



Danske
Regioner

Notat

Høringssvar til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (kronikerpakker, frit valg og befordring til sundheds- og omsorgspladser m.v.)

18-09-2026
EMN-2024-01215
1876644
Emilie Støvring Studt

Sundheds- og Kirkeministeriet har den 25. august 2026 sendt forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (kronikerpakker, frit valg og befordring til sundheds- og omsorgspladser m.v.) i høring. Danske Regioner har indsamlet bidrag fra regionerne og fremsender her et samlet høringssvar på vegne af de fem regioner. Høringssvaret er politisk godkendt i Danske Regioners bestyrelse.

Overordnede bemærkninger til kronikerpakker

Danske Regioner støtter intentionen om at styrke indsatsen for mennesker med kronisk sygdom gennem mere systematiske og sammenhængende forløb. Det er positivt, at lovforslaget lægger op til en tidlig indsats, en personlig behandlingsplan og bedre adgang til patientrettet forebyggelse. Samtidig forudsætter de nye rettigheder, at der er klare rammer for ansvar, kapacitet, digital understøttelse og monitorering fra ikrafttrædelsen.

Implementering og tidsplan

Danske Regioner bemærker, at implementeringsvilkårene for de første kronikerpakker er særligt udfordrende. Når de sygdomsspecifikke pakkeforløb først forventes offentliggjort meget sent i 2026, efterlades der kun begrænset tid til at omsætte de faglige beskrivelser til drift, herunder kapacitetsplanlægning, arbejdsgange, kompetenceudvikling, digital understøttelse, monitorering og kommunikation til patienter og fagpersoner. Det bør derfor tydeliggøres, hvilke forudsætninger der forventes at være på plads ved

ikrafttrædelsen, og hvordan der sikres en realistisk og gradvis implementering, når alle elementer ikke kan være fuldt etableret på dette tidspunkt.

Digital understøttelse og datadeling

De nye rettigheder forudsætter, at den nødvendige digitale understøttelse er på plads fra start. De almenmedicinske tilbud skal have redskaber til at udarbejde behandlingsplaner, foretage behovsvurdering og differentiering samt følge op på patienter i pakkeforløb. Tilsvarende forudsætter opfølgning på udeblivelse eller frafald fra patientrettet forebyggelse, at oplysninger om henvisning, deltagelse, udeblivelse og frafald deles automatisk og rettidigt mellem relevante aktører. Det bør derfor tydeliggøres, hvilke digitale løsninger der skal være klar ved ikrafttrædelsen, herunder den digitale understøttelse af de personlige behandlingsplaner og de oplysninger, der er nødvendige for at følge frister, ansvar og opfølgning. Den digitale understøttelse skal samtidig tage højde for patienter med flere samtidige sygdomme. Hvis øvrige dele af datagrundlaget eller populationsoverblikket først etableres i løbet af 2027, bør konsekvenserne for opgaveløsningen, administrationen og den nationale monitorering i overgangsperioden beskrives klart.

Differentiering skal være styrende for indhold og opfølgning

Danske Regioner finder overordnet differentiering i pakkerne afgørende og mener, at den bør omsættes mere konsekvent i pakkeforløbene. Det betyder, at ikke alle patienter skal have det samme. Patienternes behov og den sundhedsfaglige vurdering – og ikke en rettighed i sig selv – skal være afgørende for, om en patient fx tilbydes patientrettet forebyggelse. Pakkerne skal ikke udvikle sig til brede standardforløb for alle patienter uanset behov. Det bør derfor fremgå tydeligere, at henvisning til patientrettet forebyggelse skal ske, når det vurderes relevant. Hvis den praktiserende læge og patienten vurderer, at patienten kan klare sig med igangværende indsatser og egenomsorg, bør lovgivningen rumme, at henvisning ikke nødvendigvis er relevant i alle tilfælde. Formuleringen om tidligere diagnosticerede patienter, hvor egen læge kan vurdere relevansen af henvisning, kan med fordel anvendes tilsvarende for nydiagnosticerede patienter. En behovsbaseret differentiering forudsætter samtidig opmærksomhed på, om forskellige patientgrupper får lige adgang til og udbytte af tilbuddene. Den nationale monitorering bør derfor kunne belyse forskelle i henvisning, opstart, gennemførelse og udbytte på tværs af patientgrupper.

Afgrænsning af målgrupper og multisygdom

Det bør præciseres, hvordan målgrupperne for kronikerpakkerne afgrænses, herunder hvornår en diagnose anses for stillet. Det gælder navnlig patienter med kroniske lænderygsmærter, hjertesygdomme og kompleks multisygdom. For patienter med kroniske lænderygsmærter bør afgrænsningen være robust og klinisk anvendelig, så den ikke alene baseres på symptomernes varighed eller patientens oplevede belastning, men på en samlet sundhedsfaglig vurdering med objektiverbare kriterier for funktionsevne, behandlingsbehov og risiko for et længerevarende og ressourcekrævende forløb. En entydig afgrænsning, herunder estimer af målgrupperne, er nødvendig både for det almenmedicinske tilbuds mulighed for kapacitetsplanlægning og for tilrettelæggelsen af et godt patientforløb. Det samme er gældende for den patientrettede forebyggelse. Der er særligt bekymring for omfanget af patienter, der vil tilhøre pakken for kroniske lænderygsmærter.

Det bør desuden tydeliggøres, at kompleks multisygdom ikke er én diagnose og ikke er omfattet af en entydig definition. Målgruppen kan omfatte meget forskellige kombinationer af sygdomme, sværhedsgrader, polyfarmaci og funktionsbegrænsninger. Det bør derfor fremgå, at det ikke er realistisk, at et pakkeforløb kan omfatte alle borgere med kompleks multisygdom, og at afgrænsningen skal være administrerbar og fagligt meningsfuld.

Diagnosetidspunkt, fristberegning og ansvar

Danske Regioner bemærker, at § 60 a, stk. 2, bør præciseres i forhold til, hvornår fristen på 30 kalenderdage begynder, og hvordan ansvaret håndteres, når diagnosen stilles på et sygehus eller hos en anden sundhedsfaglig aktør end egen læge, eksempelvis fysioterapeut eller kiropraktor. Det bør fremgå klart, hvem der kan stille en diagnose, som udløser rettigheden, hvilke diagnosekriterier og diagnosekoder der lægges til grund, hvordan og hvor hurtigt det almenmedicinske tilbud skal orienteres, og hvordan dette understøttes digitalt. Uden en sådan præcisering er der risiko for, at en lovbestemt frist udløses, uden at egen læge har modtaget de nødvendige oplysninger om diagnosen. Det bør tydeliggøres, hvordan fristen beregnes, når patientens forløb starter i forbindelse med en indlæggelse, så der er et klart og praktisk grundlag for at overholde fristen. Det gælder særligt ved længerevarende eller åbne indlæggelsesforløb, hvor sundhedsfaglige forhold kan have betydning for tidspunktet for udarbejdelsen af behandlingsplanen.

Henvisningsveje og ret til opstart i patientrettet forebyggelse, herunder tilbud i en anden region

Af hensyn til administrationen og sammenhængen med øvrige patientrettigheder bør det præciseres, at fristen løber fra det tidspunkt, hvor den ansvarlige myndighed modtager en fyldestgørende henvisning fra patientens egen læge.

Rettigheden bør endvidere formuleres, så den kan rumme den differentiering, som "Kvalitetsstandarderne for Forebyggelsestilbud for mennesker med kronisk sygdom" anbefaler. Hvis en sundhedsfaglig vurdering tilsiger, at den rette indsats for patienten er opstart i et digitalt forløb, træning hjemmefra via en app eller brobygning til fx en idrætsforening eller en anden civilsamfunds-baseret aktivitet, bør dette kunne opfylde retten til opstart. Det er afgørende for, at rettigheden understøtter en fleksibel og kapacitetsmæssigt bæredygtig tilrettelæggelse af tilbuddene uden utilsigtet at begrænse regionernes mulighed for at anvende digitale løsninger, civilsamfund og andre differentierede tilbud, når det er sundhedsfagligt relevant for patienten. Det bør desuden afklares, om den afklarende samtale kan anses som opstart af patientrettet forebyggelse, når samtalen udgør en sundhedsfaglig indsats og i nogle tilfælde kan være tilstrækkelig for patienten. Endelig skal monitoreringsmodellen kunne registrere situationer, hvor sundhedsfaglige hensyn eller patientens eget ønske betyder, at opstart sker senere end 21 kalenderdage. Sådanne situationer skal kunne adskilles fra manglende overholdelse af fristen. Det bør præciseres, hvad der ligger i forpligtelsen til så vidt muligt at tilbyde patienten et relevant patientrettet forebyggelsestilbud i en anden region, hvis bopælsregionen ikke kan tilbyde opstart inden for fristen. Det bør samtidig afklares, hvilke rettigheder patienten har til befordring i den forbindelse. Det bør endelig præciseres, at rettigheden ikke gælder ved genhenvvisning til patientrettet forebyggelse, hvis patienten henvises med samme diagnose.

Varighed og afslutning af pakkeforløb

Det bør præciseres, hvordan patienter kan udgå af et pakkeforløb, hvis patienten selv ønsker det. Det almenmedicinske tilbud bør ligeledes kunne afslutte patienten fra pakkeforløbet, hvis det fx viser sig, at patienten ikke opfylder målgruppekriterierne eller har fået stillet en forkert diagnose.

Klageadgang og ansvarsforhold

Lovforslaget bør præcisere, hvilke elementer i forløbet der kan gøres til genstand for klage, og hvordan ansvaret fordeles mellem regionen og de almenmedicinske tilbud, når manglende fristoverholdelse skyldes forhold uden for den enkelte aktørs kontrol, fx forsinkede sektorovergange eller manglende oplysninger.

Danske Regioner bemærker, at der kan være retssikkerhedsmæssige og administrative hensyn, som taler for, at klager over sådanne patientrettigheder behandles af Styrelsen for Patientklager frem for som serviceklager til bopælsregionen. Det vil kunne understøtte en mere ensartet national praksis og sikre, at klager behandles inden for rammerne af de eksisterende ordninger for patientrettigheder.

Danske Regioner finder, at reglerne for de nye patientrettigheder skal være på plads, når rettighederne træder i kraft. Reglerne skal bl.a. tydeliggøre frister, information til patienterne, alternative tilbud, ansvar, dokumentation, monitorering og klageadgang. Det er en forudsætning for, at regionerne kan administrere rettighederne korrekt og ensartet fra start.

Overordnede bemærkninger til frit valg og befordring på sundheds- og omsorgspladser

Danske Regioner tilslutter sig tilgangen i lovforslaget, der flugter med retten til frit sygehusvalg, befordring ved frit sygehusvalg samt regler for klager på sygehusområdet generelt. Det bidrager til ensartede patientrettigheder på tværs af sundhedsvæsenet, og det mindsker kompleksiteten i forståelsen af borgerens rettigheder og skaber genkendelighed for borgere og myndigheder samt en enkel administration.

Befordringsregler for sundheds- og omsorgspladser

Danske Regioner finder det hensigtsmæssigt, af hensyn til patienterne, at regionerne fremover får ansvar for befordring til og fra sundheds- og omsorgspladser. Samtidig bakker Danske Regioner op om, at opgaven finansieres inden for de afsatte midler til bedre kvalitet på regionale sundheds- og omsorgspladser uden egenbetaling. Danske Regioner henleder opmærksomheden på, at der sideløbende hermed er foreslået ændring af de generelle regler om tilskud til befordring, så reglerne gøres nemmere at forstå for borgerne og lettere at administrere for personale. Det forudsættes, at den forventede ændring af reglerne ligeledes vil gælde for tilskud til befordringsgodtgørelse til sundheds- og omsorgspladserne.

Danske Regioner bemærker desuden, at der i bekendtgørelsen bør tages højde for, at befordring til sundheds- og omsorgspladserne kan ske fra andre steder end borgerens bopæl fx fra sygehus.

Frit valg til sundheds- og omsorgspladser

Danske Regioner støtter, at borgere, der visiteres til en sundheds- og omsorgsplads, får mulighed for frit valg på tværs af landet, dog under hensyntagen til at borgere i nærområdet har forrang, når kapaciteten er begrænset.

Danske Regioner bakker op om lovforslagets rammer for fritvalgsretten. Det er vigtigt, at fritvalgsretten balancerer hensyn til valgfrihed og hensyn til borgere med bopæl i regionen. Der er et nærhedsprincip i reformen, og sundheds- og omsorgspladserne skal også kunne levere et tilbud til borgere i eget optageområde. Derudover kan der være særlige udfordringer i de større regioner, hvor der kan opstå betydelig efterspørgsel efter pladser i bestemte geografiske områder. Danske Regioner foreslår derfor, at den kommende bekendtgørelse skal sikre regionerne de nødvendige greb for at håndtere kapacitet på en måde, der sikrer adgang til pladser for regionens egne borgere, også for de borgere, som ønsker en sundheds- og omsorgsplads i eget nærområde. Der bør derfor indgå et nærhedsprincip ift. regionens egne borgere i regionens vurdering af kapacitet overfor fritvalgsborgere.

Det fremgår desuden af lovforslaget, at borgere, hvis valg af sundheds- og omsorgsplads ikke kan imødekommes på grund af kapacitetsmangel, skal anvises et andet tilbud, der i videst muligt omfang tilgodeser borgerens ønsker og behov. For at undgå forvirring om ansvar, bør det fremgå, at ansvaret for at anviser et alternativt tilbud påhviler bopælsregionen. En klar ansvarsfordeling vil understøtte en ensartet administration af reglerne og skabe tydelighed for både borgere og regioner.

En betydelig del af borgerne, som visiteres til en sundheds- og omsorgsplads i umiddelbar forlængelse af et sygehusophold, vil ofte være skrøbelige og have komplekse behov. Danske Regioner finder derfor, at borgerens aktuelle helbredstilstand og transportegnethed bør indgå som et centralt hensyn ved anvendelsen af retten til frit valg. Hvis et frit valg indebærer længere transport til den ønskede plads, bør det bero på en sundhedsfaglig vurdering, om det er forsvarligt for den konkrete borger at benytte sig af retten til frit valg. Dette vil bidrage til, at hensynet til patientens sikkerhed og behandlingsbehov vægtes højt ved visitation til sundheds- og omsorgspladser. Det flugter med reglerne for frit sygehusvalg, hvor akutte patienter pga. deres helbredstilstand ikke

selv kan vælge, hvor de vil behandles. Derudover bør det præciseres, hvordan ansvaret håndteres ved akut forværring af helbredstilstanden under ophold på en sundheds- og omsorgsplads i en anden region.

Danske Regioner har noteret, at hvis der indgås aftale med private om at drive sundheds- og omsorgspladser, er de ikke omfattet af reglerne om frit valg. Danske Regioner mener, at en eventuel inddragelse af private tilbud i fritvalgsretten bør ske efter samme regler som ved frit sygehusvalg. Her gælder, at sundhedsministeren først efter ansøgning fra den private institution kan beslutte, at reglerne om frit sygehusvalg helt eller delvist skal finde anvendelse på institutionen (jf. § 75, stk. 5). Foruden sammenhæng med de eksisterende patientrettigheder vil det samtidig give mulighed for en myndigheds-mæssig vurdering af, hvilke private tilbud der skal indgå i ordningen.

Det bør samtidig præciseres, hvordan ledelses- og myndighedsansvaret placeres i situationer, hvor sundheds- og omsorgspladser drives på matrikler med fælles personaledekning eller tæt sammenhæng mellem regionale og kommunale opgaver. Det er væsentligt for både drift, sagsoplysning og behandling af eventuelle klager.

Klageadgang vedrørende frit valg til sundheds- og omsorgspladser

Danske Regioner støtter, at borgere får adgang til at klage over afgørelser om frit valg til sundheds- og omsorgspladser, og at klagerne behandles af Styrelsen for Patientklager. Dette er i tråd med den model, der allerede gælder på sygehusområdet.

Det er samtidig vigtigt, at de kommende rammer for fritvalgsretten udformes så klart som muligt, så regionerne har et tydeligt grundlag for administrationen af ordningen og for håndteringen af eventuelle klagesager.

Mellemregional finansiering ift. sundheds- og omsorgspladser

Danske Regioner er enige i § 246 b. stk. 3. ift. muligheden for, at der kan ske betaling mellem regionerne i de tilfælde, hvor en anden region varetager en borgers behov for en plads, og forventer, at niveauet fastsættes med afsæt i takster.

Tekstnære bemærkninger til frit valg og befordring på sundheds- og omsorgspladser

Tekstnær bemærkning: Der henvises i § 118 f, 2. pkt. til § 118, stk. 3. Det formodes at være en fejl, at der ikke står § 118 e, stk. 3.

Den samme fejl fremgår af de specielle bemærkninger på side 41 nederst og bør ligeledes rettes.