



Høringsnotat: Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Indførelse af national opgavebeskrivelse og basisfunktion for de almenmedicinske tilbud, aftale om vilkår for alment praktiserende læger, differentieret honorarstruktur, etablering af praksisklagenævn m.v.)

1. Hørte myndigheder og organisationer m.v.

Et udkast til lovforslaget har i perioden fra den 1. juli 2025 til den 21. august 2025 (52 dage) været i høring hos følgende myndigheder og organisationer m.v.:

Advokatrådet, Akademikerne, Alzheimerforeningen, Angstforeningen, Astma-Allergi Danmark, Bedre Psykiatri, Center for hjerneskade, Danmarks Lungeforening, Danmarks Tekniske Universitet, Dansk Arbejdsgiverforening (DA), Dansk Center for Organdonation, Dansk Erhverv, Dansk Handicap Forbund, Dansk Industri (DI), Dansk Kiropraktor Forening, Dansk Psykolog Forening (DP), Dansk Psykoterapeutforening, Dansk Pædiatrisk Selskab (DPS), Dansk Samfundsmedicinsk Selskab (DASAMS), Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM), Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin (DASAIM), Dansk Selskab for Palliativ Medicin, Dansk Selskab for Patientsikkerhed (PSI), Dansk Sygepleje Selskab (DASYS), Dansk Sygeplejeråd (DSR), Danske Bioanalytikere (dbio), Danske Fodterapeuter, Danske Fysioterapeuter, Danske Handicaporganisationer (DH), Danske Patienter, Danske Regioner, Danske Seniorer, Danske Universiteter, Danske Ældreråd, Dataetisk Råd, Datatilsynet, Depressionsforeningen, Det Sociale Netværk, Diabetesforeningen, Epilepsiforeningen, Ergoterapeutforeningen (Etf), Fagbevægelsens Hovedorganisation (FH), Faglige Seniorer, Farmakonomforeningen, FOA, Forbrugerrådet TÆNK, Foreningen af danske lægestuderende, Foreningen af danske sundhedsvirksomheder - Sundhed Danmark, Foreningen af Døgn- og Dagtilbud for udsatte børn og unge, Foreningen af Kommunale Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedschefer i Danmark (FSD), Foreningen af Speciallæger (FAS), Gigtforeningen, Hjernesagen, Hjerneskadeforeningen, Hjertereforeningen, HK, Høreforeningen, Ingeniørforeningen IDA, Institut for Menneskerettigheder, Jordemoderforeningen, KL, Kost og Ernæringsforbundet, Kristelig Lægeforening (KLF), Kræftens Bekæmpelse, Københavns Universitet, Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (LMS), Ledernes Hovedorganisation, Lægeforeningen, Medicoindustrien, Muskelsvindfonden, Nationalt Center for Etik, Optikerforeningen, Organisation af Lægevidenskabelige Selskaber (LVS), Osteoporoseforeningen, Patientforeningen, Pharmadanmark, Praktiserende Lægers Organisation (PLO), Psoriasisforeningen, Region Hovedstaden, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Region Sjælland, Region Syddanmark, Rigsrevisionen, Roskilde Universitet, Scleroseforeningen, Sekretariat for den lægelige videreuddannelse Syd, Sekretariat for den lægelige videreuddannelse Øst, Sekretariat for den lægelige videreuddannelse Nord, SIND – Landsforeningen for psykisk sundhed, Sjældne Diagnoser, SMVdanmark, Socialpædagogernes Landsforbund, Stenocare, sundhed.dk, Syddansk Universitet, Tolkebureauernes Brancheforening, Vaccinationsforum, VIVE, Yngre Læger, Ældre Sagen, Øjenforeningen, Aalborg Universitet, Aarhus Universitet.

Lovforslaget har desuden været offentliggjort på Høringsportalen.

2. Modtagne høringssvar

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i forbindelse med høringen af lovforslaget modtaget bemærkninger fra følgende myndigheder og organisationer m.v.:

Alzheimerforeningen, Astma-Allergi Danmark, Borger Anne Lind Gade, Borger Brian Bang, Borger Lisbeth Engholm, Borger Mads Koch, Borger Mogens Blom-Hansen, Børne- og Ungdomspsykiatriske selskab, Dansk Erhverv, Dansk Lungemedicinsk Selskab, Dansk Psykolog Forening, Dansk Selskab for Klinisk Onkologi, Dansk Sygeplejeråd, Danske Fysioterapeuter, Danske Patienter, Danske Regioner, Danske  ldrer d, Dataetisk Råd, Datatilsynet, Det Etiske Råd, Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse Nord, Dansk Selskab for Almen Medicin, Fagligt selskab af Kliniske Diætister, Foreningen af Danske Lægestuderende, Forum for Yngre Almenmedicinere, Fælles høringssvar (Lægeforeningen, Yngre Læger, Foreningen af Speciallæger og Praktiserende Lægers Organisation), H rteforeningen, Kommunernes Landsforening, Klyngebestyrelsen Hillerød Klynge, Konsultationssygeplejerske Randi Lykke Frederiksen, Kræftens Bekæmpelse, Københavns Universitet, Lungeforeningen, Læge Alexander Sidelmann Christensen, Læge Anette og Mads Rams Mejdahl, Læge Anne Schou, Læge Annette Schousboe, Læge Astrid Schmedes, Læge Bel n Redal-Baigorri, Læge Camilla Bianca, Læge Casper Overgaard Poulsen, Læge Cecilie Schousboe Haugaard, Læge Christina Schou, Læge Christina Svanholm, Læge Frederik Tebering, Læge Inger og Peder Ahnfeldt-Møllerup, Læge Jan Hagen Bruun Clausen, Læge Jane Svensson, Læge Jeppe Frøkjær Aaen, Læge Kamille Bahn Glerup, Læge Katrine de Renzy-Martin, Læge Lars Lindberg Bonne, Læge Lone Arentoft Bondo, Læge Louise H rmann M rk, Læge Martin Bo Sørensen, Læge Martin Lyng  Østergaard, Læge Mette T. U. Regel, Læge Mia S e Pedersen, Læge Michael Sahlholdt Høeg, Læge Mikkel Saxov, Læge Monica Kvorning, Læge Morten Jørgensen, Læge Rikke Hjorth Westh, Læge Roar Maagaard, Læge Sofie Skriver, Læge Stine Just Klitgaard, Læge Sudakaran Gnanasegaram, Læge Thomas Birk Kristiansen, Læge Venus Yaqin, Læge William Baird, Lægerne på Bornholm, Lægevidenskabelige Selskaber, Nuværende og kommende speciallæger i almen medicin, Patient Lærke Lund, Praktiserende Lægers Organisation, Psykiatrifonden, Rigsrevisionen, Syddansk Universitet, Tandlægeforeningen, Trøjborg Lægehus, Vorbasse Lægehus,  ldre Sagen, Aarhus Universitet.

Følgende myndigheder og organisationer m.v. har oplyst, at de ikke har bemærkninger til lovforslaget:

Dansk Arbejdsgiverforening, Dansk Kiropraktor Forening, DASEM, Aalborg Universitet, Dataetisk Råd.

Følgende myndigheder og organisationer m.v. har oplyst, at de ikke ønsker at afgive bemærkninger til lovforslaget:

Datatilsynet, Rigsrevisionen.

3. Generelt om høringsnotatet

Der er modtaget 73 høringssvar, hvoraf 62 havde bemærkninger til lovforslaget. Heriblandt er der indgivet 43 høringssvar fra enkelte læger og borgere.

I dette høringsnotat vil de væsentligste bemærkninger til lovforslaget i de modtagne høringssvar gennemgås. Indenrigs- og Sundhedsministeriets bemærkninger til høringssvarene er kursiveret.

Bemærkninger, der udtrykker grundlæggende enighed med lovforslaget eller ligger væsentligt uden for lovforslagets rammer og temaer, vil som udgangspunkt ikke blive gennemgået i høringsnotatet.

Høringssvar fra enkelte læger og borgere adresseres opsummerende og samlet i afsnit 4.6.7. i dette høringsnotat.

4. Høringssvar

Det bemærkes, at der i høringssvarene generelt er udtrykt opbakning fra en lang række myndigheder og organisationer m.v. heriblandt Lægeforeningen, PLO, Danske Regioner, KL, Danske Patienter m.fl. til sundhedsreformens intentioner om at styrke det nære sundhedsvæsen, herunder en ny organisering af de almenmedicinske tilbud. Derudover er der udtrykt opbakning til lovforslagets overordnede formål fra

flere myndigheder og organisationer m.v., heriblandt Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Danske Patienter, Dansk Samfundsmedicinsk Selskab, Kræftens Bekæmpelse, Ældre Sagen m.fl.

Regeringen noterer sig samtidig, at den version af Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Indførelse af national opgavebeskrivelse og basisfunktion for de almenmedicinske tilbud, aftale om vilkår for alment praktiserende læger, differentieret honorarstruktur, praksisklagenævn m.v.), som var i offentlig høring fra den 1. juli til den 21. august 2025, indeholdt konkrete uklarheder og uhensigtsmæssigheder. Derfor har regeringen valgt at ændre og præcisere lovforslaget på en række punkter.

Ændringerne i lovforslaget skal ses i tæt sammenhæng med, at regeringen og Praktiserende Lægers Organisation (fremadrettet benævnt PLO) den 21. september 2025 blev enige om en fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud og opbakning til intentionerne og ambitionerne i reformen af almen praksis, som er en afgørende del af Aftale om Sundhedsreform 2024. I nærværende høringsnotat vil der løbende blive henvist til ændringer, der er foretaget som følge af regeringen og PLOs fælles forståelse af reform af de almenmedicinske tilbud.

4.1 National opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud

Der er generel opbakning til ambitionerne og intentionen i Aftale om Sundhedsreform 2024 med den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion fra **Alzheimerforeningen, Astma-Allergi Danmark, Dansk Erhverv, Danske Patienter, Danske Regioner, KL, Kræftens Bekæmpelse, PLO, Ældre Sagen** m.fl. Disse bakker op om, at der etableres en samlet ramme for, hvilke opgaver det almenmedicinske tilbud skal rumme, og som kan bidrage til at styrke kvaliteten og ensartetheden i det almenmedicinske tilbud.

I de følgende afsnit gennemgås konkrete høringssvar til lovforslaget del om den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion.

4.1.1. Inddragelse af faglige aktører i fastsættelsen og løbende opdateringer af den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion

Astma-Allergi Danmark bemærker, at de finder det ønskeligt, at Sundhedsstyrelsen samarbejder med de lægefaglige selskaber om udarbejdelse af den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion og med fokus på patienternes behov. Det er afgørende, at kravene til de praktiserende læger er opdaterede og følger patienternes udfordringer, ligesom lægernes kompetencer følger opgaverne.

Danske Patienter og Kræftens Bekæmpelse bemærker, at lovforslaget kun stiller krav om inddragelse af relevante aktører i forbindelse med den første fastlæggelse af opgavebeskrivelsen og basisfunktionen. Der bør også ved fremtidige opdateringer være en formaliseret proces for dialog og inddragelse af relevante faglige aktører og patientrepræsentanter. Det vil styrke kvaliteten af opdateringerne og sikre, at ændringer gennemføres med et bredt fagligt og patientorienteret afsæt.

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) bemærker, at en national opgavebeskrivelse kræver viden fra dagligdagen i almen praksis. Det er derfor afgørende, at den almenmedicinske faglighed inddrages løbende i opgavebeskrivelsen, både nu og i fremtiden, og det bør skrives klart ind i loven.

DSAM anfører desuden, at lovforslaget indfører en mulighed for at tilføje nye opgaver til almen praksis, uden at der er garanti for, at der er kapacitet og læger nok og uden inddragelse af de praktiserende læger. Lægerne har ikke mulighed for at klage, hvis der tilføjes arbejde, der giver et større ressourcetræk end forventet.

DSAM foreslår, at ændringer i basisfunktionen, uanset om de anses for væsentlige eller ej, skal forelægges et nyt råd, Det rådgivende specialeudvalg, ledsaget af dokumentation for forventet tidsforbrug og udgifter. Dertil at det i forarbejderne til loven præciseres, at nye kliniske funktioner med

behov for nyt udstyr, procedurer eller væsentlig faglig omstilling anses som en væsentlig ændring. Derudover at der indføres årlig vurdering af, om der er balance mellem opgaver og krav, kompetencer og kapacitet, og at denne vurdering forelægges Det rådgivende udvalg for specialeplanlægning af almen praksis.

Kræftens Bekæmpelse bemærker, at det er vigtigt, at den nationale opgavebeskrivelse ikke alene bliver et styringsværktøj til øget regulering, men også anvendes som afsæt for faglig og organisatorisk kvalitetsudvikling. Udviklingen bør ske i tæt dialog med relevante repræsentanter for de alment praktiserende læger for at sikre ejerskab og faglig relevans i den kliniske hverdag.

Lægevidenskabelige Selskaber (LVS) anfører, at der i forhold til beslutninger om og prioritering af hvilke opgaver, der bedst løses i almen praksis og må betegnes kerneopgaver ("basisfunktion for de almenmedicinske tilbud"), må lovsikres en betydelig indflydelse til det almenmedicinske specialeselskab, samt en vis indflydelse til LVS-repræsentanter fra de mere organ- og sygdomsspecifikke specialer, som afslutter patienter til opfølgning i almen praksis.

PLO bemærker, at de med henblik på at sikre en betryggende adskillelse af politiske hensyn og faglige overvejelser anbefaler, at det udtrykkeligt fremgår af selve lovteksten, at den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion skal udarbejdes af Sundhedsstyrelsen efter inddragelse af de relevante organisationer og eksperter, herunder PLO, DSAM og forskningsenhederne, og at ministerens opgave bliver at godkende det af Sundhedsstyrelsen udarbejdede forslag.

PLO anbefaler endvidere, at det udtrykkeligt fremgår af lovforslaget, at der i forbindelse med en ændring af basisfunktionen skal laves en analyse af kapacitet og faglighed i almen praksis og en beregning af den samfundsøkonomiske betydning. Derudover bør patienternes perspektiv inddrages. Formålet er at sikre mod vilkårlige ændringer, der hverken tjener patienter eller samfundet og/eller går ud over rammerne for faglighed og kapacitet i almen praksis. Samtidig er det nødvendigt, at basisfunktionen tager højde for, hvad der realistisk kan stilles af faglige krav til almen praksis.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker til Astma-Allergi Danmark, Danske Patienter, Kræftens Bekæmpelse, LVS, DSAM, PLO m.fl. bemærkninger, at ministeriet har ændret i lovteksten, så det nu fremgår, at Sundhedsstyrelsen får kompetence til at fastlægge krav og opgaver m.v. i den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion, efter inddragelse af relevante faglige aktører i et rådgivende udvalg. Sundhedsstyrelsen vil i forlængelse heraf få kompetence til fastsætte nærmere regler om den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion for de almenmedicinske tilbud samt regler for udarbejdelse og inddragelse.

Ministeriet har samtidig beskrevet nærmere i lovbemærkningerne, at Sundhedsstyrelsens fastlæggelse og fremadrettede tilpasninger og opdateringer af den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion vil skulle ske med inddragelse af relevante faglige aktører for de almenmedicinske tilbud, heriblandt PLO, lægefaglige selskaber såsom DSAM, regioner, kommuner og patientforeninger m.fl. i et rådgivende udvalg aht. at sikre et tydeligt fagligt islæt på udarbejdelsen af den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion og tæt inddragelse af faglige institutioner. I inddragelsen vil det rådgivende udvalg bl.a. skulle rådgive Sundhedsstyrelsen om indhold i og omfang af krav og opgaver, udviklingsområder og samarbejdsflader for de almenmedicinske tilbud samt bidrage til at kvalificere det faglige grundlag for den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker til PLO og DSAMs bemærkning om tilførsel af nye opgaver og vurdering af balance mellem opgaver og krav, kompetencer og kapacitet, at det i overensstemmelse med 'Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud' af 21. september 2025 mellem regeringen og PLO er præciseret i lovbemærkningerne, at fremadrettede tilpasninger og opdateringer af den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion vil skulle ske i tæt sammenhæng med udviklingen i kapacitet, ressourcer og kompetencer i tilbuddet, så der sikres en styret omstilling af opgaverne og en reel prioritering af opgaverne i tilbuddet, også ud fra et hensyn til at sikre prioritering, kvalitet og fokusering i opgavevaretagelsen i tilbuddet.

Derudover vil der fortsat skulle indgås aftale om de økonomiske vilkår m.v., vedrørende krav og opgaver i opgavebeskrivelsen og basisfunktionen for de alment praktiserende læger. Ændrede opgaver og justeringer eller øvrige krav vil som udgangspunkt ikke forudsætte en genforhandling af de økonomiske vilkår, medmindre der er tale om væsentlige forhold. Det vil være det faglige råd for forskning, efteruddannelse og kvalitet, som vurderer, om der er tale om væsentlige justeringer, der vil skulle medføre genforhandling af de økonomiske vilkår. Ministeriet henviser i den forbindelse til afsnit 4.2. i dette høringsnotat vedrørende aftale om vilkår for alment praktiserende læger.

4.1.2. National opgavebeskrivelse og basisfunktionen for de almenmedicinske tilbud

Danske Regioner bemærker, at der skal indtænkes en model, hvor lægerne samlet set medvirker til at sikre, at funktionerne i opgavebeskrivelsen varetages, men hvor det samtidigt sker med respekt for, at den enkelte klinik ikke har ressourcerne til at løfte opgaverne alene, ligesom der er hensyn over for f.eks. sololæger, der har en mere begrænset mulighed for at tilrettelægge arbejdstiden fleksibelt. Derudover bemærker Danske Regioner, at såfremt en funktion forventes at være en del af tilbuddet for samtlige klinikker under de almenmedicinske tilbud, så skal det tydeligt indgå i basisfunktionen.

PLO anbefaler, at lovforslaget ændres, så det klart fremgår af bemærkningerne, at basisfunktionen definerer rammer og minimumsforventninger – men ikke fratager den enkelte læge retten til at prioritere og planlægge ud fra konkrete og lokale forhold, herunder navnlig hensynet til patienterne. Det er afgørende, at basisfunktionen beskrives så præcist, at den enkelte praktiserende læge har klarhed over, hvad der forventes; ikke mindst fordi regionen kan sanktionere den enkelte læge for manglende opfyldelse af basisfunktionen.

I forhold til Danske Regionernes bemærkning om lægernes samlede medvirken til, at funktionerne i opgavebeskrivelsen varetages, kan ministeriet henvise til, at ministeriet i overensstemmelse med 'Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud' af 21. september 2025 mellem regeringen og PLO desuden har præciseret i lovbemærkningerne, at de alment praktiserende læger forpligter sig kollektivt til varetagelsen af disse opgaver og funktioner, og i takt med at kapaciteten øges frem mod mindst 5.000 læger i de almenmedicinske tilbud i 2035, vil de praktiserende læger også få styrkede forudsætninger for at løfte denne forpligtelse. Et kollektivt bidrag fra de praktiserende læger vil også reducere antallet af aktører, som patienten møder i sine forløb.

I forhold til Danske Regionernes bemærkning om respekt for den enkelte læge og heriblandt hensyn til f.eks. sololæger har ministeriet i overensstemmelse med 'Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud' af 21. september 2025 mellem regeringen og PLO præciseret i lovbemærkningerne, at mindre klinikker, særligt enkeltlægepraksis, i helt særlige tilfælde – og efter en konkret vurdering – vil kunne undtages enkelte krav i basisfunktionen. Sundhedsstyrelsen definerer de helt særlige undtagelser som led i deres arbejde med basisfunktionen. Derudover fremgår det også af lovbemærkningerne, at regionsrådet som led i efterlevelsen af opgavebeskrivelsen skal understøtte og udvikle de almenmedicinske tilbud fagligt i fortsat tæt dialog og inddragelse med klinikkerne, som også kan have til formål at understøtte klinikkernes opgavevaretagelse.

Ministeriet kan til Danske Regionernes og PLO's bemærkning vedrørende hensynet til den enkelte praktiserende læge henvise til, at ministeriet i overensstemmelse med 'Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud' af 21. september 2025 mellem regeringen og PLO desuden har præciseret i lovbemærkningerne, at i takt med at kapaciteten i det almenmedicinske tilbud øges frem mod 2035 vil kravene til bl.a. basal tilgængelighed og åbningstid i de almenmedicinske tilbud skulle øges. Ved justeringer af kravene vil der skulle sikres balance og tages højde for leverandørsammensætningen i de almenmedicinske tilbud og vilkår i klinikkerne, herunder bl.a. til arbejdstiden i enkeltlægepraksis samtidig med, at der i fastlæggelsen tages hensyn til den samlede planlægning af sundhedsvæsenet og de almenmedicinske tilbuds funktion og opgaver heri.

Derudover kan Indenrigs- og Sundhedsministeriet henvise til, at det er tydeliggjort i lovbemærkningerne, at hovedparten af klinikkerne i de almenmedicinske tilbud fungerer som selvstændige enheder, der enten virker efter udbud og kontrakt med regionsrådet eller ved aftale for de alment praktiserende læger og

dermed er selvstændigt erhvervsdrivende. Klinikejer vil således være ansvarlig for at tilrettelægge, organisere og lede klinikken, så den lever op til de opgaver og krav, som er fastlagt i basisfunktionen. Klinikkerne vil skulle indgå og understøtte et effektivt samarbejde med regionsrådet. Regionsrådets ledelse af samarbejdet og den faglige udvikling i de almenmedicinske tilbud vil således skulle ske i fortsat tæt dialog, samarbejde og inddragelse af klinikkerne, bl.a. i regi af de kommende sundhedsråd.

Ministeriet understreger desuden, at den konkrete sundhedsfaglige behandling af den enkelte patient fortsat beror på et lægefagligt skøn i det konkrete tilfælde, og skal ske under iagttagelse af bestemmelserne om »omhu og samvittighedsfuldhed«, jf. § 17 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

4.1.3. Åbningstider i basisfunktionen for de almenmedicinske tilbud

Danske Patienter noterer sig, at det fremgår af lovteksten, at tilgængelighed og åbningstider skal tilpasses kapaciteten i klinikkerne og leverandørsammensætningen i de almenmedicinske tilbud. De forventer ikke, at udvidet åbningstid bliver et krav til alle klinikker, og anfører at det er en fornuftig tilgang, som giver fleksibilitet i opgaveløsningen og gør det muligt også for f.eks. soloklinikker at leve op til basisfunktionen.

Danske Regioner bemærker, at det er vigtigt, at basisfunktionen forholder sig til den basale tilgængelighed i de almenmedicinske tilbud. Basisfunktionen skal på nuværende tidspunkt ikke ændre væsentligt på åbningstiderne i forhold til det, der er aftalt i overenskomsten mellem RLTN og PLO. Men i takt med at der kommer flere praktiserende læger, vil det være naturligt at revidere basisfunktionen, så at kapacitetsudvidelsen og nye digitale løsninger medfører bedre tilgængelighed i almen praksis.

Forum for Yngre Almenmedicinere (FYAM) anfører, at hvis klinikkerne skal have åbningstider udover, hvad man kan forvente af en enkelt læges ugentlige arbejdstid, vil patienterne møde flere forskellige læger, hvilket svækker kontinuiteten. For at øge tilgængeligheden forsvarligt skal flere praktiserende læger rekrutteres, åbningstider skal tilpasses den enkelte kliniks samlede ressourcer, og støttefunktioner som blodprøvetagning og specialistkonferencer skal være tilgængelige i ydertimerne. FYAM foreslår derfor, at åbningstider fortsat skal være en del af aftalen mellem PLO og RLTN, som kan forhandle denne, når kapaciteten er til stede. Øgede åbningstider i den primære sektor kan isoleret set have en uhensigtsmæssig effekt på det overordnede sundhedsvæsen.

Lægeforeningen anfører at udvidet åbningstid i almen praksis kun giver mening, hvis almen praksis også understøttes af mulighed for sygehusydelse i udvidet åbningstid.

PLO bemærker, at der er betydelig forskel på, om myndighederne kan fastsætte den basale tilgængelighed, svarende til den aktuelt aftalte i overenskomst om almen praksis, eller om myndighederne frit kan fastsætte tilgængeligheden. Den hjemmel, ministeren får i medfør af bestemmelsen, kan således rent juridisk anvendes til at stille krav om, at almen praksis skal holde åbent alle ugens dage, døgnet rundt, hele året – også i weekender og på helligdage. PLO gør opmærksom på, at tilgængelighed for solopraktiserende læger er lig med arbejdstiden.

PLO anbefaler, at det udtrykkeligt fremgår af lovgivningen, at ministeren alene i kraft af basisfunktionen kan fastsætte regler om den basale åbningstid, og at denne basale åbningstid ikke kan gå ud over, hvad der allerede er aftalt i den gældende overenskomst. Alle krav om øget åbningstid derudover må forhandles med de praktiserende læger som led i den nationale aftale således, at den reelle arbejdstid for den enkelte praktiserende læge fortsat er en del af aftalen mellem parterne. PLO bemærker desuden, at det i henhold til den nuværende overenskomst står alle praktiserende læger frit for at holde mere åbent, end der fremgår af overenskomsten. For så vidt angår klinikker drevet efter overenskomsten, beror det på, at regionerne ikke har været villige til at dække de omkostninger, en øget åbningstid vil medføre for klinikkerne, og øge den økonomiske ramme tilsvarende.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig bemærkningerne fra Danske Patienter, Danske Regioner, FYAM, Lægeforeningen og PLO og henviser til, at det er præciseret i lovbemærkningerne i

overensstemmelse med 'Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud' af 21. september 2025 mellem regeringen og PLO, at basisfunktionen blandt andet vil omfatte krav til basal tilgængelighed for borgere, kommuner og andre aktører i de almenmedicinske tilbud, herunder åbningstider samt fysiske adgangsforhold m.v. Kravene til basal tilgængelighed og åbningstid vil i den første version, som skal træde i kraft 1. januar 2027, afspejle nugældende krav til de alment praktiserende læger.

Dertil har ministeriet i overensstemmelse med 'Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud' af 21. september 2025 mellem regeringen og PLO præciseret i lovbemærkningerne, at i takt med at kapaciteten i de almenmedicinske tilbud øges frem mod 2035, vil kravene til tilgængelighed, herunder basal tilgængelighed og åbningstid i basisfunktionen, i de almenmedicinske tilbud, skulle øges. Ved justeringer af kravene vil der skulle sikres balance mellem krav og kapacitet ved at tage højde for kapaciteten, leverandørsammensætningen i de almenmedicinske tilbud og generelle vilkår i klinikkerne. Samtidig skal der i fastlæggelsen tages hensyn til den samlede planlægning af sundhedsvæsenet og de almenmedicinske tilbuds funktion og opgaver heri. Ved væsentligt ændrede krav til basal tilgængelighed vil de økonomiske vilkår skulle genforhandles for de alment praktiserende læger.

Ministeriet skal derudover henvise til, at regionerne med lovforslaget forpligtes til at understøtte de almenmedicinske tilbuds adgang til diagnostiske undersøgelser og til specialistrådgivning om komplekse patientforløb hos f.eks. praktiserende speciallæger og på sygehuse mv. Derudover skal ministeriet henvise til 'Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud' af 21. september 2025 mellem regeringen og PLO, hvor det fremgår, at øgede krav til tilgængelighed vil skulle følges af, at regionerne tilsvarende forpligtes til at sikre, at bl.a. de funktioner på sygehuse, som f.eks. laboratorier, der understøtter de almenmedicinske tilbud i åbningstiden, ligeledes skal være tilgængelige. Alle almenmedicinske tilbud er frit stillet i forhold til at tilbyde bedre tilgængelighed til klinikkens ydelser til borgere og sundhedsfaglige aktører, end det fremgår af basisfunktionen.

Endelig henviser ministeriet til, at krav om længere og mere fleksible åbningstider og tilgængelighed ud over basisfunktionen, jf. Aftale om Sundhedsreform, indgår i den nationale opgavebeskrivelse rettet mod regionsrådene, og vil således ikke være en del af basisfunktionen og dermed ikke gælde for alle klinikker.

4.1.4. Øvrige konkrete indholdselementer i den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion

Alzheimerforeningen anfører, at er det helt afgørende, at den nationale opgavebeskrivelse forpligter regionsrådene till at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer. Når almen praksis skal spille en central rolle i et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen, kræver det, at der stilles klare krav til, hvordan det tværsektorielle samarbejde skal fungere i praksis. Særligt for mennesker med demens er dette afgørende, da en demenssygdom vil medføre manglende evne till at koordinere, skabe overblik og varetage egenomsorg.

Astma-Allergi Danmark bemærker, at de har stor opmærksomhed på, at de kroniske sygdomme, som ikke er omfattet af kronikerpakkerne, bliver varetaget med fokus på tovholderfunktion og sammenhængende forløb. De anfører desuden, at de har stor opmærksomhed på, at det sikres, at alle 'typer' af lægeklinikker kan formå at skabe kontinuerlige forløb for deres patienter.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab og **Psykiatrifonden** anfører, at ligesom lovforslaget fremover vil lade Sundhedsstyrelsen udarbejde opgavebeskrivelser for det almenmedicinske område, så bør samme gøre sig gældende for det tværsektorielle samarbejde for hhv. børne- og ungdomspsykiatriske patienter samt psykiatriske patienter.

Dansk Selskab for Klinisk Onkologi støtter forslaget om en national opgavebeskrivelse og basisfunktion, der kan sikre ensartethed og kvalitet i det almenmedicinske tilbud. De anfører dog, at opgavebeskrivelsen skal tage højde for de specifikke behov, som kræftpatienter har, og at lovforslaget bør understøtte regional ensartethed i behandling og opfølgning af kræftpatienter og fremme et optimalt samarbejde mellem primær og sekundær sektor.

Danske Patienter bakker op om, at basisfunktionen stiller eksplicitte krav til, at alle klinikker i det almenmedicinske tilbud skal indgå i gensidige samarbejder med relevante aktører, herunder kommuner, sygehuse, akutberedskab og øvrige praksissektorer. Samarbejdet skal gå begge veje, hvor aktørerne skal understøtte hinanden med relevant specialiseret viden og rådgivning.

Danske Patienter bemærker desuden, at digitale løsninger som f.eks. digitale forløbsplaner kan være et vigtigt redskab til at sikre bedre koordinering og overblik for både patienter og sundhedsprofessionelle. De anbefaler, at opgavebeskrivelsen stiller krav om, at sådanne løsninger anvendes systematisk og integreres i samarbejdet på tværs af sektorer. Det vil understøtte deling af sundhedsoplysninger og bidrage til sammenhæng i behandlingsforløbene

Danske Patienter og Kommunernes Landsforening (KL) anfører, at der er helt afgørende, at den nationale opgavebeskrivelse forpligter regionsrådene til at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer. Når almen praksis skal spille en central rolle, kræver det, at der stilles klare krav til, hvordan det tværsektorielle samarbejde skal fungere i praksis.

Danske Regioner konstaterer, at praktiserende lægers forpligtigelse til deltagelse i den akutte lægebetjening udover dagtid ikke fremgår af lovforslaget. Danske Regioner er enig i, at det skal være op til regionen at træffe beslutning om, hvordan lægevagtstilbuddet skal organiseres, men finder ligeledes, at forpligtelsen til at deltage i lægevagtsordningen for almenmedicinske speciallæger bør fremgå af Sundhedsstyrelsens beskrivelse af basisopgaven for det almenmedicinske tilbud.

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) foreslår, at basisfunktionen også tydeligt afspejler almen praksis' kerneværdier – herunder kontinuitet i læge-patient-relationen, lokal forankring af praksis, helhedsorienteret behandlingsansvar, visitation og gate-keeping.

Dansk Sygeplejeråd anfører, at den nationale opgavebeskrivelse også bør indeholde en formulering om, at den enkelte praktiserende læge er forpligtet til at sikre de rette og nødvendige kompetencer hos praksispersonalet.

Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse Nord bemærker, at det ved etableringen af en national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, skal sikres en tæt sammenhæng til målbeskrivelsen for speciallægeuddannelsen i almen medicin.

Kommunernes Landsforening (KL) bemærker, at fasttilknyttede læger på plejehjem bør nævnes i tillæg til botilbud og sundheds- og omsorgspladser. De tilbageværende kommunale midlertidige pladser efter ældre- og serviceov nævnes heller ikke. Der bør sikres mulighed for fasttilknyttet lægehjælp på disse pladser. KL bemærker desuden, at den alment praktiserende læges bidrag til udbredelsen af dosispakket medicin derudover bør indgå som en del af basisfunktionen.

KL opfordrer til, at der i lovgivningen indskrives forpligtelser for det almenmedicinske tilbud om dialog med relevante parter, herunder kommuner. På grund af den væsentlige samarbejdsflade mellem kommuner og det almenmedicinske tilbud, finder KL det hensigtsmæssigt, at KLU'erne eller lignende fora videreføres i den nye struktur. Forpligtelsen til at repræsentanter fra det almenmedicinske tilbud indgår i KLU'er kan med fordel indgå i opgavebeskrivelsen.

Kræftens Bekæmpelse bakker op om, at der stilles krav om fasttilknyttede læger på botilbud, sundheds- og omsorgspladser, og at tilgængeligheden udbygges særligt for udsatte grupper, da det vil bidrage til mere lighed i sundhed og styrke indsatsen for patienter med særlige behov. Kræftens Bekæmpelse bemærker endvidere, at almen praksis har en central rolle i at sikre rettidig opsporing og diagnostik og ønsker præciseret, at styrket understøttelse af almen praksis' adgang til diagnostiske undersøgelser og specialistrådgivning er afgørende for rettidig opsporing og videre udredning af alvorlig sygdom – herunder kræft, hvor tidlig opsporing har væsentlig betydning for prognose og behandlingsmuligheder.

Lægevidenskabelige Selskaber (LVS) anfører, at krav til "tilgængelighed ud over tilgængelighed i basisfunktionen i f.eks. ydertidspunkter samt fasttilknyttede læger på blandt andet botilbud, sundheds- og omsorgspladser m.v., krav til tværsektorielt samarbejde samt krav om regionsrådets opfølgning på overholdelse af krav i opgavebeskrivelsen og basisfunktionen m.v." må betragtes som aftalestof med private aktører.

Til Astma-Allergi Danmark, Alzheimerforeningen, Danske Patienter og KL's bemærkninger om regionsrådets forpligtelse til at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer og forpligtelser om dialog med relevante parter, herunder kommuner, henviser Indenrigs- og Sundhedsministeriet til lovbemærkningerne, hvor det fremgår, at den nationale opgavebeskrivelse f.eks. vil indeholde krav til regionsrådets forpligtelser i det tværsektorielle arbejde og til at understøtte rammerne for klinikkernes opgavevaretagelse. Regionsrådet forpligtes med lovforslaget til at understøtte de almenmedicinske tilbuds adgang til diagnostiske undersøgelser og til specialistrådgivning om komplekse patientforløb hos f.eks. praktiserende speciallæger og på sygehuse m.v.

Til Astma-Allergi Danmarks bemærkning om kontinuerlige forløb i alle kliniktyper og Danske Patienters bemærkning om, at alle klinikker i det almenmedicinske tilbud skal indgå i gensidige samarbejder med relevante aktører henviser Indenrigs- og Sundhedsministeriet til den foreslåede ordning i lovforslaget, hvor det fremgår, at formålet med den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion bl.a. er at etablere et grundlag for en mere ensartet opgaveløsning og kvalitet på tværs af almenmedicinske tilbud, bedre samarbejde og sammenhæng i tværsektorielle patientforløb, differentierede indsatser for borgere med størst behov.

Det fremgår af lovbemærkningerne til lovforslaget, at basisfunktionen også vil indeholde krav til samarbejde på tværs af aktører og sektorer og krav og til at indgå i og samarbejde med regionen om opgavevaretagelsen i det almenmedicinske tilbud i henhold til de rammer, som regionsrådet vil skulle fastlægge. Det fremgår desuden, at forpligtelsen til at efterleve basisfunktion således vil gælde for alle uanset leverandørform. Regionsrådet får desuden med styrkede kompetencer til at følge op på bl.a. klinikkernes efterlevelse af basisfunktion og krav heri til opgavevaretagelsen.

I forhold til Astma-Allergi Danmarks bemærkninger om kronikerforløb uden for kronikerpakkerne henviser Indenrigs- og Sundhedsministeriet til, at det af Aftale om Sundhedsreform 2024 fremgår, at indsatsen på kronikerområdet skal styrkes bredt set for at understøtte, at det stigende antal borgere med kroniske sygdomme kan leve et godt og langt liv med deres sygdom, og at sundhedsvæsenet kan imødekomme det stigende behandlingsbehov hos mennesker med kronisk sygdom. Ministeriet henviser til Sundhedsstyrelsens faglige arbejde med at fastlægge den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion, hvor krav og opgaver i de almenmedicinske tilbud til bl.a. indsatser for patienter med kroniske sygdomme også vil indgå.

Hvad angår Astma-Allergi Danmark og Kræftens Bekæmpelses bemærkninger om fasttilknyttede læger på botilbud, sundheds- og omsorgspladser, og at tilgængeligheden udbygges særligt for udsatte gruppe henviser ministeriet til Aftale om Sundhedsreform 2024, hvor det fremgår, at de almenmedicinske tilbud fra 2027, som en del af basiskravene, skal varetage en særlig tovholderfunktion for de mest sårbare borgere. Det skal gøre en forskel for patienter, der enten generelt eller i en periode har behov for særlig hjælp og støtte.

Derudover henviser ministeriet til, at regionsrådet fra 2027 gennem lovgivning forpligtes til at sikre fasttilknyttet lægehjælp på plejehjem, sundheds- og omsorgspladser og botilbud, så der er lægehjælp at hente, hvor borgerens egen læge ikke alene kan dække behovet. Regionsrådet forpligtes med lovforslaget til at efterleve dette via den nationale opgavebeskrivelse. Ministeriet henviser desuden til Sundhedsstyrelsens faglige arbejde med at fastlægge den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion, hvor krav og opgaver til regionsrådet ift. bl.a. fasttilknyttede læger på botilbud, sundheds- og omsorgspladser og tilgængelighed for særligt sårbare patienter også vil indgå.

Til DSAM's bemærkning om kerneværdier henviser ministeriet til Sundhedsstyrelsens faglige arbejde med at fastlægge den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion, hvor krav til bl.a. disse roller i de almenmedicinske tilbud vil indgå.

I forhold til bemærkningerne fra Børne - og Ungdomspsykiatrisk Selskab og Psykiatrifonden noterer Indenrigs- og Sundhedsministeriet sig bemærkninger, og henviser til at forslagene ligger uden for rammerne af nærværende lovforslag.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets noterer sig Danske Patienters bemærkning om digitale løsninger og forløbsplaner og henviser til lovforslagets bemærkninger, hvor det fremgår, at basisfunktionen også vil indeholde krav til klinikkens arbejde med kvalitetssikring og -udvikling af data og deltagelse i f.eks. kvalitetsarbejde. Derudover fremgår det af den foreslåede ordning, at der i kommende reguleringer med forventet ikrafttrædelse fra 1. januar 2027 forventes at blive foreslået regler, der skal sikre regionerne den adgang til data, som forudsættes nødvendig for at løfte og understøtte en udvidet opgave, herunder den faglige og ledelsesmæssige opgave for det almenmedicinske tilbud i regionsrådene, der foreslås i dette lovforslag.

I relation til Danske Regioners bemærkning om lægers forpligtigelse til deltagelse i den akutte lægebetjening udover dagtid henviser ministeriet til 'Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud' af 21. september 2025 mellem regeringen og PLO. Her fremgår det, at der i den nationale opgavebeskrivelse vil blive stillet krav til regionernes forpligtelse til at sikre ydelser og opgaver i de almenmedicinske tilbud, som ligger ud over basisfunktionen, og som dermed ikke vil være krav til alle klinikker. Det kan f.eks. omhandle den akutte lægebetjening udover dagtid. De alment praktiserende læger forpligter sig med den fælles forståelse kollektivt til varetagelsen af disse opgaver og funktioner, og i takt med at kapaciteten øges frem mod mindst 5.000 læger i de almenmedicinske tilbud i 2035, vil de praktiserende læger også få styrkede forudsætninger for at løfte denne forpligtelse. Derudover henviser ministeriet til, at krav og opgaver i den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion er under fastlæggelse i Sundhedsstyrelsen med tæt inddragelse af relevante faglige aktører i en nedsat følgegruppe.

Ministeriet henviser også til, at regionerne med lov nr. 718 af den 20. juni 2025 vedr. bl.a. flere og nye klinikformer, som trådte i kraft 1. juli 2025, har mulighed for selv at etablere almenmedicinske tilbud og varetage opgaver og funktioner i de almenmedicinske tilbud. Denne mulighed kan således også benyttes i forhold til at varetage opgaver og funktioner i opgavebeskrivelsen, som ikke er krav til alle klinikker.

Derudover kan ministeriet henvise til Sundhedsstyrelsens faglige arbejde med at fastlægge den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion, hvor krav og opgaver til bl.a. vagtlægeordningen også vil indgå.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet henviser i relation til Dansk Selskab for Klinisk Onkologi til, at det netop er et væsentligt formål med den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion at sikre ensartet, høj kvalitet i opgavebeskrivelsen på tværs af de almenmedicinske tilbud ved at fastlægge krav og opgaver til klinikkerne i basisfunktionen, som skal omfatte alle klinikker også uanset kliniktype. Ministeriet henviser til Sundhedsstyrelsens faglige arbejde med at fastlægge den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion, hvor krav og opgaver i de almenmedicinske tilbud til bl.a. indsatser for kræftpatienter også vil indgå.

I forhold til bemærkningerne fra Dansk Sygeplejeråd henviser ministeriet til Sundhedsstyrelsens faglige arbejde med at fastlægge den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion, hvor krav til bl.a. efteruddannelse af bl.a. klinikpersonale med afsæt i aktuelle og kommende opgaver i almenmedicinske tilbud også vil indgå.

I forhold til KL's bemærkning henviser Indenrigs- og Sundhedsministeriet til, at det er præciseret i lovbemærkningerne, så fasttilknyttede læger på plejehjem nu også eksplicit fremgår. Ministeriet bemærker desuden, at lægedækning for de tilbageværende kommunale midlertidige pladser efter ældre- og serviceloven som udgangspunkt skal varetages af borgerens egen læge. Såfremt borgeren har behov for en sundhedsfaglig indsats, som ikke hensigtsmæssigt kan tilrettelægges under ophold i eget hjem og heller ikke kræver sygehusindlæggelse, så får regionerne ansvaret for at tilbyde midlertidige ophold på

sundheds- og omsorgspladser. Nærmere krav til lægedækning på pladserne fastlægges af Sundhedsstyrelsen i en kommende kvalitetsstandard for sundheds- og omsorgspladserne.

Ministeriet henviser til Sundhedsstyrelsens faglige arbejde med at fastlægge den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion, hvor krav og opgaver i de almenmedicinske tilbud til bl.a. lægernes bidrag til udbredelsen af dosispakket medicin også vil indgå.

I forhold til Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse Nords bemærkning kan ministeriet henvise til, at Sundhedsstyrelsen i den fremadrettede fastsættelse af den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion efter inddragelse af relevante faglige aktører også skal sikre sammenhæng til øvrige styrings- og udviklingsværktøjer for de almenmedicinske tilbud. Her vil det således også være relevant, at styrelsen sikrer sammenhæng mellem målbeskrivelsen for speciallægeuddannelsen i almen medicin, også i relation til beskrivelsen af kompetencer og efteruddannelse i basisfunktionen.

Til Kræftens Bekæmpelses ønske om at få præciseret, at styrket understøttelse af almen praksis' adgang til diagnostiske undersøgelser og specialistrådgivning er afgørende for rettidig opsporing og videre udredning af alvorlig sygdom henviser ministeriet til Sundhedsstyrelsens faglige arbejde med at fastlægge den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion, hvor krav til bl.a. regionernes understøttelse af adgang til diagnostiske undersøgelser og specialistrådgivning vil indgå.

I forhold til LVS' bemærkninger om, hvad der skal indgå i basisfunktionen henviser ministeriet til, at det i Aftale om Sundhedsreform er sigtet med den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktionen, at de almenmedicinske tilbud skal afspejle sundhedsvæsenets aktuelle behov og levere mere ensartet, høj kvalitet. Samtidig med at opgavefordelingen skal fastlægges, hvordan sygehuse og specialister skal understøtte det almenmedicinske tilbud i opgavevaretagelsen. Ministeriet understreger, at PLO og Regionernes Lønnings- og Takst Nævn også fremadrettet vil kunne indgå aftale om en række vilkår for alment praktiserende læger, selvom der med en ny, national opgavebeskrivelse, en national fordelingsmodel for lægekapaciteter og et nyt praksisklagenævn m.v. vil være et smallere aftalegrundlag end i dag. Ministeriet henviser i den forbindelse til afsnit 4.2. i dette høringsnotat vedrørende aftale om vilkår for alment praktiserende læger.

4.1.5. Samarbejde mellem det almenmedicinske tilbud samt regioner og sundhedsråd

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) foreslår, at den almenmedicinske ledelse og faglighed er repræsenteret på sundhedsrådsniveau, når der tages beslutninger, der involverer almen praksis.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at lovforslaget skal ses i sammenhæng med lov nr. 719 af 20. juni 2025 om ændring af regionsloven og forskellige andre love. Med en ny organisering af det regionale sundhedsvæsen fra 1. januar 2027 vil regionsrådets planlægning af det almenmedicinske tilbud således som udgangspunkt ske i regi af de kommende sundhedsråd på vegne af regionsrådet og den konkrete planlægning forventeligt kunne indgå som en del af de kommende nærsundhedsplaner, som de kommende sundhedsråd skal udarbejde.

Ministeriet bemærker desuden, at regionerne som led i deres betjening af sundhedsrådene har ansvaret for at inddrage sundhedsfaglig ekspertise, relevante aktører m.v., når det er relevant. Det kan eksempelvis ske ved at inddrage praksissektoren heriblandt de almenmedicinske tilbud. Et regionsråd kan vælge at etablere de samarbejdskonstruktioner- og fora m.v., som der lokalt vurderes behov for, men der indføres ikke fra statslig side særskilte krav om det.

Det bemærkes videre, at ministeriet er enig i behovet for tværgående dialog og samarbejde. Et regionsråd kan vælge at etablere de samarbejdskonstruktioner- og fora m.v., som der lokalt vurderes behov for, men at der ikke fra statslig side indføres særskilte krav herom. Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker i den forbindelse, at et væsentligt sigte i Aftale om sundhedsreformen af den 15. november 2024 er at begrænse administrationsbehovet i sundhedsvæsenet, som bl.a. kommer til udtryk ved nedlæggelse af sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og kontaktudvalg.

4.2 Aftale om vilkår for alment praktiserende læger

4.2.1. Indsnævret forhandlingsrum

Dansk Psykolog Forening er helt overordnet set meget forbeholden for, at man vælger at lovgive på et område, hvor der er en lang og stærk tradition for at lave aftalebaserede løsninger, som Dansk Psykolog Forening finder afgørende i indretningen af fremtidens sundhedsvæsen.

Lægeforeningen peger på, at der efterlades et meget smalt rum for forhandling om økonomi og honorar, hvilket Lægeforeningen ikke mener er i overensstemmelse med den politiske aftale om sundhedsreformen.

PLO anfører, at lovforslaget i høj grad underminerer det aftalebaserede system. PLO anbefaler, at der i videst udstrækning bevares et balanceret, tillidsbaseret og forpligtende aftalerum mellem de offentlige og PLO.

Tandlægeforeningen finder det bekymrende, at den foreslåede organisering af det almenmedicinske område ser ud til at følge samme model, som i dag gælder for tandlægeområdet, hvor sundhedspersoner reelt er frataget muligheden for indflydelse på de vilkår, de forventes at udøve deres sundhedsfaglige virke under.

Indenrigs og Sundhedsministeriet noterer sig bekymringerne. Ministeriet henviser til, at det følger af Aftale om sundhedsreform 2024, det nye aftalesystem skal være smidigt og styrbart samtidig med, at et aftalebaseret grundlag, som fastlægger vilkårene for de praktiserende læger bevares. Det er således præciseret i lovbemærkningerne i overensstemmelse med 'Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud' af 21. september 2025 mellem regeringen og PLO, at lovforslaget ikke ændrer på, at der også fremadrettet vil være et aftalebaseret grundlag for de alment praktiserende læger. Også udover de vilkår, der drejer sig om økonomi og honorarer. Der henvises i øvrigt til afsnit 4.2.2. i nærværende høringsnotat, jf. nedenfor.

4.2.2. Specifikke aftaleelementer

Kommunernes Landsforening (KL) peger på, at vilkårene for dosispakket medicin fremgår som et eksempel på noget, parterne kan indgå aftale om via den nye, smallere rammeaftale. KL påpeger, at den alment praktiserende læges bidrag til udbredelsen af dosispakket medicin bør indgå som en del af basisfunktionen.

Tilsvarende peger **Danske Regioner** på, at det er uhensigtsmæssigt, at dosispakket medicin står som et eksempel på noget, der skal aftales udover basisfunktionen, hvis det reelt er ambitionen, at det samlede almenmedicinske tilbud leverer denne ydelse.

Danske Regioner peger endvidere på, at en eventuel mulighed for at kunne frasige sig enkelte patienter bør fremgå af lovgivning.

PLO anbefaler, at det tilføjes i lovbemærkningerne, at nye ændrede opgaver og justeringer i basisfunktionen eller øvrige krav altid indebærer, at parterne har pligt til at forhandle den samlede økonomi, også selv om parterne indarbejder selve ydelsen i den eksisterende honorarstruktur uden at tilføje nye ydelseskoder. I modsat fald vil der som følge af lovforslaget opstå en betydelig tvivl om, hvorvidt det offentlige kan flytte opgaver til almen praksis uden tilsvarende økonomisk kompensation.

PLO anfører desuden, at den nuværende overenskomst om almen praksis indeholder en lang række bestemmelser om fx vikarer, deletilladelse, generationsskifte, tilladelse til ekstra ansat læge uden for normering, ophør i særlige tilfælde, inddragelse af ubesatte kapaciteter, lægemiddelordination m.v. Det er som følge af lovforslaget uafklaret, om disse forhold fortsat skal aftales, eller om de fremadrettet vil blive reguleret i basisfunktion, opgavebeskrivelse eller andetsteds. PLO anbefaler derfor, at det tydeliggøres i lovforslaget, at de områder, som ikke udtrykkeligt trækkes ud af det aftalebaserede system, fortsat kan forhandles og aftales mellem parterne.

Ministeriet kan til KL og Danske Regioners bemærkninger vedr. dosispakket medicin henvise til Sundhedsstyrelsens faglige arbejde med at fastlægge den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion, hvor krav og opgaver i de almenmedicinske tilbud til bl.a. lægernes bidrag til udbredelsen af dosispakket medicin også vil indgå. Ministeriet har derfor tilpasset lovforslagets bemærkninger, således det fremgår, at det vil være muligt at indgå aftale om at videreføre overenskomstens øvrige landsdækkende aftaler, og at det f.eks. kan være aftaler om muligheden for at få sæsonvaccination hos egen læge.

Ministeriet kan til PLO's anbefaling vedrørende forhandling i forbindelse med justeringer i basisfunktionen henvise til, at i overensstemmelse med 'Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud' af 21. september 2025 mellem regeringen og PLO, har ministeriet præciseret i lovbemærkningerne, at ved væsentligt ændrede krav i basisfunktionen til bl.a. basal tilgængelighed vil de økonomiske vilkår for de alment praktiserende læger skulle genforhandles. Det vil være det faglige råd for forskning, efteruddannelse og kvalitet, som vurderer, om der er tale om væsentlige justeringer, der vil skulle medføre genforhandling af de økonomiske vilkår. Ligeledes fremgår det af lovbemærkningerne i overensstemmelse med 'Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud' af 21. september 2025 mellem regeringen og PLO, at det er centralt, at en ny, mindre aftale for de almenmedicinske tilbud er fleksibel således, at ændrede opgaver og justeringer i basisfunktionen eller øvrige krav som udgangspunkt ikke automatisk forudsætter en genforhandling af de økonomiske vilkår, medmindre der er tale om væsentlige forhold.

I forhold til PLO's bemærkninger vedrørende overenskomstens øvrige bestemmelser og Danske Regionens bemærkning om frasigelse af patienter kan ministeriet henvise til, at det af lovbemærkningerne fremgår, at parterne f.eks. også vil kunne indgå aftale om vilkår, om f.eks. praksisdrift, som ikke er omfattet af basisfunktionen, og som ikke nødvendigvis angår de økonomiske vilkår. Det kunne f.eks. være vilkår vedr. praksisformer og selskabskonstruktioner eller vilkår, som fastlægger en proces i tilfælde af, at en klinik med et ydernummer ikke kan overdrages til en ny ejer, som kan drive den videre, og ydernummeret derfor overgår til regionen. Det kunne også omhandle vilkår, som f.eks. fastlægger en proces for, hvornår en læge har ret til at frasige patienter, gøre brug af vikarer eller have fravær i sin klinik. Dertil har ministeriet tilføjet, at det også kunne omhandle vilkår, der fastlægger en procedure for krav til praksisdeklarationer i de almenmedicinske tilbud. Ministeriet bemærker, at parterne i nuværende overenskomst har indgået aftale om overnævnte elementer, og at det med lovforslaget er op til parterne at indgå nye aftaler herom indenfor rammerne af en ny organisering fra den 1. januar 2027.

For så vidt angår PLO's bemærkning vedrørende inddragelsen af ubesatte kapaciteter har ministeriet tilføjet en ny bestemmelse i lovforslaget, der giver regionsrådet adgang til at hjemtage en lægekapacitet i en kompagniskabspraksis, hvis kapaciteten har været ledig og ikke er blevet besat af en speciallæge i almen medicin inden for et år. Bestemmelsen viderefører ved lov allerede eksisterende mulighed, der i dag følger af overenskomst om almen praksis.

4.2.3 Forskning, efteruddannelse og kvalitet

Dansk Psykolog Forening vurderer, at kvalitetsarbejdet og -udviklingen, både for læger og psykologer, bedst forankres i overenskomsten. Det sikrer relevans af kvalitetsparametre og lokalt ejerskab til opgaven gennem aftale om overordnede formål med arbejdet samt fælles finansiering via de fonde, som er etableret på tværs af praksisområderne.

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) rejser kritik af, at man afskaffer samarbejdet om forskning, kvalitet, efteruddannelse og IT samt de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg. Dansk Selskab for Almen Medicin anbefaler bl.a., at der oprettes et Fagligt Udvalg for Almen Praksis, som varetager de opgaver, der hidtil er varetaget af Fonden for Almen Praksis, herunder forskning, kvalitetsudvikling, efteruddannelse og IT.

Danske Regioner er indstillet på at påtage sig ansvaret for kvalitet, efteruddannelse og forskning og bemærker samtidigt, at faglig dialog med relevante parter fortsat vil være afgørende for udviklingen af områderne, hvilket en fremadrettet organisering også bør afspejle.

Danske Regioner bemærker derudover, at der i den nuværende overenskomst mellem PLO og RLTN skelnes mellem efteruddannelse, som det vurderes relevant for alle almene medicinere at deltage i (systematisk efteruddannelse), og selvvalgt efteruddannelse, hvor lægerne derudover kan vælge egne efteruddannelseskurser. Det finder Danske Regioner relevant at videreføre. Der er i den nuværende overenskomst endvidere fastsat vilkår for at deltage i efteruddannelse f.eks. tabt arbejdsfortjeneste, hvilket Danske Regioner med fordel finder, kan høre under den slags vilkår, der bør aftales i den nye, smallere aftalemodel.

Forum for Yngre Almenmedicinere (FYAM) anfører, at de praktiserende lægers faglige institutioner inden for forskning, kvalitetsarbejde og efteruddannelse risikerer at blive svækkede eller forsvinde.

Kræftens Bekæmpelse anfører, at det bør fremgå eksplicit, at repræsentanter for almen medicin skal inddrages i det videre arbejde med dataunderstøttelse, forskning, kvalitetsudvikling og tværsektoriel koordinering med relevans for almen praksis.

Københavns Universitet udtrykker bekymring for, at forskning ikke omtales som en integreret del af den nye organisering, og at det er uklart, hvordan kvalitetsudviklingen konkret skal understøttes.

Lægeforeningen er uforstående over for, at lovforslaget lægger op til, at centrale forhold vedrørende klinikkernes økonomi, honorarer, åbningstider, kvalitetsarbejde, forskning og efteruddannelse tages ud af aftalesystemet og foreslås reguleret offentligt, og at der er efterladt en meget smalt rum for forhandling om økonomi og honorar.

PLO anfører, at det ikke fremgår af lovforslaget, om f.eks. den nuværende overenskomsts bestemmelser om forskning, efteruddannelse, kvalitetsarbejde og IT fortsat skal aftales. PLO anbefaler, at det fremgår af lovgivningen, at bl.a. efteruddannelse, forskningsområdet, kvalitetsklynger og IT er en del af aftalerummet.

Syddansk Universitet anfører, at forskningen og undervisningen fra universiteternes almen medicinske enheder og Fonden for Almen Praksis forsat bør understøttes og videreudvikles. Dertil anbefaler Syddansk Universitet, at uddannelsesfunktioner, forskning og efteruddannelse integreres i den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion.

Ministeriet kan henvise til, at i overensstemmelse med 'Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud' af 21. september 2025 mellem regeringen og PLO, har ministeriet præciseret i lovbemærkningerne, at parterne vil kunne indgå aftale om, at vilkår fra den nuværende overenskomst og som i dag varetages af Fonden for Almen praksis, såsom efteruddannelse, IT, forskning og kvalitet, herunder de nuværende kvalitetsklynger, videreføres som aftaleelementer i et nyt aftalegrundlag og indenfor rammerne af en ny organisering af de almenmedicinske tilbud fra 1. januar 2027.

For at sikre stærk faglig forankring af arbejdet med kvalitet, efteruddannelse og forskning samt sammenhæng mellem Sundhedsstyrelsens arbejde har ministeriet tilføjet i lovbemærkningerne, at der, efter aftale mellem parterne, nedsættes et Fagligt Råd.

Det Faglige Råd vil skulle bestå af 8 medlemmer, hvor 2 repræsentanter udpeges af DSAM, 2 af PLO og 2 af Danske Regioner, og 1 medlem udpeges af Sundhedsstyrelsen, og 1 medlem udpeges af Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsstyrelsens repræsentant vil være formand for det Faglige Råd. I tilfælde af stemmelighed vil formandens stemme være afgørende.

Det Faglige Råd vil bl.a. få til opgave dels at pege på hvilke relevante kliniske retningslinjer, der bør udarbejdes for at hjælpe almen praksis i arbejdet med at leve op til basisfunktionen. Dels at pege på områder, hvor KiAP (Kvalitet i Almen Praksis) bør udarbejde kvalitetspakker til klyngernes arbejde samt hvilke efteruddannelses tilbud, der bør udarbejdes. Kliniske retningslinjer vil være input til både kvalitetsarbejdet og efteruddannelsesindsatser.

Efteruddannelsesindsatser vil skulle ses i tæt sammenhæng med, at Sundhedsstyrelsen med sin kompetence til at fastlægge basisfunktionen vil kunne fastlægge f.eks. minimumskrav til efteruddannelse i basisfunktionen, mens vilkårene derfor vil kunne forhandles mellem parterne.

I overensstemmelse med 'Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud' af 21. september 2025 mellem regeringen og PLO, har ministeriet angivet i lovbemærkningerne, at efter aftale indgået mellem parterne forvaltes midler til efteruddannelse, kvalitet og forskning af en bestyrelse bestående af Danske Regioner og PLO, hvor der er delt formandskab mellem Danske Regioner og PLO. Bestyrelsen vil skulle tilse, at midler afsat til klyngearbejdet, udbetaling af efteruddannelsesmidler m.v. lever op til normer og regler for anvendelsen af offentlige midler. Der vil etableres et særligt opsyn med udbetaling og anvendelsen af midler. Herunder skal bestyrelsen samt Sundhedsrådene kunne få oplyst kursusaktivitet for den systematiske efteruddannelse for den enkelte praktiserende læge og aggregerede oplysninger for den selvvalgte kursusaktivitet.

Bestyrelsen vil kunne afsætte midler til særlige indsatser for kvalitet, efteruddannelse og forskning efter indstilling fra parterne. Bestyrelsen vil også kunne afsætte midler til digitale løsninger efter indstilling fra parterne. Bestyrelsen vil skulle etablere opsyn med, hvordan midlerne anvendes.

4.2.4. Lokale aftaler

Dansk Erhverv finder det positivt, at regionsrådene får udvidede rammer for at indgå lokale aftaler med leverandører, der er villige til at påtage sig opgaverne med at sikre almenmedicinske tilbud til patienter med større og mere komplicerede sygdomsforløb. Dansk Erhverv noterer dog, at lovtæksten efterlader stor tvivl om, hvorvidt regionsklinikker skal leve op til de samme objektive kriterier som private aktører, der ønsker at indgå lokale aftaler med regions- og sundhedsråd, eller om regionsklinikker blot vil kunne oprettes ud fra f.eks. et ideologisk ønske om, at det offentlige skal have en større markedsandel på det almenmedicinske område.

Danske Regioner peger på, at hvis lægevagtsopgaven fremover løses via lokale aftaler med de praktiserende læger, så bør de honoreringsmæssige vilkår aftales i den centrale rammeaftale, ligesom honoreringen og vilkårene for øvrige opgaver som plejehjemslæge, botilbudslæge m.v. bør aftales centralt for de læger, der indgår i de ordninger.

Danske Regioner bemærker endvidere, at salg og udbud af nye ydernumre med fordel kan tænkes sammen med indgåelse af lokale aftaler med køber, og at det således vil være de lokale aftaler og varetagelsen af disse, der kan indgå som en forudsætning for erhvervelse af ydernummer, samt at varetagelsen af disse opgaver vil følge ydernummeret fremover.

Kommunernes Landsforening (KL) opfordrer til, at kommunerne fortsat indgår i bestemmelserne om lokale aftaler. Derudover påpeger KL, at udrulningen af de nuværende ordninger med fasttilknyttet lægehjælp på botilbud og plejehjem er sket efter en samlet ramme på nationalt niveau aftalt via overenskomsten, der bl.a. sikrer ensartethed ift. økonomiske vilkår, men samtidig giver plads til lokal tilpasning. Endvidere peger KL på, at plejehjem bør nævnes i tillæg til botilbud og sundheds- og omsorgspladser i forbindelse med fasttilknyttede læger, som en del af lokale aftaler.

Ældre Sagen er enig i behovet for en tæt tilknytning mellem det almenmedicinske tilbud og f.eks. sundheds- og omsorgspladser, plejehjem mv., men finder det afgørende, at der laves lokale aftaler om, hvilke klinikker der bedst kan dække disse funktioner.

Ministeriet kan til Dansk Erhvervs bemærkning vedrørende behovet for objektive kriterier på tværs af klinikformer henvise til, at alle klinikker på tværs af de almenmedicinske tilbud, dvs. både regionsklinikker, udbudsklinikker og klinikker, der drives af en læge, der virker efter aftale, fra 1. januar 2027 skal efterleve basisfunktionen for det almenmedicinske tilbud, jf. afsnit 4.1 i dette høringsnotat. Derudover skal etableringen af regionsklinikker ske i henhold til øvrig lovgivning, heriblandt konkurrenceretlige regler.

Ministeriet kan til KL og Danske Regioners bemærkninger vedrørende økonomi for lokale aftaler henvise til, at det er lovforslagets bemærkninger fremgår, at parterne vil kunne indgå en national aftale om økonomiske vilkår, der vedrører hele eller dele af opgavebeskrivelsen, som f.eks. honorering til læger på plejehjem, botilbud og sundheds- og omsorgspladser. Det vil betyde, at en specifik klinik, der f.eks. løser

opgaven som plejehjemslæge, vil skulle følge den nationale aftale om honorering for opgaven uanset, hvor i landet klinikken er beliggende.

Ministeriet har i den forbindelse præciseret i lovforslaget, at plejehjem nævnes i tillæg til botilbud og sundheds- og omsorgspladser i forbindelse med fasttilknyttede læger, som en del af lokale aftaler.

Til KL's opfordring til, at kommunerne forsat indgår i bestemmelse om lokale aftaler, kan ministeriet henvise til, at det af lovforslaget ifm. ministeriets overvejelser fremgår, at bestemmelsen vil skulle ses i tæt sammenhæng med en ny organisering af det regionale sundhedsvæsen fra 1. januar 2027, hvor regionsrådets udvikling af det almenmedicinske tilbud som udgangspunkt ville skulle ske i regi af de kommende sundhedsråd på vegne af regionsrådet. De konkrete lokale aftaler vil derfor forventeligt kunne udarbejdes via sundhedsrådene, hvor der også sidder kommunale repræsentanter.

Ministeriet kan til Ældre Sagens bemærkninger vedrørende lokale aftaler om, hvilke klinikker der bedst kan dække disse funktioner, henvise til, at det er regionsrådet, der får kompetence til at indgå lokale aftaler med de almenmedicinske tilbud, og dermed vælge blandt de klinikker, der ønsker at varetage de specifikke opgaver.

Ministeriet noterer sig derudover Danske Regioners ønske om at tænke salg og udbud af ydernumre sammen med indgåelsen af lokale aftaler. Ministeriet henviser til, at forudsætninger for erhvervelse af ydernummer fastlægges ved transparente, objektive og saglige kritiserer i forbindelse med regionsrådets kompetence til at foretage en forhåndsgodkendelse af erhververen af et ydernummer. Der henvises i den forbindelse til afsnit 4.3 i dette høringsnotat.

4.2.5. Differentieret honorarstruktur

Dansk Erhverv bakker op om, at der etableres en ny honorarstruktur, som tager udgangspunkt i behandlingsgrundlaget hos de respektive patientgrupper. Dansk Erhverv opfordrer til, at den nye honorarmodel skabes på baggrund af et solidt datagrundlag i tæt dialog med alle relevante offentlige og private aktører, som har erfaring med de mest behandlingstunge patientgrupper.

Danske Regioner kvitterer positivt for, at der er behov for en ny honorarstruktur for det almen medicinske tilbud som beskrevet i lovforslaget, herunder at honoreringen differentieres i overensstemmelse med den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter, at honorarstrukturen er enkel at håndtere for både region og lægen, samt at honorarstrukturen understøtter en prioriteret og fokuseret opgaveløsning i det almenmedicinske tilbud. Danske Regioners klare ønske er, at der mellem parterne kan opnås enighed om en ny honorarstruktur, således at en aftale er på plads i god tid før den 1. januar 2027.

Danske Patienter kvitterer positivt for, at den nye honorarstruktur skal differentieres med inddragelse af patienternes behandlingsbehov. Danske Patienter undrer sig over, at det ikke fremgår mere tydeligt af lovforslaget, at en ny honorarstruktur også skal understøtte mere sammenhængende patientforløb – både i den enkelte klinik og på tværs af sektorer. Det fremgik af Honorarstrukturrådets anbefalinger, at den nye struktur skulle understøtte et opgør med honorering baseret på enkelttydelser og i stedet fokusere på en model, der fremmer sammenhængende patientforløb.

Det Etiske Råd bemærker, at formålet med en differentieret honorarstruktur er at imødegå ulighed i sundhed. Det Etiske Råd tilslutter sig et sådan forslag om at gøre systematisk brug af f.eks. økonomiske incitamenter til at sikre den lette og lige adgang, men gør samtidig opmærksom på, at parterne bør være meget bevidste om, hvordan en differentieret honorarstruktur vil påvirke den sundhedsfaglige indsats overfor patienterne.

Forum for Yngre Almen Medicinere (FYAM) kvitterer for intentionerne om, at der skal være en forenklet honorarstruktur for de praktiserende læger. FYAM påpeger samtidig, at en nationale fordelingsmodel ikke bør benyttes som grundlag for honorarstrukturen, da modellen oprindeligt ikke var beregnet til at måle sygdomsbyrde på klinikniveau, men til at vurdere lægedækning geografisk.

Kræftens Bekæmpelse er positiv i forhold til, at en ny honorarstruktur for de praktiserende læger bliver mere differentieret med udgangspunkt i patienternes behandlingsbehov. Det bemærkes, at honorarstrukturen ikke kun skal understøtte aktivitet, men også fremme kvalitet og kontinuitet i patientforløb, herunder rollen som tovholder for patienter med komplekse eller langvarige forløb. Honoreringen bør udvikles i tæt samarbejde med de praktiserende læger for at sikre både faglighed og bæredygtighed i det nære sundhedsvæsen.

PLO anerkender behovet for at udvikle en ny honorarstruktur, som er forenklet, og som giver tilstrækkelige incitamenter til at understøtte de overordnede formål med sundhedsreformen. PLO tilslutter sig endvidere, at honorarstrukturen skal understøtte sammenhæng mellem patienttyngde og differentiering, understøtte tværfagligt samarbejde samt være enkel og overskuelig. PLO påpeger, at det er afgørende, at den nye honorarstruktur forhandles mellem parterne, og at der således er et tilstrækkeligt forhandlingsrum. PLO udtrykker bekymring for, at aftalerummet bliver indskrænket, idet man med lovforslaget fastslår, at honoreringen bl.a. skal være differentieret. Hertil finder PLO det problematisk, at det følger af bemærkningerne til lovforslaget, at: "læger med en høj patienttyngde skal kunne have færre patienter uden at miste indtjening, mens læger med en lavere patienttyngde skal have flere patienter for at opretholde den samme indtjening".

PLO vurderer, at lovforslaget kan have en negativ indvirkning på rekrutteringen til almen praksis til særligt områder med en lavere patienttyngde, og at det kan være i strid med konkurrencelovgivningen og regler om statsstøtte at regulere elementer, som skal indgå i en aftale. PLO påpeger yderligere, at forhandlingsrummet begrænses yderligere, idet det beskrives i bemærkningerne, hvilke formål en ny honorarstruktur skal understøtte.

Syddansk Universitet anerkender behovet for en differentieret honorarstruktur, men påpeger, at det er vigtigt, at modellen udformes med transparens og retfærdighed, og at den understøtter både kvalitet og bæredygtighed i klinikkerne. Klinikker med behandlingstunge patienter bør sikres tilstrækkelige ressourcer, og honoreringen bør ikke skabe incitamenter, der underminerer kontinuitet eller faglig udvikling.

Ældre Sagen bemærker, at der i lovforslaget står, at modellen for honorar skal afspejle forskelle i befolkningens behandlingsbehov. Ældre Sagen opfordrer til, at behandlingsbehov skal forstås bredt som sundhedsbehov, der omfatter både udredning, forebyggelse, behandling, opfølgning og koordinering. Hertil bemærker Ældre Sagen, at opgaveflytning og en ny honorarstruktur vil medføre, at nogle klinikker oplever et øget arbejdspress.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at flere aktører i de indsendte høringssvar kvitterer positivt for, at den nye honorarstruktur skal differentieres med udgangspunkt i patienternes behandlingsbehov.

Danske Patienter peger på, at honorarstrukturen bør understøtte mere sammenhængende patientforløb, jf. anbefalingerne fra Honorarstrukturrådet. Den nye honorarstruktur skal ifølge den brede politiske Aftale om sundhedsreform 2024 blandt andet tage udgangspunkt i Honorarstrukturrådets anbefalinger. Det bemærkes, at det også følger af reformaftalen, at de nye regioner får en ny politisk organisering på sundhedsområdet. Formålet er at opbygge stærke sundhedsindsatser tættere på borgerne og sikre bedre sammenhæng på tværs af sygehusene og sundhedsvæsenet tæt på borgerne i både regioner og kommuner. Det er således forventningen, at der med de samlede initiativer som følger af sundhedsreformen, vil ske en udvikling, hvor sundhedsindsatserne så vidt muligt samles i det nære sundhedsvæsen med fokus på sammenhæng til gavn for borgerne. Det bemærkes samtidig, at honorarstrukturen skal aftales mellem RLTN og PLO.

I forhold til bemærkningerne fra Kræftens Bekæmpelse bemærker Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at honorarstrukturen skal aftales i sammenhæng med den nye opgavebeskrivelse og basisfunktion, som Sundhedsstyrelsen skal udvikle. Det følger således af bemærkningerne til lovforslaget om basisfunktionen, at den skal omfatte en faglig beskrivelse af de funktioner, opgaver, kompetencer, for eksempel kontinuitet, generalistkompetence, lokal forankring, tovholderfunktion og basal tilgængelighed og samarbejde, som alle klinikker uanset leverandør-form i udgangspunktet skal leve op til.

I forhold til PLO's betragtning om, at aftalerummet indskrænkes, idet det følger af lovgivningen, at den nye honorarstruktur skal differentieres, bemærkes det, at det er et vigtigt element for gennemførelsen af intentionen med sundhedsreformen, at en nye honorarstruktur skal indeholde en differentiering med udgangspunkt i det behandlingsbehov på klinikniveau, som følger af den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud. Bestemmelsen fastholdes derfor i lovforslaget.

I forhold til PLO's øvrige bemærkninger kan Indenrigs- og Sundhedsministeriet henvise til, at det fremgår af 'Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud' af 21. september 2025 mellem regeringen og PLO, at en ny honorarstruktur for de alment praktiserende læger skal aftales mellem RLTN og PLO, og at den træder i kraft senest den 1. januar 2027. Det følger videre, at den nye honorarstruktur skal understøtte den nationale fordelingsmodel. Herunder ved at sikre det økonomiske grundlag for lavere patienttal og ved at understøtte flere læger i områder, hvor borgernes behandlingsbehov er størst.

Det fremgår ligeledes af forståelsespapiret, at det følger af Aftale om Sundhedsreform 2024, at en ny, differentieret honorarstruktur for alment praktiserende læger bl.a. skal sikre sammenhæng mellem lægernes honorar og borgernes behandlingsbehov, herunder differentierede patienttal. Med henblik på at opnå formålet med implementeringen af sundhedsreformen og en ny honorarstruktur, vil der være en overgangsfase i perioden fra 2027 til 2032, hvor læger, som ikke har mulighed for at opretholde deres nuværende indtægt under den nye honorarstruktur, og som får en utilsigtet indtægtsnedgang, kompenseres med midler afsat med Aftale om sundhedsreform 2024. I takt med at midlerne til overgangsfasen udfases, vil de læger, som kompenseres økonomisk, skulle tage et større samlet ansvar for den enkelte patients forløb for at opretholde deres indtægt. Midlerne udfases, i takt med at opgavetilførslen og den deraf afledte samlede honorering pr. patient stiger, og modsvarer indtægtsnedgangen. Opgaverne tilføres i takt med, at der kommer flere læger i de almenmedicinske tilbud.

4.3 Forhåndsgodkendelse af læger ved erhvervelse af et ydernummer

Danske Regioner bakker op om intentionen med en forhåndsgodkendelse af mulige købere af ydernumre hos regionerne, men peger på at det vil kræve, at regionerne får indblik i praksis fra Praksisklagenævnet m.fl. med henblik på at kunne vurdere, om en erhverver har fået sanktioner, som kan danne grundlag for en afvisning af en forhåndsgodkendelse. Danske Regioner påpeger, at sagsbehandlingsfristen på 10 hverdage er for kort.

Kræftens Bekæmpelse opfordrer til, at det præciseres, hvordan kravet konkret vurderes og følges op, så det ikke alene bliver en administrativ formalitet, men reelt sikrer lægelig tilstedeværelse og klinisk engagement i praksis.

Danske Fysioterapeuter ser med interesse på reglen om, at regionen inden for en frist skal forhåndsgodkende en ejer med henblik på, at myndigheden, inden overtagelsen af en klinik, får mulighed for at kontrollere, at bl.a. forhold om ejerskab lever op til gældende krav. Foreningen ønsker derfor en dialog med RLTN om mulighederne for at indarbejde noget lignende i overenskomsten på fysioterapiområdet.

Forum for Yngre Almen Medicinere (FYAM) foreslår, at forhåndsgodkendelsen af speciallæger helt tages ud af lovforslaget, eller som et minimum at det klarlægges meget tydeligt, hvilke kriterier vurderingen skal bero på, for at genskabe tryghed for muligheden for at købe praksis.

PLO bakker op om intentionen med en forhåndsgodkendelse af mulige købere af ydernumre hos regionerne, og anbefaler, at kriterierne for forhåndsgodkendelse er fast definerede. Hertil at regionerne ikke kan foretage skøn på baggrund af varierede og ikke offentliggjorte kriterier. PLO peger også på, at der i kriterierne om en forhåndsgodkendelse bør tilføjes et krav om, at en ejer af et ydernummer bør deltage i driften af sin klinik eller sine klinikker ved at være fysisk tilstede.

Ministeriet kan henvise til, at i overensstemmelse med 'Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud' af 21. september 2025 mellem regeringen og PLO, har ministeriet justeret lovforslaget og bemærkningerne hertil med henblik på, at det skal være gennemskeligt og transparent for erhverver og sælger samt regionerne, hvilke elementer regionsrådet skal tillægge vægt i forbindelse med godkendelse af en ansøgning om en forhåndsgodkendelse. Det indebærer bl.a., at listen over kriterier, som kan tillægges vægt, er blevet udtømmende. Formålet med en forhåndsgodkendelse er fortsat, at regionsrådet skal foretage en vurdering af, om det kan sandsynliggøres, at lægen, der ønsker at erhverve et ydernummer i regionen, vil efterleve gældende krav og regler.

Til Kræftens Bekæmpelse og PLO's bemærkning vedrørende lægelig tilstedeværelse i klinikkerne kan ministeriet oplyse, at som en del af den udtømmende liste over kriterier, som kan tillægges vægt, fremgår bl.a. beliggenhed af erhververens øvrige almenmedicinske tilbud. Dertil har ministeriet siden høringen tilføjet, at regionsrådet også kan lægge vægt på, om erhververen har øvrig beskæftigelse inden for klinikkens åbningstid.

Idet regionsrådet vil skulle inddrage straffeattest, retspraksis fra domstolene, Praksisklagenævnet, Landssamarbejdsudvalget som følger af Overenskomst om almen praksis og autorisationsregisteret, forlænges regionsrådets frist for at behandle en ansøgning om en forhåndsgodkendelse til 20 hverdage, hvilket ministeriet har justeret i lovteksten.

4.4 Etableringen af almenmedicinske tilbud

4.4.1 Sammensætningen af klinikformer

Dansk Erhverv mener ikke, at loven sidestiller klinikformer objektivt, da regionsklinikker kan etableres uden hensyn til økonomi og kvalitet.

Danske Regioner finder, at almenmedicinske ydelser overvejende skal leveres af praktiserende læger, der driver klinikker som selvstændige virksomhedsejere, men regions- og udbudsklinikker er, og vil fortsat være, et nødvendigt supplement, f.eks. når det ikke er muligt at rekruttere tilstrækkeligt med praktiserende læger, er behov for en platform for udviklingsarbejde, eller hvor der er behov for et specialiseret tilbud, som ikke på en hensigtsmæssig måde kan varetages af en almen praksis.

Forum for Yngre Almenmedicinere (FYAM) foreslår, at speciallæger i almen medicin skal have forkøbs- og tilbagekøbsret til et ydernummer, som drives som regionsklinik. Derudover anfører FYAM, at lovforslaget åbner op for nye klinikformer som regionsklinikker og udbudsklinikker, hvor der er større lægeudskiftning, og læger kan være ansat få timer om ugen.

Ældre Sagen mener, at regions- og udbudsklinikker bør være sidste mulige løsning – og aldrig anvendes, hvis der er mulighed for at etablere klinikker drevet af alment praktiserende læger.

Ministeriet kan ift. Dansk Erhvervs bemærkninger henvise til, at det fremgår af lovens bemærkninger vedrørende regionsrådets mulighed for at etablere egne klinikker, at etableringen heraf skal ske i henhold til øvrig lovgivning, heriblandt konkurrenceretlige regler. Ministeriet bemærker endvidere, at regionsrådet som ansvarlige for at yde vederlagsfri behandling hos alment praktiserende læge afholder udgifterne ved etableringen af et almenmedicinsk tilbud. Økonomi er således også et hensyn, når regionsrådet etablerer egne klinikker.

Det fremgår endvidere af 'Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud' af 21. september 2025 mellem regeringen og PLO, at andre klinikformer kan spille en vigtig, men supplerende rolle – særligt i områder med lægedækningsudfordringer, eller hvor ekstra kapacitet og opgaveløsning er nødvendig. Derudover er der en fælles forståelse om, at de andre klinikformer kan understøtte og aflaste, men ikke erstatte, den brede og stærke struktur af selvstændige lægeklinikker, hvilket ministeriet bemærker er i overensstemmelse med Danske Regioner og Ældre Sagens bemærkninger.

Ministeriet kan, til FYAM's bemærkning vedrørende ønsket omen forkøbs- og tilbagekøbsret til et ydernummer, som drives som regionsklinik, bemærke, at forslaget ligger udenfor rammerne af nærværende lovforslag. Ministeriet henviser desuden til det foregående afsnit vedr. brugen af andre klinikker, jf. ovenstående.

Ministeriet kan til Danske Regioners bemærkning om etableringen af en særlig organisering af visse almenmedicinske ydelser, henvise til, at det af lovbemærkningerne fremgår, at regionsklinikker kan, efter den nye bestemmelse – på lige fod som efter den hidtil gældende bestemmelse, anvendes til at afprøve nye klinikformer, hvor det almenmedicinske tilbud kan tilpasses og målrettes særlige patientgrupper.

4.4.2 Kvalitet i udbudsklinikker

Dansk Erhverv finder det overordnet positivt, at regionsrådene skal lægge vægt på kvalitet i valget af leverandør i forbindelse med udbudsprocesser. Dansk Erhverv bemærker, at det er afgørende, at kvalitetsparametrene bliver databaserede og udarbejdet i samarbejde mellem det offentlige og private, så de afspejler et bredt hensyn og ikke favoriserer bestemte klinikformer.

Danske Regioner finder det positivt, at det fremgår af lovforslaget, at der ved udbud af ydernumre kan lægges vægt på kvalitative kriterier, hvilket også svarer til den typiske praksis i dag.

Kræftens Bekæmpelse ser positivt på, at kvalitet skal vægtes i udbud af almenmedicinske tilbud, så ydernumre ikke blot sælges til højstbydende. Det er dog væsentligt at præcisere, hvordan kvalitet konkret skal vurderes og vægtes i praksis. Modellen bør understøtte ensartet høj kvalitet i tilbuddene på tværs af landet og kontinuitet og sammenhæng i forløbene.

Psykiatrifonden bemærker, at der i det endelige lovforslag bør beskrives, hvordan der skal sikres behandlerkontinuitet i udbudsklinikkerne. Det er særligt afgørende for udsatte borgere, der har gavn af en tæt relation til almen praksis.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet henviser til, at det af lovbemærkninger fremgår, at der ved »kvalitet« forstås f.eks. kontinuitet, bemanning af læger, anvendelse af praksispersonale, samarbejde med øvrige sundhedsvæsen og tilgængelighed m.v.

Ministeriet kan til Kræftens Bekæmpelses bemærkning vedrørende ensartet høj kvalitet i tilbuddene bl.a. på tværs af landet henvise til, at basisfunktionen bl.a. har til formål at understøtte dette på tværs af klinikformer, jf. afsnit 4.1 i dette høringsnotet.

4.4.3. Tilstedeværelse af almenmedicinsk speciallægekompetence

Danske Patienter anfører, at der med lovforslaget stilles krav til, "at det alene er speciallæger i almen medicin, der har adkomst til at erhverve et ydernummer", hvilket er positivt. Danske Patienter hæfter sig dog ved, at der ikke er et enslydende krav om tilstedeværelse af almenmedicinsk speciallægekompetence, når regionsrådet vælger at udbyde driften af en klinik til en privat leverandør eller etablere en regionsklinik. Der bør gælde ens krav til faglige kvalifikationer på tværs af alle typer almenmedicinske tilbud, og uanset om driften varetages via ydernummer, en privat leverandør eller en regionsklinik, bør der være speciallægekompetence i almen medicin til stede. Danske Patienter peger på, at man ellers risikerer at skabe forskelle i kvalitet og faglighed afhængigt af driftsform, hvilket vil undergrave målsætningen om et ensartet, højt kvalificeret almenmedicinsk tilbud.

Forum for Yngre Almenmedicinere (FYAM) rejser bekymring for, at nye klinikformer, herunder regions- og udbudsklinikker uden krav om tutorlæge kvalifikationer og fast tilstedeværelse af speciallæger i almen medicin, vil svække uddannelseskvaliteten.

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) anbefaler, at der af basisfunktionen fremgår, at der skal være fysisk tilstedeværelse af speciallæger i almen medicin enten som ejerlæger eller ansatte.

Ældre Sagen anfører, at der altid bør være speciallæger i almen medicin til stede i regions- og udbudsklinikker.

Indenrigs- og sundhedsministeriet noterer sig bemærkningerne vedrørende krav om tilstedeværelse af almenmedicinsk speciallægekompetence i regions- og udbudsklinikker. Ministeriet henviser til Sundhedsstyrelsens faglige arbejde med at fastlægge den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion, hvor krav til bl.a. kompetencer i de almenmedicinske tilbud også vil indgå.

4.5 Opfølgning på nationale krav over for de almenmedicinske tilbud

Dansk Erhverv hilser udspillet mål for opfølgning på nationale krav over for de almenmedicinske tilbud velkommen, da det bidrager til at skabe klare forventninger til det almenmedicinske område.

Danske Fysioterapeuter bemærker, at myndighederne får mulighed for at træffe de afgørelser, som hidtil er truffet i samarbejdsudvalgssystemet, og at der skal etableres et praksisklagenævn og med mulighed for, at afgørelser i klagesager efterfølgende kan indbringes for domstolene. Danske Fysioterapeuter har her den bemærkning, at samarbejdsudvalgssystemet på fysioterapiområdet vurderes at være velfungerende. Foreningens repræsentanter både regionalt og centralt bestræber sig på at træffe afgørelser, som først og fremmest er loyale over for overenskomsten. Dette er en forudsætning for, at systemet kan fungere. Foreningen betragter dette samarbejdssystem som langt mere velfungerende end et system, hvor sager i sidste ende føres ved domstolene.

Danske Regioner bakker op om de beskrevne sanktionsmuligheder, herunder muligheden for at suspendere eller opsigte samarbejdet med ejere af et almenmedicinsk tilbud.

Danske Patienter finder det relevant, at der etableres en tydelig ramme for regionernes mulighed for at følge op på, om de almenmedicinske tilbud lever op til de nationale krav og aftaler. Når almen praksis i stigende grad bliver en større strategisk del af det offentlige sundhedsvæsen og det politiske lederskab bliver mere markant, er det nødvendigt, at der også findes mekanismer til at sikre efterlevelse af fælles standarder og forpligtelser. Danske Patienter ser positivt på, at der lægges op til, at regionerne i første omgang skal gå i dialog med klinikkerne og tilbyde vejledning og henstillinger, før der træffes egentlige afgørelser og sanktioneres. Det skaber en mere samarbejdsorienteret tilgang og mulighed for læring og justering. Samtidig er det vigtigt, at opfølgning og sanktioner håndteres med høj grad af gennemsigtighed.

PLO bemærker, at det paritetiske system for håndtering af tvister mellem den enkelte praktiserende læge og den offentlige myndighed bliver nedlagt. Det fremgår ikke af lovforslaget, hvorfor lovgiver ønsker en radikal omlægning af et system, der bevares for alle andre privatpraktiserende sundhedsprofessionelle. PLO anbefaler, at lovforslaget begrundes, ikke mindst i lyset af, at det er mange år siden, at parterne har haft brug for at føre en sag ved den nuværende uafhængige klagemyndighed (opmanden). Praksisklagenævnet kan efter PLO's opfattelse derfor ikke erstatte det samarbejde om udviklingen af sundhedsvæsenet, der har fundet sted i regi af de lokale samarbejdsudvalg. PLO's overordnede anbefaling er derfor, at de lokale samarbejdsudvalg bevares, og at de også fremadrettet bidrager til den faglige og organisatoriske udvikling regionalt. Dette vil give mulighed for, at det lokale samarbejde kan opretholdes, og at tvister mellem regioner og læger kan forsøges løst i mindelighed ved forhandling mellem parterne, inden de føres over i et mere omkostningskrævende forvaltningsretligt system.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at de nye krav til regionernes opfølgning på de almenmedicinske tilbuds efterlevelse af de nationale krav følger af Aftale om Sundhedsreform 2024, hvor det fremgår, at "Regionerne skal have et styrket lovmæssigt grundlag i sundhedsloven til at stille krav og følge op på klinikernes efterlevelse af nationale krav, samt mulighed for at sanktionere dem." Det er i lovforslaget blevet præciseret, at regionsrådet i første omgang skal vejlede og påse de almen medicinske tilbuds efterlevelse af de nationale krav samt aftaler. Præciseringen skal sikre, at regionsrådene forud for at anvende eventuelle reaktioner over for ejeren har været i dialog med den pågældende læge eller klinik med henblik på at løse eventuelle tvister i mindelighed.

Ift. PLO's bemærkning om, at det bør begrundes, hvorfor lovgiver ønsker at omlægge et system, der bevares for de øvrige privat praktiserende sundhedsprofessionelle, bemærker Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at en omlægning i overensstemmelse med Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger vurderes nødvendig, således regionerne får et tydeligere ansvar for at lede og drive det almenmedicinske tilbud i sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen. Dertil har honorarstrukturrådet i 2023 påpeget, at man bør overveje, om det paritetiske princip i fremtiden bør opretholdes ift. de overtrædelser, der måtte ske af overenskomsten, samt at begge parter bør have mulighed for at opsiges samarbejdet. Det nye regionale myndighedsansvar kombineret med en nyt praksisklagenævn skal derudover også medvirke til, at der bruges færre ressourcer på at behandle sager sammenlignet med det nuværende system.

Ift. Danske Fysioterapeuter bemærker Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at lovforslaget ikke ligger op til en lovændring for de praktiserende fysioterapeuter.

4.6. Etablering af et praksisklagenævn

4.6.1. Praksisklagenævnets uafhængighed

Danske Regioner finder det positivt, at det i lovforslagets bemærkninger fremgår tydeligt, at Praksisklagenævnet skal fungere uafhængigt, herunder også de medlemmer der udpeges efter indstilling fra repræsentanter for de almenmedicinske tilbud og regionerne. Det er således hensigtsmæssigt, at der i udkastet til lovforslaget fremgår, at det er på baggrund af personlige kompetencer og ekspertise, at sagkyndige medlemmer udpeges, for at sikre belysning af saglige og faglige forhold i nævnets afgørelser. I den forbindelse bemærkes det, at der i nævnets indretning skal sikres uvildighed og uafhængighed, således at rammeaftalens parter – typisk RLTN og PLO – ikke indgår i sagsbehandlingen eller sekretariatsbetjeningen. Dette bør afspejles gennemgående i organiseringen af nævnet. Danske Regioner finder det dermed uhensigtsmæssigt, at det med lovforslaget foreslås, at Danske Regioner skal etablere et sekretariat til betjening af Praksisklagenævnet.

PLO bemærker, at nævnets uafhængighed bliver væsentligt udfordret, når det i lovforslaget fremgår, at Danske Regioner etablerer et sekretariat til betjening af Praksisklagenævnet. PLO bemærker ligeledes, at et forvaltningsretligt nævn, der skal træffe bindende afgørelser i tvister mellem offentlige myndigheder og private aktører, skal være organisatorisk, funktionelt, personelt og finansielt uafhængigt. Ved at placere sekretariatet i Danske Regioner udfordres flere af disse principper. Det er ikke tilstrækkeligt, at nævnet betegnes som uafhængigt i lovforslaget. Denne uafhængighed skal også kunne iagttages udefra uden mistanke om inhabilitet. PLO anbefaler derfor, at Praksisklagenævnets sekretariat placeres et neutralt sted, fx i Nævnenes Hus.

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) foreslår, at Praksisklagenævnets sekretariat gøres uafhængigt af Danske Regioner. DSAM bemærker at Danske Regioner har en åbenlys interessekonflikt, der svækker tilliden til sekretariatets uafhængighed. Selvom lovforslaget anfører, at sekretariatet skal være uafhængigt, skaber den foreslåede struktur en iboende interessekonflikt, herunder at placeringen af sekretariatet hos Danske Regioner indebærer en reel risiko for organisatorisk inhabilitet, fordi sekretariatet organisatorisk er forankret i den samme interesseorganisation, hvis medlemmer nævnets afgørelser retter sig imod, at sekretariatet ikke er økonomisk uafhængigt, når Danske Regioner finansierer og huser sekretariatet med risiko for indirekte påvirkning gennem ressourcetildeling og prioriteringer.

Lægerne på Bornholm bemærker, at man vil indføre et "uafhængigt" klagenævn, der skal have til huse hos Danske Regioner – altså den organisation, hvis afgørelser lægerne kan klage over, hvilket truer lægernes grundlæggende retssikkerhed.

Dansk Erhverv anbefaler, at Praksisklagenævnet ikke deler sekretariat med Danske Regioner eller andre kommercielle aktører på det almenmedicinske område. Såfremt, at dette alligevel måtte ske, forventer Dansk Erhverv, at sekretariatet vil være tydeligt adskilt fra Danske Regioners øvrige aktiviteter på det almenmedicinske område.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at ministeriet i overensstemmelse med 'Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud' af 21. september 2025 mellem regeringen og PLO har ændret i lovteksten vedr. sekretariatsbetjeningen af Praksisklagenævnet, så det ikke længere fremgår, at Danske Regioner får ansvaret for at etablere et afhængigt sekretariat. Praksisklagenævnet og dets sekretariat vil i stedet blive placeret i Nævnenes Hus, som skal sikre nævnets uafhængighed.

4.6.2. Finansiering af praksisklagenævnet

PLO bemærker, at hvis udgiften skal afholdes inden for den økonomiske ramme, der afsættes til at honorere de praktiserende læger, bliver det i sidste ende de praktiserende læger, der kommer til at afholde udgifterne til sekretariatet og nævnet. I praksis vil dette betyde, at praktiserende læger vil skulle reducere deres samlede aktivitet, og at der dermed ydes mindre behandling i almen praksis, hvilket vil være til ugunst for patienterne. PLO anbefaler derfor, at det udtrykkeligt fremgår af lovforslaget, at udgifterne til nævnet og dets sekretariat afholdes af det offentlige og ikke påvirker den økonomiske aftale mellem de praktiserende læger og regionerne.

For så vidt angår klagegebyret, anbefaler PLO dels, at de nærmere regler for fastsættelse af klagegebyret beskrives, således at gebyret ikke kan fastsættes arbitrært af den til enhver tid siddende minister, dels at det fremgår af lovforslaget, at klager også får gebyret tilbage, hvis klager får delvist (cfr. fuldstændig) medhold i sin klage.

Danske Regioner bemærker, at det er u hensigtsmæssigt, at der i lovforslagets bemærkninger beskrives, at Praksisklagenævnet skal finansieres inden for den økonomiske ramme aftalt mellem parterne, da dette vil medføre, at de administrative udgifter til nævnet således tages ud af den samlede tilgængelige ramme for patientbehandling. Dette skal særligt ses i lyset af ønsket om at styrke behandlingen i det nære sundhedsvæsen, herunder via tilførsel af yderligere midler.

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) bemærker, at praksisklagenævnet bør finansieres af sin egen pulje, så lægernes klager ikke tager ressourcer fra patientbehandlingen. Det fremgår af loven, at klagenævnet finansieres gennem den økonomiske ramme for de almenmedicinske tilbud. Dette betyder reelt, at jo mere lægerne klager, jo mindre ressourcer bliver der til patientbehandlingen i alle almenmedicinske tilbud. Praksisklagenævnet bør derfor have selvstændig finansiering, hvilket bør fremgå af lovforarbejderne.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at det i overensstemmelse med 'Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud' af 21. september 2025 mellem regeringen og PLO i lovforslaget er ændret, således det ikke fremgår af lovteksten, at regionerne afholder udgifterne til Praksisklagenævnet og sekretariatet. Udgifterne til at drive Praksisklagenævnet i Nævnenes Hus afholdes inden for rammerne af den afsatte økonomi i Aftale om en Sundhedsreform, hvilket er blevet præciseret i lovbemærkningerne.

Ift. PLO's bemærkning vedr. klagegebyret bemærker Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at det i lovteksten nu fremgår, at klager skal betale et klagegebyr på 1.800 kr. Dertil er det i lovforslaget ændret, således at det vil være erhvervsministeren, der efter forhandling med indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om den praktiske fremgangsmåde for betaling af gebyrer herunder om elektronisk overførsel, og regler om tilbagebetaling af gebyr, samt at nævnet helt eller delvis kan tilbagebetale gebyret til klageren, hvis klageren får helt eller delvist medhold i nævnet eller klagen trækkes tilbage. Reglerne om tilbagebetaling af gebyret vil følge reglerne for lignende nævn i Nævnenes Hus.

4.6.3 Behandling af klager

Kommunernes Landsforening (KL) kvitterer for, at det fremgår, at regionen skal sikre, at både patienter og kommuner har mulighed for at klage til regionen over manglende service i det almenmedicinske tilbud. Det er afgørende, at kommunerne har mulighed for at handle, hvis de fx oplever, at lægedækningen af plejehjem eller botilbud ikke er tilstrækkelig, eller hvis det almenmedicinske tilbud ikke lever op til forpligtelsen ift. de borgere, som modtager hjælp af kommunen.

PLO bemærker, at adfærds- og serviceklager fortsat skal indbringes til regionen, at disse klager skal behandles i overensstemmelse med forvaltningslovens regler, og at afgørelser herom kan indbringes for Praksisklagenævnet. Der mangler imidlertid en afklaring af, om det kun er den praktiserende læge, der kan klage over regionens afgørelser i sager om adfærd og service, eller om borgerne også kan indbringe sådanne sager for Praksisklagenævnet, og om de i givet fald tillige skal betale et klagegebyr herfor. På tilsvarende vis er det uafklaret, hvortil en borger eller praktiserende læge kan rette en klage over, at et sygehus ikke overholder gældende bestemmelser, at aftaler for samarbejde mellem almen praksis og sygehusene ikke overholdes, eller at en region ikke efterlever opgavebeskrivelsen. Det er endelig i lovforslaget uafklaret, om Praksisklagenævnet alene kan behandle klager fra praktiserende læger, der virker efter aftalen med det offentlige, eller om klageadgangen også omfatter fx udbudsklinikker og andre klinikformer.

PLO anbefaler derudover, at det udtrykkeligt anføres i lovgivningen, at alle regionens forvaltningsretlige afgørelser vedrørende driften af almenmedicinske tilbud hos private erhvervsdrivende kan indbringes for Praksisklagenævnet, medmindre andet er fastsat i loven eller regler udstedt i medfør heraf.

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) foreslår, at Praksisklagenævnets kompetence udvides til at omfatte andet end afgørelser truffet af regionerne efter § 276 b, så lægerne også kan klage over administrative beslutninger.

Danske Regioner bemærker, at de forstår lovforslaget således, at det alene er tvister vedrørende beslutninger og afgørelser truffet af regionsrådet over for privatpraktiserende læger i almen medicin, som ejer og driver et ydernummer, som kan indklages til Praksisklagenævnet, og at patienter dermed ikke har adgang til at klage over fx en læges frasigelse af patienten, til Praksisklagenævnet. Det er dermed forventningen, at regionerne håndterer denne type serviceklager udenom det nye tvistløsningssystem. Hvis dette ikke er tilfældet, bør det i lovforslaget tydeliggøres.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at det i lovforslaget fremgår, at regionen skal sikre, at patienter og kommuner har mulighed for at klage til regionen over service i det almen medicinske tilbud. Regionen har ifølge den foreslåede ordning mulighed for at reagere overfor ejere af de almenmedicinske tilbud, og det vil i så fald kun være den pågældende ejer, der kan klage over afgørelsen til Praksisklagenævnet. Borgere og kommuner vil ikke kun påklage afgørelser til Praksisklagenævnet.

Til PLO og DSAM's bemærkninger vedr. hvilke klager som kan rettes til Praksisklagenævnet bemærker Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at det i overensstemmelse med 'Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud' af 21. september 2025 mellem regeringen og PLO i lovforslaget er tilføjet, at Praksisklagenævnet endvidere behandler klager fra ejere af almenmedicinske tilbud over regionrådets overholdelse af aftaler indgået efter § 227 a, stk. 1 og 2, samt overskridelse af tidsfristen efter § 227 c, stk. 3. Praksisklagenævnet vil således også kunne behandle klager fra udbudsklinikker.

4.6.4 Øvrige bemærkninger

Danske Regioner bemærker, at det bør tilføjes lovgivningen, at lægen er ansvarlig for at skaffe lægevikarer, hvis ejeren af et tilbud midlertidigt suspenderes fra at drive tilbuddet, og, hvis samarbejdet opsiges permanent, at afhænde klinikken til en læge, der kan overtage, på samme måde, som det i dag er beskrevet i overenskomstaftalen.

Danske Regioner bemærker, at de 20 hverdage til genvurdering af en indklaget afgørelse som beskrevet i § 233 b, ikke er tilstrækkeligt. Dette gør sig særligt gældende, hvis der ifm. klagen indgår nye oplysninger, hvorfor fristen ønskes udvidet.

Danske Regioner bemærker endvidere, at søgsmål til prøvelse af klagenævnets afgørelser skal anlægges mod vedkommende region inden 6 måneder efter, at klagenævnets afgørelse er modtaget. Paragraffen er dog alene rettet mod en eventuel modpart, og kan i dens nuværende form tolkes som om, at det alene

er modparten, der kan indgive søgsmål – og dermed ikke regionen. Dette findes uhensigtsmæssigt, da der formentlig vil være tilfælde, hvor en region er uenig i en afgørelse truffet af Praksisklagenævnet.

PLO bemærker ligeledes, at for så vidt angår de tilfælde, hvor samarbejdet suspenderes, fremgår det ikke af lovforslaget, hvem der skal varetage opgaverne i relation til de patienter, der er tilmeldt en suspenderet klinik. PLO anbefaler, at begge disse forhold afklares i lovforslaget.

PLO bemærker at det er et almindeligt anerkendt og fulgt forvaltningsretligt princip i dansk ret, at myndigheder ikke bør træffe afgørelser, der medfører uoprettelige følger, hvis afgørelsen senere kan ophæves. På andre områder er der derfor indført muligheder for fx henstand eller sikkerhedsstillelse for at undgå uoprettelige tab. PLO anbefaler derfor, at tilbagebetalingskrav over en vis størrelse altid gives opsættende virkning; subsidiært at lægen i disse tilfælde får mulighed for at få henstand med kravet.

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) bemærker, at Praksisklagenævnets kompetence bør udvides mhp., at man ved klager over regionernes afgørelser kan tage stilling til, om ændring af opgaver i basisfunktionen, der ikke er indgået aftale om, er væsentlige. DSAM foreslår, at der indsættes en ny § 233 a, stk. 2 og 3, samt en ny § 276 c og § 233 a, stk. 2. Praksisklagenævnet kan som led i behandlingen af klager over regionernes afgørelser og administrative beslutninger tage stilling til om ændring af opgaver i basisfunktionen iværksat efter § 57, og som der ikke er indgået aftale om, er væsentlig.

Kommunernes Landsforening (KL) bemærker, at kommunerne i dag er repræsenterede i både lokale samarbejdsudvalg for almen praksis og i landssamarbejdsudvalget for almen praksis. Det kommunale perspektiv bliver ikke mindre indenfor den nye struktur. Derfor bør KL have mulighed for at udpege sagkyndige til praksisklagenævnet med henblik på at belyse spørgsmål i samarbejdet mellem kommuner og det almenmedicinske tilbud.

Ift. Danske Regioners og PLO's bemærkning vedr. suspension bemærker Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at det i lovforslagets § 276 b er tilføjet, at ved afgørelse om midlertidig indstilling af virke som læge efter stk. 1, nr. 3, skal ejeren af det almenmedicinske tilbud sikre tilstedeværelse af en stedfortræder med fornøden kapacitet til at varetage patienter tilknyttet det almenmedicinske tilbud i ejerens fravær.

Til Danske Regioners bemærkning vedr. fristen for genvurdering, bemærker Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at fristen på 20 hverdage er fastsat ud fra et hensyn om, at få en eventuel klage behandlet hurtigst muligt, og at fristen for sagsbehandling er tilsvarende andre sammenlignelige remonstrationsordninger.

Til Danske Regioners bemærkning vedr. søgsmål til prøvelse bemærker Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at det er præciseret i lovforslaget, at begge parter kan anlægge søgsmål ved domstolene om en afgørelse truffet af Praksisklagenævnet, samt at Praksisklagenævnet også vil kunne være genstand for søgsmålet.

Ift. PLO's bemærkning vedr. tilbagebetalingskrav er det i overensstemmelse med 'Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud' af 21. september 2025 mellem regeringen og PLO tilføjet i lovforslaget, at Praksisklagenævnet i særlige tilfælde kan tillægge klager over afgørelser truffet efter stk. 1, nr. 1 og 2, opsættende virkning. Praksisklagenævnet kan altså i særlige tilfælde tillægge klager over øvrige afgørelser for opsættende virkning. Dette foreslås navnlig at ske i tilfælde, hvor regionrådets afgørelse har væsentlig indvirkning på et almenmedicinsk tilbud. Dette vil eksempelvis være i tilfælde, hvor regionsrådet pålægger en ejer af et almenmedicinsk tilbud at tilbagebetale honorar på 15 pct. eller derover af det pågældende almenmedicinske tilbuds omsætning.

Ift. DSAM's bemærkning vedr. udvidelse af Praksisklagenævnets kompetence henvises der til bemærkningerne til afsnit 4.1.2.

Ift. KL's bemærkninger vedr. KL's mulighed for at udpege sagkyndige til Praksisklagenævnet bemærker Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at nævnet har til opgave at løse uenighed om regionernes afgørelser mellem en ejer af et almenmedicinsk tilbud og regionen, der har truffet afgørelsen. På den baggrund

vurderes det, at sagkyndige til nævnets sagsbehandling bør indstilles af repræsentanter fra regionerne og de praktiserende læger, som har ekspertviden om parternes forhold.

4.6 Regionernes adgang til relevante data og oplysninger

Dansk Erhverv opfordrer til, at den nye honorarmodel skabes på baggrund af et solidt datagrundlag i tæt dialog med de relevante offentlige og private aktører, som har erfaring med de mest behandlingstunge patientgrupper. Dansk Erhverv mener, at dette vil bidrage til, at honorarerne så vidt muligt afspejler de aktiviteter, der vil være forbundet med patientgrupper med større og mere komplicerede behandlingsbehov.

Dansk Lungemedicinsk Selskab, Dansk Psykolog Forening og Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse Nord bakker op om regionernes adgang til kvalitets- og aktivitetsdata på klinisk niveau.

Danske Regioner understreger, at regionernes adgang til data fra det almenmedicinske tilbud er en grundlæggende forudsætning for den store opgaveflytning og investering i det almenmedicinske tilbud, som der lægges op til med sundhedsreformen. Danske Regioner understreger derfor vigtigheden af, at lovgivningen understøtter disse behov.

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) anbefaler, at datakravene tydeliggøres i lovgivningen, baseres på klare formål og teknisk gennemførlige løsninger. DSAM foreslår, at alle tilbud skal levere de samme data, og at data bør leveres både til regionerne og Sundhedsstyrelsen. Særligt kontinuitet og rekruttering bør måles og anvendes som indikatorer for reformens succes. Desuden foreslår DSAM, at de indsamlede data indgår i den samlede planlægning af sundhedsvæsenet.

Kræftens Bekæmpelse støtter dataunderstøttet kvalitetsudvikling i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Kræftens Bekæmpelse peger på, at datadrevet kvalitetsudvikling og praksisnær forskning i almenmedicinske patientforløb er nødvendige redskaber for løbende forbedring af beslutningsstøtte, differentieret henvisning og risikovurdering – særligt i mødet med patienter med vage eller uspecifikke symptomer.

PLO finder det bekymrende og i strid med god forvaltningsskik, at ministeriet pålægger at give det offentlige en så vidtgående adgang til private leverandørers forretningshemmeligheder i form af regnskabsoplysninger, alene på baggrund af en offentlig aftale. PLO påpeger, at denne hjemmel går væsentligt videre, end hvad offentlige myndigheder normalt har af adgang til oplysninger.

PLO anfører desuden, at den påtænkte adgang giver regionerne adgang til forretningskritiske og konkurrencefølsomme data, der kan give regionerne et fuldt indblik i klinikernes forhandlingsposition – og anvendes til at underminere denne og forvride konkurrencen til fordel for fx regionsklinikker og udbudsklinikker. Dette brud med grundlæggende erhvervsretlige og forvaltningsretlige principper om proportionalitet og beskyttelse af fortrolige oplysninger vil ifølge PLO svække de praktiserende lægers forhandlingsposition i en alvorlig grad. PLO anbefaler derfor, at henvisningen til, hvilke oplysninger regionerne ved en kommende regulering skal have adgang til slettes.

Ældre Sagen finder det positivt, at der sker opfølgning på kvaliteten i almen praksis. Ældre Sagen påpeger, at alle klinikker bør bidrage med data om kontinuitet, antal speciallæger i almen medicin og andet fagpersonale pr. patient, patienttilfredshed, samarbejde med ældrepleje, herunder plejehjem, medicingennemgang m.v.

Hvilke oplysninger regionerne skal have adgang til for at kunne løfte myndighedernes nye ansvar som følge af sundhedsreformen har været et element i "Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud" af den 21. september 2025, som er indgået mellem regeringen og PLO. Bemærkningerne til lovforslaget justeres derfor i overensstemmelse hermed således, at kommende reguleringer med forventet ikrafttrædelse fra 1. januar 2027, skal sikre regionerne den adgang til data, som forudsættes nødvendig for at løfte og understøtte en udvidet opgave, herunder den faglige og ledelsesmæssige opgave for de almenmedicinske tilbud i regionsrådene. Det kunne bl.a. omfatte relevante data om økonomiske nøgletal,

aktivitet og kvalitet på klinik niveau, oplysninger om virksomhedskonstruktion, bemanning og organisering af de enkelte klinikker m.v.

Som led i kvalitetsudviklingen lægges der i regeringens og PLO's fælles forståelse af reformen vægt på, at KiAP (Kvalitet i Almen Praksis) fortsat skal understøtte det lægefaglige arbejde i både kvalitetsklyngerne og de enkelte klinikker med data, værktøjer og vejledninger tilpasset hverdagen i klinikken. Som i dag vil der være krav om, at alle praktiserende læger indgår i kvalitetsklynger med henblik på databaseret kvalitetsudvikling.

4.7 Øvrige bemærkninger vedrørende uddannelse og læringsmiljøer

Dansk Erhverv finder det positivt, at det i både basisfunktionen og den nationale opgavebeskrivelse fremgår, at aktørerne skal indgå i forpligtende samarbejder, og at faglig understøttelse og udvikling skal foregå på et forskningsbaseret og dataunderstøttet grundlag. De forstår det sådan, at offentlige og private aktører, som praktiserer efter den nationale opgavebeskrivelse og/eller basisfunktionen, vil have mulighed for at tilknytte uddannelseslæger og deltage i kvalitets- og uddannelsessamarbejde uanset ejerskabskonstruktion eller eventuelle samarbejdsaftaler med eksterne aktører.

Lægeforeningen anfører, at der i lovforslaget mangler forsikringer om uddannelseskvalitet og refleksioner om uddannelsesopgaven i et scenarie med flere alternative klinikformer samtidig med, at flere læger skal videreuddannes i almen medicin. Forslaget nævner eksempelvis ikke tutorlægeroller, læringsmiljøer og krav til supervision mv. i de nye klinikformer.

Syddansk Universitet anfører, at almen praksis spiller en vigtig rolle i lægeuddannelsen, og det er afgørende, at læringsmiljøer og tutorlæger prioriteres i alle klinikformer.

Ministeriet noterer sig Lægeforeningen og Syddansk Universitets opmærksomhedspunkter vedrørende ensartet uddannelse og læringsmiljøer på tværs af klinikformer. Ministeriet kan desuden henvise til, at aftalepartierne med Aftale om Sundhedsreform 2024 er enige om, at Uddannelses- og Forskningsstyrelsen skal afsøge med universiteterne, om medicinuddannelsen kan tilpasses, så der på uddannelsen er større fokus på de almenmedicinske kompetencer.

4.8 Høringssvar fra enkelte læger

Det er gennemgående for høringssvarene fra de enkelte læger og flere borgere, at der rejses bekymring for fremtiden som læge og patient i de almenmedicinske tilbud, herunder hvorvidt man som læge bliver pålagt flere opgaver, længere arbejdsdage og ikke bliver honoreret for det. Samtidig peger flere læger på, at lovforslaget fratager lægerne muligheden for, som selvstændige erhvervsdrivende, selv at sætte rammerne og vilkårene for, hvordan man bedst muligt hjælper patienterne.

Flere læger rejser bekymring for, at en ukendt fremtid i sidste ende vil medføre færre praktiserende læger og dårligere kvalitet i almen praksis. Herunder at flere ældre læger hurtigere vil gå på pension, og at mange unge læger ikke kan se sig selv vælge almen medicin til, og at der således vil være mange ubesatte uddannelsesstillinger.

Indenrigs- og sundhedsministeriet vil gerne kvittere for alle indkomne høringssvar fra enkelte læger og borgere. Ministeriet bemærker, at hovedelementerne i høringssvarene, der er indgivet fra de enkelte læger afspejles i høringssvarene fra bl.a. PLO, DSAM og FYAM.

Ministeriet henviser på den baggrund til de justeringer af lovforslaget, der er foretaget i forbindelse med regeringen og PLO's fælles forståelse af reform af de almenmedicinske tilbud, og som der løbende henvises til i nærværende høringsnotat.