



Fremsat den 24. april 2025 af indenrigs- og sundhedsministeren (Sophie Løhde)

Forslag

til

Lov om ændring af sundhedsloven

(National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud m.v.)

§ 1

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 275 af 12. marts 2025, som ændret ved lov nr. 1671 af 30. december 2024, foretages følgende ændringer:

1. I § 57 a, stk. 1, 1. pkt., udgår »og 8«.

2. Efter § 206 a indsættes i *kapitel 63*:

»§ 206 b. Lægekapaciteterne i det almenmedicinske tilbud fordeles og styres efter en national model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, jf. regler fastsat i medfør af stk. 4.

Stk. 2. Regionsrådet foretager planlægning og kapacitetsstyring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud i overensstemmelse med den nationale fordeling og styring efter stk. 1.

Stk. 3. Regionsrådets fastlægger i forbindelse med sin opgavevaretagelse efter stk. 2, og på baggrund af patienternes behandlingsbehov antallet af patienter, som en klinik som minimum skal have tilknyttet, før klinikken har ret til at lukke for tilgang af yderligere patienter.

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud. Ved fastlæggelse af regler efter 1. pkt., skal ministeren navnlig lægge vægt på befolkningens behandlingsbehov inden for et afgrænset geografisk område.

Stk. 5. Regionsrådet kan i perioden fra den 1. juli 2025 til og med den 31. december 2026 indgå aftaler om et midlertidigt tillæg, der supplerer overenskomst indgået efter § 227,

stk. 1, med indehaveren af et ydernummer i områder med lægemangel.«

3. § 227, stk. 2, 4. pkt., affattes således:

»En læge kan erhverve op til tre ydernumre i henhold til 1. og 2. pkt.«

4. § 227, stk. 5, affattes således:

»Stk. 5. Regionsrådet kan etablere og drive en klinik, som leverer almenmedicinske ydelser, jf. § 60, stk. 1 og 2. Personer i sygesikringsgruppe 1 kan vælge de regionale almenmedicinske tilbud, jf. § 59.«

5. § 227, stk. 6, ophæves.

Stk. 7 bliver herefter stk. 6.

6. § 227, stk. 8, ophæves.

Stk. 9-15 bliver herefter stk. 7-13.

§ 2

Stk. 1. Loven træder i kraft den 1. juli 2025.

Stk. 2. Læger, der ved lovens ikrafttræden ejer flere end tre ydernumre, kan uanset § 1, nr. 3, beholde disse ydernumre indtil afhændelse.

Stk. 3. Overtagelse af en klinik fra regionen efter den hidtil gældende § 227, stk. 6, i sundhedsloven, kan gennemføres, hvis forhandling om overtagelse er påbegyndt før lovens ikrafttræden.

Stk. 4. Klinikker, som er etableret i medfør af den hidtil gældende § 227, stk. 5, før lovens ikrafttræden, kan videreføres efter lovens ikrafttræden.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

Indholdsfortegnelse

1. Indledning
 2. Baggrund
 3. Lovforslagets hovedpunkter
 - 3.1. National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud
 - 3.1.1. Gældende ret
 - 3.1.1.1. Regionernes ansvar for ydelser, samarbejde og planlægning i henhold til sundhedsloven
 - 3.1.1.1.1. Valg af alment praktiserende læge
 - 3.1.1.2. Overenskomster, organisationsformer m.v. i henhold til sundhedsloven
 - 3.1.1.2.1. Særligt vederlag til ejeren af et ydernummer
 - 3.1.1.3. Bestemmelser om planlægning i overenskomst om almen praksis
 - 3.1.1.3.1. Patienttal i henhold til overenskomst om almen praksis
 - 3.1.1.3.2. Honorarstruktur for alment praktiserende læger
 - 3.1.1.3.3. Muligheder i lægedækningstruede områder i overenskomst om almen praksis
 - 3.1.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
 - 3.1.3. Den foreslåede ordning
 - 3.1.3.1. National model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud
 - 3.1.3.2. Regionsrådets planlægning og kapacitetsstyring i det almenmedicinske tilbud
 - 3.1.3.3. Minimumspatienttal for den enkelte klinik i det almenmedicinske tilbud
 - 3.1.3.4. Bemyndigelse til at fastsætte den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud
 - 3.1.3.5. Mulighed for midlertidigt tillæg til klinikker i områder med lægemangel
 - 3.2. Begrænsning i antal af ydnumre ejet af én læge
 - 3.2.1. Gældende ret
 - 3.2.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
 - 3.2.3. Den foreslåede ordning
 - 3.3. Flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud
 - 3.3.1. Gældende ret
 - 3.3.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
 - 3.3.3. Den foreslåede ordning
4. Regionale konsekvenser, herunder for landdistrikter
5. Konsekvenser for opfyldelsen af FN's Verdensmål
6. Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige
7. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.
8. Administrative konsekvenser for borgerne
9. Klimamæssige konsekvenser
10. Miljø- og naturmæssige konsekvenser
11. Forholdet til EU-retten
12. Hørte myndigheder og organisationer m.v.
13. Sammenfattende skema

1. Indledning

Regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne) og Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre har den 15. november 2024 indgået Aftale om sundhedsreform 2024.

Baggrunden for reformen er, at sundhedsvæsenet er under et stigende pres. Den demografiske udvikling med flere ældre og færre i den arbejdsdygtige alder betyder, at flere får behov for pleje og behandling, og at der vil mangle medar-

bejdere i sundhedsvæsenet, hvis ikke den måde, tingene gøres på, ændres. Samtidig er forskellene i borgernes adgang til god sundhedsbehandling blevet for store på tværs af landet.

Aftalepartierne ønsker med aftalen at skabe et stærkt og balanceret sundhedsvæsen, der er tættere på borgerne. Der er brug for en reform af sundhedsvæsenets politiske og økonomiske struktur og en ny opgavefordeling mellem myndighederne. Reformen skal også være med til at reducere ulighed i sundhed. Ressourcerne skal fordeles bedre på tværs af landet. Og muligheden for at prioritere indsatser og ressourcer

til dem, der har det største behov, skal styrkes økonomisk, fagligt og geografisk.

En væsentlig del af reformen er at styrke det nære sundhedsvæsen og sikre, at alle borgere har adgang til en læge i det almenmedicinske tilbud tæt på, uanset hvor man bor. Sundhedsvæsenet skal omstilles, så langt mere behandling og pleje kommer til at foregå hos egen læge og tæt på eller i borgerens eget hjem.

Med lovforslaget ønsker aftalepartierne bag Aftale om Sundhedsreform 2024 at tage de første nødvendige skridt for at sikre de grundlæggende forandringer, der skal til for at styrke det almenmedicinske tilbud til gavn for borgerne. Derudover er ønsket at sikre den nødvendige udvikling og tilpasning, når det almenmedicinske tilbud fremover skal varetage en styrket og udbygget rolle i sundhedsvæsenet.

Borgerens egen læge er en grundsten i det danske sundhedsvæsen. De alment praktiserende læger og det almenmedicinske tilbud løfter i dag en stor og vigtig opgave i sundhedsvæsenet. Egen læge skal også i fremtiden spille en markant rolle og varetage en endnu større del af behandlingen tæt på borgeren. Derfor er aftalepartierne også enige om at øge kapaciteten markant i det almenmedicinske tilbud, så der i 2035 skal være mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud.

I visse områder af landet er der i dag store udfordringer med mangel på læger i det almenmedicinske tilbud. Det er oftest i de dele af landet, hvor der bor flest syge og ældre borgere.

Aftalepartierne ønsker med lovforslaget at tage væsentlige skridt til en bedre og mere ligelig fordeling af læger i det almenmedicinske tilbud, så alle borgere får let og lige adgang til udredning og behandling, uanset bopæl. Derudover vil aftalepartierne fordele opgaverne i det almenmedicinske tilbud mere ligeligt og sikre, at det almenmedicinske tilbud i langt højere grad prioriterer indsatsen og ressourcerne for de mest sårbare og syge borgere, der hvor behovet er størst.

Aftalepartierne vil desuden lette adgangen til behandling i det almenmedicinske tilbud ved at styrke regionernes muligheder for at anvende forskellige klinikformer og leverandører og tilpasse de almenmedicinske tilbud til særlige patientgrupper.

Med lovforslaget foreslås ændringer af sundhedsloven.

Lovforslagets første hovedpunkt tilvejebringer en juridisk ramme for en national fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, idet der indføres hjemmel til, at fordeling og styring af lægekapaciteter sker statsligt ud fra en national fordelingsmodel, der tager udgangspunkt i patienternes behandlingsbehov. Indenrigs- og sundhedsministeren gives bemyndigelse til at fastlægge modellen, og der vil blive fastsat nærmere regler ved bekendtgørelse. Der indføres en bestemmelse om, at regionsrådets planlægning af det almenmedicinske tilbud herefter skal ske i overens-

stemmelse med den nationale fordeling og styring af lægekapaciteter.

Læger i områder med mange borgere med stort behandlingsbehov skal have færre patienter og på sigt med en ny honorarstruktur fra 2027 mere i honorar per patient, end de læger der behandler de mindre syge borgere. Derfor vil der i lovforslaget være en hjemmel til, at antallet af patienter, en klinik som minimum skal have tilknyttet, før klinikken får ret til at lukke for tilgang af yderligere patienter, fastlægges af regionsrådet, som led i planlægningen og kapacitetsstyringen af det almenmedicinske tilbud, og at patienttallet skal differentieres på baggrund af patienternes behandlingsbehov og den nationale fordelingsmodel.

Regionsrådets hjemmel til at fastlægge patienttallet for den enkelte klinik på baggrund af patienternes behandlingsbehov og den nationale fordelingsmodel skal samtidig give mulighed for at tilpasse fordelingen til lokale forhold, herunder forhold ved de enkelte klinikker, som fordelingsmodellen ikke kan tage højde for. Det gælder således allerede i dag, at flere klinikker efter eget ønske varetager et højere patienttal end det patientnormalt, som overenskomst om almen praksis tilsiger.

Med tiltag til styrket kapacitet og målsætning om mindst 5.000 læger i 2035 i det almenmedicinske tilbud i Aftale om Sundhedsreform 2024, vil lægekapaciteter og klinikker i hele landet forventeligt skulle varetage færre patienter på sigt i takt med, at flere opgaver omstilles til og løses af det almenmedicinske tilbud. I en periode vil der dog være behov for at målrette nye lægekapaciteter til de områder, hvor lægemanglen er i dag er størst.

Der er behov for at tilgodese områder med lægemangel og mange behandlingskrævende borgere, også på kort sigt. Med lovforslaget gives hjemmel til, at regionsrådene i en midlertidig periode fra den 1. juli 2025 og til og med 31. december 2026 får mulighed for at understøtte klinikker i områder med lægemangel med et midlertidigt tillæg. Formålet er at understøtte og styrke lægedækningen, fastholde eksisterende klinikker og samtidig sikre indtægtsgrundlaget for klinikker, der får færre patienter som følge af, at lægedækningen i området styrkes. På længere sigt vil en ny honorarstruktur for praktiserende læger, som skal træde i kraft fra 2027, skulle fastsættes i overensstemmelse med den nationale fordelingsmodel og baseres på borgernes behandlingsbehov.

Med lovforslagets andet hovedpunkt begrænses antallet af ydernumre, som kan ejes af én læge i det almenmedicinske tilbud fra de nuværende seks til tre. Formålet er, at sundhedskoncerner ikke overtager kontrollen med ydernumrene i almen praksis.

Med lovforslagets tredje hovedpunkt får regionerne en større fleksibilitet, når de skal sikre almenmedicinske tilbud til alle borgere. Regionerne får flere muligheder for at benytte forskellige klinikformer og leverandører i det almenmedicinske tilbud. De lovgivningsmæssige barrierer for at bruge

andre permanente klinikformer end alment praktiserende læger, som virker efter overenskomst om almen praksis, fjernes. Det giver mulighed for, at regionerne i højere grad kan sammensætte det almenmedicinske tilbud ud fra lokale behov og tilpasse tilbuddene til særlige patientgrupper samtidig med, at adgangen til behandling lettes, og borgerne får flere valgmuligheder.

Med flere og nye klinikformer styrkes regionernes mulighed for at sikre en bedre lægedækning i områder, hvor det erfaringsmæssigt har vist sig at være svært at tiltrække læger i almen medicin til de traditionelle klinikformer. Derudover forbedres regionernes rekrutteringsmuligheder af læger ved flere mulige ansættelsesformer.

2. Baggrund

I Aftale om Sundhedsreform 2024 fremgår det blandt andet af initiativerne vedr. det almenmedicinske tilbud, at der skal sikres en bedre og mere ligelig fordeling af læger på tværs af landet ved en national fordeling af lægekapaciteter, at antallet af ydernumre som en læge fremadrettet kan erhverve skal begrænses, samt at regionerne skal have styrkede muligheder for at tilpasse det almenmedicinske tilbud lokalt ved brug af flere og nye klinikformer.

Indholdet i Aftale om Sundhedsreform 2024 om fordeling af lægekapaciteter, flere og nye klinikformer og begrænsning i antal ydernumre ejet af en læge i det almenmedicinske tilbud er i vid udstrækning baseret på Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling og forslag om en kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud, herunder kommissionens forslag herom.

Den 28. marts 2023 nedsatte regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne) Sundhedsstrukturkommissionen med den opgave at komme med forslag til løsninger, der skal sikre et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen med mere lighed, og som er nært og bæredygtigt. Ifølge kommissoriet for kommissionen var det overordnede sigte med kommissionens arbejde at udarbejde et beslutningsgrundlag, der fordomsfrit opstiller og belyser modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet.

Sundhedsstrukturkommissionen blev sammensat af eksperter og praktikere, der blev udpeget af indenrigs- og sundhedsministeren. Det fremgik af kommissoriet, at der ved udvælgelsen af kommissionsmedlemmerne blev lagt vægt på en sammensætning, der sikrede kompetencer indenfor sundhøkonomi, offentlig organisering og forvaltning, sygehusdrift, den kommunale sundhedsindsats, patientperspektiv, praksissektoren, sammenhæng i sundhedssektoren, innovation og internationale erfaringer.

Sundhedsstrukturkommissionen afleverede i juni 2024 sine anbefalinger i "Sundhedsstrukturkommissionens rapport – Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen" (herefter omtalt som Sund-

hedsstrukturkommissionens rapport) til indenrigs- og sundhedsministeren.

Sundhedsstrukturkommissionens rapport indeholder i kapitel 9 kommissionens anbefaling til en ny organisering af det almenmedicinske tilbud og ni konkrete forslag hertil.

Af Sundhedsstrukturkommissionens forslag fremgår det, at der skal indføres differentierede patientnormer i det almenmedicinske tilbud på baggrund af en national model, som estimerer behandlingsbehovet for patienter i den enkelte klinik ud fra data om eksempelvis patienternes alder, køn, fysisk og psykisk sygelighed og socioøkonomiske variable. Formålet er, at patientnormen i den enkelte klinik og i et område afspejler patienternes behov for behandling.

Almenmedicinske tilbud i områder med lavt sundhedsbehov skal dermed varetage flere patienter inden for den nuværende honorering, imens klinikker i områder med høj sygdomsbyrde får reduceret patienttallet som følge af patienternes større behov, så der sikres en omfordeling af ressourcer efter sundhedsbehovet. Samtidig vil der også skulle fordeles flere lægekapaciteter til områderne.

Derudover fremgår det af Sundhedsstrukturkommissionens forslag, at regionerne skal have kompetence til at benytte forskellige klinikformer, herunder blandt andet alment praktiserende læger, som virker efter overenskomst om almen praksis, offentligt drevne klinikker og udbudsklinikker, hvor det skønnes relevant ud fra lokale forhold og behov.

Det fremgår desuden af kommissionens anbefalinger, at det kan overvejes at begrænse antallet af ydernumre, som en læge kan eje. Dette for at vanskeliggøre sundhedskoncerners mulighed for at overtage kontrollen med de almenmedicinske tilbud.

3. Lovforslagets hovedpunkter

3.1. National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud

3.1.1. Gældende ret

Der er i gældende lovgivning ikke en national styring med ydernumre i det almenmedicinske tilbud eller fordelingen heraf. Et ydernummer indebærer en ret til at drive en almen praksis på nærmere fastsatte vilkår. Det er alene speciallæger i almen medicin, der arbejder inden for overenskomsten om almen praksis, der kan erhverve et ydernummer. Der findes således ikke regler i gældende lovgivning, der bemyndiger indenrigs- og sundhedsministeren til at styre eller fastsætte fordelingen geografisk af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud og dertil til at opstille forpligtende rammer for fordelingen af lægekapaciteter på tværs af regionerne i forbindelse med regionernes planlægning og kapacitetsstyring af det almenmedicinske tilbud.

Planlægningskompetencen og kapacitetsstyringen af ydernumre og lægekapaciteter er i dag placeret hos regioner-

ne. Patientnormen for en lægekapacitet er aftalt i overenskomst om almen praksis, som aftales mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og De Praktiserende Lægers Organisation, hvor det også er fastlagt, at en klinik, der som minimum har 1.600 patienter tilmeldt for en lægekapacitet, har ret til straks at få lukket for tilgang. De lovgivningsmæssige rammer for regionsrådets ansvar for ydelser i praksissektoren og planlægningen og samarbejdet med almen praksis fremgår af sundhedslovens afsnit V og XV. De lovgivningsmæssige rammer for overenskomster, organisationsformer m.v. for almen praksis fremgår af sundhedslovens afsnit XVIII.

3.1.1.1. Regionernes ansvar for ydelser, samarbejde og planlægning i henhold til sundhedsloven

Det fremgår af sundhedsloven, at regionsrådet har ansvaret for at tilvejebringe og sikre tilbud om behandling hos praktiserende læge efter § 60, jf. § 57.

Det følger endvidere af sundhedslovens § 57 b, stk. 1, at regionsrådet på baggrund af praksisplanen vedrørende almen praksis, jf. § 206 a, fastlægger placeringen af de praksis, hvorfra der i henhold til et ydernummer ydes vederlagsfri behandling til personer omfattet af sikringsgruppe 1, jf. § 60, stk. 1. Det følger desuden af § 57 b, stk. 2, at en indehaver af et ydernummer, der ønsker at flytte praksis, skal indhente regionsrådets godkendelse. Godkendelse skal meddeles, hvis flytningen ikke ændrer forudsætningerne for praksisplanen eller er i strid med denne, jf. § 206 a.

Det følger af sundhedslovens § 206 a, stk. 1, at regionsrådet med inddragelse af kommunerne og almen praksis i hver valgperiode skal udarbejde en praksisplan vedrørende almen praksis, der udgør en del af regionens sundhedsplan, jf. sundhedslovens § 206. Det følger af § 30 b, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 999 af 21. juni 2023 om ændring af bekendtgørelse om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler og patientinddragelsesudvalg, at praksisplanen indeholder overvejelser om blandt andet kapacitet og fysisk placering af ydernumre.

Ydernummeret er retten til at drive et almenmedicinsk tilbud på nærmere fastsatte vilkår. En lægekapacitet er et styringsbegreb, der ca. svarer til en fuldtidsperson i det almenmedicinske tilbud.

Planlægningskompetencen i det almenmedicinske tilbud ligger således i dag hos regionerne. Regionerne fastlægger antallet af ydernumre og den geografiske placering af disse under hensyn til bestemmelser om patientnorm for en lægekapacitet fastlagt i overenskomst om almen praksis og sundhedslovens bestemmelser om valg af alment praktiserende læge, jf. afsnit 3.1.1.1.2.

Videre af stk. 1 fremgår, at praksisplanen skal revideres i valgperioden, hvis der sker væsentlige ændringer i dens forudsætninger, samt at praksisplanen inden den endelige

vedtagelse skal forelægges for Sundhedsstyrelsen, som yder rådgivning vedrørende praksisplanens udformning.

Det følger af § 206 a, stk. 2, at der forud for udarbejdelse og revision af praksisplanen vedrørende almen praksis skal gennemføres en høring blandt kommunerne i regionen, og praksisplanen skal inden vedtagelsen forelægges for sundhedssamarbejdsudvalget, jf. § 204, stk. 1.

Efter § 206 a, stk. 3, skal der, inden praksisplanen vedrørende almen praksis udarbejdes eller revideres, ske en høring af de praksis i regionen, der yder vederlagsfri behandling til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, jf. § 60, stk. 1. Planen skal inden vedtagelsen forelægges patientinddragelsesudvalget, der er et udvalg bestående af medlemmer udpeget af patient- og pårørendeorganisationer, som skal sikre, at patienters og pårørendes perspektiver og erfaringer indgår i udviklingen af mere sammenhængende forløb på tværs af sektorer jf. § 204, stk. 3, til høring.

Det fremgår af vejledning nr. 9007 af 11. januar 2024 om udarbejdelse af praksisplaner for almen praksis, at der i planlægningen blandt andet skal tages hensyn til, at antallet af læger i regionen er tilstrækkeligt til, at alle regionens gruppe 1-sikrede borgere kan tilmeldes en alment praktiserende læge, jf. afsnit 2.1. Praksisplanlægningen vil således skulle ske under hensyn til sundhedslovens bestemmelser om valg af alment praktiserende læge for personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1.

3.1.1.1.1. Valg af alment praktiserende læge

Det fremgår af sundhedslovens § 59, stk. 1, at personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, skal vælge alment praktiserende læge og meddele det til kommunen. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om gruppe 1-sikrede personers valg af læge, herunder i forbindelse med lægeskift, jf. § 59, stk. 5.

Det følger af § 2, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 605 af 4. juni 2024 om valg og skift af alment praktiserende læge og om behandling hos læge i praksissektoren, at personer omfattet af sikringsgruppe 1 frit kan vælge alment praktiserende læge eller klinik inden for en afstand af 15 km fra sikredes bopæl. Den sikrede har ret til at vælge mellem to alment praktiserende læger eller klinikker.

Videre følger det af stk. 2, at i det omfang, der ikke inden for en afstand af 15 km fra den sikredes bopæl er mindst to læger eller klinikker med åben for tilgang, der kan vælges imellem, er bopælsregionen forpligtet til at anvise den sikrede lægevalgsmuligheder.

3.1.1.2. Overenskomster, organisationsformer m.v. i henhold til sundhedsloven

Regionerne opfylder myndighedsforpligtelsen i henhold til sundhedslovens § 60 om at tilvejebringe tilbud om behand-

ling hos alment praktiserende læger via overenskomst om almen praksis, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1.

Det følger videre af sundhedslovens § 227, stk. 1, at vilkår, der er fastsat ved lov, ikke kan fraviges ved overenskomster indgået med organisationer af sundhedspersoner repræsenterende almen praksis. Herved forstås i praksis en overenskomst indgået imellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og organisationer af sundhedspersoner, repræsenterende almen praksis.

Langt hovedparten af almenmedicinske ydelser til borgerne ydes af alment praktiserende læger, der arbejder inden for rammerne af overenskomsten om almen praksis. Det er alene speciallæger i almen medicin, der arbejder inden for overenskomsten om almen praksis, som kan eje et ydernummer.

3.1.1.2.1. Særligt vederlag til ejeren af et ydernummer

Det fremgår af sundhedslovens § 227, stk. 7, at regionsrådet i perioden fra den 1. juli 2023 til og med den 30. juni 2033 kan indgå aftaler med indehaveren af et ydernummer i områder med lægemangel om et særligt vederlag af midlertidig karakter til kompensation for etablerings- eller praksispersonaleudgifter. Det særlige vederlag er af midlertidig karakter og ligger ud over, hvad der er fastlagt og besluttet i overenskomst om almen praksis. Denne mulighed skal understøtte regionens forpligtelse til at yde behandling hos praktiserende læge efter § 60, jf. § 57.

Det fremgår af bemærkningerne til sundhedslovens § 227, stk. 7, at hjemlen til at yde et særligt vederlag alene vil kunne anvendes i områder, hvor de almindelige mekanismer til at sikre lægedækning ikke er tilstrækkelige, og hvor det via praksisplanens indsatser ikke har været muligt at sikre en rimelig lægedækning i regionen, herunder ved at tiltrække og fastholde alment praktiserende læger med de muligheder, som overenskomsten stiller til rådighed. Vederlaget vil således alene kunne ydes med henblik på at sikre bedre lægedækning i områder med lægemangel, jf. Folketingstidende 2022-23, tillæg A, L 103 som fremsat, side 12-13.

Det fremgår videre af bemærkningerne, at det særlige vederlag til indehaveren af et ydernummer, herunder ydernummer på licens, vil skulle ydes undtagelsesvist og have en midlertidig karakter. Det særlige vederlag kan dække hhv. særlige etableringsudgifter, hvor regionen yder et særligt vederlag til at dække engangs- eller opstarts-udgifter omkring etablering eller udvidelse af en praksis og håndtering af administrative opgaver i den forbindelse. Dertil kommer særlige praksispersonaleudgifter, hvor regionen yder et særligt vederlag i forbindelse med ansættelse af praksispersonale, som skal muliggøre, at en lægepraksis for en periode eller permanent øger sit patientoptag markant. Regionernes aftaler med en indehaver af et ydernummer i et område med lægemangel om et særligt vederlag vil skulle indgås under hensyntagen til de gældende udbuds- og konkurrenceretlige regler, jf.

Folketingstidende 2022-23, tillæg A, L 103 som fremsat, side 12-13.

Det fremgår af bemærkningerne til § 227, stk. 7, at en mulighed for at yde et særligt vederlag vil kunne være en midlertidig del af løsningen i situationer, hvor det kan være et kritisk redskab til at opretholde eller forbedre lægedækningen i område lægemangel. Både i forhold til at tiltrække nye læger, som led i etablering af en licensklinik, til aflastning af læger i eksisterende almene praksis i form af yderligere praksispersonale, og som en mulighed for at kunne udvide antallet af læger i den enkelte praksis eller for at udvide patientoptaget i en periode, jf. Folketingstidende 2022-23, tillæg A, L 103 som fremsat, side 23.

3.1.1.3. Bestemmelser om planlægning i overenskomst om almen praksis

I sundhedsloven fastlægges de overordnede rammer for almen praksis. De lovgivningsmæssige rammer for planlægningen og samarbejdet med almen praksis fremgår således af sundhedslovens bestemmelser herom jf. ovenfor. Overenskomst om almen praksis, som aftales mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation (herefter: overenskomst om almen praksis), fastsætter de generelle rettigheder og forpligtelser for almen praksis samt honoreringen. De detaljerede rammer for lægehjælp hos alment praktiserende læger er også indeholdt i overenskomst om almen praksis.

3.1.1.3.1. Patienttal i henhold til overenskomst om almen praksis

I overenskomst om almen praksis er det fastsat, at en praksis, der som minimum har 1.600 patienter tilmeldt pr. lægekapacitet, har ret til straks at få lukket for tilgang. En lægekapacitet er et styringsbegreb, der ca. svarer til en fuldtidsperson i det almenmedicinske tilbud, og som skal kunne varetage 1.600 tilmeldte patienter, jf. overenskomst om almen praksis. Dette patienttal er blandt andet styrende for regionernes planlægning og for regionernes udstedelse af ydernumre og lægekapaciteter.

I overenskomst om almen praksis er der etableret et Samarbejdsudvalg. De regionale samarbejdsudvalg i overenskomstregi har blandt andet til opgave at drøfte og afgøre spørgsmål om forståelse og anvendelse af overenskomsten, klagesager m.v. På nationalt niveau er der i overenskomstregi etableret et Landssamarbejdsudvalg bestående af medlemmer udpeget af Regionernes Lønnings- og Takstnævn, herunder en kommunal repræsentant og medlemmer udpeget af Praktiserende Lægers Organisation. Landssamarbejdsudvalget skal blandt andet tage stilling til sager, som de regionale samarbejdsudvalg ikke har kunnet blive enige om. Desuden skal Landssamarbejdsudvalget generelt fremme samarbejdet mellem parterne.

Det er reguleret i overenskomst om almen praksis, at prak-

sis, der af særlige grunde ønsker et lavere antal tilmeldte patienter pr. lægekapacitet end 1.600, kan søge Samarbejdsudvalget om lukning af patienttilgang ved et lavere antal patienter. Der gælder endvidere en øvre lukkegrænse i det tilfælde, hvor en praksis har 2.700 patienter tilmeldt pr. lægekapacitet. Her skal der søges om Samarbejdsudvalgets godkendelse af fortsat at have åben for patienttilgang. Samarbejdsudvalget skal give tilladelse, med mindre væsentlige forhold taler imod.

I dag varetager mange klinikker i det almenmedicinske tilbud således flere patienter, end det eksisterende normtal tilsiger.

3.1.1.3.2. Honorarstruktur for alment praktiserende læger

Et af de centrale elementer i overenskomst om almen praksis er honorarstrukturen for de alment praktiserende læger. Det fremgår af overenskomsten, hvilket honorar der gives for de konkrete ydelser. Den nuværende honorarstruktur er baseret på, at ca. 40 pct. af den samlede økonomi hos de alment praktiserende læger udgøres af et fast basishonorar opgjort efter antal tilmeldte patienter, og ca. 60 pct. er aktivitetsbaseret honorar fordelt på enkelttydelser. Det er ikke i overenskomsten udtømmende reguleret, hvilke opgaver basishonoraret dækker over. Alment praktiserende læger udfører mange forskellige enkelttydelser, der alle udløser forskellige honorarer, som til sammen udgør det samlede aktivitetsbaserede honorar.

I overenskomst om almen praksis fra 2018 blev der indført et kronikerhonorar, som øger lægernes basishonorar for patienter med type 2-diabetes og/eller patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). Kronikerhonoraret erstatter således den aktivitetsbaserede ydeshonorering for denne patientgruppe med et fast månedligt honorar. Formålet med ordningen for visse patienter med kronisk sygdom er, at de i højere grad følges og behandles i almen praksis frem for på hospitalsambulatorierne, dvs. honoraret skal motivere den praktiserende læge til at styrke sin indsats for de pågældende patienter. Aftalen forudsatte, at alle patienter, der er diagnosticeret med type 2-diabetes og/eller KOL, og som er tilmeldt en klinik, overflyttes til det nye honorar.

Overenskomsten giver desuden mulighed for et begrænset differentieret basishonorar for læger baseret på to forskellige modeller. Den første tager udgangspunkt i såkaldt lægedækningstruede områder, og den anden tager udgangspunkt i patienttyngden i det givne område. Der er afsat ca. 60 mio. kr. årligt til denne ordning, svarende til ca. 0,6 pct. af den samlede ramme til alment praktiserende læger.

Den første model indebærer, at der gives tilskud til læger, der nedsætter sig i lægedækningstruede områder. Vurderingen af, om et område er lægedækningstruet, er baseret på kriterier om blandt andet andel af borgere, som er dækket af midlertidige klinikformer, socioøkonomisk status og andelen af læger i almenmedicinske tilbud i området, som er tæt ved pensionsalderen. Den anden model indebærer, at der

gives tilskud til læger, som har klinik i områder med særlig høj patienttyngde. Områderne defineres ud fra en statistisk model, som estimerer sammenhængen mellem sygelighed i et område og forbruget af sundhedsydelser.

3.1.1.3.3. Muligheder i lægedækningstruede områder i overenskomst om almen praksis

Overenskomst om almen praksis rummer en række bestemmelser om særlige muligheder for praktiserende læger i lægedækningstruede områder. Der findes i dag to forskellige typer af lægedækningstruede områder.

Den ene type er de såkaldt landsdækkende lægedækningstruede områder, som følger overenskomstperioden og giver adgang til det geografisk bestemte differentieret basishonorar.

Den anden type er de regionale opgørelser, som hver region fastlægger løbende i praksisplan for almen praksis, og som giver adgang til overenskomstens øvrige tiltag i forhold til lægedækning. Områderne fastlægges og offentliggøres ca. 1 gang årligt, men det varierer. Mulighederne i overenskomst i almen praksis vedrører blandt andet delepraksis og andel ansatte læger i praksis.

3.1.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

I dag er der færrest læger og generelt dårligere adgang til sundhedstilbud i de områder af landet, hvor befolkningens behov for behandling og pleje er størst.

Der er i de seneste år igangsat en række indsatser blandt andet i forlængelse af Sundhedsaftalen af 20. maj 2022, der skal styrke lægedækningen i alle dele af landet. Der er blandt andet i sundhedsloven givet mulighed for, at regionerne yder et særligt vederlag til læger i områder med lægemangel, ligesom der er afsat midler til 10 nye licensklinikker, der skal gøre det mere attraktivt for eksempelvis nyuddannede læger at praktisere i områder med lægemangel. Dertil er reglerne for etablering og drift af regionsklinikker smidiggjort. Til trods for tiltagene opleves der fortsat store udfordringer med lægedækning og med at tiltrække og rekruttere læger til visse områder i landet, særligt i yderområder og visse udsatte boligområder, hvor befolkningen typisk har flere helbredsproblemer.

Med Aftale om sundhedsreform 2024 er aftalepartierne enige om, at der skal være en bedre og mere ligelig fordeling af læger i det almenmedicinske tilbud, så alle borgere får let og lige adgang til behandling, uanset bopæl. Det almenmedicinske tilbud og egen læge skal også i fremtiden spille en markant rolle og varetage en større del af behandlingen tæt på borgeren til gavn for borgere i alle dele af landet. Det stiller krav om en bedre og mere ligelig fordeling af læger.

Samtidig skal det almenmedicinske tilbud i langt højere grad prioritere indsatsen for de mest sårbare og syge borgere. Derfor skal fordelingen af lægekapaciteter ske nationalt,

så fordelingen af lægekapaciteter og patienttallet i den enkelte klinik som noget nyt bliver tilpasset sammensætningen af patienter og patienternes behandlingsbehov. Klinikker i områder med mange borgere med stort behandlingsbehov vil blive givet mulighed for at varetage færre patienter end i dag, mens klinikker i områder med mange raske og ressourcerstærke borgere skal varetage flere. Det skal bidrage til at reducere uligheden i adgang til sundhed og sikre en bedre fordeling af kapaciteten i det almenmedicinske tilbud på tværs af landet.

Af den politiske aftale fremgår det, at det fastlægges i sundhedsloven, at kompetencen til den overordnede fordeling og styring af lægekapaciteter tillægges indenrigs- og sundhedsministeren ud fra en national model, der tager udgangspunkt i patienternes behandlingsbehov. Det skal sikre en mere lige fordeling af læger, mere tid til patienter med størst behov og en mere lige fordeling af opgaverne i det almenmedicinske tilbud.

Det fremgår endvidere, at aftalepartierne er enige om, at indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges til at fastlægge den nationale fordelingsmodel. Den nationale fordelingsmodel skal udarbejdes under inddragelse af eksperter.

Der er i gældende lovgivning ikke en national styring med lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud eller fordelingen heraf. Indenrigs- og sundhedsministeren har således ikke i de gældende regler mulighed for at opstille kriterier for fordelingen af lægekapaciteter geografisk nationalt og på tværs af regionerne. Regionerne har, som ansvarlig myndighed for at tilvejebringe almenmedicinske ydelser, blandt andet til opgave at fastlægge en praksisplan efter gældende lovgivning, hvori forudsætninger for at tilvejebringe den nødvendige lægekapacitet i alle regionens områder beskrives.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderer således, at ovenstående del af Aftale om Sundhedsreform 2024 kan implementeres ved, at indenrigs- og sundhedsministeren vil blive givet hjemmel til at fastsætte den overordnede nationale styring og fordeling af lægekapaciteter ud fra en national fordelingsmodel, der baseres på befolkningens behandlingsbehov. Indenrigs- og sundhedsministeren vil blive bemyndiget til at fastlægge nærmere regler og indhold af den nationale fordelingsmodel.

Implementeringen kan derudover ske ved at indføre en bestemmelse om, at regionsrådet planlægning og kapacitetsstyring af det almenmedicinske tilbud vil skulle ske i overensstemmelse med den nationale fordeling og styring af lægekapaciteter. Derudover vil antallet af patienter, en klinik som minimum skal have tilknyttet, før klinikken får ret til at lukke for tilgang af yderligere patienter, skulle fastsættes af regionsrådet som led i planlægningen og kapacitetsstyringen af det almenmedicinske tilbud med udgangspunkt i den nationale fordelingsmodel ud fra patienternes behandlingsbehov i de enkelte klinikker og med mulighed for tilpasning til lokale forhold, herunder relevante forhold i klinikkerne.

Af Aftale om Sundhedsreform 2024 fremgår det, at der skal udvikles en ny honorarstruktur for de alment praktiserende læger, som skal træde i kraft i 2027. En ny honorarstruktur skal sikre sammenhæng mellem lægernes honorar og borgernes behandlingsbehov. Udviklingen af en kommende ny honorarstruktur vil skulle ske i overensstemmelse med den nationale fordelingsmodel.

Der er behov for at tilgodese områder med lægemangel og mange behandlingskrævende borgere, også på kort sigt. Indtil en ny honorarstruktur træder i kraft i 2027 vil regionsrådene i en midlertidig periode fra 1. juli 2025 og til og med 31. december 2026 få mulighed for at understøtte klinikker i områder med lægemangel med et midlertidigt tillæg. Formålet med det midlertidige tillæg er at understøtte og styrke lægedækningen, fastholde eksisterende klinikker og sikre indtægtsgrundlaget for klinikker, der får færre patienter som følge af, at lægedækningen i området styrkes. Derudover sikres den nødvendige prioritering af tid og ressourcer til patienter med stort behandlingsbehov og prioritering af lægekapaciteter til områder med lægemangel, som er et hovedhensyn med den foreslåede ordning. Det midlertidige tillæg vil ligge ud over honorarer, der fremgår af overenskomst om almen praksis og vil kunne gives indtil, at en ny honorarstruktur for de alment praktiserende læger træder i kraft 1. januar 2027.

Formålet er, at klinikkerne også på kort sigt kan opretholde indtægtsgrundlaget, når kapaciteten i områder med lægemangel styrkes, og de får mulighed for et lavere antal patienter, de som minimum skal have tilknyttet, før klinikken får ret til at lukke for tilgang af yderligere patienter, frem til at en ny honorarstruktur skal træde i kraft.

Tiltag i Aftale om Sundhedsreform 2024 om styrket kapacitet og flere læger i det almenmedicinske tilbud vil medføre, at alle lægekapaciteter og klinikker i hele landet forventeligt vil skulle varetage færre patienter på sigt i takt med, at flere opgaver omstilles til og løses af det almenmedicinske tilbud.

Det er Indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering, at de foreslåede bestemmelser både på kort og lang sigt vil gøre det mere attraktivt at være læge i yderområderne, hvor der typisk er flere syge borgere, og at ordningen vil sikre mere tid til patienter med størst behov. Den foreslåede ordning vil således indebære, at regionernes muligheder for at opfylde deres myndighedsforpligtelse i henhold til sundhedslovens § 60, jf. § 57, om at tilvejebringe tilbud om vederlagsfri behandling for alle borgere vil blive betydeligt styrket.

Det er Indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering, at de foreslåede bestemmelser i væsentlig grad vil understøtte en hensigtsmæssig fordeling af lægekapaciteter nationalt samt understøtte regionernes forpligtelse til at sikre en effektiv lægedækning i alle dele af landet og en mere lige fordeling af opgaverne i det almenmedicinske tilbud. Herunder særligt en hensigtsmæssig lægedækning i yderområder og områder, hvor det erfaringsmæssigt har været vanskeligt at rekruttere

læger til det almenmedicinske tilbud, og hvor der typisk er flest patienter med størst behandlingsbehov.

Den nationale fordelingsmodel vil skulle evalueres i 2028 for at sikre, at der er sket den ønskede fordeling af læger med udgangspunkt i patienternes behandlingsbehov. Den foreslåede evaluering vil ske med henblik på at sikre, at den nationale fordelingsmodel understøtter den ønskede kapacitetsudvidelse i det almenmedicinske tilbud i takt med, at lægekapaciteten øges.

Dette lovforslag skal desuden ses i nær sammenhæng med lovforslag om ændring af regionsloven og forskellige andre love samt lovforslag om overgangen til en ny sundhedsstruktur.

Det fremgår af Aftale om Sundhedsreform 2024, at regionsrådet i en ny organisering er det øverste, folkevalgte organ i regionen med det samlede økonomiske ansvar, herunder for budget og fordeling af ressourcer, samt ansvaret for styring af regionens opgaver, processer og indhold. Heraf følger det endelige ansvar for alle regionens opgaver. I en ny organisering vil regionsrådet således have ansvar for den samlede sundhedsplanlægning og ressourcefordeling i regionen og vil i sin planlægning og budgetlægning skulle have fokus på at understøtte omstillingen af mere behandling til det nære, sikre fasttilknyttede læger til en række kommunale tilbud samt få sygehusene til at understøtte de nære tilbud. Dertil kommer en stor opgave med at udbygge og udvikle det almenmedicinske tilbud. Regionsrådet vil have et samlet ansvar for at sikre en ligelig fordeling af lægekapaciteter i regionen, herunder for at tage de nødvendige tiltag herfor. Den lokale planlægning, dialog og tilrettelæggelse vil i høj grad kunne foregå i sundhedsrådene inden for overordnede rammer fastsat af regionsrådet/forretningsudvalget.

I en ny organisering fra 2027 vil sundhedsrådene have det umiddelbare politiske og forvaltningsmæssige ansvar for drift og udvikling af regionens sundhedsopgaver inden for et afgrænset geografisk område og inden for de rammer, som er fastlagt af regionsrådet. Sundhedsrådene vil have både regionale og kommunale politiske repræsentanter. Regionsrådet vil fastlægge den nærmere afgrænsning for så vidt angår placering af det umiddelbare ansvar for enheder, der er placeret på tværs af flere sundhedsråd. Sundhedsrådene er i enhver henseende undergivet regionsrådets instruktioner og beslutninger. Det vil således også være op til regionsrådet at beslutte, hvilke sagstyper, under sundhedsrådene, som skal forelægges regionsrådet og/eller forretningsudvalget.

Sundhedsrådene vil inden for overordnede rammer fastsat nationalt og af regionsrådet således skulle planlægge og implementere det udbyggede almenmedicinske tilbud og blandt andet omsætte de nye kompetencer på området, som f.eks. valg af klinikformer, lægedækning i forhold til kommunale tilbud mv. Det vil sige, at planlægningskompetencen i den nye organisering som udgangspunkt vil være placeret hos sundhedsrådene inden for det geografiske område, som rådet dækker, men inden for rammerne af regionsrådets

samlede sundhedsplanlægning og i henhold til den nationale fordelingsmodel.

Sundhedsrådene vil således skulle behandle sager, der vedrører den lokale planlægning af praksissektoren, som blandt andet omfatter praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer, fodterapeuter m.fl. Rammer for lokale aftaler på praksisområdet med økonomiske implikationer i forhold til honorering forudsættes som udgangspunkt at vil skulle ligge under forretningsudvalget, som vil have det umiddelbare ansvar for tværgående økonomiske forhold.

Med en ny organisering af det regionale sundhedsvæsen fra 1. januar 2027 vil regionsrådets planlægning og kapacitetsstyring af det almenmedicinske tilbud således også som udgangspunkt ske i regi af de kommende sundhedsråd på vegne af regionsrådet, og den konkrete planlægning og kapacitetsstyring kunne forventeligt indgå som en del af de kommende nærsundhedsplaner, som de kommende sundhedsråd skal udarbejde.

Lovforslaget skal desuden konkret ses i sammenhæng med lovforslag om lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love og den foreslåede ændring af sundhedslovens § 206 a, som fastlægger bestemmelserne om praksisplan vedrørende almen praksis, hvori det foreslås, at bestemmelsen ophæves med virkning fra 1. juli 2025. Ophævelsen af § 206 a forudsætter, at regionerne i perioden fra den 1. juli 2025 til 31. december 2026 fortsat sikrer den relevante inddragelse af kommunerne i regionen, patientinddragelsesudvalget og de almenmedicinske tilbud, der yder vederlagsfri behandling til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, jf. § 60, stk. 1, i planlægningen af kapaciteten og geografisk placeringen af de almenmedicinske tilbud. Regionerne vil ikke i perioden skulle forelægge sine planer for Sundhedsstyrelsen med henblik på rådgivning.

3.1.3. Den foreslåede ordning

3.1.3.1. National model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud

Det foreslås, at der indsættes en ny § 206 b i sundhedsloven.

Det foreslås, at der i sundhedslovens § 206 b, stk. 1, indføres en bestemmelse om, at lægekapaciteterne i det almenmedicinske tilbud fordeles og styres efter en national model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, jf. regler fastsat i medfør af den foreslåede stk. 4.

Den foreslåede ordning vil medføre, at der indføres en national fordelingsmodel, som vil fastsætte den overordnede nationale fordeling af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud ud fra befolkningens behandlingsbehov inden for et afgrænset geografisk område.

Den nationale fordelingsmodel vil som udgangspunkt fordele lægekapaciteter inden for de geografiske områder omfat-

tet af et sundhedsråd, jf. en ny organisering af det regionale sundhedsvæsen og etablering af 17 nye sundhedsråd fra 1. januar 2027. Inden for sundhedsrådenes områdeafgrænsning estimerer fordelingsmodellen desuden behandlingsbehovet for patienterne i den enkelte klinik.

Den nationale fordelingsmodel af lægekapaciteter vil således blive det centrale overordnede styringsværktøj til den nationale fordeling og styring af lægekapaciteter nationalt i det almenmedicinske tilbud. Med lovforslaget vil planlægningssystemet for det almenmedicinske tilbud således blive justeret.

Det foreslåede § 206 b, stk. 1, skal ses i sammenhæng med den foreslåede § 206 b, stk. 4, hvorefter der vil blive fastsat nærmere regler om modellen ved bekendtgørelse.

Der henvises til lovforslagets § 1, nr. 2, og bemærkninger hertil.

3.1.3.2. Regionsrådets planlægning og kapacitetsstyring i det almenmedicinske tilbud

Det foreslås, at der i sundhedslovens § 206 b, stk. 2, indføres en bestemmelse om, at regionsrådet foretager planlægning og kapacitetsstyring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud i overensstemmelse med den nationale fordeling og styring efter den foreslåede stk. 1.

Den foreslåede ordning vil medføre, at regionsrådet vil skulle planlægge kapaciteten og placeringen af de almenmedicinske tilbud, hvorfra der ydes vederlagsfri behandling til personer omfattet af sikringsgruppe 1, jf. § 60, stk. 1, i overensstemmelse med den nationale fordeling og styring af lægekapaciteter inden for et geografisk område, jf. den foreslåede § 206 b, stk. 1.

Med lovforslaget vil planlægningssystemet for det almenmedicinske tilbud blive justeret. Den nationale fordelingsmodel af lægekapaciteter vil således blive det centrale overordnede styringsværktøj til den nationale fordeling og styring af lægekapaciteter nationalt og fastlægge en ramme for regionsrådets fordeling af kapacitet og fysisk placering af ydernumre og lægekapaciteter. Regionsrådets kapacitetsstyring og planlægning, herunder den geografiske placering af ydernumre, vil således skulle ske under hensyn til den nationale fordeling af lægekapaciteter.

Inden for sundhedsrådenes områdeafgrænsning estimerer fordelingsmodellen behandlingsbehovet i den enkelte klinik. Regionerne og fra 2027 sundhedsrådene vil i planlægningen, placeringen og kapacitetsstyringen af det almenmedicinske tilbud skulle bruge det estimerede behandlingsbehov for patienterne i den enkelte klinik til at understøtte, at lægekapaciteten inden for sundhedsrådets geografiske områder fordeles proportionalt i forhold til patienternes behandlingsbehov. Regionerne vil således skulle udmønte flere kapaciteter i de områder inden for de enkelte sundhedsråd, hvor behandlingsbehovet er større.

Et almenmedicinsk tilbud, der ønsker at flytte praksisadresse, skal fortsat indhente regionsrådets godkendelse og fra 2027 sundhedsrådets godkendelse, jf. lovforslag om lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love og den deri foreslåede ændring af § 57 c, stk. 1 og 2. Godkendelse skal meddeles, hvis flytningen ikke ændrer forudsætningerne for planlægningen og kapacitetsstyringen med udgangspunkt i fordelingsmodellen.

Klinikkernes rettigheder i forhold til at gøre brug af mulighederne i de regionale lægedækningstruede områder fastlagt i regionernes praksisplan og adgangen til det geografisk bestemte differentierede basishonorar fastlagt i de landsdækkende lægedækningstruede områder vil fortsat være reguleret i overenskomst om almen praksis, ind til en ny organisering af det regionale sundhedsvæsen og en ny styring af det almenmedicinske tilbud træder i kraft 1. januar 2027 som aftalt i Aftale om Sundhedsreform 2024.

Der henvises til lovforslagets § 1, nr. 2, og bemærkninger hertil.

3.1.3.3. Minimumspatienttal for den enkelte klinik i det almenmedicinske tilbud

Det foreslås, at der i sundhedslovens § 206 b, stk. 3 indføres hjemmel til, at regionsrådets i forbindelse sin opgavevaretagelse efter stk. 2, og på baggrund af patienternes behandlingsbehov fastlægger antallet af patienter, som en klinik som minimum skal have tilknyttet, før klinikken har ret til at lukke for tilgang af yderligere patienter.

Den foreslåede ordning vil således indebære, at der ikke længere vil være et fast patienttal pr. lægekapacitet, som i dag udgør ca. 1.600 pr. lægekapacitet, hvorefter lægen har mulighed for at lukke for adgang til nye patienter, jf. overenskomst om almen praksis.

Antallet af patienter, en klinik som minimum skal have tilknyttet, før klinikken får ret til at lukke for tilgang af yderligere patienter, vil i stedet skulle differentieres ud fra patientsammensætningen i klinikken og området. Minimumsantallet af patienter vil således fremover skulle fastlægges på baggrund af viden om behandlingsbehovet hos borgerne i området og blandt tilmeldte patienter i de enkelte klinikker i området og på baggrund af den nationale fordelingsmodel.

Beregningen af behandlingsbehovet fastlægges med udgangspunkt i den nationale fordelingsmodel, hvor en patient med et behandlingsbehov over gennemsnittet vil tælle mere end en patient med behandlingsbehov under gennemsnittet.

I fastlæggelsen af minimumspatienttallet i den enkelte klinik vil det derudover være relevant for regionsrådet at inddrage lokale og kliniks-specifikke forhold, herunder blandt andet den enkelte kliniks nærmere forudsætninger for at levere en given kapacitet. Dette vil f.eks. kunne være forhold i klinikken som praksispersonale og fysiske forhold, arbejdsfordeling mellem de forskellige klinikker i området vedrøren-

de f.eks. funktioner som plejehjemslæge, lægens personlige forhold, som f.eks. sygdom, samt særlige forhold vedrørende patientpopulationen, som f.eks. mange misbrugere og hjemløse, der ikke indfanges af fordelingsmodellen.

Allerede i dag er der et stort antal læger, som frivilligt varetager flere patienter end patientnormtallet på 1.600 fastlagt i overenskomst om almen praksis og således påtager sig et stort ansvar for at sikre, at borgerne har adgang til egen læge tæt på. Dette er et væsentligt bidrag til at sikre en god overgang frem mod flere læger i det almenmedicinske tilbud og dermed mod lægedækning. Dette vil forventeligt også være ønsket for mange klinikker i forhold til de minimumspatienttal, der vil udspringe af den nationale fordelingsmodel. Omvendt vil der kunne være klinikker, der umiddelbart vil kunne finde det vanskeligt at varetage væsentlig flere patienter, selv om dette efter modellen vil være i overensstemmelse med behandlingsbehovet i klinikkens patientpopulation.

For at tage højde for lokale og kliniks specifikke forhold, jf. også ovenfor, vil regionsrådets fastlæggelse af minimumspatienttallet indebære et behov for dialog med enkeltklinikker med henblik på nærmere at afdække klinikernes forhold og kapacitet og afsøge løsninger i de tilfælde, hvor fordelingsmodellens minimumspatienttal giver udfordringer for klinikken. En sådan løsning vil f.eks. kunne være om gradvis tilpasning af patienttallet over tid. I vurderingen af behovet for at pålægge en klinik en højere lukkegrænse vil regionsrådet kunne inddrage i hvilken udstrækning, der er andre klinikker i lokalområdet, der ønsker og allerede varetager flere patienter, end det fordelingsmodellen tilsiger. Dette vil dermed kunne reducere behovet for, at andre klinikker i området vil skulle øge patienttallet.

I situationer, hvor der i regionsrådets planlægning vil være lagt op til at fastsætte et minimumspatienttal for en klinik, der vil ligge væsentligt over det gældende og over klinikens nuværende patienttal, forudsættes det, at regionsrådet først søger at aftale patienttallet frivilligt med klinikken ud fra en fælles forståelse af klinikkens samlede situation og muligheder.

Den foreslåede ordning vil således have til hensigt at sikre en effektiv tilpasning af lægedækningen på tværs af landet og inden for de enkelte sundhedsråd. Samtidig med at den konkrete, lokale udmøntning vil skulle ske hensigtsmæssigt og i et konstruktivt lokalt samspil med klinikkerne inden for rammerne af regionsrådets kompetence og ansvar for planlægning og kapacitetsstyring af lægekapaciteten inden for et afgrænset geografisk område.

Klinikker, der vil få mulighed for at lukke for tilgang af patienter ved et lavere antal patienter end efter de gældende regler, vil blive givet mulighed for at lukke for tilgang af patienter indtil, at klinikken når minimumsantallet af patienter for klinikken. Mens læger med mange ressourcestærke og raske patienter med lavt behandlingsbehov, som ikke

allerede varetager flere patienter end krævet, vil skulle åbne for tilgang af patienter.

Regionernes fastlæggelse af minimumspatienttallet i klinikken må anses for at være en forvaltningsretlig afgørelse, hvorfor forvaltningslovens regler finder anvendelse.

Det er i dag reguleret i overenskomst om almen praksis, at en praksis, der af særlige grunde ønsker et lavere antal tilmeldte patienter pr. lægekapacitet end 1.600, kan søge Samarbejdsudvalget om lukning ved et lavere antal patienter. Der gælder endvidere en øvre lukkegrænse i det tilfælde, hvor en praksis har 2.700 patienter tilmeldt pr. lægekapacitet. Her skal der søges om Samarbejdsudvalgets godkendelse af fortsat at have åben for patienttilgang. Samarbejdsudvalget skal give tilladelse, med mindre væsentlige forhold taler imod.

Med den foreslåede ordning vil det således være regionsrådet og fra 2027 sundhedsrådet, der vil skulle fastlægge antallet af patienter, en klinik som minimum skal have tilknyttet, før klinikken får ret til at lukke for tilgang af yderligere patienter. Klinikker, der af særlige grunde ønsker et lavere antal patienter per lægekapacitet end minimumsantallet fastlagt på baggrund af patienternes behandlingsbehov og den nationale fordelingsmodel, vil skulle løfte dette i dialog med regionsrådet, jf. ovenfor.

Muligheden for fleksibilitet skal desuden ses i sammenhæng med, at regionerne gives udvidet ledelses- og planlægningskompetence af det almenmedicinske tilbud, herunder muligheder for at benytte flere og nye klinikformer som led i en ny styring af det almenmedicinske tilbud.

Inden for sundhedsrådenes områdeafgrænsning estimerer fordelingsmodellen behandlingsbehovet i den enkelte klinik. Regionerne og fra 2027 sundhedsrådene vil i planlægningen, placeringen og kapacitetsstyringen af det almenmedicinske tilbud skulle bruge det estimerede behandlingsbehov for patienterne til at understøtte, at lægekapaciteten inden for sundhedsrådets geografiske områder fordeles lige. Regionerne vil således skulle udmønte flere kapaciteter i områder inden for sundhedsrådene, hvor behandlingsbehovet er større.

Den foreslåede ordning skal ses i tæt sammenhæng med øvrige tiltag om generelt styrket kapacitet og flere læger i det almenmedicinske tilbud i Aftale om Sundhedsreform 2024. Flere læger i det almenmedicinske tilbud vil forventeligt medføre, at alle lægekapaciteter og klinikker i hele landet vil skulle varetage færre patienter på sigt i takt med, at flere opgaver omstilles til og løses af det almenmedicinske tilbud. Fordelingsmodellen vil således også skulle ligge til grund for at sænke patienttallet på tværs af det almenmedicinske tilbud i takt med, at kapaciteten i det almenmedicinske tilbud øges, og det almenmedicinske tilbud skal løse flere og nye opgaver.

Der henvises til lovforslagets § 1, nr. 2, og bemærkninger hertil.

3.1.3.4. Bemyndigelse til at fastsætte den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud

Det foreslås, at der i sundhedslovens § 206 b, stk. 4, indsættes en bestemmelse om, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud. Ved fastlæggelse af regler efter 1. pkt., skal ministeren navnlig lægge vægt på befolkningens behandlingsbehov inden for et afgrænset geografisk område.

Med den foreslåede ordning vil indenrigs- og sundhedsministeren få bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler og indhold af den nationale fordelingsmodel. Bemyndigelsen vil blive anvendt til at fastlægge fordelingsmodellen, der følger af, at den nationale styring og fordeling af lægekapaciteter med vedtagelsen af dette lovforslag, vil skulle ske nationalt. Det er hensigten, at det nærmere indhold og udmøntning af den nationale fordelingsmodel, og herunder blandt andet regionernes planlægning af det almenmedicinske tilbud i overensstemmelse hermed, vil blive fastsat ved bekendtgørelse.

Ved udmøntningen af bemyndigelsesbestemmelsen vil indenrigs- og sundhedsministeren fastlægge den konkrete nationale fordelingsmodel, herunder blandt andet fastlægge indhold som data og kriterier til estimering af behovet for sundhedsydelser. Modellen vil i første omgang blive udarbejdet med inddragelse af eksperter. Dertil vil der med bemyndigelsesbestemmelsen også kunne fastsættes forpligtende krav til regionerne til planlægningen og kapacitetsstyringen af det almenmedicinske tilbud inden for et geografisk område under hensyn til fordelingsmodellen.

Den foreslåede ordning vil således medføre en ændring af den eksisterende planlægningskompetence og planlægningssystem for det almenmedicinske tilbud, hvor regionsrådet i dag har ansvaret for praksisplanlægningen og for at fastlægge antallet af lægekapaciteterne i et område under hensyn til blandt andet bestemmelserne om patientnormtal aftalt i overenskomst om almen praksis.

Der henvises til lovforslagets § 1, nr. 2, og bemærkninger hertil.

3.1.3.5. Mulighed for midlertidigt tillæg til klinikker i områder med lægemangel

Det foreslås i § 206 b, stk. 5, i sundhedsloven, at regionsrådet i perioden fra den 1. juli 2025 og til og med den 31. december 2026, kan indgå aftaler om et midlertidigt tillæg, der supplerer aftaler indgået efter sundhedslovens § 227, stk. 1, med indehaveren af et ydernummer i områder med lægemangel, for at fastholde og øge kapaciteten og som følge af, at klinikken får mulighed for et lavere antal af patienter, klinikken som minimum skal have tilknyttet, før klinikken får ret til at lukke for tilgang af yderligere patienter.

Den foreslåede ordning vil betyde, at det midlertidige tillæg vil supplere overenskomst indgået efter § 227, stk. 1, og vil således ligge ud over honorarer, der fremgår af overenskomst for almen praksis. Det midlertidige tillæg vil kunne gives med henblik på at understøtte og styrke lægedækningen, fastholde eksisterende klinikker og sikre indtægtsgrundlaget for klinikker, der får færre patienter som følge af, at lægedækningen i området styrkes.

Områder med lægemangel, hvor der vil kunne indgås aftaler om et midlertidigt tillæg, omfatter sundhedsråd, som får mulighed for at øge antallet af lægekapaciteter i 2025 og 2026 på baggrund af den nationale fordelingsmodel.

Dertil sikres den nødvendige prioritering af tid og ressourcer til patienter med stort behandlingsbehov og prioritering af lægekapaciteter til områder med lægemangel. Det er et hovedhensyn med den foreslåede ordning, ind til en ny honorarstruktur træder i kraft fra 2027, som vil omfordele honorarer til klinikker med mange behandlingskrævende patienter.

Denne del af forslaget skal ses i tæt sammenhæng med øvrige tiltag om generelt styrket kapacitet og flere læger i det almenmedicinske tilbud i Aftale om Sundhedsreform 2024. Med aftalen tages initiativ til flere tiltag, som skal øge antallet af læger i det almenmedicinske tilbud i takt med, at flere opgaver omstilles til og løses af det almenmedicinske tilbud. Flere læger vil på længere sigt skulle fordeles til alle dele af landet.

Fra den 1. januar 2027 vil en ny honorarstruktur med differentierede honorarer skulle træde i kraft, hvorfor bestemmelsen er gyldig i en overgangsperiode fra den 1. juli 2025 til og med den 31. januar 2026 og indeholder således en tidsbegrænsning. Dertil vil den eksisterende bestemmelse i § 227, stk. 7, om et særligt vederlag af midlertidig karakter kunne supplere den foreslåede ordning og anvendes til ejere af et ydernummer i områder med lægemangel, som for en periode eller permanent øger sit patientoptag markant.

Der henvises til lovforslagets § 1, nr. 2, og bemærkninger hertil.

3.2. Begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge

3.2.1. Gældende ret

De lovgivningsmæssige rammer for regionernes ansvar for at tilvejebringe tilbud om almenmedicinske ydelser til borgere er fastlagt i sundhedsloven.

Regionsrådet har efter sundhedslovens § 57 ansvar for at tilvejebringe tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner.

Efter sundhedslovens §§ 59 og 60 yder regionsrådet vederlagsfri behandling til gruppe 1-sikrede personer hos den alment praktiserende læge, som borgeren har valgt.

Det følger af sundhedslovens § 227, stk. 1, at der i henhold til § 37 i lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab nedsatte nævn (Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN)) indgås overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkårene for ydelser i praksissektoren, dvs. hos alment praktiserende læger, speciallæger, kiropraktorer, fysioterapeuter, tandlæger, tandpløjere, psykologer og fodterapeuter.

Den altovervejende hovedregel er således, at regionerne opfylder deres myndighedsforpligtigelse i henhold til sundhedslovens § 60, jf. § 57, om at tilvejebringe tilbud om behandling hos alment praktiserende læger via de overenskomster, som er indgået mellem RLTN og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) om vilkårene for ydelser i praksissektoren.

Regionerne har som følge af myndighedsforpligtigelsen efter sundhedslovens § 60, jf. § 57, om at tilvejebringe tilbud om behandling hos alment praktiserende læger via de overenskomster, som er indgået mellem RLTN og PLO, retten til at udstede ydernumre til alment praktiserende læger.

Et ydernummer indebærer en ret til at drive en almen praksis på nærmere fastsatte vilkår. Det er alene speciallæger i almen medicin, der arbejder inden for overenskomst om almen praksis, der kan erhverve et ydernummer.

Retten til at praktisere i henhold til overenskomsten opnås ved, at en speciallæge i almen medicin erhverver et ydernummer fra regionen eller fra en privat udbyder. De lovgivningsmæssige rammer for at erhverve et ydernummer samt antallet af ydernumre én læge kan eje er reguleret i sundhedslovens § 227, stk. 2.

Det følger af sundhedslovens § 227, stk. 2, at ydernumre fra praksis, som har leveret almenmedicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. sundhedslovens § 227 stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1, kan overdrages til regionsrådet og til læger, som vil praktisere i henhold til sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. § 60 stk. 1. Regionsrådet kan endvidere sælge nye ydernumre, som regionen har oprettet og ydernumre fra eksisterende praksis, som regionsrådet har opkøbt som led i praksisplanlægningen, til læger som vil praktisere i henhold til sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1. Salg af ydernumre efter sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. og 2. pkt., kan ske til læger, som allerede har et ydernummer. En læge kan eje op til seks ydernumre, som de har erhvervet i henhold til 1. og 2. pkt.

Det er regionsrådet der på baggrund af praksisplanen om almen praksis, fastsætter placeringen af de praksis, hvorfra der i henhold til et ydernummer kan ydes vederlagsfri behandling, jf. sundhedslovens § 57 b, stk. 1.

3.2.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

De nuværende muligheder for, at en læge kan eje op til seks

ydernumre, har i visse tilfælde rejst tvivl om, hvorvidt ejerlægen i praksis kan overholde og efterleve overenskomst om almen praksis og øvrige regler for praksisdriften i alle klinikkerne, herunder om ejerlægen kan føre kontrol hermed.

Med Aftalen om en sundhedsreform af 15. november 2024 blev aftalepartierne derfor enige om at begrænse antallet af ydernumre, som kan ejes af én læge i det almenmedicinske tilbud fra de nuværende seks til tre. Aftalepartierne har med forslaget om at begrænse antallet af ydernumre, som én læge kan eje, ønsket at sikre, at sundhedskoncerner ikke overtager kontrollen med ydernumre i almen praksis.

Den foreslåede ordning og kontrol heraf skal ses i sammenhæng med, at det fremgår af Aftale om sundhedsreform 2024, at læger i almen medicin, der ønsker at erhverve et ydernummer, på længere sigt forventes i et kommende lovforslag at vil skulle forhåndsgodkendes af regionsrådet/sundhedsrådet inden køb af et ydernummer ud fra en vurdering af, om det kan sandsynliggøres, at lægen vil efterleve gældende krav og regler.

Lovforslaget skal hertil ses i sammenhæng med Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling om at begrænse antallet af ydernumre, som en læge kan eje. Dette ligeledes med henblik på at vanskeliggøre sundhedskoncernernes de facto overtagelse af kontrollen indenfor den del af det almenmedicinske tilbud, som er reguleret ved overenskomst.

3.2.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås at begrænse, hvor mange ydernumre en læge i almen medicin kan erhverve og drive fremadrettet. Med lovforslagets § 1, nr. 3, foreslås det at affatte sundhedslovens § 227, stk. 2, 4. pkt., på ny således, at en læge fremover kan erhverve op til tre ydernumre erhvervet i henhold til stk. 2, 1. og 2. pkt.

Forslaget vil indebære, at en læge i almen medicin fremadrettet ikke kan erhverve flere end tre ydernumre efter lovforslagets ikrafttræden. Forslaget vil tillige indebære, at en læge i almen medicin fremadrettet ikke kan medeje flere end tre ydernumre.

Forslaget vil også indebære, at læger, der ejer op til seks ydernumre efter de gældende regler, også efter lovforslagets ikrafttræden forsat kan eje og drive deres klinikker. Sådanne læger kan beholde disse ydernumre indtil de afhændes. Der henvises i den forbindelse til lovforslagets § 2, stk. 2, og bemærkningerne hertil.

Forslaget vil ikke medføre ændringer i forhold til måden, hvorpå en læge kan erhverve ydernumre. Læger i almen medicin, som vil praktisere i henhold til sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. pkt., § 60, stk. 1, vil således kunne erhverve ydernumre fra regionsrådet, som forsat kan sælge nye ydernumre, som regionen har oprettet og ydernumre tilknyttet eksisterende praksis, som regionsrådet har opkøbt som led i praksisplanlægningen. Endelig kan salg af ydernumre, jf.

1. og 2. pkt., stadig ske fra en læge til en anden læge i almen medicin, som allerede ejer et ydernummer, dog under betingelse af, at antallet af ydernumre erhvervet efter lovens ikrafttræden ikke overstiger tre pr. læge i almen medicin.

Forslaget vil heller ikke medføre ændringer i forhold til, at det fortsat alene vil være speciallæger i almen medicin, der kan erhverve et ydernummer og drive et almenmedicinsk tilbud.

Der henvises til § 1, nr. 3, og bemærkningerne hertil.

3.3. Flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud

3.3.1. Gældende ret

Tilvejebringelsen af et almenmedicinsk tilbud kan foruden et aftalegrundlag mellem PLO og RLTN, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, også ske ved udbud af driften til private aktører efter beslutning i regionsrådet.

De lovgivningsmæssige rammer for regionernes mulighed for at udbyde drift af almenmedicinske tilbud er fastlagt i sundhedslovens § 227, stk. 3.

Af sundhedslovens § 227, stk. 3, fremgår det, at regionen kan udbyde drift af praksis, som hidtil har leveret almenmedicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, hvor regionsrådet har fået overdraget ydernummeret. Regionsrådet kan desuden udbyde drift af praksis vedrørende nye ydernumre, som regionsrådet har oprettet. Regionsrådet kan endvidere som led i praksisplanlægningen opkøbe eksisterende ydernumre fra læger, der har ønsket at sælge, og udbyde driften af disse praksis.

Udbud af det almenmedicinske tilbud efter sundhedslovens § 227, stk. 3, skal ifølge stk. 4, foregå på åbne, objektive og ikke-diskriminerende vilkår. Derudover skal udbuddet tilrettelægges på en sådan måde, at eventuelle bud kan sammenlignes med, hvad en offentligt drevet enhed vil koste. Såfremt omkostningerne er væsentlig højere i en sammenligning har regionsrådet mulighed for at forkaste budet.

Det følger af sundhedslovens § 227, stk. 5, at regionerne derudover selv kan etablere og drive en klinik, som leverer almenmedicinske ydelser i tilfælde af, at regionsrådet ikke kan afsætte et ydernummer til en læge, som vil praktisere i henhold til sundhedsloven § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1.

Det fremgår af bestemmelsens bemærkninger, jf. Folketings-tidende 2012-13, tillæg A, L 227 som fremsat, side 10, at der er tale om en undtagelsesbestemmelse. Dette er fordi, at hjemlen til at etablere regionsdrevne klinikker alene kan anvendes under særlige omstændigheder. Den kan anvendes, hvis det ikke er muligt, ved brug af øvrige bestemmelser i overenskomst om almen praksis på en tilfredsstillende måde at etablere tilstrækkelig kapacitet til at sikre lægedækning til alle patienter. Den tilstrækkelige kapacitet skal f.eks. være

forsøgt etableret hos de praktiserende læger efter de muligheder, som er beskrevet i overenskomst om almen praksis, herunder muligheden for at etablere licensklinikker. Når regionsrådet skal vurdere om undtagelsen om at etablere regionsklinikker skal benyttes, skal de i beslutning inddrage, om der ikke har været andre økonomisk tilfredsstillende løsninger.

De lovgivningsmæssige rammer for regionsrådets vilkår for at etablere regionsklinikker er foruden sundhedslovens § 227, stk. 5, reguleret i sundhedslovens § 227, stk. 6 og 8.

Med lov nr. 739 af 13. juni 2023 om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Rammer for en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen, smidiggørelse af regler for etablering og drift af regionsklinikker, mulighed for særligt vederlag til læger i områder med længemangel og regler om fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen) blev der i sundhedslovens § 227, stk. 6, etableret hjemmel til, at regionsrådene kan oprette regionsklinikker uden tidsbegrænsning. Når klinikken har været etableret i fire år, skal regionen iværksætte en proces for overdragelse af ydernummeret inden for rimelig tid, hvis en praktiserende læge tilkendegiver ønske om at overtage ydernummeret og drive klinikken efter overenskomst om almen praksis.

Regionernes mulighed for at varetage et almenmedicinsk tilbud kan også tages i brug i situationer af akut karakter, hvor der er mangel på læger. Det følger således af sundhedslovens § 227, stk. 8, at et regionsråd i tilfælde af akut opstået lægemangel i en kort periode kan etablere et midlertidigt almenmedicinsk lægetilbud.

Det følger af den eksisterende model i dag, at den altovervejende hovedregel er, at almenmedicinske ydelser leveres af alment praktiserende læger, som virker efter overenskomst om almen praksis. Den eksisterende model tilvejebringer således en fortrinsret til læger, der virker efter overenskomsten, idet regionsrådet først kan etablere og drive en klinik, der leverer almenmedicinske ydelser, når det er afsøgt, om det er muligt at afhænde ydernummeret til en læge, der virker efter overenskomsten, samtidig med at de praktiserende læger kan opkøbe regionernes klinikker.

3.3.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

Almen praksis udgør en nøglefunktion i sundhedsvæsenet og varetager rollen og funktionen som medicinsk generalist, tovholder og "gatekeeper", hvor borgerne i udgangspunktet har deres primære kontakt og indgang til sundhedsvæsenet. Det er derfor essentielt, at alle borgere har adgang til et alment medicinsk tilbud af høj kvalitet. Det er forudsat i sundhedsloven, at dette tilbud som udgangspunkt eksisterer i form af en alment praktiserende læge, der virker efter overenskomst om almen praksis, men udviklingen har vist, at der for nogle geografiske områder har været tale om omfattende og længerevarende udfordringer med at sikre tilstrækkeligt med læger. Der er inden for rammerne af den nuværende

lovgivning således i visse områder af landet – navnlig uden for de store byer - udfordringer med at tiltrække læger nok til at sikre tilstrækkeligt med almenmedicinske tilbud til, at borgerne har let adgang til og reelle muligheder for at vælge mellem tilbuddene.

Som det fremgår af Sundhedsstrukturkommissionens rapport, hænger en del af disse rekrutteringsproblemer i det almenmedicinske tilbud sammen med, at der er en vis variation og fleksibilitet i ønsker til beskæftigelse i gruppen af uddannelseslæger. Det er Sundhedsstrukturkommissionens vurdering, at en anden sammensætning af det almenmedicinske tilbud har potentiale til, at rekrutteringsgrundlaget for de almenmedicinske tilbud øges, da andre ansættelses- og arbejdsvilkår kan være attraktive for visse speciallæger i almen medicin, som ikke ønsker at eje egen klinik.

Samtidig medfører stadigt flere komplekse og sårbare patientgrupper et øget behov for, at regionerne har den fornødne fleksibilitet til at vælge den leverandør og kliniksammensætning, der vurderes at være nødvendig under hensyn til lokale forhold.

Aftalepartierne bag Aftale om sundhedsreform fra den 15. november 2024 er derfor enige om, at regionernes mulighed for, som ansvarlig myndighed, at opfylde forpligtelsen til at tilbyde alle gruppe 1-sikrede borgere adgang til almen lægehjælp skal forbedres. Regionerne bør derfor have en større fleksibilitet og flere muligheder, når de skal tilrettelægge planlægningen af det almenmedicinske tilbud. Regionernes mulighed for at etablere nye og flere klinikformer i det almenmedicinske tilbud kan derfor styrkes, og de nuværende begrænsninger i sundhedsloven fjernes. Det vil blandt andet være relevant i geografiske områder med en lav lægedækning,

På den baggrund er det aftalepartiernes vurdering, at der med henblik på blandt andet at lette adgangen og give borgerne flere reelle muligheder i det almenmedicinske tilbud er behov for at give regionerne fleksible rammer for selv at kunne etablere mere varige almenmedicinske tilbud.

Derudover fremgår det af den politiske aftale, at regionernes mulighed for at anvende forskellige klinikformer og leverandører skal understøtte muligheden for at tilpasse det almenmedicinske tilbud til særlige patientgrupper, som erfaringsmæssigt har oplevet udfordringer med at bruge de eksisterende, traditionelle tilbud. I overensstemmelse med Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling kan muligheden således bruges af regionerne til at afprøve nye klinikformer.

Den foreslåede ordning, hvor regionsrådet vil få adgang til at etablere flere og nye klinikformer, vil kunne anvendes af regionsrådet til at understøtte muligheden for at tilpasse det almenmedicinske tilbud til særlige patientgrupper, hvor målrettede tilbud og indsatser til at sikre lægehjælp til f.eks. sårbare borgere understøttes. Det vil indebære en adgang til, at regionerne vil kunne etablere et fuldt almenmedicinsk tilbud, som er særligt indrettet til at imødekomme en bestemt

målgruppe som f.eks. hjemløse eller sårbare borgere med f.eks. kroniske eller psykiske lidelser eller andre grupper, som har særlige behov, og som erfaringsmæssigt f.eks. har oplevet udfordringer med at bruge de eksisterende, traditionelle tilbud. Et sådant fuldt tilbud vil være det, borgeren er tilknyttet, og som vil kunne levere de ydelser, der indgår i den nationalt fastsatte basisfunktion. Derudover vil tilbuddet kunne indeholde særlige ydelser, der er tillæg til basisfunktionen.

Det vil også være muligt at etablere en særlig organisering af visse almenmedicinske ydelser. Det forudsættes dog, at borgerne fortsat sikres, at det almenmedicinske tilbud, de vælger, giver en samlet indgang til de ydelser, der er omfattet af basisfunktionen.

Med en ny organisering af det regionale sundhedsvæsen fra 2027 vil blandt andet den lokale planlægning og tilrettelæggelse af det almenmedicinske tilbud i høj grad kunne foregå i sundhedsrådene inden for overordnede rammer vedrørende blandt andet økonomi og vilkår med leverandører fastsat af regionsrådet/forretningsudvalget.

Den foreslåede ordning og kontrol heraf skal ses i tæt sammenhæng med Aftalen om sundhedsreform af den 15. november 2024, hvor aftalepartierne blev enige om, at udbuds- og regionsklinikker på længere sigt i øvrigt skal efterleve krav, der stilles med hjemmel i lov ved en national fastlagt opgavebeskrivelse og basisfunktion.

3.3.3. Den foreslåede ordning

Med lovforslaget foreslås det at fjerne de begrænsninger, som i dag hæmmer regionernes muligheder for at etablere og drive permanente regionale almenmedicinske tilbud. Derfor foreslås det at ophæve sundhedslovens § 227, stk. 6 og 8. Hertil foreslås det, at § 227, stk. 5, justeres således, at regionerne har hjemmel til at etablere permanente almenmedicinske tilbud.

Forslaget vil indebære, at regionsrådet vil kunne etablere og drive klinikker, som leverer almenmedicinske ydelser uden først at skulle afsøge muligheden for at afsætte et ydernummer til en læge, som vil praktisere efter overenskomsten. Regionerne vil med den foreslåede ændring, og før etableringen af et almenmedicinsk tilbud, således ikke være forpligtet til at afsøge muligheden for at afsætte ydernummet til en alment praktiserende læge efter de muligheder, der er beskrevet i overenskomst om almen praksis.

Forslaget vil endvidere indebære, at et regionsråd vil kunne oprette en klinik uden at være forpligtet til at afsætte klinikken til en privatpraktiserende læge efter fire år, jf. den gældende § 227, stk. 6, såfremt en læge, der praktiserer efter sundhedslovens § 227, stk. 1, pkt. 1, ønsker at overtage den regionsdrevet praksis.

Forslaget vil efter lovens ikrafttræden betyde, at regionsklinikker ikke længere nødvendigvis er midlertidige, men kan

etableres med et permanent sigte. Muligheden for at etablere permanente regionsklinikker kan blandt andet give nye muligheder i forhold til længerevarende planlægning og rekruttering af speciallæger i almen medicin.

Da lovforslaget tilvejebringer en mere fleksibel adgang til, at regionerne kan etablere et almenmedicinsk tilbud efter en ny § 227, stk. 5, bliver sundhedslovens § 227, stk. 8, overflødig og foreslås derfor ophævet. Et regionsråd vil således med den bredere adgang til at etablere regionale almenmedicinske tilbud efter stk. 5, også i tilfælde af akut opstået lægemangel, kunne etablere regionale almenmedicinske tilbud.

Den foreslåede ændring vil betyde, at den eksisterende model, hvor almenmedicinske ydelser i hovedreglen leveres af alment praktiserende læger, som virker efter overenskomsten, vil blive ændret, således at de praktiserende lægers nuværende de facto monopol til at levere almenmedicinske ydelser efter overenskomst om almen praksis brydes.

Med den foreslåede ordning vil regionsrådet således kunne tilvejebringe almenmedicinske tilbud til borgerne ved frit at vælge mellem enten at afsætte et ydernummer til en læge, som i dag praktiserer i henhold til overenskomst om almen praksis, eller etablere og drive en regionsklinik, eller udbyde driften af en klinik ved at indgå aftale med en privat leverandør og i overensstemmelse med udbudsreglerne.

Den foreslåede ændring vil derfor også medføre, at regionernes muligheder for at sammensætte det almenmedicinske tilbud ud fra lokale behov ved at benytte forskellige klinikformer og leverandører, jf. overstående muligheder, styrkes.

Forslaget forventes derfor også at ville medføre en gradvis ændring i sammensætningen af kliniktyper over tid.

Det er et relevant hensyn, at regionsrådets tilrettelæggelse af praksisdrift og anvendelse af forskellige klinikformer og leverandører skal foregå på åbne, objektive og ikke-diskriminerende vilkår, der understøtter en fair og lige konkurrence. Etableringen af klinikker skal således ske i henhold til øvrig lovgivning, heriblandt konkurrenceretlige regler.

Med en tilføjelse til § 227, stk. 5, om at borgere i sygesikringsgruppe 1 også fremover får mulighed for at vælge at være tilmeldt en regionsklinik videreføres borgerens eksisterende muligheder.

Med den foreslåede ordning vil regionerne fortsat have mulighed for at udbyde drift af almenmedicinske tilbud efter sundhedslovens § 227, stk. 3. Sådanne udbud vil fortsat skulle foregå på åbne, objektive og ikke-diskriminerende vilkår, samt tilrettelægges på en måde, der kan sammenlignes med hvad en offentlig drevet enhed vil koste.

Regionsrådet vil med den foreslåede ordning stadig have mulighed for at forkaste et bud, hvis omkostningerne er væsentligt højere i en sammenligning, jf. sundhedslovens § 227, stk. 4.

Der forudsættes, at der vil blive foretaget ændringer i § 44, stk. 2, i bekendtgørelsen om journalføring.

Der henvises til lovforslagets § 1, nr. 4, 5 og 6, og bemærkningerne hertil.

4. Regionale konsekvenser, herunder for landdistrikter

Lovforslaget forventes samlet set at have positive regionale konsekvenser og særligt en positiv påvirkning på landdistriktsområder.

Med den nationale styring og fordeling af lægekapaciteter samt flere og nye klinikformer styrkes lægedækningen og tilgængeligheden i det almenmedicinske tilbud og den nære sundhedsindsats forventeligt på tværs af landet. Forslaget skal således tilgodese områder, hvor der er udfordringer med lægemangel i det almenmedicinske tilbud og flere syge borgere med større behandlingsbehov konkret ved at styrke lægedækningen og prioritere indsatser for borgere med størst behov og ved at gøre det mere attraktivt at være læge i områderne. Disse områder vil ofte være sammenfaldende med landdistrikter.

5. Konsekvenser for opfyldelsen af FN's Verdensmål

Lovforslaget vurderes på sigt at medføre positive konsekvenser for opfyldelse af FN's verdensmål 3 "Sikre et sundt liv for alle og fremme trivsel for alle aldersgrupper".

Forslaget vurderes samlet set at styrke den nære sundhedsindsats og blandt andet bidrage positivt til bedre forebyggelse og behandling af sygdom, som fremgår af delmål 3.4 om forebyggelse og behandling af ikke-smitsomme sygdomme. Forslaget vurderes desuden at understøtte delmål 3.8 om universel sundhedsdækning og herunder indikator 3.8.1 om dækningsgrad af essentielle sundhedsydelser.

6. Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige

Med Aftale om Sundhedsreform 2024 er der afsat 80 mio. kr. i 2025 og 158 mio. kr. i 2026 til regionerne, som skal kunne understøtte almenmedicinske tilbud i yderområder, der varetager mange patienter med stort behandlingsbehov. Formålet er i en overgangsperiode i 2025 og 2026 og frem mod en ny styring og udvikling af det almenmedicinske tilbud, herunder en ny honorarstruktur, at understøtte prioritering af det almenmedicinske tilbud og flere lægekapaciteter i områder med lægemangel og med mange behandlingskrævende patienter. Midlerne skal desuden understøtte, at kapaciteten udvides enten med regionsklinikker, udbudsklinikker eller praktiserende læger i områder med lægemangel samtidig med, at eksisterende tilbud fastholdes.

Den nationale fordelingsmodel for lægekapaciteter vil skulle fastsættes og løbende vedligeholdes.

Lovforslagets del om, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter den nationale styring og fordeling af lægekapaciteter ud fra en national fordelingsmodel, der baseres på befolkningens behandlingsbehov, kan påvirke den interne fordeling af lægekapaciteter. Visse områder vil således skulle tildeles flere lægekapaciteter, mens andre områder i stort omfang på kort sigt vil skulle fastholde den nuværende lægekapacitet.

På længere sigt er det dog formålet, at kapaciteten i det almenmedicinske tilbud skal udvides generelt på tværs af landet frem mod 2035 blandt andet ved mindst 5.000 læger og ved at prioritere 2,4 mia. kr. årligt indfaset frem mod 2030 til udvikling af de nære og almenmedicinske tilbud, herunder til målsætningen om mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud i 2035.

Regionsrådets nuværende planlægning og kapacitetsstyring af det almenmedicinske tilbud vil ligeledes skulle ske inden for ændrede rammer og fremadrettet ske under hensyn til den nationale styring og fordeling af lægekapaciteter. Lovforslaget vil forventeligt have byrdemæssige konsekvenser mellem regionerne. Det er derfor blandt andet aftalt i Aftale om Sundhedsreform, at der skal fastlægges en ny finansieringsmodel for regionerne.

En ny tilgang hertil vil derfor skulle implementeres i regionsrådet og vil kunne ses i sammenhæng med implementering af en ny organisering af det regionale sundhedsvæsen og en ny styring af det almenmedicinske tilbud i 2027.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har herudover overvejet, hvorvidt lovforslaget følger de syv principper for digitaliseringsklar lovgivning.

Lovforslaget følger principperne for digitaliseringsklar lovgivning.

Det bemærkes, at lovforslaget er i overensstemmelse med princip nr. 1, der tilsiger, at lovgivningen bør være enkel og klar, så den er let at forstå for virksomheder og borgere. Det bliver i lovforslaget fastsat, hvilke nye muligheder og krav, der stilles regionerne i forbindelse med en ny national fordelingsmodel for lægekapaciteter, samt hvilke regler, der indføres for speciallæger i almen medicin, som virker efter overenskomst, i forhold til ejerskab af ydernumre, hvilket forventes at skabe klarhed om ejerlægens retstilling.

Det vurderes, at princip nr. 2 om at muliggøre digital kommunikation ikke er relevant for lovforslaget, da der med lovforslaget ikke ændres på de allerede eksisterende regler om myndigheders anvendelse af digital kommunikation med borgerne.

Det vurderes, at princip nr. 3 om automatisk sagsbehandling på baggrund af objektive kriterier fraviges med lovforslaget. Det skyldes, at den foreslåede ordning indebærer, at patienttallet pr. lægekapacitet fremadrettet vil skulle fastlægges på baggrund af den nationale fordelingsmodel, der tager højde for borgernes behandlingsbehov. Således vil den fore-

slåede ordning erstatte den nuværende ordning, hvor antal af patienter pr. lægekapacitet er et fast objektivi minimumsantal.

Det vurderes, at lovforslaget er i overensstemmelse med princip nr. 4 om sammenhæng på tværs af den offentlige sektor og understøtter effektiv offentlig service, da det vil være muligt at anvende allerede eksisterende it-systemer til kommunikation og overførsel af relevant information mellem relevant fagperson og ansvarlig myndighed.

Det vurderes, at lovforslaget følger princip nr. 5 og 6 om tryk og sikker databehandling og anvendelse af offentlig infrastruktur, da der ikke ændres på de allerede eksisterende regler for datahåndtering.

Det vurderes slutteligt, at lovforslaget lever op til princip nr. 7 om forebyggelse af snyd, idet lovforslaget ikke åbner for nye muligheder for snyd. Hertil vurderes det, at en begrænsning i antallet af ydernumre én læge kan eje fra seks til tre understøtter en forebyggende indsats mod sundhedskoncerners kontrol med ydernumre. Den foreslåede ordning og kontrol heraf skal derudover ses i tæt sammenhæng med Aftalen om sundhedsreform af den 15. november 2024, hvor aftalepartierne blev enige om, at regionerne gives styrket kontrol med salg af ydernumre. Dette gøres inden for en overskuelig fremtid ved at indføre krav i sundhedsloven om, at en speciallæge i almen medicin ved køb af et ydernummer forhåndsgodkendes af sundhedsmyndigheden ud fra en vurdering af, om det kan sandsynliggøres, at lægen vil efterleve gældende krav og regler.

7. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.

Erhvervsstyrelsens Område for Bedre Regulering vurderer, at forslaget ikke er erhvervsrettet. Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at der på kort sigt med lovforslagets forslag om et midlertidigt tillæg fra 1. juli 2025 og til og med 31. december 2026 er afsat midler til regionerne, der blandt andet vil få mulighed for at indgå aftale om et midlertidigt tillæg med ejeren af et ydernummer, så en klinikejer ikke oplever indtægtstab i forbindelse med, at kapaciteten styrkes i områder med lægemangel, og at de får mulighed for at lukke for nye patienter ved et lavere antal patienter, de som minimum skal have tilknyttet.

På længere sigt skal en ny honorarstruktur med differentierede honorar for de alment praktiserende læger træde i kraft fra 1. januar 2027. Denne skal understøtte sammenhængen mellem lægernes honorar og borgernes sundhedstilstand og behandlingsbehov.

Lovforslaget vil desuden have den konsekvens, at nye klinikker afgrænses til at etablere sig i visse geografiske områder som følge af den nationale styring og fordeling af lægekapaciteter. Dette vurderes på lidt længere sigt ikke at betyde en væsentlig begrænsning i mulighederne for at etablere sig set i forhold til de gældende regler, hvor regio-

nerne også skal udbyde nye ydernumre eller udmønte nye lægekapaciteter under hensyn til at tilvejebringe borgerne lægedækning. Med målsætningen om en styrket kapacitet i det almenmedicinske tilbud vil der på sigt skulle fordeles flere lægekapaciteter i hele landet.

Da regionerne med lovforslagets del om flere og nye klinikformer får friere muligheder for at etablere regionsklinikker, kan de over tid forventeligt benytte sig heraf, jf. sundhedslovens § 227, stk. 5. Det kan få den effekt, at privatpraktiserende læger, der virker efter overenskomst, samt private aktører, der byder ind på udbudsklinikker, i mindre omfang får mulighed for at deltage i driften af lægeklinikker, men samtidig er det forventningen, at der i takt med, at der uddannes flere læger i almen medicin, også udbydes flere ydernumre.

Der er afsat midler til at understøtte, at kapaciteten generelt udvides enten med regionsklinikker, udbudsklinikker eller praktiserende læger i områder med lægemangel, hvilket forventeligt vil have positive konsekvenser for erhvervslivet, herunder udbudsklinikker og de alment praktiserende læger, der virker efter overenskomst om almen praksis. Derudover har regionerne et indbygget og stærkt incitament til ikke at etablere et overudbud af almenmedicinske ydelser.

Etablering af klinikker skal desuden ske i henhold til øvrig lovgivning, heriblandt konkurrenceretlige regler.

8. Administrative konsekvenser for borgerne

Lovforslaget vurderes ikke at have administrative konsekvenser for borgerne.

9. Klimamæssige konsekvenser

Lovforslaget vurderes ikke at have klimamæssige konsekvenser.

10. Miljø- og naturmæssige konsekvenser

Lovforslaget vurderes ikke at have miljø- eller naturmæssige konsekvenser.

11. Forholdet til EU-retten

Lovforslaget indeholder ingen EU-retlige aspekter.

12. Hørte myndigheder og organisationer m.v.

13. 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,		Med Aftale om Sundhedsreform 2024 er der afsat 80 mio. kr. i 2025 og 158 mio. kr. i 2026 til regionerne, som skal kunne

Et udkast til lovforslag har i perioden fra den 5. februar 2025 til den 9. marts 2025 (33 dage) været sendt i høring hos følgende myndigheder og organisationer m.v.:

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

Lovforslaget har desuden været offentliggjort på Høringsportalen.

kommuner og regioner		understøtte almenmedicinske tilbud i yderområder, der varetager mange patienter med stort behandlingsbehov. På sigt er det sigtet, at kapaciteten i det almenmedicinske tilbud skal udvides generelt på tværs af landet frem mod 2035 blandt andet ved mindst 5.000 læger og ved at prioritere 2,4 mia. kr. årligt indfaset frem mod 2030 til udvikling af de nære og almenmedicinske tilbud, herunder til målsætningen om mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud i 2035.
Implementeringskonsekvenser for stat, kommuner og regioner	Lovforslaget vil forventeligt have byrdemæssige konsekvenser mellem regionerne. Det er derfor blandt andet aftalt i Aftale om Sundhedsreform, at der skal fastlægges en ny finansieringsmodel for regionerne. En ny tilgang hertil vil derfor skulle implementeres i regionsrådet og vil kunne ses i sammenhæng med implementering af en ny organisering af det regionale sundhedsvæsen og en ny styring af det almenmedicinske tilbud i 2027.	Den nationale fordelingsmodel for lægekapa- citeter vil skulle fastlægges og løbende vedligeholdes. Regionsrådets nuværende planlægning og kapacitetsstyring af det almenmedicinske tilbud vil ligeledes skulle ske inden for ændrede rammer og fremadrettet ske under hensyn til den nationale styring og fordeling af lægekapa- citeter.
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet m.v.	Ingen.	Erhvervsstyrelsens Område for Bedre Regulering (OBR) vurderer, at forslaget ikke er erhvervsrettet.
Administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for borgerne	Ingen	Ingen
Klimamæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Miljø- og naturmæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Forholdet til EU-retten	Lovforslaget indeholder ingen EU-retlige aspekter.	
Er i strid med de fem principper for implementering af erhvervsrettet EU-regulering (der i relevant omfang også gælder ved implementering af ikke-erhvervsrettet EU-regulering) (sæt X)	Ja	Nej X

Til nr. 1

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Efter sundhedslovens § 57 a, stk. 1, yder regionsrådet mod betaling behandling ved læge på regionsrådets egne klinik-

ker etableret efter § 227, stk. 5 og 8, til personer fra andre EU-/EØS-lande, der ikke har bopæl her i landet. 1. pkt., finder tilsvarende anvendelse for personer fra Færøerne og Grønland, medmindre disse har ret til vederlagsfri behandling m.v. efter § 8 og § 80 eller regler fastsat i medfør heraf.

Det foreslås i § 57 a, stk. 1, 1. pkt., at henvisningen til sundhedslovens § 227, stk. 8, udgår.

Der er således tale om en konsekvensændring, idet sundhedslovens § 227, stk. 8, foreslås ophævet, jf. lovforslagets § 1, nr. 4.

Til nr. 2

Der er i gældende lovgivning ikke en national styring med lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud eller den geografiske fordeling heraf. Det fremgår af sundhedsloven, at regionsrådet har ansvaret for at tilvejebringe og sikre tilbud om behandling hos praktiserende læge efter § 60, jf. § 57.

Planlægningskompetencen er i dag hos regionerne. Regionerne fastlægger antallet af ydernumre og lægekapaciteter samt den geografiske placering af disse. Det følger således af sundhedslovens § 206 a, at regionsrådet med inddragelse af kommunerne og almen praksis hver valgperiode skal udarbejde en praksisplan vedrørende almen praksis, der udgør en del af regionens sundhedsplan, jf. sundhedslovens § 206.

I planlægningen skal der blandt andet tages hensyn til, at antallet af læger i regionen er tilstrækkeligt til, at alle regionens gruppe 1-sikrede borgere kan tilmeldes en alment praktiserende læge.

Det følger endvidere af sundhedslovens § 57 b, stk. 1, at regionsrådet på baggrund af praksisplanen vedrørende almen praksis, jf. § 206 a, fastlægger placeringen af de praksis, hvorfra der i henhold til et ydernummer ydes vederlagsfri behandling til personer omfattet af sikringsgruppe 1, jf. § 60, stk. 1. Det følger desuden af § 57 b, stk. 2, at en indehaver af et ydernummer, der ønsker at flytte praksis, skal indhente regionsrådets godkendelse. Godkendelse skal meddeles, hvis flytningen ikke ændrer forudsætningerne for praksisplanen eller er i strid med denne, jf. § 206 a.

I overenskomst om almen praksis er det fastsat, at en klinik, der som minimum har 1.600 patienter tilmeldt for en lægekapacitet, som udgangspunkt har ret til straks at få lukket for tilgang. Dette patienttal er som udgangspunkt styrende for regionernes planlægning og for regionernes udstedelse af ydernumre og lægekapaciteter.

Der er i gældende lovgivning ikke regler, der bemyndiger indenrigs- og sundhedsministeren til at styre og fastlægge kapaciteten eller fastsætte den overordnede fordeling og lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud.

Det fremgår af sundhedslovens § 227, stk. 7, at regionsrådet i perioden fra den 1. juli 2023 til og med den 30. juni 2033 kan indgå aftaler med indehaveren af et ydernummer i om-

råder med lægemangel om et særligt vederlag af midlertidig karakter til kompensation for etablerings- eller praksispersonaleudgifter. Det særlige vederlag er af midlertidig karakter og ligger ud over, hvad der er fastlagt og besluttet i overenskomst om almen praksis. Denne mulighed skal understøtte regionens forpligtelse til at yde behandling hos praktiserende læge efter § 60, jf. § 57.

Det fremgår af bemærkningerne til sundhedslovens § 227, stk. 7, at hjemlen til at yde et særligt vederlag alene vil kunne anvendes i områder, hvor de almindelige mekanismer til at sikre lægedækning ikke er tilstrækkelige, og hvor det via praksisplanens indsatser ikke har været muligt at sikre en rimelig lægedækning i regionen, herunder ved at tiltrække og fastholde alment praktiserende læger med de muligheder, som overenskomsten stiller til rådighed, jf. Folketingstiden 2022-23, tillæg A, L 103 som fremsat, side 12-13.

Der er i gældende lovgivning ikke fastlagt regler om honorarstrukturen for praktiserende læger, der virker efter overenskomst om almen praksis, eller herunder regler som fastlægger bestemmelser om differentiering af honorarerne. Honorarstrukturen følger af overenskomst om almen praksis og aftales mellem overenskomstens parterne, Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation.

Overenskomst om almen praksis giver i dag mulighed for et begrænset differentieret basishonorar for praktiserende læger ud fra to forskellige modeller. Den første tager udgangspunkt i såkaldt lægedækningstruede områder, og den anden tager udgangspunkt i patienttyngden i det givne område.

Det foreslås at indsætte et nyt § 206 b i kapitel 63 i sundhedsloven.

Det foreslås i § 206 b, stk. 1, at lægekapaciteterne i det almenmedicinske tilbud fordeles og styres efter en national model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, jf. regler fastsat i medfør af den foreslåede stk. 4.

Forslaget vil medføre, at der indføres en national fordelingsmodel, som vil fastsætte den overordnede nationale fordeling af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud ud fra befolkningens behandlingsbehov inden for et afgrænset geografisk område. Inden for sundhedsrådenes områdefgrænsning estimerer fordelingsmodellen desuden behandlingsbehovet for patienterne i den enkelte klinik.

Den nationale fordelingsmodel vil som udgangspunkt fordele lægekapaciteter inden for de geografiske områder omfattet af et sundhedsråd, jf. en ny organisering af det regionale sundhedsvæsen og etablering af 17 nye sundhedsråd fra 1. januar 2027.

Den nationale fordelingsmodel af lægekapaciteter vil således blive det centrale overordnede styringsværktøj til den nationale fordeling og styring af lægekapaciteter nationalt i det almenmedicinske tilbud. Med lovforslaget vil planlæg-

ningssystemet for det almenmedicinske tilbud således blive justeret.

Det foreslåede § 206 b, stk. 1, skal ses i sammenhæng med den foreslåede § 206 b, stk. 4, hvorefter der vil blive fastsat nærmere regler om modellen ved bekendtgørelse.

Det foreslås i § 206 b, stk. 2, at regionsrådet foretager planlægning og kapacitetsstyring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud i overensstemmelse med den nationale fordeling og styring efter den foreslåede stk. 1.

Forslaget vil medføre, at regionsrådets planlægning og kapacitetsstyring vil skulle ske i overensstemmelse med fordelingsmodellen, herunder planlægningen og placeringen af de almenmedicinske tilbud, hvorfra der ydes vederlagsfri behandling til personer omfattet af sikringsgruppe 1, jf. § 60, stk. 1.

Regionsrådet vil fortsat, som i den gældende ordning, skulle sikre lægedækning og stå for den lokale planlægning af det almenmedicinske tilbud. Regionsrådet vil skulle planlægge og bestemme placeringen af lægekapaciteter og udmøntning af nye lægekapaciteter og ydernumre i overensstemmelse med den nationale fordeling af lægekapacitet og inden for det antal lægekapaciteter, som fordelingsmodellen fastlægger indenfor et geografisk område.

Dertil foreslås sundhedslovens gældende bestemmelser om praksisplan vedrørende almen praksis, jf. sundhedslovens § 206 a, ophævet med virkning fra 1. juli 2025, jf. lovforslag om lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love. Den foreslåede ophævelse og ordning forudsætter, at regionerne i perioden fra den 1. juli 2025 til 31. december 2026 fortsat sikrer inddragelse af kommunerne i regionen, patientinddragelsesudvalget og de almenmedicinske tilbud, der yder vederlagsfri behandling til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, jf. § 60, stk. 1, i planlægningen af kapaciteten og geografisk placeringen af de almenmedicinske tilbud. Regionerne vil i perioden ikke skulle forelægge sine planer for Sundhedsstyrelsen med henblik på rådgivning.

Inden for sundhedsrådenes områdeafgrænsning estimerer fordelingsmodellen behandlingsbehovet i den enkelte klinik. Regionerne og fra 2027 sundhedsrådene vil i planlægningen, placeringen og kapacitetsstyringen af det almenmedicinske tilbud skulle bruge det estimerede behandlingsbehov for patienterne til at understøtte, at lægekapaciteten inden for sundhedsrådets geografiske område fordeles lige. Regionerne vil således skulle udmønte flere kapaciteter i områder inden for sundhedsrådene, hvor behandlingsbehovet er større.

Fastlæggelsen af antal lægekapaciteter for et område vil ikke medføre, at eksisterende ydernumre eller lægekapaciteter nedlægges, men vil udelukkende betyde, at udbud af nye ydernumre og lægekapaciteter indenfor området skal ske inden for rammerne af det fastlagte antal lægekapaciteter. Et regionsråd vil i ekstraordinære situationer kunne afvige fra det fastlagte antal lægekapaciteter og træffe midlertidige

foranstaltninger f.eks. ved pludselig høj befolkningsvækst i et lokalområde. Denne fleksibilitet skal understøtte, at regionerne også i særligt opståede situationer kan efterleve deres myndighedsforpligtigelse til at tilvejebringe almenmedicinsk lægehjælp til borgerne.

Et almenmedicinsk tilbud, der ønsker at flytte praksis, vil fortsat skulle indhente regionsrådets godkendelse, jf. lovforslag om lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love, hvori det foreslås at ændre § 57 c, stk. 1 og 2.

Forslaget vil, som gennemgået ovenfor, skulle ses i tæt sammenhæng med forslaget om ophævelsen af sundhedslovens gældende bestemmelser om praksisplan vedrørende almen praksis fra 1. juli 2025, jf. lovforslag om lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love. Klinikernes retigheder i forhold til at gøre brug af mulighederne i de regionale lægedækningstruede områder fastlagt i regionernes praksisplan og adgangen til det geografisk bestemte differentierede basishonorar fastlagt i de landsdækkende lægedækningstruede vil fortsat være reguleret i overenskomst om almen praksis frem til 2027. Herefter vil en ny organisering af det regionale sundhedsvæsen og en ny styring af det almenmedicinske tilbud træde i kraft 1. januar 2027, og herunder en ny central rammeaftale for de alment praktiserende læger.

Det foreslås i § 206 b, stk. 3, at regionsrådet i forbindelse med sin opgavevaretagelse efter stk. 2, og på baggrund af patienternes behandlingsbehov fastlægger antallet af patienter, som en klinik som minimum skal have tilknyttet, før klinikken har ret til at lukke for tilgang af yderligere patienter.

Den foreslåede bestemmelse vil indebære, at der ikke længere vil være et fast normtal for patienter for en lægekapacitet, som i dag udgør ca. 1.600 patienter. Patienttallet vil fremover i stedet skulle differentieres på baggrund af patientsammensætningen og behandlingsbehovet i klinikken og området og under hensyn til den nationale fordelingsmodel. Fastlæggelsen af minimumsantallet af patienter og grænsen for, hvornår de enkelte klinikker kan lukke for tilgang af nye patienter, vil dermed skulle ske på baggrund af den nationale fordelingsmodel.

Hvornår en klinik i det almenmedicinske tilbud vil kunne lukke for tilgang af patienter vil således fremover skulle ske på baggrund af behandlingsbehovet blandt de tilmeldte patienter og i området.

Beregningen af behandlingsbehovet fastlægges med udgangspunkt i den nationale fordelingsmodel, hvor en patient med et behandlingsbehov over gennemsnittet vil tælle mere end en patient med behandlingsbehov under gennemsnittet.

I fastlæggelsen af minimumspatienttallet i den enkelte klinik vil det derudover være relevant for regionsrådet at inddrage lokale og kliniks-specifikke forhold, herunder blandt andet den enkelte kliniks nærmere forudsætninger for at levere en given kapacitet. Dette vil f.eks. kunne være praksispersonale

og fysiske forhold, arbejdsfordeling mellem de forskellige klinikker i området vedrørende f.eks. funktion som plejehjemslæge, lægens personlige forhold som f.eks. sygdom samt særlige forhold vedrørende patientpopulationen som f.eks. mange misbrugere og hjemløse.

For at tage højde for lokale og kliniks specifikke forhold, jf. også ovenfor, vil regionsrådets fastlæggelse af minimumspatienttallet indebære et behov for dialog med enkelte klinikker med henblik på nærmere at afdække klinikkernes forhold og kapacitet og afsøge løsninger i de tilfælde, hvor fordelingsmodellens minimumspatienttal giver udfordringer. En sådan løsning vil f.eks. kunne være en forståelse om gradvis tilpasning af patienttallet over tid. I vurderingen af behovet for at pålægge en klinik en højere lukkegrænse, end klinikken ønsker, vil regionsrådet kunne inddrage i hvilken udstrækning, der er andre klinikker i lokalområdet, der ønsker og allerede varetager flere patienter, end det fordelingsmodellen tilsiger. Dette vil dermed kunne reducere behovet for, at andre klinikker i området vil skulle øge patienttallet.

I situationer, hvor der i regionsrådets planlægning vil være lagt op til at fastsætte et minimumspatienttal for en klinik, der vil ligge væsentligt over det gældende og over klinikens nuværende patienttal, forudsættes det, at regionsrådet først vil søge at aftale patienttallet frivilligt med klinikken ud fra en fælles forståelse af klinikens samlede situation og muligheder.

Fastlæggelse af nye minimumspatienttal vil indebære, at klinikker, der vil få mulighed for at lukke for tilgang af patienter ved et lavere antal patienter end efter de gældende regler, vil kunne lukke for tilgang af patienter indtil, at klinikken når minimumsantallet af patienter for klinikken. Et lavere minimumsantal af patienter vil ikke umiddelbart resultere i et lavere patienttal for den enkelte klinik, da en reduktion i patienttallet i den enkelte klinik vil skulle ske ved naturlig afgang af patienter. En klinik vil således ikke kunne frasige sig allerede tilknyttede patienter som følge af en lavere lukkegrænse.

En klinik vil omvendt som udgangspunkt skulle åbne for tilgang for patienter, hvis klinikken har mange patienter med lavt behandlingsbehov og således har færre patienter end minimumsantallet af patienter, som fastlægges på baggrund af den nationale fordelingsmodel for lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, behandlingsbehovet blandt de tilmeldte patienter og i området og på baggrund af relevant viden om klinikkernes forhold og dialog med klinikkerne.

Regionsrådet vil kunne understøtte en mere lige fordeling af patienter i et område i fælles forståelse med klinikkerne. Regionsrådet vil f.eks. efter aftale med klinikker med et højere patienttal end minimumsantallet og andre klinikker i området kunne informere patienter om klinikker i området med åbent for tilgang og herunder om nyetablerede klinikker.

Denne del af forslaget skal ses i tæt sammenhæng med

øvrige tiltag om generelt styrket kapacitet og flere læger i det almenmedicinske tilbud i Aftale om Sundhedsreform 2024. Her vil flere læger i det almenmedicinske tilbud forventeligt medføre, at alle lægekapaciteter og klinikker i hele landet fremover forventeligt vil skulle varetage færre patienter på sigt i takt med, at flere opgaver omstilles til og løses af det almenmedicinske tilbud. Fordelingsmodellen vil således også skulle ligge til grund for at sænke patienttallet på tværs af det almenmedicinske tilbud i takt med, at kapaciteten i det almenmedicinske tilbud øges, og det almenmedicinske tilbud skal løse flere og nye opgaver.

Regionsrådets planlægning og kapacitetsstyring af lægekapaciteter i det almenmedicinske vil skulle ske i overensstemmelse med den nationale fordeling og styring af lægekapaciteter og skal desuden fastlægge det differentierede patienttal i klinikkerne med udgangspunkt i patienternes behandlingsbehov og under hensyn til fordelingsmodellen. Dertil under hensyn til sundhedslovens regler om gruppe 1-sikrede personers valg af læge, jf. sundhedslovens § 59, stk. 1, herunder i forbindelse med lægeskift, jf. § 59, stk. 5.

Det er reguleret i overenskomst om almen praksis, at en praksis, der af særlige grunde ønsker et lavere antal tilmeldte patienter pr. lægekapacitet end 1.600, kan søge Samarbejdsudvalget om lukning ved et lavere antal patienter. Der gælder endvidere en øvre lukkegrænse i det tilfælde, hvor en praksis har 2.700 patienter tilmeldt pr. lægekapacitet. Her skal der søges om Samarbejdsudvalgets godkendelse af fortsat at have åben for patienttilgang. Samarbejdsudvalget skal give tilladelse med mindre væsentlige forhold taler imod.

Med den foreslåede ordning vil det således være regionsrådet, og fra 2027 sundhedsrådet, der vil skulle fastlægge antallet af patienter, en klinik som minimum skal have tilknyttet, før klinikken får ret til at lukke for tilgang af yderligere patienter. Klinikker, der af særlige grunde ønsker et lavere antal patienter per lægekapacitet end minimumsantallet fastlagt på baggrund af patienternes behandlingsbehov og den nationale fordelingsmodel, vil skulle løfte dette i dialog med regionsrådet, jf. ovenfor.

Regionernes fastlæggelse af minimumspatienttallet i klinikken må anses for at være en forvaltningsretlig afgørelse, hvorfor forvaltningslovens regler finder anvendelse.

De differentierede patienttal vil på sigt skulle bidrage til, at alle lægekapaciteter på tværs af landet får tilnærmelsesvis ens arbejdsbyrde, idet klinikker med mere behandlingskrævende patienter vil få mulighed for at lukke for tilgang af patienter ved et lavere patienttal end hidtil.

Endelig vil honorarerne i en ny honorarstruktur fra 1. januar 2027 skulle fastlægges i overensstemmelse med den nationale fordelingsmodel, så der sikres sammenhæng mellem lægernes honorar og borgernes behandlingsbehov.

Det foreslås i § 206 b, stk. 4, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicin-

ske tilbud. Ved fastlæggelse af regler efter den foreslåede 1. pkt., skal ministeren navnlig lægge vægt på befolkningens behandlingsbehov inden for et afgrænset geografisk område.

Med forslaget lægges der således op til, at den overordnede kompetence til at fordele og styre lægekapaciteter nationalt vil skulle ligge hos indenrigs- og sundhedsministeren. Dermed fjernes dele af kompetencen i dag fra regionsrådet og fra aftalesystemet om overenskomst om almen praksis.

Grundpræmissen i den nationale styring og planlægning af lægekapaciteter vil være patienternes behandlingsbehov, som fastlægges i den nationale fordelingsmodel. Den nationale fordelingsmodel vil således blive det centrale styrings- og planlægningsværktøj til den overordnede fordeling af lægekapacitet nationalt. Den nationale fordelingsmodel vil som udgangspunkt fordele lægekapaciteter inden for geografiske områder, der, med ikrafttrædelsen af en ny organisering af det regionale sundhedsvæsen og etablering af 17 nye sundhedsråd med kommunal deltagelse 1. januar 2027, vil være omfattet af et sundhedsråd. Modellen vil fra 1. juli 2025 til 31. december 2026 som udgangspunkt i første omgang fordele lægekapaciteter i de sundhedsråd, som er fastlagt i Aftale om Sundhedsreform 2024. Fordelingen vil overgå til de endelige sundhedsråd pr. 1. januar 2027.

Den nationale fordelingsmodel vil skulle sætte rammerne for en fordeling af læger i det almenmedicinske tilbud, der afspejler de geografiske forskelle i befolkningens behandlingsbehov. Behandlingsbehovet vil i modellen blive estimeret inden for et afgrænset geografisk område med afsæt i blandt andet befolkningens demografiske, socioøkonomiske og sundhedsmæssige karakteristika. Den nationale fordelingsmodel vil således skulle ligge til grund for en bedre og mere ligelig lægedækning i det almenmedicinske tilbud hele landet i den nationale fordeling og styring af lægekapaciteter.

Den nationale fordelingsmodel vil således fastsætte antallet af nye lægekapaciteter, som må udmøntes i et givent geografisk område. Dette vil skulle sikre, at områder med udfordringer med lægedækning vil få bedre lægedækning ved samtidig at sikre, at områder med god lægedækning ikke tiltrækker en uforholdsmæssig stor andel af kapaciteten i det almenmedicinske tilbud.

Ved udmøntningen af bemyndigelsesbestemmelsen vil indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte den konkrete nationale fordelingsmodel. Udarbejdelsen sker i første omgang med inddragelse af eksperter.

Bemyndigelsen vil blive anvendt til at fastlægge den nationale fordelingsmodel på baggrund af befolkningens behandlingsbehov og den nærmere udmøntning af denne ved bekendtgørelse. Herunder regionernes planlægning i overensstemmelse hermed. Dette følger af, at den overordnede fordeling af lægekapaciteter, med vedtagelsen af dette lovforslag, vil skulle ske nationalt.

Der henvises i øvrigt til pkt. 1 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 206 b, stk. 5, at regionsrådet i perioden fra den 1. juli 2025 og til og med den 31. december 2026 kan indgå aftaler om et midlertidigt tillæg, der supplerer overenskomst indgået efter § 227, stk. 1, med indehaveren af et ydernummer i områder med lægemangel.

Områder med lægemangel, hvor der vil kunne indgås aftaler om et midlertidigt tillæg, omfatter sundhedsråd, som får mulighed for at øge antallet af lægekapaciteter i 2025 og 2026 på baggrund af den nationale fordelingsmodel.

Forslaget vil indebære, at regionernes muligheder for at opfylde deres myndighedsforpligtelse til at tilvejebringe et almenmedicinsk tilbud til borgerne også i områder med dårlig lægedækning i forhold til patienternes behandlingsbehov midlertidigt vil blive styrket.

Forslaget vil desuden indebære, at det bliver mere attraktivt at være læge i områder med lægemangel og vil understøtte en mere lige fordeling af opgaver i det almenmedicinske tilbud med mere tid til patienter med størst behov.

Det midlertidige tillæg vil kunne gives med henblik på at understøtte og styrke lægedækningen, fastholde eksisterende klinikker og sikre indtægtsgrundlaget for klinikker, der får færre patienter som følge af, at lægedækningen i området styrkes. Dertil så der sikres den nødvendige prioritering af tid og ressourcer til patienter med stort behandlingsbehov og prioritering af lægekapaciteter til områder med lægemangel, som er et hovedhensyn med den foreslåede ordning. Det midlertidige tillæg vil ligge ud over honorarer, der fremgår af overenskomst om almen praksis.

Regionerne vil kunne give tillægget midlertidigt til ejeren af et ydernummer med henblik på, at klinikkerne kan opretholde sit indtægtsgrundlag, som følge af at klinikken får mulighed for at lavere minimumsantal af patienter, og at kapaciteten i områder med lægemangel styrkes. Det midlertidige tillæg vil også gælde for nye klinikker, der får mulighed for at etablere sig med et relativt lavere minimumsantal af patienter.

Den eksisterende bestemmelse i sundhedslovens § 227, stk. 7, om et særligt vederlag af midlertidig karakter vil derudover kunne anvendes til at kompensere læger, som for en periode eller permanent øger sit patientoptag markant. Det fremgår af bemærkningerne til sundhedslovens § 227, stk. 7, at regionsrådet i perioden fra den 1. juli 2023 til og med den 30. juni 2033 kan indgå aftaler med indehaveren af et ydernummer i områder med lægemangel om et særligt vederlag af midlertidig karakter til compensation for etablerings- eller praksispersonaleudgifter. Det særlige vederlag er af midlertidig karakter og ligger ud over, hvad der er fastlagt og besluttet i overenskomst om almen praksis, jf. Folketingstidende 2022-23, tillæg A, L 103 som fremsat, side 12-13.

Med den foreslåede ordning udvides regionernes muligheder dermed for at kompensere klinikker i områder med lægemangel med henblik på styrke lægedækningen frem til 1. januar 2027.

Af Aftale om Sundhedsreform 2024 fremgår det, at der vil skulle udvikles en ny honorarstruktur for de alment praktiserende læger, som skal sikre sammenhæng mellem lægernes honorar og borgernes sundhedstilstand og behandlingsbehov. En ny honorarstruktur skal træde i kraft i 2027. Den foreslåede ordning vil således skulle understøtte sammenhæng mellem lægernes honorar og borgernes sundhedstilstand og behandlingsbehov i områder med lægemangel frem til en ny honorarstruktur skal træde i kraft fra 2027.

Til nr. 3

Det følger af den gældende bestemmelse i sundhedslovens § 227, stk. 2, 4. pkt., at en læge kan eje op til seks ydernumre erhvervet i henhold til § 227, stk. 1, 1. og 2. pkt.

Det foreslås at affatte § 227, stk. 2, 4. pkt., på ny, således at en læge kan erhverve op til tre ydernumre i henhold til § 227, stk. 1, 1. og 2. pkt.

Forslaget vil indebære, at en læge i almen medicin fremadrettet ikke kan erhverve flere end tre ydernumre efter lovforslagets ikrafttræden. Forslaget vil tillige indebære, at en læge i almen medicin fremadrettet ikke kan medeje flere end tre ydernumre.

Lovforslaget træder i kraft den 1. juli 2025, jf. forslagens § 2, stk. 2. Forslaget gælder alene fremadrettet og betyder, at læger ikke kan købe ydernumre, således, at de ejer flere end tre ydernumre efter lovforslagets ikrafttræden. Læger, der ejer op til seks ydernumre efter de gældende regler og indtil lovens ikrafttræden, kan også fremadrettet drive deres klinikker. Hvis en læge med flere end tre ydernumre efter lovens ikrafttrædelse frasælger et ydernummer, vil det ske i henhold til de nye bestemmelser. Det er således forventningen, at der over tid vil være færre læger, der ejer flere end tre ydernumre.

Der henvises endvidere til § 2, stk. 2, og bemærkningerne hertil.

Til nr. 4

Efter sundhedslovens § 227, stk. 5, kan regionsrådet selv etablere og drive en klinik, der leverer almenmedicinske ydelser, hvis det ikke har været muligt at afsætte et ydernummer til en læge, som vil praktisere efter overenskomst om almen praksis henhold til sundhedsloven § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1. Heraf følger, at regionsrådet først skal afsøge muligheden for at afsætte et ydernummer til en alment praktiserende læge, der virker efter overenskomst om almen praksis, førend regionsrådet selv kan etablere en regionsklinik.

Det foreslås at affatte § 227, stk. 5, på ny, således at regionsrådet kan etablere og drive en klinik, som leverer almenmedicinske ydelser, jf. § 60, stk. 1 og 2. Personer i sygesikringsgruppe 1 kan vælge de regionale almenmedicinske tilbud, jf. § 59.

Forslaget vil betyde, at et regionsråd, der ønsker at etablere og drive en klinik, der leverer almenmedicinske ydelser, kan gøre det uden at skulle have afsøgt, om det er muligt at afhænde ydernummeret til en læge med speciale i almen medicin, som virker efter overenskomstens øvrige bestemmelser.

Forslaget vil også betyde, at det gøres tydeligere, at personer i sygesikringsgruppe 1 kan vælge de regionale almenmedicinske tilbud.

Med lovforslaget vil regionsrådet dermed fremadrettet kunne tilvejebringe almenmedicinske tilbud til borgerne ved frit at vælge mellem enten at afsætte et ydernummer til en læge, som praktiserer i henhold til overenskomst om almen praksis, eller etablere og drive en regionsklinik eller udbyde driften af en klinik ved at indgå aftale med en privat leverandør og i overensstemmelse med udbudsreglerne.

Etableringen af klinikker efter § 227, stk. 5, skal ske i henhold til øvrig lovgivning, heriblandt konkurrenceretlige regler.

Forslaget vil medføre, at regionsrådet får mulighed for at afprøve nye klinikformer, hvor det almenmedicinske tilbud kan tilpasses og målrettes særlige patientgrupper.

Forslaget vil dermed også medføre, at regionerne fremadrettet får bedre mulighed for at sammensætte det almenmedicinske tilbud ud fra lokale behov og sikre borgerne et almenmedicinsk tilbud tættere på deres bopæl.

Lovforslaget ændrer ikke ved, at regionsrådet kan udbyde drift af praksis, som hidtil har leveret almenmedicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, og hvor regionsrådet har fået overdraget ydernummeret. Regionsrådet har således stadig adgang til at erhverve, oprette og afhænde ydernumre.

Lovforslaget ændrer ligeledes ikke ved, at regionsrådets udbud af praksisdrift skal foregå på åbne, objektive og ikke diskriminerende vilkår og tilrettelægges på en måde, så eventuelle bud kan sammenlignes med, hvad en offentlig drevet enhed vil koste. Regionsrådet vil forsat have mulighed for at forkaste et bud, hvis omkostningerne er væsentlig højere i en sammenligning.

Der henvises endvidere til § 2, stk. 4, og bemærkningerne hertil.

Til nr. 5

Det fremgår af sundhedslovens § 227, stk. 6, at når en regionsklinik, som er oprettet efter stk. 5, har været etableret i fire år skal regionsrådet indgå aftale om en overdragelse

inden for rimelig tid, hvis en læge, der vil praktisere efter overenskomst om almen praksis, ønsker at overtage en klinikken.

Det foreslås, at sundhedslovens § 227, *stk. 6*, ophæves.

Forslaget vil betyde, at regionsrådet ikke skal afsætte en regionsklinik, som har været etableret i mindst fire år, til en praktiserende læge, der virker efter overenskomst om almen praksis, og som har ønske om at overtage regionsklinikken.

Der henvises endvidere til § 2, *stk. 3*, og bemærkningerne hertil.

Til nr. 6

Det fremgår af sundhedslovens § 227, *stk. 8*, at et regionsråd i tilfælde af akut opstået lægemangel i en kort periode kan etablere et midlertidigt almenmedicinsk tilbud. Regionsrådets mulighed for at varetage et almenmedicinsk tilbud kan således også tages i brug i situationer af akut karakter, hvor der er mangel på læger.

Det foreslås at sundhedslovens § 227, *stk. 8*, ophæves.

Ændringen er en konsekvens af forslaget til ændring af sundhedslovens § 227, *stk. 5*, 1 pkt., da regionsrådet herefter vil kunne etablere et permanent almenmedicinsk tilbud uagtet om der i den pågældende situation er tale om akut opstået lægemangel.

Til § 2

Det foreslås i *stk. 1*, at loven træder i kraft den 1. juli 2025.

Det foreslåede vil indebære, at regionerne i deres implementering vil skulle tilpasse deres planlægning og kapacitetsstyring af det almenmedicinske tilbud i henhold til den nationale fordeling og styring af lægekapaciteter. Antal lægekapaciteter, som regionsrådet kan udmønte i et geografisk område, vil som udgangspunkt gælde fra ikrafttrædelsestidspunktet sammen med regionsrådets kompetence til at fastlægge minimumsantallet af patienter for en klinik. Minimumspatienttallet vil gælde, idet regionsrådet fastlægger dette.

Det foreslås i *stk. 2*, at læger, der ved lovens ikrafttræden ejer flere end tre ydernumre, uanset § 1, nr. 3, kan beholde disse ydernumre indtil afhændelse.

En læge, der f.eks. ejer fem ydernumre den 1. juli 2025, kan derfor bevare disse ydernumre fremadrettet, men kan ikke erhverve nye. Lægen kan først erhverve nye ydernumre efter lovforslagets § 1, *stk. 3*, når lægen har afhændet ydernumre indtil vedkommende ejer et eller to.

Hvis en køber og en sælger indgår en aftale om køb af et ydernummer inden lovens ikrafttræden med henblik på overtagelse efter lovens ikrafttræden, vil det være en gyldig aftale. Aftaleindgåelsen er således det afgørende tidspunkt.

Det foreslås i *stk. 3*, at overtagelse af en klinik fra regionen efter den hidtil gældende § 227, *stk. 6*, i sundhedsloven, kan gennemføres, hvis forhandling om overtagelse er påbegyndt før lovens ikrafttræden.

Den foreslåede ordning vil indebære, at hvis en læge, i medfør af den hidtil gældende § 227, *stk. 6*, i sundhedsloven inden lovens ikrafttræden, har påbegyndt forhandlinger med en region om overtagelse af en klinik etableret efter den hidtil gældende § 227, *stk. 5*, i sundhedsloven, vil regionen skulle indgå aftale om overtagelsen og gennemføre overdragelsen.

Det foreslås i *stk. 4*, at klinikker, som er etableret i medfør af den hidtil gældende § 227, *stk. 5*, i sundhedsloven før lovens ikrafttræden, kan videreføres efter lovens ikrafttræden.

Den foreslåede ordning vil betyde, at regioner ikke er forpligtet til at nedlægge en klinik, som er oprettet efter den hidtil gældende § 227, *stk. 5*, efter lovens ikrafttræden, men kan videreføre den uforandret.

Det følger af sundhedslovens § 278, *stk. 1*, 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.

Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

*Gældende formulering**Lovforslaget***§ 1**

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 275 af 12. marts 2025, som ændret ved lov nr. 1671 af 30. december 2024, foretages følgende ændringer:

§ 57 a. Regionsrådet yder mod betaling behandling ved læge på regionsrådets egne klinikker etableret efter § 227, stk. 5 og 8, til personer fra andre EU-/EØS-lande, der ikke har bopæl her i landet. 1. pkt., finder tilsvarende anvendelse for personer fra Færøerne og Grønland, medmindre disse har ret til vederlagsfri behandling m.v. efter § 8 og § 80 eller regler fastsat i medfør heraf.

Stk. 2. ---

1. I § 57 a, stk. 1, 1. pkt., udgår »og 8«.

2. Efter § 206 a indsættes i *kapitel 63*:

»§ 206 b. Lægekapaciteterne i det almenmedicinske tilbud fordeles og styres efter en national model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, jf. regler fastsat i medfør af stk. 4.

Stk. 2. Regionsrådet foretager planlægning og kapacitetsstyring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud i overensstemmelse med den nationale fordeling og styring efter stk. 1.

Stk. 3. Regionsrådets fastlægger i forbindelse med sin opgavevaretagelse efter stk. 2, antallet af patienter, som en klinik som minimum skal have tilknyttet, før klinikken har ret til at lukke for tilgang af yderligere patienter på baggrund af patienternes behandlingsbehov.

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud. Ved fastlæggelse af regler efter 1. pkt., skal ministeren navnlig lægge vægt

på befolkningens behandlingsbehov inden for et afgrænset geografisk område.

Stk. 5. Regionsrådet kan i perioden fra den 1. juli 2025 til og med den 31. december 2026 indgå aftaler om et midlertidigt tillæg, der supplerer overenskomst indgået efter § 227, stk. 1, med indehaveren af et ydernummer i områder med lægemangel.«

§ 227. ---

stk. 2. Ydernumre fra praksis, som har leveret almenmedicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1, kan overdrages til regionsrådet og til læger, som vil praktisere i henhold til stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1. Regionsrådet kan endvidere sælge nye ydernumre, som regionen har oprettet og ydernumre fra eksisterende praksis, som regionsrådet har opkøbt som led i praksisplanlægningen, til læger, som vil praktisere i henhold til stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1. Salg af ydernumre, jf. 1. og 2. pkt., kan ske til læger, som allerede har et ydernummer. En læge kan eje op til seks ydernumre erhvervet i henhold til 1. og 2. pkt.

Stk. 3 og 4. ---

Stk. 5. I de tilfælde, hvor regionsrådet ikke kan afsætte et ydernummer til en læge, som vil praktisere i henhold til stk. 1, 1. pkt., jf. § 60 stk. 1, kan regionen selv etablere og drive en klinik, som leverer almenmedicinske ydelser.

Stk. 6. Ønsker en læge at overtage en regionsdrevet praksis, som har været etableret i mindst fire år, og som er oprettet efter stk. 5, med henblik på at praktisere efter stk. 1, 1. pkt., skal regionsrådet indgå aftale om overdragelse inden for rimelig tid.

Stk. 7. ---

3. I § 227, *stk. 2*, indsættes som 4. pkt.:

»En læge kan erhverve op til tre ydernumre i henhold til 1. og 2. pkt.«

4. I § 227, *stk. 5* affattes således:

»*Stk. 5.* Regionsrådet kan etablere og drive en klinik, som leverer almenmedicinske ydelser, jf. § 60, stk. 1 og 2. Personer i sygesikringsgruppe 1 kan vælge de regionale almenmedicinske tilbud, jf. § 59.«

5. § 227, *stk. 6*, ophæves.

Stk. 8. Et regionsråd kan i tilfælde af akut opstået lægemangel i en kort periode etablere et midlertidigt almenmedicinsk lægetilbud.

6. § 227, *stk. 8*, ophæves.

Stk. 9-15. ---