbud er således særligt relevant i de områder og situationer, hvor der ikke er private virksomheder, som er i stand til at drive klinikken på vegne af regionen.*

*I relation til PLO og DSAM's forslag om at indføre en solnedgangsklausul bemærkes det, at lovforslaget ikke i sig selv ses at indføre muligheden for, at der etableres permanente regionsklinikker, idet der efter fire år vil påhvile regionsrådet en forpligtigelse til at påbegynde en proces for at afsætte ydernummeret til en praktiserende læge på det tidspunkt, hvor der rettes henvendelse til regionen fra en læge herom. Tilsvarende vil regionsklinikker fortsat alene kunne etableres, hvor det ikke har været muligt at afsætte et ydernummer til praktiserende læge. De med lovforslaget foreslåede ændringer vurderes derfor hensigtsmæssige både på kort og længere sigt.*

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet har noteret sig Kristendemokraternes forslag om øget tilsyn med og kvalitetskrav til koncerndrevne klinikker og bemærker, at forslaget ligger udenfor rammerne af lovforslaget.*

## 2.6. Særligt vederlag

### Generelle bemærkninger

**Aller Lægehus, Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), Danske Ældreråd, Kristendemokraterne, Kræftens bekæmpelse, Lægeforeningen (LF), og Praktiserende Lægers Organisation (PLO)** er overordnet set enige i lovforslaget om særligt vederlag og ser positivt på forslaget.

**Danske Fysioterapeuter** anfører, at der i forslaget er mange gode initiativer til at sikre den fremtidige lægedækning. Danske Fysioterapeuter foreslår, at der indføres tilskudsberettiget fysioterapi uden lægelig henvisning bl.a. med henblik på at aflaste de almen praktiserende læger og sikre en bedre udnyttelse af lægernes tid og sikre patienterne bedre og tidlig adgang til rette behandling.

**Danske Ældreråd** anfører, at flere praktiserende læger skal være med til at løfte opgaverne i det nære sundhedsvæsen i samspil med kommunerne.

**Kristendemokraterne** anfører, at de ønsker en lovgivning, som gør det muligt for praktiserende læger at være aktive og lokale i deres klinikker, og at patienterne skal have mulighed for at være tilknyttet en fast praktiserende læge, som følger patienten kontinuerligt i en sammenhængende og helhedsorienteret indsats.

**Kræftens bekæmpelse** foreslår, at der gives mulighed for differentieret honorering således, at de praktiserende læger, hvis patientgrundlag er særligt udfordret, tilgodeses med henblik på at mindske den sociale ulighed.

**Lægeforeningen** anfører, at det særlige vederlag kan være relevant for at sikre rekruttering og fastholdelse af det relevante støttepersonale, herunder ansatte speciallæger i almen medicin. Lægeforeningen bemærker, at det ikke var hensigten med en ændret retsstilling med afskaffelsen af de såkaldte § 2 aftaler i overenskomsten om almen praksis.

**Praktiserende Lægers Organisation (PLO)** anfører en bekymring for, om regionerne i tilstrækkeligt omfang vil anvende hjemlen og bemærker, at øget patientoptag kan være en barriere for læger i lægedækningsstruede områder. PLO anfører desuden en bekymring for, om regionerne i tilstrækkeligt omfang får iværksat aftaler om særligt vederlag og anbefaler ministeriet at følge regionernes indgåelse af aftaler. PLO vil regionalt have fokus på, at de nødvendige aftaler bliver indgået.

*I relation til PLO's bemærkninger om, at øget patientoptag kan være en barriere for læger i lægedækningsstruede områder bemærker Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at aftalerne vil skulle indgås på frivillig basis mellem regionen og indehaveren af et ydernummer.*

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet har noteret Kræftens Bekæmpelses forslag og bemærker, at det ligger uden for rammerne af lovforslaget. Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan dog oplyse, at der med Overenskomst for almen praksis er etableret en central ordning vedrørende differentieret basishonorar blandt andet til fordeling blandt praktiserende læger beliggende i lægedækningsstruede områder. Yderligere differentiering af honorarer forudsætter ikke lovgivning, men vil skulle aftales mellem overenskomstens parter.*

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet har noteret Danske Fysioterapeuters forslag og bemærker, at det ligger uden for rammerne af lovforslaget.*

## **Specifikke bemærkninger**

---

**Danske Regioner** bemærker, at det er væsentligt med flere redskaber til at sikre bedre lægedækning i lægedækningsstruede områder og bakker op om forslaget. Danske Regioner anfører, at der er hensigtsmæssigt, hvis der i lovbemærkningerne gives eksempler på anvendelse af hjemlen, fx som led i etableringen af licensklinikker, hvor tilskuddet kunne tage form af en lav værdiansættelse set i forhold til udstyr, faciliteter og antallet af personale. Danske Regioner bemærker desuden, at der bør være opmærksomhed på, at udmøntning forudsætter en lokal aftale, som indrammer fx vilkår, indhold og sanktioner, hvis aftalen misligholdes.

*For at tydeliggøre anvendelsen af særligt vederlag har Indenrigs- og Sundhedsministeriet præciseret i lovbemærkningerne til afsnit 2.6, at regionen kan indgå aftaler med indehaveren af et ydernummer, herunder læger med ydernummer på licens. Derudover er det præciseret, at det særlige vederlag også kan ydes af regionen som kompensation for etablerings- og praksispersonaleudgifter som led i etablering af en licensklinik.*

*Ministeriet noterer sig Danske Regioners bemærkninger ift. rammer for indgåelse af aftalen lokalt.*

## **Økonomiske konsekvenser**

---

**Danske Regioner** anfører en bekymring for, at forslaget om hjemmel til særligt vederlag vil foranledige forventninger hos praktiserende læger, som ikke kan honoreres indenfor den nuværende økonomi, herunder den økonomi der er allokert i forbindelse med sundhedsreformen til licensklinikker. Danske Regioner foreslår derfor, at der sammen med lovforslaget kan følge en national pulje, som regioner med lægedækningsstruede områder kan søge.

*I relation til Danske Regioners bemærkninger om, at hjemlen vil foranledige forventninger hos praktiserende læger, som ikke kan honoreres indenfor den nuværende økonomi bemærker Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at vederlaget alene vil kunne ydes af regionerne med henblik på at sikre bedre lægedækning i områder med lægemangel og som kompensation for etablerings- eller praksispersonaleudgifter. Regionerne vil således skulle lægge en række faktorer til grund for at kunne yde det særlige vederlag.*

*Ministeriet bemærker desuden, at der med sundhedsreformaftalen blev der afsat 24 mio. kr. over en femårig periode til at understøtte etablering af 10 nye licensklinikker i samarbejde med regionerne og de praktiserende læger i lægedækningstruede områder. Finansieringen hertil vil kunne anvendes som særligt vederlag til læger med ydernummer på licens som kompensation som led i etableringen af en licensklinik.*

*For så vidt angår forslaget om en national pulje, som regionerne med lægedækningstruede områder kan søge, bemærker Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at forslaget ikke tilfører regionerne yderligere opgaver, men giver nye redskaber og muligheder for at få løst opgaverne i almen praksis. Ministeriet bemærker derudover, at der med sundhedsreformaftalen ikke er afsat særskilt finansiering til initiativet om hjemmel til særligt vederlag.*

## 2.7 Regler om fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen

### Generelle bemærkninger

---

Danske Regioner, Sekretariatet for lægelig videreuddannelse i Videreuddannelsesregion Syd, Videreuddannelsesregion Nord og Lægeforeningen, inklusive Foreningen af Speciallæger, herunder FAPS, Yngre Læger og PLO anfører generelt opbakning til, at der skabes mulighed for, at ministeren kan fastsætte kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen. Parterne har samtidig supplerende ønsker til processen for fastsættelse af kriterier og understøttelse af lægedækningen mv.

Videreuddannelsesregion Nord anfører videre, at ministerens mulighed for at fastsætte kriterier og procedure for fastsættelse af kriterier er et nybrud i forhold til den hidtidige praksis, hvad angår fordeling af uddannelsesstillinger.

Videreuddannelsesregion Øst anfører, at Videreuddannelsesregion Øst ikke kan anbefale tilføjelsen af stk. 6 i § 34 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) anfører, at DSAM vurderer, at det primære problem er en grundlæggende mangel på praktiserende læger, og at løsningen snarest er at oprette flere attraktive uddannelsesforløb.

Lægeforeningen, inklusive Foreningen af Speciallæger, herunder FAPS, Yngre Læger og PLO anfører i et fælles hørings svar bl.a., at de finder det nødvendigt, at de påtænkte kriterier indebærer en forpligtigelse til regionerne om at iværksætte målrettede og systematiske rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer over for de uddannelseslæger, der forudsættes at søge forløbene. Foreningerne anfører videre, at der, for at sikre rekruttering til hele landet, i sammenhæng med de kommende års dimensioneringsplaner bør etableres en "speciallægedækningspulje" eller lignende, der kan tilføre midler til indsats, der kan føre til rekruttering af uddannelseslæger til hele landet.

Praktiserende lægers organisation (PLO) anfører, at PLO håber, at kriterier om fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen vil understøtte lægedækningen, herunder bl.a. med uddannelse af flere speciallæger i almen medicin. PLO henviser derudover til bilag i form af PLO's "Hørings svar vedrørende dimensionering af speciallægeuddannelsen i almen medicin 2024-2028", som er afgivet i anden sammenhæng. I bilaget anfører PLO bl.a., at der er behov for, at der tages højde for tutorlægekapaciteten i forbindelse med fordeling af uddannelsespladser, at der løbende bør arbejdes med initiativer, som gør det attraktivt for speciallæger i almen medicin at vælge almen praksis og forslag om, at der oprettes flere hoveduddannelsesstillinger i almen medicin.



**Organisation af lægevidenskabelige selskaber (LVS)**, anfører overordnet, at det uddannelsesmæssige i lovforslaget skal kunne holdes sig inden for kravene af revision af den lægelige videreuddannelse, når denne foreligger. LVS anfører derudover en række bekymringer for den foreslåede ordning (jf. ”specifikke bemærkninger” nedenfor).

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig, at der overordnet er opbakning til forslaget fra Danske Regioner, Sekretariatet for lægelig videreuddannelse i Videreuddannelsesregion Syd, Videreuddannelsesregion Nord og Lægeforeningen inklusive Foreningen af Speciallæger, herunder FAPS, Yngre Læger og PLO. Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig ligeledes, at Videreuddannelsesregion Øst ikke kan anbefale forslaget.*

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig DSAM og Lægeforeningen inklusive Foreningen af Speciallæger, herunder FAPS, Yngre Læger og PLO's forslag om bl.a. hhv. at oprette flere attraktive uddannelsesforløb og etablere rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer, speciallægedækningspulje mv. Ministeriet henleder samtidig opmærksomheden på, at der med det samlede lovforslag lægges op til flere forskellige tiltag, der skal understøtte bedre lægedækning herunder pkt. 2.5 om regionsklinikker og pkt. 2.6 om særligt vederlag. Ministerier finder ikke, at høringsparternes forslag om at etablere yderligere rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer mv. ligger inden for rammerne af lovforslaget, herunder lovforslagets økonomiske rammer.*

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig PLO's høringsvar, herunder bilag i form af kopi af ”Høringsvar vedrørende dimensionering af speciallægeuddannelsen i almen medicin 2024-2028”. Ministeriet bemærker, at bemærkninger vedrørende fordelingshensyn generelt vil indgå i ministeriets videre overvejelser om udmøntning af bemyndigelsesbestemmelsen. Med hensyn til PLO's bemærkninger om rekruttering til almen praksis henviser ministeriet til, at lovforslagets dele om lægedækning samlet set skal bidrage til at understøtte bedre sammenhæng og samarbejde samt understøtte regionernes mulighed for at adressere lægedækningsudfordringer med henblik på at sikre bedre lægedækning. For så vidt angår PLO's bemærkninger om oprettelse af flere uddannelsesforløb i almen medicin bemærker ministeriet, at dimensionering af speciallægeuddannelsen er forankret i andet regi og ligger uden for rammerne af lovforslaget.*

*Med hensyn til LVS' bemærkning kan ministeriet generelt bemærke, at en lov fastsætter regler og rammer for et givent område. Såfremt forslag til ændringer på et område forudsætter, at der etableres hjemmel eller på anden måde forudsætter ændringer i et givent regelgrundlag, vil der skulle tages særskilt stilling til en evt. regelændring.*

## **Specifikke bemærkninger**

---

Vedr. inddragelse i fastsættelse af kriterier mv.

**Danske Regioner, Sekretariatet for lægelig videreuddannelse i Videreuddannelsesregion Syd og Videreuddannelsesregion Nord** anfører, at det er vigtigt, at parterne inddrages i fastsættelse af procedure for fastsættelse af kriterier og i udarbejdelsen af oplæg til kriterierne for fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen.

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig bemærkningerne fra Danske Regioner, Sekretariatet for lægelig videreuddannelse i Videreuddannelsesregion Syd og Videreuddannelsesregion Nord. Bemærkningerne vil indgå i ministeriets videre overvejelser om udmøntning af bemyndigelsesbestemmelsen.*

*Ministeriet henleder samtidig opmærksomheden på bemærkningerne til lovforslaget, hvor det bl.a. er beskrevet, at kriterier for eksempel vil kunne fastsættes på baggrund af fagligt oplæg fra Sundhedsstyrelsen med høring i Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse og indenrigs- og sundhedsministerens godkendelse.*

Vedr. tid til implementering

**Danske Regioner** og **Videreuddannelsesregion Nord** gør opmærksom på, at der er behov for tilstrækkelig tid til implementering af nye kriterier. Danske Regioner og Videreuddannelsesregion Nord opfordrer til, at der sikres en implementeringsperiode på mindst ni måneder fra nye kriterier træder i kraft og til videreuddannelsesregionerne, i relevant omfang, skal have implementeret ændringerne i forhold til planlagte og påbegyndte uddannelsesforløb.

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig bemærkningerne fra Danske Regioner og Videreuddannelsesregion Nord. Ministeriet har, på baggrund af hørings svarene, uddybet bemærkningerne til lovforslagets § 2 således, at det fremgår, at der i forbindelse med fastsættelse eller ændring af kriterier for fordeling af uddannelsesforløb, vil være opmærksomhed på at muliggøre en god implementeringsproces herunder rimelig tid til implementering.*

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan derudover oplyse, at lovforslagets ikrafttrædelsestidspunkt (§ 3 i høringsudkast til lovforslag) og overgangsordning (§ 4 i høringsudkast til lovforslag) er hhv. ændret og bortfaldet på baggrund af lovtekniske justeringer. Således vil det samlede lovforslag, herunder også element om bemyndigelse til at fastsætte regler om proces og kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, træde i kraft den 1. juli 2023 (i høringsudkast til lovforslag var der lagt op til, at 2 ville træde i kraft den 1. januar 2024). Videre er udkast til overgangsbestemmelse bortfaldet.*

*I relation hertil bemærker Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at bemyndigelsesbestemmelsen, forudsat vedtagelse, ikke har indhold i sig selv, før den udmøntes. Overvejelser om rimelig tid i regionerne til implementering af kriterier for fordeling af uddannelsesforløb vil indgå i ministeriets videre overvejelser om udmøntning af bemyndigelsesbestemmelsen. Dette er skrevet ind i bemærkningerne til lovforslagets § 3.*

Vedr. uddannelseskvalitet og -kapacitet, patientsikkerhed, rekruttering mv.

**Dansk Hæmatologisk Selskab** og **LVS** anfører en bekymring for, at det foreslåede stk. 6 kan bidrage til at kompromittere kvaliteten i speciallægeuddannelsen.

**Dansk Hæmatologisk Selskab** anfører, at uddannelseskvalitet og uddannelseskapacitet fortsat bør vægtes højere end driftshensyn og lægedækning ved fordeling af uddannelsesforløb. Dansk Hæmatologisk Selskab anfører videre, at det fortsat bør tilstræbes, at speciallægeuddannelsen i intern medicin: hæmatologi lever op til den europæiske standard, med minimum 3-4 års hæmatologi ud af 5 års samlet uddannelse, jævnfør Madrid-deklarationen fra det europæiske specialeselskab.

**LVS** anfører, at det er en væsentlig bekymring hos LVS, at uddannelseslæger placeres på afdelinger, hvor det er svært at få den fornødne supervision på perifere hospitaler på grund af speciallægemangel. LVS anfører videre, at det også på ikke perifere hospitaler i dag er svært for uddannelseslæger at få den fornødne supervision og vejledning på grund af speciallægemanglen, og supervision og vejledning er særdeles vigtigt både i forhold til patientsikkerheden og for at leve op til kravene i målbeskrivelserne. LVS finder, at hensynet til patientsikkerheden og kvaliteten i uddannelsen af kommende speciallæger skal veje tungest.

LVS anfører videre, at det bliver påpeget fra bl.a. Dansk Selskab for Børne og Ungdomspsykiatri, at man allerede nu har svært ved at få besat uddannelsesstillinger, hvor der især er forløb med tilknytning væk fra de større byer, der ikke bliver besat. Hvis der vil komme flere forløb væk fra universitetshospitalerne, eller hvis uddannelsesstillinger kunne overflyttes til andre hospitaler, frygter selskabet, at flere læger ville vælge deres forløb fra. Synspunktet støttes af bl.a. Dansk Nefrologisk Selskab og Dansk Reumatologisk Selskab. Der peges på, at rekruttering til små specialer kan kræve særlige hensyn. Kan der ikke rekrutteres til disse specialer, kan det altså vise sig at være en meget kortsigtet strategi at sprede de uddannelsessøgende læger mere end det er tilfældet i dag.

**Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)** vurderer, at det i lovudkastet bør specificeres, at det primære kriterie ved fordeling af uddannelsesforløb er at sikre gode uddannelsesstillinger med tid og ressourcer til supervision af den enkelte læge og at andre kriterier er sekundære. DSAM vurderer, at central tildeling af uddannelsesforløb, som i udgangspunktet kan se såre fornuftigt ud, i realiteten kan ende med at forstærke

de problemer, som søges løst. DSAM anfører, at man, ved at lade centrale hensyn diktere fordeling af uddannelsesforløb, risikerer at etablere en række ikke-eftertragtede uddannelsesstillinger, som ikke vil blive besat. DSAM anfører, at dette bør undgås.

**Lægeforeningen inklusive Foreningen af Speciallæger, herunder FAPS, Yngre Læger og PLO** anfører, at det er afgørende at holde sig for øje, at netop lægedækningstruede områder ikke har særlig stor tutorlægekapa-  
pacitet ud over den, som allerede udgør grundlaget for de aktuelt opslåede uddannelsesforløb, hvorfor yderligere øgning i antal uddannelsesforløb ikke i særlig høj grad kan ske i lægedækningstruede områder.

**Sekretariatet for lægelig videreuddannelse i Videreuddannelsesregion Syd** anfører, at i Videreuddannelsesregion Syd arbejder Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse kontinuerligt med planlægning og implementering af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen.

**Videreuddannelsesregion Nord** anfører, at den anser det for positivt og vigtigt, at den endelige bemyndigelse til at fordele uddannelsesstillinger fortsat placeres i videreuddannelsesregionerne, eftersom det er her det lokale kendskab til kapacitet, kvalitet og lægedækning findes. Videreuddannelsesregion Nord gør opmærksom på, at der altid, i forbindelse med fordeling af uddannelsesstillinger, foregår en samlet og afbalanceret afvejning, hvor der tages højde for forskellige hensyn, herunder kapacitet, kvalitet og lægedækning i videreuddannelsesregionerne.

**Videreuddannelsesregion Øst** anfører, at den finder det vigtigt i videst muligt omfang at tilgodese lægedækningstruede områder i forhold til fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, men hensynet til lægedækning må ikke medføre, at der gås på kompromis med uddannelsens kvalitet, da fremtidens personale skal have de rette kompetencer. Videreuddannelsesregion Øst anfører videre, at den er bekymret for, om indsættelse af lægedækning som et særskilt kriterie, kunne medføre at dette kriterie vil overskygge uddannelsens kvalitet. Udfordringen i de lægedækningstruede områder er ofte, at der ikke er mange uddannelsesgivere, hvilket betyder, at adgang til vejledning, supervision og kompetencevurdering er begrænset, hvilket igen medfører ringere uddannelseskvalitet.

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig parternes bemærkninger herunder om væsentligheden af, at relevante hensyn kan indgå i regionernes fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen. Indenrigs- og Sundhedsministeriet henviser samtidig til, at den foreslåede ordning vil medføre, at indenrigs- og sundhedsministeren vil kunne fastsætte kriterier for fordelingen af uddannelsesforløb, som i relevant omfang vil skulle indgå i de regionale videreuddannelsesråds fordeling af uddannelsesforløb. Samtidig er det med den foreslåede ordning fortsat de regionale videreuddannelsesråd, som fordeler uddannelsesforløbene.*

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker yderligere, at lovforslaget ikke sigter på at ændre på de faglige kompetencer, som skal opnås i speciallægeuddannelserne, eller på den faglige sammensætning af speciallægeuddannelserne, herunder repræsentation, varighed mv. af de lægelige specialer i hver af speciallægeuddannelserne.*

Vedr. faktuelle rettelser

**Videreuddannelsesregion Øst** anfører, at der på side 27 i andet afsnit, der begynder med "Det følger af § 5 i bekendtgørelse...", anvendes betegnelsen "turnusuddannelsen". Turnusuddannelsen blev i 2007 erstattet af Klinisk Basisuddannelse.

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet har præciseret i lovforslagets pkt. 2.7.1 og i bemærkningerne til § 2, at der med turnusuddannelse forstås klinisk basisuddannelse ved at tilføje "(nu: klinisk basisuddannelse)". Betegnelsen "turnusuddannelse" er alene anvendt i lovforslaget af hensyn til at afspejle den betegnelse, som anvendes i den bekendtgørelse, der refereres til i de pågældende afsnit i lovforslaget.*

## Øvrige bemærkninger

**Danske Fysioterapeuter** foreslår, at der indføres tilskudsberettiget fysioterapi uden lægehenvi-  
sning.

**Ergoterapeutforeningen** opfordrer til, at der i forbindelse med nyt lovgivnings- og kvalitetsarbejde også  
bliver kigget på at få styrket forskningsforpligtelsen i kommunerne.

**Farmakonomforeningen** ønsker, at farmakonomer bliver autoriserede sundhedspersoner.

**Kræftens Bekæmpelse** opfordrer til, at Sundhedsstyrelsen får tilstrækkelige beføjelser til at håndhæve  
overholdelsen af kvalitetsstandarderne.

**Lægeforeningen** bemærker, at de praktiserende speciallæger gerne bidrager yderligere til at sikre læge-  
dækning fx ved at bemane satellitpraksis i egne af landet, hvor der er langt til en speciallæge. LF anfører  
derudover, at speciallæger udvikler et stadigt tættere samarbejde med almen praksis, som vil under-  
støtte, at flere patienter færdigbehandles i praksissektoren. Tilstedeværelsen af praktiserende speciallæ-  
ger i et nærområde kan samtidig bidrage til at fremme rekruttering til almen praksis.

**Lægevidenskabelige Selskaber (LVS)** bemærker, at Dansk Selskab for Klinisk Biokemi, uden for sigtet med  
dette lovforslag, peger på, at man med fordel kan benytte en ændringsproces mht. autorisationsloven til  
at se på forholdene vedr. kliniske akademikere. Der er et større antal af disse medarbejdere i sundhedsvæ-  
senet, som arbejder på lige fod med andre i sundhedsvæsenet, men på grund af autorisationsforholdene  
har de fx ikke adgang til den elektroniske patientjournal mv.

**KL** ønsker tydeliggørelse af reglerne om fortsat sygehusbehandling, herunder adgangen til medicin og re-  
medier. Videre ønsker KL retningslinjer for en mere systematisk henvisningspraksis til de kommunale fore-  
byggelsestilbud forudsat, at finansiering hertil følger med.

**Kristendemokraterne** foreslår, at budgetloven revideres, serviceloftet i kommunerne fjernes, og regio-  
nerne styrkes og tildeles skatteudskrivningsret.

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at ovenstående forslag ligger uden for rammerne af den po-  
litiske aftale og rammerne for lovforslaget.*

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet har noteret sig Lægeforeningens forslag og bemærker, at ministeriet  
ser positivt på udviklingen og på et tættere samarbejde mellem almen praksis og speciallægerne som et  
væsentligt led i at sikre bedre lægedækning.*