

# UDKAST

## Forslag

til

Lov om ændring af sundhedsloven

(Indførelse af national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, aftale om vilkår for alment praktiserende læger, differentieret honorarstruktur, praksisklagenævn m.v.)

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet*

## § 1

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 275 af 12. marts 2025, som ændret senest ved lov nr. 718 af 20. juni 2025, foretages følgende ændringer:

1. I § 57 a, stk. 1, 1. pkt., ændres »§ 227, stk. 5« til: »§ 227 b, stk. 5«.

2. Efter kapitel 13 b indsættes:

»Kapitel 13 c

*Nationale krav og opgaver m.v. til det almenmedicinske tilbud*

§ 57 1. Krav og opgaver m.v. til det almenmedicinske tilbud fastsættes i den nationale opgavebeskrivelse med en basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, jf. regler fastsat i medfør af stk. 4.

Stk. 2. Regionsrådet er forpligtet til at tilvejebringe og tilrettelægge det almenmedicinske tilbud i henhold til den nationale opgavebeskrivelse efter stk. 1, herunder at fastlægge de overordnede rammer for samarbejdet mellem klinikker i det almenmedicinske tilbud og det øvrige sundhedsvæsen.

Stk. 3. Klinikker i det almenmedicinske tilbud er forpligtet til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med krav og opgaver m.v. fastsat i basisfunktionen for det almenmedicinske tilbud.

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud.«

3. I § 155, stk. 2, 2. pkt., ændres »i § 227 nævnte forhandlingsudvalg« til: »nævn, der er nedsat i henhold til § 37, stk. 2, i regionsloven«.

4. I § 175, 1. pkt., ændres »§ 227 nævnte overenskomster« til: »§ 227 a, stk. 1, nævnte aftaler«.

## UDKAST

I 2. pkt., ændres »overenskomst« til: »aftaler«.

5. I § 205 a, stk. 1, og § 205 b, stk. 1, ændres »§ 227, stk. 1« til: »§ 227, stk. 1 og § 227 a, stk. 1«, og »§ 227, stk. 3« ændres til: »§ 227 b, stk. 3«.

6. § 227, stk. 1, 1. pkt., affattes således:

»Det nævn, der er nedsat i henhold til § 37, stk. 2, i regionsloven afslutter overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkårene for de i §§ 50, 58, 59, 64, 66-69, 71 og 72, § 140 a, stk. 1, og §§ 140 b, 159 og 174 nævnte ydelser«.

7. § 227, stk. 2-6, ophæves.

Stk. 7-13 bliver herefter stk. 2-8.

8. I § 227, stk. 9, der bliver stk. 4, ændres »Overenskomster indgået i medfør af stk. 1« til: »Overenskomster og aftaler indgået i medfør af stk. 1 og § 227 a, stk. 1«, og efter »disse overenskomster« indsættes: »og aftaler«.

9. I § 227, stk. 10 og 11, der bliver stk. 5 og 6 ændres »overenskomster indgået i medfør af stk. 1« til: »overenskomster og aftaler indgået i medfør af stk. 1 og § 227 a, stk. 1«.

10. I § 227, stk. 12, 1. pkt., der bliver stk. 7, 1. pkt., ændres »I overenskomster indgået i medfør af stk. 1, kan aftales, at sundhedspersoner, som tilslutter sig en sådan overenskomst« til: »I overenskomster og aftaler i medfør af stk. 1 og § 227 a, stk. 1, kan aftales, at sundhedspersoner, som tilslutter sig en sådan overenskomst eller aftale«.

I 2. pkt. ændres efter: »sundhedspersonens tilslutning til overenskomsten« til: »sundhedspersoners tilslutning til overenskomster og aftaler«.

11. Efter § 227 indsættes:

»§ 227 a. Det nævn, der er nedsat i henhold til § 37, stk. 2, i regionsloven indgår aftale med en organisation som repræsenterer alment praktiserende læger om vilkår for de i §§ 50 og 60 nævnte ydelser for det almenmedicinske tilbud.

Stk. 2. Regionsrådet kan indgå lokale aftaler med almenmedicinske tilbud, herunder udbudsklinikker etableret efter § 227 b, stk. 3.

Stk. 3. Honorarer til de alment praktiserende læger, der leverer almenmedicinske ydelser i henhold til § 60, aftales i henhold til stk. 1, og skal som

minimum honorere efterlevelse af krav til almenmedicinske tilbud som følger af basisfunktionen, jf. § 57 1.

*Stk. 4.* Dele af honoreringen efter stk. 3, skal differentieres med udgangspunkt i det behandlingsbehov på kliniskniveau, som følger af den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, jf. § 206 b.

**§ 227 b.** Ydernumre fra praksis, som har leveret almenmedicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. § 227 a, jf. § 60, stk. 1, kan af en praksisejer overdrages til regionsrådet og til speciallæger i almen medicin, som vil praktisere efter samme vilkår. Regionsrådet kan endvidere sælge nye ydernumre, som regionen har oprettet, og ydernumre fra eksisterende praksis, som regionsrådet har opkøbt som led i praksisplanlægningen, til speciallæger i almen medicin, som vil praktisere i henhold til § 227 a, stk. 1, jf. § 60, stk. 1. Salg af ydernumre kan ske til speciallæger i almen medicin, som allerede har et ydernummer. En speciallæge i almen medicin kan erhverve op til tre ydernumre.

*Stk. 2.* Regionsrådet kan i perioden fra den 1. juli 2023 til og med den 30. juni 2033 indgå aftaler, der supplerer aftaler indgået efter § 227 a, stk. 1, med indehaveren af et ydernummer i områder med lægemangel om et særligt vederlag af midlertidig karakter til kompensation for etablerings- eller praksispersonaleudgifter, som understøtter regionens forpligtelse til at yde behandling hos praktiserende læge efter § 60, jf. § 57.

*Stk. 3.* Regionsrådet kan udbyde drift af praksis, som hidtil har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. § 227 a, jf. § 60, stk. 1, og hvor regionsrådet har fået overdraget ydernummeret. Regionsrådet kan desuden udbyde drift af praksis via nye ydernumre, som regionsrådet har oprettet. Regionsrådet kan endvidere som led i praksisplanlægningen opkøbe eksisterende ydernumre fra alment praktiserende læger, der ønsker at sælge, og udbyde driften af disse praksis.

*Stk. 4.* Udbud efter stk. 3 skal foregå på åbne, objektive og ikke-diskriminerende vilkår og skal tilrettelægges på en sådan måde, at eventuelle bud kan sammenlignes med, hvad en offentligt drevet enhed vil koste. Regionsrådet har mulighed for at forkaste et bud, hvis omkostningerne er væsentlig højere i en sammenligning. Regionsrådet skal ved udbud lægge vægt på kvalitet i tilbuddene.

*Stk. 5.* Regionsrådet kan etablere og drive en klinik, som leverer almenmedicinske ydelser, jf. § 60, stk. 1 og 2. Personer i sygesikringsgruppe 1 kan, jf. § 59, vælge de almenmedicinske tilbud, der er drevet af regionsrådet.

§ 227 c. En speciallæge i almen medicin skal ved køb af et ydernummer ansøge om at blive forhåndsgodkendt af regionsrådet, som skal foretage en vurdering af, om det kan sandsynliggøres, at lægen kan og vil efterleve gældende regler for almenmedicinske tilbud samt aftaler indgået efter § 227 a.

*Stk. 2.* Det er ikke muligt for en speciallæge i almen medicin at eje et ydernummer uden at have hovedbeskæftigelse med at drive og tage ansvar for egen klinik eller egne klinikker.

*Stk. 3.* En speciallæge i almen medicin kan kun erhverve et ydernummer, hvis lægen over for regionsrådet kan fremvise en børneattest uden alvorlige anmærkninger af relevans for arbejdet i det almenmedicinske tilbud.

*Stk. 4.* Regionsrådet skal træffe beslutning om en læges ansøgning efter stk. 1 hurtigst muligt og senest inden for 10 hverdage efter modtagelse af ansøgningen.«

12. I § 229, *stk. 1, 1. pkt.*, ændres »overenskomst vedrørende vilkårene for ydelser efter § 227, stk. 1,« til: »overenskomst eller aftale vedrørende vilkårene for ydelser efter § 227, stk. 1, og § 227 a,«.

I § 229, *stk. 1, 3. pkt.*, ændres: »overenskomstfastsatte forpligtigelser« til: »overenskomst- og aftalefastsatte forpligtigelser«.

13. Efter afsnit XVIII indsættes:

## **»Afsnit XVIII a Tvistløsning i praksissektoren**

### **Kapitel 72 a Praksisklagenævnet**

§ 233 a. Praksisklagenævnet er en uafhængig klageinstans, som kan efterprøve administrative afgørelser truffet af regionsrådet i forhold til driften af almenmedicinske tilbud ved private erhvervsdrivende.

*Stk. 2.* Praksisklagenævnet består af 1 formand og mindst 1 næstformand samt sagkyndige indstillet af regionerne og organisationen som repræsenterer alment praktiserende læger.

*Stk. 3.* Praksisklagenævnets medlemmer udnævnes af indenrigs- og sundhedsministeren. Formanden og næstformanden skal være landsdommere eller dommere. Sagkyndige udnævnes efter indstilling fra regionerne og de almenmedicinske tilbud.

*Stk. 4.* Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om Praksisklagenævnets sammensætning og om antallet af sagkyndige og deres udnævnelsesperiode samt om sekretariatsbetjeningen af Praksisklagenævnet.

**§ 233 b.** Klage til Praksisklagenævnet indgives skriftligt til den region, som har truffet afgørelsen, der ligger til grund for klagen, inden 20 hverdage efter, at afgørelsen er modtaget.

*Stk. 2.* Når regionsrådet modtager en klage, skal afgørelsen, der ligger til grund for klagen, genvurderes. Hvis afgørelsen fastholdes, skal klagen, snarest og ikke senere end 20 hverdage efter modtagelsen, videresendes til Praksisklagenævnet. Klagen skal videresendes sammen med den påklagede afgørelse eller beslutning, de dokumenter, der er indgået i sagens bedømmelse, og en udtalelse fra regionen med dennes bemærkninger til sagen og de i klagen anførte klagepunkter.

*Stk. 3.* Afgørelser truffet af Praksisklagenævnet kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed.

*Stk. 4.* Søgsmål til prøvelse af Praksisklagenævnets afgørelser skal anlægges mod vedkommende region inden 6 måneder efter, at klagenævnets afgørelsen er modtaget.

*Stk. 5.* Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler for Praksisklagenævnets administration og virksomhed, herunder regler om anvendelse af digital kommunikation mellem regionerne, klagere og nævnet.

**§ 233 c.** Danske Regioner etablerer et sekretariat til betjening af Praksisklagenævnet, herunder forberedelse og behandling af sager, der skal forelægges klagenævnet.

*Stk. 2.* Sekretariatet refererer direkte til Praksisklagenævnet angående sager, der indbringes for Praksisklagenævnet. Sekretariatsbetjeningen af Praksisklagenævnet skal være uafhængigt af Danske Regioner.

*Stk. 3.* Udgifter til Praksisklagenævnet og dets sekretariat afholdes ligeledes af regionerne.«

**14.** Efter kapitel 83 indsættes:

»Kapitel 83 a

*Opfølgning på nationale krav over for de almenmedicinske tilbud*

**§ 276 a.** Regionsrådet følger op på de almenmedicinske tilbuds efterlevelse af de nationale krav efter § 57 l samt aftaler indgået efter § 227 a og § 227 b, stk. 3, og skal som led i varetagelsen af denne opgave

- 1) gå i dialog om konkrete forhold og/eller,
- 2) tilbyde rådgivning og vejledning om gældende regler og/eller
- 3) give en henstilling om at tilpasse en konkret adfærd.

**§ 276 b.** Regionsrådet, som har benyttet mulighederne i § 276 a, stk. 1, skal ved en ejer af et almenmedicinsk tilbuds misligholdelse af aftaler efter § 227 a og § 227 b, stk. 3, eller overtrædelse af de nationale krav til de almenmedicinske tilbud i henhold til § 57 l, træffe afgørelse overfor ejer ved at:

- 1) Give et påbud om at bringe forholdene i orden inden en fastsat frist. Påbuddet kan være ledsaget af en tilkendegivelse af gentagelsesvirkning.
- 2) Pålægge at tilbagebetale honorarer, som er blevet udbetalt uretmæssigt.
- 3) Suspendere samarbejdet midlertidigt inden for en afgrænset tidsmæssig periode samt angivelse af betingelser for at genoptage samarbejdet.
- 4) Opsige samarbejdet permanent.
- 5) Udelukke ejer/ejere af et almenmedicinsk tilbud fra midlertidigt eller permanent at blive ansat i klinikker, der drives efter aftale med regionen i henhold til §§ 227 a eller 227 b, stk. 3.

*Stk. 2.* Afgørelser truffet efter stk. 1, nr. 3-5 har opsættende virkning indtil klagefristens udløb og i tilfælde af en klage indtil klagenævnets afgørelse i sagen.

**§ 276 c.** Regionsrådets afgørelser truffet i henhold til §§ 57 l, 206 b, 276 b, stk. 1, og 227 c samt aftaler indgået i henhold til § 227 a, stk. 1-2, kan, hvis ikke andet er fastsat i loven eller regler udstedt i medfør heraf, påklages til Praksisklagenævnet, jf. §§ 233 a og b.

*Stk. 2.* Klageren skal betale et gebyr for behandling af en klage ved klagenævnet.

*Stk. 3.* Gebyret, jf. stk. 2, tilbagebetales til klageren, hvis klageren får medhold i sagen, sagen afvises som uegnet til behandling ved klagenævnet, jf. stk. 4, eller sagen afvises, fordi den ikke er omfattet af klagenævnets kompetence, jf. § 233 a.

*Stk. 4.* Formanden for klagenævnet kan afvise at behandle en klage, hvis klagegebyret ikke er indbetalt inden for en fastsat frist, eller hvis det er åbenbart, at der ikke kan gives klageren medhold i sagen.

*Stk. 5.* Formanden for klagenævnet kan i særlige tilfælde tillægge klager over afgørelser truffet af regionen opsættende virkning i andre tilfælde end efter § 276 b, stk. 2.

*Stk. 6.* Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om størrelsen og betalingen af det i stk. 1 nævnte gebyr, herunder om obligatorisk elektronisk indbetaling.«

## UDKAST

*Stk. 1.* Loven træder i kraft den 1. januar 2027.

*Stk. 2.* Forhåndsgodkendelser efter § 227 c skal indhentes ved køb af yder-numre, hvor købsaftalen indgås efter den 1. januar 2027.

# UDKAST

## *Bemærkninger til lovforslaget*

### *Almindelige bemærkninger*

Indholdsfortegnelse	
1.	Indledning
2.	Baggrund
3.	Lovforslagets hovedpunkter
3.1.	Nationalt fastsat opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud
3.1.1.	Gældende ret
3.1.2.	Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
3.1.3.	Den foreslåede ordning
3.2.	Aftale om vilkår for alment praktiserende læger
3.2.1.	Gældende ret
3.2.2.	Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
3.2.3.	Den foreslåede ordning
3.3.	Ny lovstruktur for bestemmelser vedrørende etableringen af almenmedicinske tilbud
3.3.1	Gældende ret
3.3.2	Indenrigs- og sundhedsministeriets overvejelser
3.3.3	Den foreslåede ordning
3.4.	Forhåndsgodkendelse af læger ved erhvervelse af et yder-nummer
3.4.1	Gældende ret
3.4.2	Indenrigs- og sundhedsministeriets overvejelser



## UDKAST

3.4.3	Den foreslåede ordning
3.5	Opfølgning på nationale krav over for de almenmedicinske tilbud og etablering af et praksisklagenævn
3.5.1	Gældende ret
3.5.2	Indenrigs- og sundhedsministeriets overvejelser
3.5.3	Den foreslåede ordning
4.	Regionale konsekvenser, herunder for landdistrikter
5.	Konsekvenser for opfyldelsen af FN's verdensmål
6.	Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige
7.	Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.
8.	Administrative konsekvenser for borgerne
9.	Klimamæssige konsekvenser
10.	Miljø- og naturmæssige konsekvenser
11.	Forholdet til EU-retten
12.	Hørte myndigheder og organisationer m.v.
13.	Sammenfattende skema

### 1. Indledning

Lovforslaget er en del af den samlede lovgivningsmæssige gennemførelse af Aftale om sundhedsreform 2024, som regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne) og Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre indgik den 15. november 2024.

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

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

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

I foråret 2025 tog aftalepartierne bag Aftale om Sundhedsreform 2024 de første nødvendige skridt mod at sikre de grundlæggende forandringer, der skal til for at styrke det almenmedicinske tilbud til gavn for borgerne. Ved at fastlægge de lovgivningsmæssige rammer for en bedre og mere ligelig fordeling af læger i det almenmedicinske tilbud og for lettere adgang til behandling i det almenmedicinske tilbud. Dertil ved at styrke regionernes muligheder for at anvende forskellige klinikformer og leverandører og tilpasse de almenmedicinske tilbud til særlige patientgrupper.

Borgerens egen læge er og bliver en grundsten i det danske sundhedsvæsen. De alment praktiserende læger og det almenmedicinske tilbud løfter i dag en stor og vigtig opgave i sundhedsvæsenet.

Egen læge skal også i fremtiden spille en markant rolle og varetage en endnu større del af behandlingen tæt på borgeren. Egen læge skal varetage flere af de opgaver, der i dag løses på sygehusene og bidrage med mere sammenhæng og kvalitet for den enkelte borger. Samtidig skal det almenmedicinske tilbud fremover i højere grad differentiere indsatserne og varetage en styrket rolle for de mest sårbare borgere mest størst behov.

Det følger af Aftale om Sundhedsreform 2024, at kapaciteten og kompetencerne i det almenmedicinske tilbud skal udbygges. Aftalepartierne er enige om, at målet er at øge antallet af læger i det almenmedicinske tilbud fra 3.500 til mindst 5.000 i 2035. Det svarer til et løft på 40 pct., der på sigt alt andet lige vil betyde, at alle læger i det almenmedicinske tilbud vil skulle varetage færre patienter end i dag i takt med, at flere opgaver omstilles til og løses af det almenmedicinske tilbud, og at der uddannes flere speciallæger i almen medicin.

Lovforslagets første hovedelement tilvejebringer en juridisk ramme for en national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud. Opgaver og krav til det almenmedicinske tilbud skal fremover fastlægges af Sundhedsstyrelsen med det formål, at det almenmedicinske tilbud i

højere grad skal afspejle sundhedsvæsenets aktuelle behov og levere mere ensartet, høj kvalitet på tværs af tilbuddet uanset klinikform og geografisk placering under hensyn til den strategiske sundhedsplanlægning i det samlede sundhedsvæsen.

Den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion vil udgøres af en myndighedsrettet del, opgavebeskrivelsen, og en klinikrettet del, basisfunktionen. Regionsrådet og klinikken forpligtes til at efterleve kravene.

Lovforslagets andet hovedelement fastlægger hjemmel til en ny aftale fra 2027 om vilkår for de alment praktiserende læger, der primært omhandler økonomi som har afsæt i den nationalt fastsatte opgavebeskrivelse og basisfunktion. Formålet er at skabe et smidigt og styrbart system, der sikrer den nødvendige faglige udvikling i det almenmedicinske tilbud, samtidig med et aftalebaseret grundlag med fokus på økonomi, som fastlægger vilkårene for de praktiserende læger bevares.

For at understøtte og sikre regionsrådets planlægningskompetence og et større lokalt råderum for at tilpasse opgaveløsningen efter lokale behov fastlægges hjemmel til, at regionsrådet fortsat kan indgå lokale aftaler med de almenmedicinske tilbud, herunder udbudsklinikker. Muligheden skal understøtte regionsrådet i at tilvejebringe et almenmedicinsk tilbud i overensstemmelse med de krav, som fastsættes i den nationale opgavebeskrivelse. Heriblandt forpligtelsen til at løfte en særlig indsats overfor særlige grupper af patienter og sikre øget tilgængelighed for særligt sårbare patienter på botilbud, plejecentre og sundheds- og omsorgspladser.

Lovforslagets tredje hovedelement indfører en bestemmelse om, at honorarstrukturen for de alment praktiserende læger differentieres med udgangspunkt i den nye nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud. Honorarstrukturen skal som minimum indeholde honorering for den kommende basisfunktion for det almenmedicinske tilbud. Det følger af Aftale om sundhedsreform 2024, at honorarstrukturen aftales mellem RLTN (Regionernes Lønnings- og Takst Nævn) og med en organisation som repræsenterer alment praktiserende læger. Formålet er at sikre sammenhæng mellem den enkelte kliniks honorering og behandlingsbehovet blandt patienterne, så det i højere grad er muligt at opprioritere indsatsen for de mest sårbare patienter og sikre større lighed i adgang til behandling i det almenmedicinske tilbud. Derudover at sikre en mere ligelig fordeling af opgaver blandt de alment praktiserende læger.

Med lovforslaget fjerde hovedelement indføres en bestemmelse om, at en speciallæge i almen medicin ved køb af et ydernummer skal

forhåndsgodkendes af regionsrådet ud fra en vurdering af, om det kan sandsynliggøres, at lægen vil efterleve gældende krav og regler, heriblandt krav fastsat i basisfunktionen. Formålet er at sikre, at ejerlægen i praksis kan og vil overholde og efterleve aftale om vilkår for alment praktiserende læger og øvrige regler for praksisdriften samt sikre, at sundhedskoncerner ikke overtager kontrollen med ydernumre.

Med lovforslagets femte hovedelement fastlægges hjemmel til, at regionsrådet følger op på nationale krav over for de almenmedicinske tilbud og kan træffe afgørelser over for de privatpraktiserende læger i de almenmedicinske tilbud, hvis en læge misligholder aftaler eller overtræder de nationale krav til de almenmedicinske tilbud. Dertil fastlægges de juridiske rammer for et praksisklagenævn til at behandle klager fra læger i de almenmedicinske tilbud over afgørelser og beslutninger fra regionsrådet. Formålet er at give regionerne et styrket lovmæssigt grundlag for at efterleve sin myndighedsforpligtelse til at tilvejebringe almenmedicinske tilbud i henhold til de nationalt fastsatte krav og lokale aftaler.

Derudover foreslås visse strukturmæssige justeringer i eksisterende bestemmelser vedrørende etableringen af almenmedicinske tilbud.

## 2. Baggrund

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

Sundhedsstrukturkommissionen afleverede i juni 2024 sine anbefalinger i ”Sundhedsstrukturkommissionens rapport – Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen” til indenrigs- og sundhedsministeren. I rapporten kommer kommissionen med anbefalinger til en ny organisering af det almenmedicinske tilbud og ni konkrete forslag hertil.

Af Sundhedsstrukturkommissionens forslag fremgår det, at opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud skal fastlægges af nationale myndigheder med inddragelse af relevante faglige selskaber og skal ses i tæt sammenhæng med en styrket sundhedsplanlægning og styret opgaveudvikling og arbejdsdeling i sundhedsvæsenet. Opgavebeskrivelsen skal samtidig fastlægge, hvordan sygehuse, øvrige specialister og sundhedstilbud skal

understøtte de almenmedicinske tilbud. Som led i opgavebeskrivelsen fastlægges en basisfunktion, som omfatter en faglig beskrivelse af de funktioner, opgaver, kompetencer, fx kontinuitet, generalistkompetence, lokal forankring, tovholderfunktion og basal tilgængelighed og samarbejde, som alle klinikker uanset leverandørform i udgangspunktet skal leve op til.

Det fremgår videre af Sundhedsstrukturkommissionens rapport, at ændringen betyder, at fastlæggelsen af opgaver i det almenmedicinske tilbud adskilles fra forhandlinger om de økonomiske vilkår, som de alment praktiserende læger og øvrige klinikker virker efter. En central rammeaftale skal fastsætte økonomi, vilkår og honorarstruktur for de alment praktiserende læger, men centrale elementer i form af opgavebeskrivelsen, grundlaget for fordeling af lægeressourcer og tvistløsning reguleres fremover uden for aftalesystemet.

Honorarstrukturen skal revideres med fokus på forenkling, sammenhæng mellem patienternes sundhedsbehov og honorering, styrket samarbejde med andre aktører og realisering af løbende produktivetsforbedringer til gavn for det samlede sundhedsvæsen. Det vil bl.a. betyde, at hver enkelt, ny opgave ikke forudsætter forhandlinger om økonomi, da en forsimplet honorarstruktur kan rumme nye opgaver.

Det fremgår desuden, at den ansvarlige sundhedsmyndighed skal have mulighed for at specificere krav til samarbejdsrelationen med leverandørerne af de almenmedicinske tilbud med udgangspunkt i opgavebeskrivelsen og den centralt forhandlede rammeaftale. Regionerne skal desuden have et styrket lovmæssigt grundlag til at stille krav og følge op på klinikkernes efterlevelse af nationale krav, samt mulighed for at sanktionere dem. Det indebærer, at regionerne med ansvar for tilbuddet både som følge af nye og nuværende opgaver skal have indsigt i og adgang til bl.a. data om aktivitet og kvalitet i de almenmedicinske klinikker.

Derudover skal myndigheden sikre efterlevelsen af nationalt fastlagte basisfunktioner og krav, som leverandørerne skal opfylde. Ved tvister om efterlevelse og fortolkning af lovgivningen skal de søges løst i mindelighed. Hvor tvister ikke kan løses i mindelighed, skal de kunne indbringes for en uvildig instans. I yderste konsekvens skal der være mulighed for, at den ansvarlige myndighed kan afvikle samarbejdet.

Samtidig fremgår det af Sundhedsstrukturkommissionens rapport, at det kan overvejes at styrke den lokale myndigheds mulighed for kontrol med salg af ydernumre og dermed myndighedens indflydelse på valg af leverandører. Det kan gøres ved at indføre krav om, at en speciallæge i almen medicin ved

køb af et ydernummer forhåndsgodkendes af den ansvarlige myndighed ud fra en vurdering af, om det kan sandsynliggøres, at lægen vil efterleve gældende krav og regler.

Regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne) og Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre indgik den 15. november 2024 Aftale om sundhedsreform 2024, herunder et kapitel 2 om ”Flere læger og bedre fordeling af det almenmedicinske tilbud i hele landet”. Indholdet i Aftale om sundhedsreform 2024 baserer sig i vid udstrækning på Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling og forslag om en kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud.

### **3. Lovforslagets hovedpunkter**

#### **3.1. Nationalt fastsat opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud**

##### **3.1.1. Gældende ret**

Der er i gældende lovgivning ikke en generel hjemmel til national fastlæggelse eller styring af krav og opgaver i det almenmedicinske tilbud eller bestemmelser, som giver indenrigs- og sundhedsministeren eller nationale sundhedsmyndigheder kompetence til at fastlægge krav og opgaver i det almenmedicinske tilbud.

Sundhedslovens bestemmelser om regionsrådets ansvar for ydelser i praksissektoren i dag fremgår af kapitel 13 i afsnit V om praksissektorens ydelser. Obligatoriske opgaver m.v. for alment praktiserende læger fremgår af Kapitel 13 a i sundhedslovens. De lovgivningsmæssige rammer for overenskomster, organisationsformer m.v. for almen praksis fremgår af sundhedslovens afsnit XVIII.

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

Det fremgår af § 57, stk. 1 i sundhedsloven, at regionsrådet har ansvar for at tilvejebringe tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner.

Det følger af sundhedslovens § 227, stk. 1, at RLTN afslutter overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkårene for ydelser i praksissektoren, det vil sige ydelser hos alment praktiserende læger m.fl. Regionerne opfylder blandt andet myndighedsforpligtelsen i henhold til sundhedslovens § 60, jf. § 57, om at tilvejebringe tilbud om behandling hos alment praktiserende læger via Overenskomst om almen praksis, som er indgået mellem RLTN og Praktiserende Lægers Organisation om vilkårene for

ydelser. Overenskomst om almen praksis fastsætter således de generelle rettigheder og forpligtelser for almen praksis.

Det følger videre af sundhedslovens § 227, stk. 1, at vilkår, der er fastsat ved lov, ikke kan fraviges ved overenskomster indgået med organisationer af sundhedspersoner repræsenterende almen praksis. Herved forstås i praksis en overenskomst indgået imellem RLTN og organisationer af sundhedspersoner, repræsenterende almen praksis. Langt hovedparten af almenmedicinske ydelser til borgerne ydes af alment praktiserende læger, der arbejder inden for rammerne af overenskomsten om almen praksis.

Regionsrådet kan desuden tilvejebringe almenmedicinske ydelser ved at udbyde drift af praksis og ved at etablere og drive en klinik, som leverer almenmedicinske ydelser. Det fremgår således af sundhedslovens § 227, stk. 3, at regionen kan udbyde drift af praksis, som hidtil har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1, og hvor regionsrådet har fået overdraget ydernummeret. Regionsrådet kan desuden udbyde drift af praksis vedrørende nye ydernumre, som regionsrådet har oprettet. Regionsrådet kan endvidere som led i praksisplanlægningen opkøbe eksisterende ydernumre fra læger, der har ønsket at sælge, og udbyde driften af disse praksis.

Det fremgår endvidere af sundhedslovens § 227, stk. 5, at regionsrådet kan etablere og drive en klinik, som leverer almenmedicinske ydelser, jf. § 60, stk. 1-2. Personer i sygesikrings gruppe 1 kan vælge de regionale almenmedicinske tilbud, jf. § 59.

Regionsrådet er endvidere forpligtet til at yde visse forebyggende undersøgelser m.v. Ifølge sundhedslovens § 61 yder regionsrådet vederlagsfri, forebyggende helbredsundersøgelser hos en læge samt vejledning om svangerskabshygiejne til kvinder ved graviditet, og ifølge sundhedslovens § 62 skal regionsrådet yde vederlagsfri vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder til personer uanset sikringsgruppe hos en alment praktiserende læge efter personens eget valg. I henhold til sundhedslovens § 63 skal regionsrådet tilbyde alle børn under den undervisningspligtige alder syv vederlagsfri, forebyggende helbredsundersøgelser ved alment praktiserende læger, herunder tre undersøgelser i barnets første leveår. Derudover fastlægger sundhedslovens § 85 a og § 158 opgaver i relation til vaccinationer og screeningsprogrammer.

### *3.1.1.2. Valg af alment praktiserende læge*

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

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

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

### *3.1.1.3. Obligatoriske opgaver m.v. for alment praktiserende læger i sundhedsloven*

Det følger af sundhedslovens § 57 c, stk. 1, at alment praktiserende læger er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med nationale faglige retningslinjer m.v. Jf. Folketingstidende 2012-13, tillæg A, L 127 som fremsat, side 8 skal de praktiserende læger udøve deres sundhedsfaglige virksomhed i overensstemmelse med blandt andet faglige retningslinjer og pakkeforløb vedrørende specifikke sygdomme. Den konkrete sundhedsfaglige behandling af den enkelte patient beror fortsat 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. Forpligtelsen vedrører alene nationale retningslinjer, der er udstedt af de centrale statslige sundhedsmyndigheder, hvorfor der vil være tale om retningslinjer, som er udarbejdet i samarbejde med de faglige miljøer, herunder med almen medicinsk ekspertise.

Det fremgår videre af sundhedslovens § 57 d, at det påhviler alment praktiserende læger, der yder behandling til gruppe 1-sikrede personer, jf. § 60, stk. 1, at foretage kodning af henvendelser til almen praksis og anvende datafangst.

### *3.1.1.4. National fordeling og styring af lægekapaciteter*



Det følger af sundhedslovens § 206 b, stk. 1, at lægekapaciteterne i det almenmedicinske tilbud fordeles og styres efter en national model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, jf. regler fastsat i medfør af stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud. Ved fastlæggelse af regler efter 1. pkt., skal ministeren navnlig lægge vægt på befolkningens behandlingsbehov inden for et afgrænset geografisk område, jf. sundhedslovens § 206 b, stk. 4. Regionsrådet foretager planlægning og kapacitetsstyring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud i overensstemmelse med den nationale fordeling og styring efter stk. 1, jf. sundhedslovens § 206 b, stk. 3.

### *3.1.1.5. Obligatoriske opgaver m.v. for alment praktiserende læger i Overenskomst om almen praksis*

Overenskomst om almen praksis fastsætter de generelle rettigheder og forpligtelser for almen praksis. Overenskomsten beskriver indhold, vilkår, rammebetingelser og kvalitetsmål m.v. for opgaveløsningen, og fastsætter derudover den praktiserende læges honorar for de almenmedicinske ydelser, som regionsrådet, jf. sundhedslovens § 60, stiller vederlagsfrit til rådighed for borgerne.

Det fremgår af overenskomsten, at almen praksis følger retningslinjer og aftaler m.v. om arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Det gælder f.eks. i forhold til pakkeforløb for kræftpatienter, retningslinjer for ambulant udredning i sygehusvæsenet, forløbsprogrammer for kronisk sygdom og de nuværende sundhedsaftaler mellem regionen og kommunerne i regionen, som ophæves fra 2027.

Det følger af bemærkningerne til sundhedslovens § 227, stk. 1, jf. Folketings Tidende 2012-13, A, L 227 som fremsat, side 22, at den regionale praksisplan blev etableret som ramme for de opgaver, som almen praksis skulle løse. Overenskomstens parter blev på denne baggrund enige om at afskaffe § 2 i overenskomst om almen praksis med overenskomstaftalen i 2014, hvori det fremgik, at der i tillæg til overenskomst om almen praksis kunne ”indgås lokale aftaler som supplerer eller fraviger nærværende overenskomst”. Dette medførte, at overenskomstfravigende aftaler ikke længere kunne indgås som lokalaftaler, ligesom lokalaftaler ikke længere kunne indgås mellem enkelte læger og kommunen/regionen.

Muligheden for at indgå lokalaftaler er ikke fuldstændig afskaffet. Med lov nr. 904 af 4. juli 2013 (ændring af rammerne for almen medicinske ydelser m.v. i praksissektoren, herunder styrkelse af regionernes planlægnings- og

styringsmuligheder, ensartet kvalitet, systematisk patientinddragelse, erstatningspligt m.v.) blev der med § 206 a etableret hjemmel til, at regionsrådet skal udarbejde en praksisplan vedrørende almen praksis, der fastsætter rammen for de opgaver, som almen praksis skal løse. Det følger af bemærkningerne til bestemmelsen, jf. Folketingstidende 2012-12, tillæg A, L 227 som fremsat side 22, at den konkrete udmøntning af rammen forudsætter, at der indgås en underliggende aftale med de praktiserende læger, hvor implementering og ressourcer aftales. Det fremgår videre, at det må antages at forudsætte, at den centralt forhandlede overenskomst om almen praksis i højere grad end hidtil skal suppleres af decentrale aftaler indgået efter forhandlinger imellem regionen/kommuner og almen praksis. Dette forudsætter, at en større andel af den samlede økonomiske ramme for sektoren kan udmøntes decentralt.

§ 206 a og regionsrådet forpligtigelse til at udarbejde en praksisplan vedrørende almen praksis blev med lov nr. 718 af 20. juni 2025 ophævet. Muligheden for at indgå lokalaftaler blev i stedet fastlagt ved lov nr. 718 af 20. juni 2025. Det fremgår således af § 206 b, stk. 6, at regionsrådet kan, herunder i samarbejde med kommunerne, indgå lokale aftaler med almenmedicinske tilbud, som drives efter overenskomster, jf. § 227, stk. 1.

Overenskomst om almen praksis har som udgangspunktet opdelt i henholdsvis en langsigtet udviklingsdel og en reguleringsdel, der omfatter den pågældende overenskomstperiode. Hvor udviklingsdelen beskriver de overordnede mål og visioner for alment praktiserende læger som en del af det sammenhængende sundhedsvæsen, indeholder reguleringsdelen de konkrete bestemmelser i forhold til opgaver, pligter og ansvar og den tilhørende honorering. Derudover regler om tilgængelighed, heriblandt krav til åbningstider, kontaktformer, f.eks. telefon- og videokonsultation, og tilrettelæggelse med mulighed for akuttid. I overenskomsten aftales også en økonomisk ramme for alment praktiserende læger.

For nærmere gældende ret vedrørende overenskomst om almen praksis henvises i øvrigt til pkt. 3.2.1.1.

### 3.1.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

Med Aftale om sundhedsreform 2024 er aftalepartierne blandt andet enige om, at det almenmedicinske tilbud skal afspejle sundhedsvæsenets aktuelle behov og levere mere ensartet, høj kvalitet. Fremtidige opgaver og krav til det almenmedicinske tilbud skal derfor fastlægges nationalt af Sundhedsstyrelsen i en national opgavebeskrivelse.

Det fremgår af Aftale om Sundhedsreform 2024, at opgavebeskrivelsen skal gøre det klart, hvad det samlede almenmedicinske tilbud skal levere ved at fastlægge en faglig beskrivelse af funktioner, opgaver, kompetencer, samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen samt længere og mere fleksible åbningstider og tilgængelighed i det almenmedicinske tilbud. Som led i den nationale opgavebeskrivelse fastlægges desuden en basisfunktion med beskrivelse af funktioner, opgaver, tilgængelighed, samarbejde og kompetencer, som alle klinikker som udgangspunkt skal leve op til

Den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion vil således udgøres af en myndighedsrettet del, opgavebeskrivelsen, og en klinikrettet del, basisfunktionen. Den nationale opgavebeskrivelse vil være det centrale styrings- og udviklingsredskab i fastlæggelsen af opgaver og krav til den samlede almenmedicinske ydelse, som regionerne som ansvarlig myndighed vil skulle tilvejebringe. Mens basisfunktionen vil være det centrale styrings- og udviklingsredskab i fastlæggelsen af opgaver og krav til klinikker i det almenmedicinske tilbud, som klinikkerne vil skulle efterleve.

Der er i gældende lovgivning ikke en national kompetence til at fastlægge de samlede krav og opgaver m.v. til det almenmedicinske tilbud eller til at stille forpligtende krav. Opgaver og krav til det almenmedicinske tilbud fastlægges med overenskomst om almen praksis. Fastlæggelsen af opgaver, krav til indhold og udvikling i det almenmedicinske tilbud forudsætter således i dag enighed mellem parterne bag overenskomst om almen praksis og fastlægges i høj grad særskilt fra opgavefastlæggelsen i det øvrige sundhedsvæsen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderer, at dette tiltag fra sundhedsreformen kan implementeres ved at give indenrigs- og sundhedsministeren bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler om den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion, som Sundhedsstyrelsen skal fastsætte. Dertil ved at regionerne som ansvarlig sundhedsmyndighed for det almenmedicinske tilbud samt klinikkerne i det almenmedicinske tilbud forpligtes til at efterleve krav og opgaver m.v. heri.

Den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud skal 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 og et grundlag for at gennemføre en faglig og organisatorisk udvikling af det almenmedicinske tilbud. Den nationale opgavebeskrivelse

og basisfunktion skal således både bidrage til at regulere og udvikle det almenmedicinske tilbud.

Samlet set skal den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion sikre tydelighed om prioriteter og retning for det almenmedicinske tilbud og dertil stille krav til funktioner, opgaver og kompetencer, som vil skulle gøre det lettere for regionsrådet, som ansvarlig myndighed at planlægge og tilrettelægge tilbuddet lokalt, samt for de enkelte klinikker at dimensionere og tilrettelægge indsatsen.

Med udgangspunkt i Aftale om sundhedsreform 2024 og en ny organisering af det regionale sundhedsvæsen fra 1. januar 2027 vil regionsrådets lokale planlægning af almenmedicinske tilbud og det umiddelbare ansvar for at udvikle det almenmedicinske tilbud som udgangspunkt skulle ske regi af de kommende sundhedsråd på vegne af regionsrådet. Således vil planlægning og rammesætning af blandt andet et tættere samarbejde mellem det almenmedicinske tilbud og øvrige sundhedsaktører, herunder kommunale sundhedstilbud, skulle indgå som en del af de kommende nærsundhedsplaner, som de kommende sundhedsråd skal udarbejde.

Sundhedsrådene vil inden for overordnede rammer fastsat nationalt og af regionsrådet således skulle planlægge og implementere det udbyggede almenmedicinske tilbud og blandt andet omsætte de nye kompetencer på området, som f.eks. valg af klinikformer, lægedækning i forhold til kommunale og regionale tilbud m.v. Det vil sige, at tilrettelæggelsen og planlægningskompetencen af det almenmedicinske tilbud i den nye organisering i udgangspunkt vil være placeret hos sundhedsrådene inden for det geografiske område, som rådet dækker, men inden for rammerne af regionsrådets samlede sundhedsplanlægning og derudover i henhold til blandt andet den nationale sundhedsplan, den nationale fordelingsmodel for lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud samt i henhold den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion.

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

Det er Indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering, at den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion vil betyde et bedre grundlag for at opnå en mere ensartet opgaveløsning, kvalitet og tilgængelighed på tværs af de almenmedicinske tilbud og et bedre grundlag for at gennemføre en faglig udvikling af tilbuddet, som imødekommer udviklingsbehovet i det nødvendige tempo. Samtidig er det Indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering, at der vil være bedre mulighed for, at fastlæggelsen og prioriteringen af opgaver sker under hensyn til den strategiske sundhedsplanlægning i det samlede sundhedsvæsen i den nationale sundhedsplan og under hensyn til en optimal udnyttelse af kapaciteten i det almenmedicinske tilbud. Den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion skal således understøtte en styret omstilling af opgaver fra sygehusene til det almenmedicinske tilbud i takt med, at kapaciteten styrkes, og der kommer flere læger i tilbuddet.

Den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktionen skal således ses i nær sammenhæng med øvrige tiltag i Aftale om Sundhedsreform om at styrke regionernes kompetence til at lede og udvikle det almenmedicinske tilbud, med fokus på faglig udvikling og samarbejde. Blandt andet ved at der skal være indsigt i og adgang til data og information om aktiviteten og kvaliteten i de almenmedicinske klinikker, også for regionen med ansvar for tilbuddet. Dette skal bl.a. ske i regi af sundhedsrådene, der skal lede den faglige udvikling i samspil med sundhedsvæsenet.

Der forventes i kommende reguleringer med forventet ikrafttrædelse fra 1. januar 2027, 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. Det kunne bl.a. omfatte data om aktivitet og kvalitet på klinikniveau, oplysninger om virksomhedskonstruktion, bemanning og organisering af de enkelte klinikker m.v., ligesom det kunne være indblik i regnskaber m.v.

Det er desuden Indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering, at den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion vil medføre, at regionsrådet i efterlevelsen af sin myndighedsforpligtelse om at tilvejebringe tilbud om vederlagsfri behandling for alle borgere, i henhold til sundhedslovens § 60, jf. § 57, vil kunne sikre et tilbud af en mere ensartet og høj kvalitet. Derudover vil regionsrådet have bedre mulighed for at følge op på lægernes efterlevelse af krav samt kvalitet.

Opgavebeskrivelsen og basisfunktionen vil indgå i et landskab af øvrige styringsværktøjer, der regulerer det almenmedicinske tilbud, og vil skulle

supplere og ses i sammenhæng med disse. Både nye styringsværktøjer, der udspringer af Aftale om sundhedsreform 2024, heriblandt den nationale sundhedsplan, en ny aftalemodel for alment praktiserende læger, patientrettigheder, herunder digitale patientrettigheder og særlig tovholderfunktion i det almenmedicinske tilbud, kronikerpakker m.v. Derudover eksisterende styringsværktøjer, som kliniske vejledninger til det almenmedicinske tilbud, Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb, pakkeforløb for kræft og kvalitetsstandards til kommunale sundhedstilbud. Der skal tages højde for disse i udarbejdelsen og ved opdateringer af opgavebeskrivelsen og basisfunktionen.

Den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion skal desuden ses i nær sammenhæng med øvrige tiltag og styringsredskaber for det almenmedicinske tilbud. Herunder målsætningen om at øge antallet af læger i det almenmedicinske tilbud fra 3.500 til mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud i 2035, svarende til et løft på 40 pct. I forlængelse heraf den nationale fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, og den samlede kapacitetsudvidelse i det almenmedicinske tilbud, som fastlægges på baggrund af blandt andet den nationale model for fordeling af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud. Derudover skal den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion ses i sammenhæng med en ny aftalemodel og en ny, differentieret honorarstruktur for de alment praktiserende læger, som i dag virker efter overenskomst om almen praksis. Disse vil skulle gælde fra 2027 og indgås blandt andet med udgangspunkt i den nationalt fastsatte opgavebeskrivelse og basisfunktion.

Det følger af Aftale om sundhedsreform 2024, at der fra 2027 indføres en national sundhedsplan og nærsundhedsplaner. Der kan fra nationalt niveau fastsættes en retning for udviklingen af sundhedsvæsenet. Det fastlægges i sundhedslovens § 206 c, stk. 1, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter en national sundhedsplan med ikrafttrædelse i 2027, som sætter strategisk retning for udvikling af sundhedsvæsenet og national og lokal sundhedsplanlægning, jf. lovforslag om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love. Det følger endvidere af 206 c, stk. 2, at sundhedsmyndigheders, regioners og kommuners planlægning af sundhedsvæsenet skal være i overensstemmelse med den nationale sundhedsplan.

Den fælles planlægningsramme skal understøtte, at der på både nationalt og lokalt niveau i sundhedsplanlægningen er fokus på omstilling mod nære og almene sundhedsindsatser samt en bedre og mere lige fordeling af ressourcer på tværs af landet. Herunder skal den nationale sundhedsplan sikre, at

sundhedsrådene har en ramme til udarbejdelse af nærsundhedsplanerne og de lokale omstillingsindsatser, som skal indgå heri.

Den nationale sundhedsplan kan blandt andet indeholde målsætninger for hvilke typer af opgaver, der løses bedst i det almenmedicinske tilbud, og hvilke typer af opgaver, der løses bedst andre steder i sundhedsvæsenet. Opgavebeskrivelsen kan ses som et værktøj, der udmønter målsætningerne i den nationale sundhedsplan til konkrete tiltag og dermed operationaliserer strategien i forhold til det almenmedicinske tilbud. Den nationale opgavebeskrivelse vil således indeholde en beskrivelse af strategi, principper og mål fra den nationale sundhedsplan, som omsættes til krav og anbefalinger i opgavebeskrivelsen.

Det er hensigten, at den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion løbende vil skulle opdateres for at sikre, at der sker den ønskede omstilling til og faglige udvikling af det almenmedicinske tilbud. Dertil for at sikre en balance mellem opgaver og krav og det almenmedicinske tilbuds ressourcer, kompetencer og kapacitet, som løbende udbygges frem mod 2035. Dertil for at sikre en balance om opgaver, honorering og samlet økonomi til det almenmedicinske tilbud.

### 3.1.3. Den foreslåede ordning

#### 3.1.3.1. National opgavebeskrivelse og basisfunktion i det almenmedicinske tilbud

Det foreslås, at der efter kapitel 13 b indsættes kapitel 13 c: Nationale krav og opgaver m.v. til det almenmedicinske tilbud.

Det foreslås, at der indsættes en ny § 57 l i sundhedsloven.

Det foreslås, at der indføres en ny bestemmelse i sundhedslovens § 57 l, stk. 1, om, at krav og opgaver m.v. i det almenmedicinske tilbud fastsættes i den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, jf. regler fastsat i medfør af det foreslåede stk. 4.

Den foreslåede ordning om den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion vil fastsætte forpligtende krav om opgaver m.v. til regionsrådet, som den overordnede ansvarlige myndighed, samt til klinikker i det almenmedicinske tilbud, vil skulle efterleve.

Den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion vil indeholde en myndighedsrettet del, opgavebeskrivelsen, og en klinikrettet del, basisfunktionen.

## UDKAST

Den nationale opgavebeskrivelse vil være det centrale styrings- og udviklingsredskab i fastlæggelsen af opgaver og krav til den samlede almenmedicinske ydelse, som regionerne som ansvarlig myndighed vil skulle tilvejebringe. Basisfunktionen vil være det centrale styrings- og udviklingsredskab i fastlæggelsen af opgaver og krav til klinikker i det almenmedicinske tilbud, som klinikkerne vil skulle efterleve.

Den nationale opgavebeskrivelse vil blandt andet indeholde krav og anbefalinger til funktioner, der vil ligge ud over basisfunktionen, som regionsrådet vil have ansvar for at sikre udbuddet af, men som ikke skal varetages af alle klinikker i det almenmedicinske tilbud.

Derudover vil den omfatte regionsrådets forpligtelser i forhold til at understøtte og udvikle de almenmedicinske tilbud fagligt. Heriblandt regionens understøttelse af forskning i almenmedicinske tilbud og patientforløb i det primære sundhedsvæsen og dataunderstøttet kvalitetsudvikling i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Opgavebeskrivelsen vil desuden skulle indeholde en beskrivelse af regionsrådets forpligtelser til opfølgning på overholdelse af krav i opgavebeskrivelsen og basisfunktionen, herunder brug af data og opfølgning af kvalitet.

Med udgangspunkt i Aftale om sundhedsreform 2024 vil den nationale opgavebeskrivelse blandt andet også skulle indeholde 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. Det fremgår således af Aftale om Sundhedsreform 2024, at en udbygning af det almenmedicinske tilbud også indebærer, at regionerne udbygger tilgængeligheden også for udsatte grupper. Derudover vil opgavebeskrivelsen også indeholde en beskrivelse af strategi og principper fra den nationale sundhedsplan, som omsættes til krav og anbefalinger i opgavebeskrivelsen.

Den nationale opgavebeskrivelse vil således f.eks. skulle indeholde krav til regionsrådets forpligtelser i det tværsektorielle arbejde og til at understøtte rammerne for klinikkernes opgavevaretagelse. Det vil f.eks. være krav om, at regionsrådet i sin planlægning af det almenmedicinske tilbud vil skulle understøtte rammerne for at skabe sammenhæng og koordinering af patientforløb, der går på tværs af det almenmedicinske tilbud, sygehuse, regionale og kommunale sundhedstilbud og øvrige praksissektor med udgangspunkt i opgavebeskrivelsen. Derudover f.eks. krav til regionsrådets understøttelse



af de almenmedicinske tilbuds adgang til diagnostiske undersøgelser og til specialistrådgivning om komplekse patientforløb hos f.eks. praktiserende speciallæger og på sygehuse m.v.

Den nationale opgavebeskrivelse vil også skulle indeholde krav til regionsrådets opgaver og forpligtelser i relation til faglig udvikling, som regionsrådet vil skulle efterleve i sin planlægning og tilrettelæggelse af det almenmedicinske tilbud. Det vil være krav til regionsrådets understøttelse af de almenmedicinske tilbud med fokus på udvalgte udviklingsområder, som f.eks. multisygdom og komplekse patienter, differentiering, forskning og kvalitetsudvikling i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Derudover vil opgavebeskrivelsen også kunne indeholde udvalgte udviklingsområder, som ikke vil have status af krav og anbefalinger til regionsrådet, men som ved senere opdateringer af opgavebeskrivelsen og basisfunktionen vil kunne ændre status til egentlige krav og anbefalinger.

Den foreslåede ordning vil således indebære, at regionsrådets som led i sin efterlevelse af opgavebeskrivelsen både vil skulle understøtte den faglige udvikling i dialog med klinikker og følge op på blandt andet efterlevelsen af basisfunktionen. Dette vil skulle understøtte regionsrådets mulighed for at tilvejebringe et almenmedicinsk tilbud af ensartet, høj kvalitet, og at regionsrådet vil have bedre mulighed for at følge op på klinikkers efterlevelse af krav samt kvalitet. Den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion vil således skulle ses i nær sammenhæng med den foreslåede ordning i § 276 a om opfølgning på nationale krav over for de almenmedicinske tilbud

Det fremgår af Aftale om sundhedsreform 2024, at basisfunktionen vil skulle indeholde en beskrivelse af funktioner, opgaver, tilgængelighed, samarbejde og kompetencer, som alle klinikker som udgangspunkt vil være forpligtet til at skulle leve op til og løse, , uanset leverandørform Herunder vil basisfunktionen også indeholde blandt andet en faglig beskrivelse af funktioner, kompetencer og udstyr, der er knyttet til opgavevaretagelsen, tilgængelighed, adgangsforhold samt krav til samarbejder, som klinikker i det almenmedicinske tilbud er forpligtede til at deltage i på tværs af aktører og sektorer m.v., herunder samarbejdet med regionen.

Basisfunktionen vil f.eks. skulle indeholde krav i relation til de funktioner, som klinikker i det almenmedicinske tilbud skal varetage herunder tovholderfunktionen og differentiering af indsatser for patienter med særlige behov, krav til patientrettede opgaver, udstyr, som skal være til rådighed, krav om kompetencer hos klinikken samt beskrivelse af systematisk og selvvalgt

efteruddannelse til vedligeholdelse og udvikling af kompetencer hos læger og øvrige faggrupper m.v. Derudover vil basisfunktionen skulle indeholde krav til klinikkens arbejde med kvalitetssikring og -udvikling data og deltagelse i f.eks. kvalitetsarbejde. Dertil krav til samarbejde med sygehuse, akutberedskab, kommuner, øvrige praksisområde m.v. 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.

Endelig vil basisfunktionen skulle indeholde konkrete krav til tilgængelighed i form af åbningstider, kontaktformer som f.eks. telefon- og videokonsultation, og tilrettelæggelse med mulighed for akuttid eller kontinuitet efter behov. Desuden krav til fysiske adgangsforhold og adgang for gangbesværede.

Basisfunktionen vil skulle danne grundlag for regionsrådets opfølgning på klinikkernes efterlevelse af kravene i basisfunktionen. Dette ud fra et hensyn om at styrke regionsrådets mulighed for at tilvejebringe et almenmedicinsk tilbud af ensartet, høj kvalitet.

Den foreslåede ordning med den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion vil skulle ses i nær sammenhæng med tiltag til styrket kapacitet i det almenmedicinske tilbud og målsætningen om mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud i 2035 og vil i takt med kapacitetsudviklingen skulle understøtte mere fleksible åbningstider og tilgængelighed i klinikkerne i det almenmedicinske tilbud. Dette vil skulle understøtte omstillingen af opgaver til det nære sundhedsvæsen.

Med den foreslåede ordning vil opgaver og krav m.v. i det almenmedicinske tilbud således blive fastlagt nationalt. Den foreslåede ordning vil således medføre, at grundlaget for den nuværende aftalemodel for de alment praktiserende læger vil blive ændret. Den foreslåede ordning skal dermed ses i nær sammenhæng med den foreslåede ordning i § 227 a, stk. 1.

Det foreslåede § 57 l, stk. 1, skal ses i sammenhæng med den foreslåede § 57 l, stk. 4, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren vil skulle fastsætte nærmere regler om opgavebeskrivelsen og basisfunktionen ved bekendtgørelse. Der henvises til bemærkningerne i afsnit 3.1.3.4. nedenfor.

### 3.1.3.2. Regionsrådets forpligtelse til at tilvejebringe et almenmedicinsk tilbud efter opgavebeskrivelsen

Det foreslås, at der i sundhedslovens § 57 l, stk. 2 indføres en bestemmelse om, at regionsrådet er forpligtet til at tilvejebringe og tilrettelægge det almenmedicinske tilbud i henhold til den nationale opgavebeskrivelse efter

stk. 1, herunder at fastlægge de overordnede rammer for samarbejdet mellem klinikker i det almenmedicinske tilbud og det øvrige sundhedsvæsen.

Den foreslåede ordning vil medføre, at regionsrådet vil blive forpligtet til at planlægge, tilvejebringe og tilrettelægge det almenmedicinske tilbud i overensstemmelse med de krav, opgaver og anbefalinger m.v., som fastlægges i den nationale opgavebeskrivelse. Den nationale opgavebeskrivelse vil blandt andet indeholde krav og anbefalinger til funktioner, der vil ligge ud over basisfunktionen, krav til at understøtte klinikkernes opgavevaretagelse og det tværsektorielle arbejde samt om faglig udvikling af det almenmedicinske tilbud.

Den foreslåede ordning vil således indebære, at der vil blive stillet krav til regionsrådets forpligtelse til at sikre tilvejebringelsen af visse ydelser og opgaver i det almenmedicinske tilbud, som ligger ud over basisfunktionen, og som dermed ikke vil være krav til alle klinikker. I praksis vil regionsrådet således skulle sikre efterlevelsen af dette ved aftaler om varetagelsen af disse opgaver og funktioner lokalt med klinikker i det almenmedicinske tilbud i regionens område. Det vil blandt andet kunne være krav om tilgængelighed i det almenmedicinske tilbud i ydertimer samt krav om at sikre fasttilknyttede lægedækning på plejehjem, sundheds- og omsorgspladser og botilbud samt tilgængelighed for øvrige særligt sårbare og udsatte borgere m.v., som det fremgår og er aftalt med Aftale om sundhedsreform 2024.

Den foreslåede ordning vil desuden medføre, at regionsrådet vil skulle fastlægge de overordnede rammer for samarbejdet mellem klinikker i det almenmedicinske tilbud inden for regionens geografiske områder af hensyn til at understøtte tilvejebringelsen af et samlet almenmedicinsk tilbud og rammer for samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen i overensstemmelse med den nationale opgavebeskrivelse. Regionsrådet vil således skulle varetage den lokale faglige ledelse og koordinering af samarbejde med klinikker og lægerne med henblik på at sikre velfungerende rammer for opgaveløsning og udvikling. Samtidig vil klinikkerne være forpligtet til at indgå i samarbejdet.

Samlet set vil regionsrådets således blive forpligtet i forhold til det tværsektorielle arbejde i relation til det almenmedicinske tilbud, understøttelse af rammerne for de almenmedicinske tilbuds opgavevaretagelse, faglig udvikling, opfølgning på klinikkernes efterlevelse af gældende krav i blandt andet basisfunktionen m.v. Regionsrådet vil dermed som led i sin efterlevelse af opgavebeskrivelsen både skulle understøtte opgavevaretagelsen, sikre den

faglige udvikling i dialog med klinikker og følge op på blandt andet klinikernes efterlevelse af krav i basisfunktionen samt på øvrige krav og på kvalitet. Dette vil skulle understøtte regionsrådets samlede muligheder for at tilvejebringe et almenmedicinsk tilbud af ensartet, høj kvalitet.

Den foreslåede ordning vil dermed skulle ses i nær sammenhæng med den foreslåede ordning i § 276 a, vedrørende regionernes kompetence til at sanktionere almenmedicinske tilbud og den foreslåede ordning i § 227 c, om regionsrådets nye kompetence til at forhåndsgodkende speciallæger i almen medicin ved køb af ydernumre.

Den foreslåede ordning desuden vil skulle ses i nær sammenhæng med nuværende bestemmelse i sundhedslovens § 227, stk. 5. Det fremgår af lovbestemmelserne hertil, at det vil være muligt for regionsrådet at etablere en særlig organisering af visse almenmedicinske ydelser i det almenmedicinske tilbud, som f.eks. er målrettet en særlig patientgruppe eller grupper af borgere med særlige behov, som erfaringsmæssigt f.eks. har oplevet udfordringer med at bruge de eksisterende, traditionelle tilbud. Et sådant fuldt tilbud vil være det, borgeren er tilknyttet, og som vil kunne levere de ydelser, der indgår i den nationalt fastsatte basisfunktion. Derudover vil tilbuddet kunne indeholde særlige ydelser, der er tillæg til basisfunktionen. Den foreslåede ordning vil således også skulle ses i nær sammenhæng med den foreslåede ordning i § 227 a, stk. 2, som vil medføre, at der fortsat vil kunne indgås lokale aftaler om blandt andet opgaver fastsat i opgavebeskrivelsen.

### 3.1.3.3. Læger i almenmedicinske tilbuds forpligtelse til at efterleve basisfunktionen

Det foreslås, at der i sundhedslovens § 57 l, stk. 3, indføres en bestemmelse om, at klinikker i det almenmedicinske tilbud er forpligtet til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med krav og opgaver m.v. fastsat i basisfunktionen for det almenmedicinske tilbud.

Med den foreslåede ordning vil alle klinikker i det almenmedicinske tilbud uanset klinikform og inklusive regionale klinikker skulle efterleve og virke i overensstemmelse med basisfunktionen.

Med klinikker forstås her alle almenmedicinske tilbud, hvor autoriserede sundhedspersoner, eller personer, der handler på deres ansvar, udfører sundhedsfaglig behandling.

Den foreslåede ordning vil desuden betyde, at obligatoriske krav og opgaver til klinikker i det almenmedicinske tilbud vil blive fastsat nationalt, heriblandt krav til funktioner som tovholderfunktion, opgavevaretagelse, udstyr, kompetencer, kvalitet, samarbejde, herunder tværsektorielt samarbejde og samarbejde med regionen om opgavevaretagelsen i det almenmedicinske tilbud, tilgængelighed og åbningstider samt fysiske adgangsforhold m.v. Ved fastlæggelsen af krav til tilgængelighed og åbningstid vil der skulle sikres balance i forhold til kapacitet og vilkår i klinikkerne samt tages højde for leverandørsammensætningen i det almenmedicinske tilbud. Samtidig med at der i fastlæggelsen tages hensyn til den samlede planlægning af sundhedsvæsenet og det almenmedicinske tilbuds funktion og opgaver heri.

Med den foreslåede ordning vil klinikkerne således også være forpligtede til at bidrage til og deltage i samarbejde med blandt andet regionen og med andre øvrige dele af sundhedsvæsenet inden for de rammer, som regionsrådet fastlægger for dermed at understøtte den samlede opgavevaretagelse i det almenmedicinske tilbud inden for regionens område i henhold til den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion. Den foreslåede ordning skal således ses i nær sammenhæng med tiltag i Aftale om Sundhedsreform 2024 om indsigt i og adgang til data og information om aktiviteten og kvaliteten i de almenmedicinske klinikker, for bl.a. regionen med ansvar for tilbuddet.

En klinik vil kunne varetage yderligere opgaver og funktioner målrettet mod f.eks. særlige patientgrupper, som f.eks. fast læge på et botilbud m.v., der ligger ud over basisfunktionen, og som er indeholdt i opgavebeskrivelsen. Krav til klinikernes varetagelse af sådanne opgaver og funktioner følger af aftale med regionsrådet.

Den foreslåede ordning ændrer ikke ved det forhold, at der fortsat vil skulle indgås aftale om de økonomiske vilkår m.v., vedrørende krav og opgaver i opgavebeskrivelsen og basisfunktionen for de alment praktiserende læger, der virker efter aftaler indgået efter regler fastsat i den foreslåede ordning i § 227 a, stk. 1.

Vilkårene for udbudsklinikker vil blive fastlagt ved kontrakter med regionsrådet. Den foreslåede ordning skal således ses i nær sammenhæng med de foreslåede ordninger i § 227 a, stk. 1, om en ny aftalemodel samt i § 227 a, stk. 3 og 4, om en differentieret honorarstruktur.

Med den foreslåede ordning i § 227 a, stk. 1, og § 227 a, stk. 4, vil en ny aftalemodel skulle være fleksibel og en ny honorarstruktur simpel, sådan at

nye eller ændrede opgaver og krav, som følge af justeringer i basisfunktionen ikke automatisk forudsætter forhandlinger på ny og nye honorarer.

3.1.3.4. Bemyndigelse til indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte regler om den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud

Det foreslås, at der i sundhedsloven indføres en bestemmelse i § 57 l, stk. 4, om, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud.

Med den foreslåede ordning vil indenrigs- og sundhedsministeren få bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler om den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion og indhold heri.

Den foreslåede bemyndigelse vil blive udmøntet i bekendtgørelse med nærmere regler om og indhold i den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion. Den foreslåede ordning vil således medføre en ændring af den eksisterende opgavefastlæggelse i det almenmedicinske tilbud, hvor krav og opgaver fremover vil skulle fastlægges nationalt.

Ved udmøntningen af bemyndigelsesbestemmelsen vil indenrigs- og sundhedsministeren anmode Sundhedsstyrelsen om at fastlægge den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud med inddragelse af relevante faglige aktører, som fastlagt i Aftale om sundhedsreform 2024.

Den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion vil i første omgang skulle fastlægges af Sundhedsstyrelsen med inddragelse af faglige input fra relevante aktører.

Der vil blive fastsat nærmere regler om, at den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud vil skulle opdateres med løbende intervaller, f.eks. hvert andet til fjerde år, ud fra et hensyn til bl.a. den samlede strategiske retning for udviklingen af sundhedsvæsenet og herunder planlægningen af sundhedsvæsenet. Dertil for at afspejle opgaveudviklingen og understøtte en omstilling mod nære og almene sundhedsindsatser, herunder til det almenmedicinske tilbud.

I fastlæggelsen og opdateringen vil der, som det fremgår af Aftale om sundhedsreform 2024, skulle sikres balance mellem kravene i

opgavebeskrivelsen og basisfunktionen og det almenmedicinske tilbuds kapacitet, ressourcer og kompetencer.

### **3.2. Aftale om vilkår for alment praktiserende læger**

#### **3.2.1. Gældende ret**

Sundhedsloven fastlægger de overordnede rammer for de almenmedicinske tilbud, herunder bestemmelser om f.eks. regionernes forpligtigelser overfor borgerne, samarbejdet mellem almenmedicinske tilbud og det øvrige sundhedsvæsen m.v.

Det følger af sundhedslovens § 60, stk. 1, at regionsrådet yder vederlagsfri behandling hos den valgte alment praktiserende læge til personer, der er omfattet af sygesikringsgruppe 1. Det er således regionsrådene, der har ansvaret for at levere vederlagsfri almenmedicinske ydelser til borgerne.

Det er fastlagt i sundhedslovens § 227, stk. 1, 1 pkt., at det i henhold til § 37 i lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab nedsatte nævn afslutter overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkårene for de i §§ 50, 58-60, 64, 66-69, 71 og 72, § 140 a, stk. 1, og §§ 140 b, 159 og 175 nævnte ydelser.

I praksis forstås, at Regionernes Lønnings- og Takstnævn kan indgå overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkårene for ydelser i praksissektoren, dvs. hos alment praktiserende læger, speciallæger, kiropaktorer, fysioterapeuter, tandlæger, tandplejere, psykologer og fodterapeuter.

Det følger videre af bestemmelsens 2. pkt., at vilkår, der er fastsat ved lov, ikke kan fraviges ved sådanne overenskomster.

#### *3.2.1.1. Overenskomst om almen praksis*

Konkret aftales vilkår for leverancen af almen medicinske ydelser til borgeren mellem RLTN og PLO i henhold til sundhedslovens § 227, stk. 1, om indgåelse af overenskomster på praksisområdet. Det betyder, at langt hovedparten af almenmedicinske ydelser til borgerne ydes af alment praktiserende læger, der arbejder inden for rammerne af overenskomst om almen praksis.

Overenskomsten om almen praksis er en gensidigt forpligtende aftale, som pålægger overenskomstparterne rettigheder og pligter og handlemulighed over for hinanden. Gensidige forpligtelser er særligt vigtige i

praksissektoren, eftersom alment praktiserende læger, tandlæger m.fl. ikke er i et ansættelsesforhold, men udøver et liberalt erhverv i et kontrakt- eller aftaleforhold til regionen. Som grundlæggende forudsætning er alment praktiserende læger således selvstændige erhvervsdrivende under overenskomst om almen praksis, som fælles kontrakt. Det indebærer bl.a., at de alment praktiserende læger erhverver et ydernummer, hvor hver klinik/ejerkreds driver deres egen virksomhed via en kollektiv forpligtelse om at følge reglerne i overenskomst om almen praksis i tillæg til lovgivningen på området.

Overenskomst om almen praksis genforhandles mellem parterne ca. hvert tredje eller fjerde år. Når parterne efter en forhandling er blevet enige om en såkaldt Forhandlingsaftale, vil denne blive sendt til godkendelse i RLTN og sendt til urafstemning blandt medlemmer af PLO. Såfremt der opnås enighed om Forhandlingsaftalen, vil denne blive implementeret i Overenskomsten om almen praksis, som vil blive offentliggjort i en ny udgave.

Overenskomsten har ikke en på forhånd fastlagt udløbsdato, men løber videre, indtil den evt. opsiges af én af overenskomstens parter. Overenskomsten kan af en af parterne opsiges med mindst seks måneders varsel til ophør den 1. i en måned, jf. § 131 i overenskomsten. Som et tillæg til overenskomsten har parterne aftalt et Økonomiprotokollat, hvor den økonomiske ramme for de almen praktiserende lægers virke efter overenskomsten blandt andet fremgår. Økonomiprotokollatet har i modsætning til resten af overenskomsten en aftalt udløbsdato, og genforhandles således løbende i takt med, at parterne i praksis har genforhandlet dele af den samlede overenskomst. Se nærmere under pkt. 3.2.1.4.

En speciallæge i almen medicin, som ønsker at drive et almen medicinsk tilbud, kan tilslutte sig overenskomst om almen praksis under forudsætning af, at pågældende opfylder de gældende autorisations- og uddannelseskrav og kan erhverve et ydernummer med henblik på at blive selvstændig erhvervsdrivende eller kan indgå aftale om ejerskab med andre ejerlæger. En sådan ejer af et alment medicinsk tilbud har pligt til at holde sig orienteret i overenskomstens bestemmelser og i administrationen heraf. Ansvar for, at overenskomsten overholdes ligger hos ejerlægen af en klinik.

Overenskomst om almen praksis beskriver bl.a. de vilkår, rammebetingelser, kvalitetsmål mv., der er forpligtende for den enkelte alment praktiserende læge. Der er således tale om bestemmelser, der vedrører ansvar, opgaver og muligheder for de enkelte ydere, der virker inden for overenskomstens rammer, overordnede mål for området og konkrete bestemmelser, der



gælder for driften af praksis. Disse bestemmelser omfatter bl.a. størrelsen af honorarerne for de enkelte ydelser, vilkår for etablering af en klinik, herunder hvilke selskabskonstruktioner og praksisformer en almen praksis i henhold til overenskomsten kan drives som. Derudover omfatter overenskomsten bestemmelserne også f.eks. reguleringen af en læges ret til fravær, ret til at gøre brug af vikarer og ret til at frasige sig patienter, samt hvordan en læge i forskellige situationer kan ophøre i sin praksis.

### *3.2.1.2. Øvrige landsdækkende aftaler*

RLTN og PLO har i tillæg til overenskomst om almen praksis indgået en række øvrige selvstændige landsdækkende aftaler, der supplerer det øvrige aftalegrundlag i overenskomsten. Årsagen til, at de øvrige aftaler indgås udenfor overenskomsten kan bl.a. være et hensyn til, at aftalerne har forskellige målgrupper eller er af midlertidig karakter, som f.eks. diverse forsøgsordninger.

De øvrige landsdækkende aftaler spænder bredt og regulerer bl.a. de alment praktiserende læger, der virker som tutorlæger, samt en lang række ydelser som f.eks. profylakseydelser, dosispakket medicin til personer tilknyttet f.eks. den kommunale hjemmepleje, honorarer ved vejledning for ikke tilmeldte patienter ved svangerskab og omkostningsdækning af journaler ved praksisluk m.v.

### *3.2.1.3. Lokalaftaler*

På regionalt niveau er der mulighed for at supplere overenskomst om almen praksis ved indgå lokalaftaler mellem regionen og lægernes regionale praksisudvalg. Lokalaftalerne kan bidrage til at udvikle og supplere overenskomsten i den forstand at man kan afprøve nye tiltag inden for rammerne af lokalaftalerne, som på sigt kan indgå i landsoverenskomsten. Herved kan lokalaftalerne bidrage til en forbedring af overenskomsten.

En lokalaftale kan f.eks. vedrøre forhold for alle praksis i regionen, praksis i én kommune eller en enkelt praksis. Der er ikke i overenskomsten begrænsninger på, hvilke emner en lokalaftale kan omhandle. Spændvidden i de hidtidige lokalaftaler har da også været stor og har strakt sig fra at vedrøre indførelse af honorarer for nye ydelser, aftaler om særlige rekrutterings- og fastholdelsestiltag til praksiskonsulentordninger. Udgifterne til lokalaftaler afholdes af regionerne, mens den politiske drøftelse af behovet for aftaler finder sted i samarbejdsudvalget.

Overenskomstens parter blev i forbindelse med den regionale praksisplan, som blev etableret som ramme for de opgaver, som almen praksis skulle løse, enige om at afskaffe § 2 i overenskomsten for almen praksis med overenskomstaftalen i 2014, hvori det fremgik, at der i tillæg til selve overenskomsten kunne ”indgås lokale aftaler som supplerer eller fraviger nærværende overenskomst”. Dette medførte, at overenskomstfravigende aftaler ikke længere kunne indgås som lokalaftaler, ligesom lokalaftaler ikke længere kunne indgås mellem enkelte læger og kommunen/regionen.

Muligheden for at indgå lokalaftaler er ikke fuldstændig afskaffet. Med lov nr. 904 af 4. juli 2013 (ændring af rammerne for almen medicinske ydelser m.v. i praksissektoren, herunder styrkelse af regionernes planlægnings- og styringsmuligheder, ensartet kvalitet, systematisk patientinddragelse, erstatningspligt m.v.) blev der med § 206 a etableret hjemmel til, at regionsrådet skal udarbejde en praksisplan vedrørende almen praksis, der fastsætter rammen for de opgaver, som almen praksis skal løse. Det følger af bemærkningerne til bestemmelsen, jf. Folketingstidende 2012-12, tillæg A, L 227 som fremsat side 22, at den konkrete udmøntning af rammen forudsætter, at der indgås en underliggende aftale med de praktiserende læger, hvor implementering og ressourcer aftales. Det fremgår videre, at det må antages at forudsætte, at den centralt forhandlede overenskomst om almen praksis i højere grad end hidtil skal suppleres af decentrale aftaler indgået efter forhandlinger imellem regionen/kommuner og almen praksis. Dette forudsætter, at en større andel af den samlede økonomiske ramme for sektoren kan udmøntes decentralt.

§ 206 a og regionsrådets forpligtigelse til at udarbejde en praksisplan vedrørende almen praksis blev med lov nr. 718 af 20. juni 2025 ophævet. Muligheden for at indgå lokalaftaler blev i stedet fastlagt ved lov nr. 718 af 20. juni 2025. Det fremgår således af § 206 b, stk. 6, at regionsrådet kan, herunder i samarbejde med kommunerne, indgå lokale aftaler med almenmedicinske tilbud, som drives efter overenskomster, jf. § 227, stk. 1.

### *3.2.1.5. Den økonomiske ramme for almen praksis*

De offentlige udgifter til almen praksis kan deles op i to. Den ene del er en økonomisk ramme, som aftales i overenskomsten ved et økonomiprotokollat. Den anden del af de offentlige udgifter er de ydelser, som ikke indgår i overenskomsten, og derfor ikke er omfattet af den nationale økonomiske ramme og højstegrænse. Det er bl.a. ydelser, som aftales lokalt, jf. lokalaftaler beskrevet i pkt. 3.1.1.3 og i profylakseaftalen. De alment

praktiserende læger kan også levere ydelser uden tilskud, som borgeren betaler for. Det kan f.eks. være lægeattester og visse vaccinationer.

Den øvre økonomiske ramme for udgifter til almen praksis fastlægges som en del af overenskomst om almen praksis ved et økonomiprotokollat, se nærmere under pkt. 3.2.1.1 Formålet med økonomiprotokollatet for almen praksis er at sikre, at de samlede offentlige udgifter til den specifikke del af sundhedssektoren holdes inden for et aftalt loft og dermed ansvarlige økonomiske rammer. Protokollatet sætter således en overordnet grænse for omsætningen under overenskomsten blandt den samlede kreds af alment praktiserende læger, som er omfattet af overenskomsten. Såfremt loftet overskrides medfører det, at sektoren for almen praksis skal iværksætte en aktivitetssænkende adfærd. Det sikrer, at regionerne har en budgetsikkerhed for et område, som de efter sundhedsloven har ansvaret for.

Den økonomiske ramme gælder kollektivt for de praktiserende læger med tilhørende automatiske mekanismer for modregning, som skal sikre, at rammen overholdes. Modregningen gennemføres ved nedsættelse af honorarerne via en justering af reguleringsprocenten og eventuelt basishonoraret. De alment praktiserende læger skal dermed prioritere deres aktivitet inden for rammen, så ressourcerne udnyttes bedst muligt i forhold til at sikre borgerne lægeydelser af høj kvalitet.

Den økonomiske ramme for almen praksis udgør 10.147,6 mio. kr. pr. 1. januar 2025. Modsat selve overenskomsten udløber økonomiprotokollatet ved en fastlagt dato efter forhandling med parterne. Det gældende økonomiprotokollat ophører den 31. december 2025, hvorefter regionerne ikke har sikkerhed for, at den økonomiske ramme, der er fastsat for sektoren overholdes, medmindre der indgås en ny aftale mellem parterne inden.

### *3.2.1.6. Honorarstruktur for alment praktiserende læger*

Fastsættelsen af de økonomiske rammer for det almenmedicinske tilbud, herunder honorering for tilknyttede patienter og de ydelser, der leveres i det almenmedicinske tilbud, aftales mellem RLTN og PLO i Overenskomst om almen praksis. Der er således i gældende lovgivning ikke fastsat økonomiske rammer for det almenmedicinske tilbud.

De alment praktiserende læger, der leverer ydelser i henhold til overenskomsten, får honorering udbetalt fra regionen i overensstemmelse med vilkår for honorering og levering af ydelser, som er reguleret i overenskomsten. Honorarstrukturen udgøres derfor af disse elementer. De alment praktiserende læger, der praktiserer efter overenskomsten honoreres med et fast

beløb per patient (såkaldt basishonorar) samt et aktivitetsbaseret honorar for hver af de ydelser, som de yder overfor eller på vegne af patienterne.

Den faste honorering, det vil sige de honorarer, som lægerne i udgangspunktet modtager uafhængig af deres behandlingsmæssige eller forebyggende aktiviteter, består af en fast basishonorering per tilmeldt patient samt et praksisomkostningshonorar. Basishonoreringen udgør cirka 40 pct. af den samlede økonomi hos de alment praktiserende læger.

Den aktivitetsbaserede honorering udløses i forbindelse med den daglige kontakt med patienter eller aktivitet på patienternes vegne i forbindelse med f.eks. dialog, diagnosticering, undersøgelse og behandling. Den nuværende honorarstruktur karakteriseres af en udtømmende liste af almenmedicinske ydelser med dertilhørende ydelseskoder og beskrivelser af hvornår den enkelte ydelse kan tilbydes.

De aktivitetsbaserede ydelser er opdelt i grundtydelser, laboratorieundersøgelser og tillægsydelser. Udgangspunktet for de aktivitetsbaserede ydelser er, at alle patienter har en lige ret til behandling og adgang til klinikken.

Honoreringen for en ydelse er fast uanset at en konsultation kan have forskellig varighed uanset om patienten er ung og rask eller ældre og multisyg. Den altovervejende hovedregel i den gældende aftale er således, at alment praktiserende læger honoreres og dermed styres ud fra et enkelttydelsesprincip, hvor nye ydelseskoder er en forudsætning for nye opgaver. Den aktivitetsbaserede honorering, fordelt på enkelttydelser, udgør omkring 60 pct. af den samlede økonomi hos de alment praktiserende læger.

Der findes aktuelt tre ordninger, der indebærer elementer af differentiering. Det differentierede basishonorar, kronikerhonoraret samt regionsrådenes mulighed for at yde et midlertidigt tillæg til klinikker i områder med lægemangel, som alle har til formål at understøtte økonomiske vilkår for læger i lægedækningstruede områder og/eller med en stor andel behandlingstunge patienter.

Det differentierede basishonorar udgør samlet set cirka 70 mio. kr. svarende til 0,7 pct. af den økonomiske ramme for det almenmedicinske tilbud. Det differentierede basishonorar tildeles som et tilskud til læger efter to modeller. Efter den første model gives der tilskud til læger, der praktiserer i lægedækningstruede områder. De lægedækningstruede områder defineres ud fra kriterier om hvor mange borgere, der er tilknyttet en udbuds-, regions- eller forsøgsklinik, borgernes socioøkonomiske status, andelen af læger i det

almenmedicinske tilbud, der er tæt på pensionsalderen samt hvor mange praksishandler, der sker med goodwill. Efter den anden model gives der tilskud blandt læger, der har en patientpopulation med en relativt set stor patient-tyngde i henhold til en statistisk model, som estimerer forbrug af sundhedsydelser ud fra patienternes alder, køn og sygelighed.

Foruden det differentierede basishonorar blev der med overenskomstaftalen for 2018 indført et kronikerhonorar, som differentierer honoreringen for klinikkerne med udgangspunkt i de tilmeldte patienters kroniske sygdom. Kronikerhonoraret øger lægernes basishonorar for patienter med type 2-diabetes og/eller patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og erstatter ydelseshonoreringen for denne patientgruppe. De alment praktiserende læge vælger selv, om de ønsker kronikerhonorar for deres patienter. Tilslutning forudsætter dog, at alle klinikkens tilmeldte patienter, der er diagnosticeret med type 2-diabetes og/eller KOL overflyttes til honoraret. Formålet med kronikerhonoraret er at motivere lægerne i det almenmedicinske tilbud til i højere grad at styrke indsatsen over for patienterne med de udvalgte diagnoser.

Overenskomsten giver jf. ovenstående beskrivelse af dens hovedkomponenter begrænset mulighed for en differentiering af de alment praktiserende lægers honorering tværs af klinikkerne. Den nuværende model giver også lægerne et begrænset incitament til at yde en større indsats for de patienter, som har det største sundhedsfaglige behov for almen medicinske ydelser. Der er altså begrænset økonomisk kompensation for læger, der har tilmeldt en patientpopulation, som har et større gennemsnitligt behandlingsbehov end i andre klinikker, på trods af, at de har en tilsvarende større arbejdsbyrde i form af flere komplekse patientforløb og mere ressourcekrævende kontakter.

Der findes et mindre antal ydelser, der kan ydes i tillæg til de overenskomstbestemte ydelser. Disse ydelser afholdes dermed ud over den økonomiske ramme, der fastsættes i overenskomstens økonomiprotokollat. Disse ydelser er enten aftalt lokalt i f.eks. sundhedsaftaler eller regionernes praksisplaner eller i profylakseaftalen. Dertil kan lægen tage privat betaling for en række ydelser, der ikke ydes offentligt tilskud til herunder f.eks. lægeattester og visse vaccinationer.

Regionsrådet fastlægger et minimum antal af patienter, som en klinik skal have tilknyttet før den har ret til at lukke for tilgang af yderligere patienter, jf. sundhedsloves § 206 a, stk. 1-4. Antallet fastsættes for hver klinik med

udgangspunkt i patienternes behandlingsbehov ud fra den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter og eventuelle lokale og klinikspecifikke forhold, der kan begrunde et højere eller lavere minimumspatienttal end fordelingsmodellen tilsiger.

De differentierede minimumspatienttal indebærer i udgangspunktet forskellige omsætningsforudsætninger for klinikker med forskelligt antal tilmeldte patienter. Det følger af sundhedslovens § 206 a, stk. 5, at regionsrådet indtil 31. december 2026 kan indgå aftaler om et midlertidigt tillæg, der supplerer overenskomsten, der er indgået i henhold til § 227, stk. 1. Ordningen understøtter en sammenhæng mellem lægernes honorar og borgernes sundhedstilstand og behandlingsbehov i områder med lægemangel frem til en ny honorarstruktur skal træde i kraft fra 2027.

### *3.2.1.7. Kontrolbestemmelser for den økonomiske aktivitet i almen praksis*

For at sikre kontrol med at de økonomiske aktiviteter i almen praksis holder sig inden for den samlede økonomiske ramme, har parterne med Overenskomst om almen praksis indgået aftale om at give regionerne adgang til en række kontrolbestemmelser og sanktionsmuligheder.

Kontrolbestemmelserne kan overordnet inddeles i to kategorier: 1) Bestemmelser, der regulerer den økonomiske aktivitet for hele branchen for almen praksis og 2) bestemmelser, der regulerer den økonomiske aktivitet i den enkelte praksis.

Kontrolbestemmelserne, der regulerer hele branchen for almen praksis er fastlagt i økonomiprotokollat, mens kontrolbestemmelser der vedrører den økonomiske aktivitet i den enkelte praksis er fastlagt i Overenskomst om almen praksis.

Det følger af økonomiprotokollatet, at hvis den aftalte økonomiske ramme overskrides vil overskridelsen blive modregnet i praktiserende lægers årlige honorarer i henhold til specifikke aftalte modregningsmekanismer. Det bemærkes, at der med modregningsadgangen er tale om en sekundær mekanisme, der anvendes i den situation, hvor regionernes udgifter til almen lægehjælp i aftaleperioden ellers ville overstige den aftalte økonomiske ramme.

Med modregningsmekanismen følger, at hvis de årlige udgifter, normeret til 52 uger, til almen praksis overstiger den aftalte ramme, er parterne enige om, at der med virkning fra den førstkommende regulering efter opgørelsen foreligger, sker en modregning efter følgende principper:

1. Ved overskridelser af den økonomiske ramme på mindre end 0,6 procent af den samlede ramme, iværksættes ikke modregning. Eventuelle overskridelser af den økonomiske ramme det efterfølgende år på mindre end 0,6 procent undtages ikke fra modregning som beskrevet i punkt 2 nedenfor, medmindre andet aftales.
2. Ved overskridelser af den økonomiske ramme ud over 0,6 procent sker en nedsættelse af reguleringsprocenten og om nødvendigt af basishonoraret medmindre andet aftales. Denne modregning skal give kompensation svarende til den konstaterede forskel mellem den afsatte ramme og de regionale udgifter. Den fulde overskridelse udover 0,6 procent, jf. pkt. 1, forventes dermed tilbagebetalt. Modregningen afvikles fremadrettet over et år med virkning fra førstkommende regulering. Modregning forløber således over to reguleringsperioder, hvorefter tilbagebetalingen anses som afviklet.

For så vidt angår kontrolbestemmelser, der regulerer den enkelte praksis, er det i overenskomsten aftalt, at der gælder en såkaldt højstegrænse for hvert ydernummer. Højstegrænsen fungerer som en slags omsætningsloft på den enkelte praksis. Højstegrænsen pålægges en praksis, hvis den i løbet af et kalenderår har haft en gennemsnitlig udgift pr. patient, som er mere end 20 pct. over gennemsnittet for ydelseshonorarer i regionen. Højstegrænsen indebærer, at klinikken skal tilbagebetale honorarer, der ligger mere end 20 pct. over den gennemsnitlige ydelseshonorarudgift pr. patient i regionen. Højstegrænsen bortfalder, hvis udgiften i to år har ligget under den fastsatte grænse.

Regionen har således adgang til en kontrolbestemmelse, der indebærer en regulering af individuelle højstegrænser for hver kapacitet. Hvis højstegrænsen overskrides bliver en praksis pålagt en økonomisk højstegrænse i to år, hvor alt over grænsen skal modregnes/tilbagebetales til regionen. Højstegrænsen er således tidsbegrænset og vil bortfalde, når udgiften i to år har ligget under den fastsatte grænse.

### 3.2.2 Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

Den nuværende overenskomstmodel for almen praksis indebærer, at krav og udvikling i det almenmedicinske tilbud forudsætter enighed mellem RLTN og PLO. Til trods for en række udviklingstiltag, bl.a. styrkede indsatser til mennesker med visse kroniske sygdomme og sundhedstjek af borgere på botilbud, foregår udviklingen i et tempo, som har vist sig ikke at være tilstrækkeligt i forhold til at kunne understøtte den ønskede udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet. Samtidig står sundhedsvæsenet over for en stadig

større udfordring, hvor flere komplekse og sårbare patientgrupper stiller krav til et mere smidigt og styrbart system. Det afføder et behov for at indføre en justeret aftalekonstruktion for det almenmedicinske tilbud, hvor opgaverne fastlægges på en ny måde, og hvor øvrige krav til det almenmedicinske tilbud ikke automatisk forudsætter forhandlinger mellem parterne.

Med Aftale om sundhedsreform af den 15. november 2024 er aftalepartierne enige om en ny organisering af det almenmedicinske tilbud fra 2027, hvor bl.a. opgaver i det almenmedicinske tilbud skal reguleres nationalt i en opgavebeskrivelse og basisfunktion. Det medfører bl.a., at centrale elementer, der hidtil har været reguleret ved overenskomst om almen praksis, fremadrettet reguleres udenfor overenskomsten og gøres gældende for det samlede almenmedicinske tilbud. Der vil derfor være et væsentligt ændret aftalegrundlag, og formålet med kommende aftaler mellem parterne vil adskille sig markant fra det nuværende overenskomstsysteem.

Det fremgår således af Aftale om sundhedsreform, at aftalepartierne er enige om, at en smallere central aftale fra 2027 skal erstatte overenskomst om almen praksis og fastsætte de økonomiske vilkår for de alment praktiserende læger med afsæt i den nationalt fastsatte opgavebeskrivelse og basisfunktion. Aftalesystemet skal være mere smidigt og styrbart samtidig med, at et aftalebaseret grundlag, som fastlægger vilkårene for de praktiserende læger, bevares. Det fastsættes i sundhedsloven, at de økonomiske vilkår for praktiserende læger aftales i en central aftale mellem regionerne og praktiserende læger og i kontrakter mellem regionen og leverandører for udbudsklinikker.

Med en ny organisering af det almenmedicinske tilbud fra 2027 er aftalepartierne derudover enige om, at der skal være sammenhæng mellem lægernes honorar og borgernes behandlingsbehov og at der derfor skal indføres en ny, forenklet og differentieret honorarstruktur, så læger med de mest syge patienter skal have færre patienter og mere i honorar pr. patient end de læger, der behandler de mindre syge borgere. En forenklet honorarstruktur skal også sikre, at produktivitetsforbedringer kommer hele sundhedsvæsenet til gavn, og styrke det tværfaglige samarbejde og samarbejdet mellem det almenmedicinske tilbud og det øvrige sundhedsvæsen.

Der i dag færrest læger og generelt dårligere adgang til sundhedstilbud i de områder af landet, hvor befolkningens behov for behandling og pleje er størst. Det hænger til dels sammen med, at honoreringen af læger i det almenmedicinske tilbud i vid udstrækning er uafhængig af, hvor stort



patienternes behov for behandling er. Den gennemsnitlige konsultationstid for patienter med en dårlig sundhedstilstand er længere end øvrige patienters, men udløser det samme honorar.

Med Aftale om sundhedsreform af den 15. november 2024 er aftalepartierne derfor enige om, at der skal være en mere ligelig fordeling af opgaver blandt de alment praktiserende læger, så læger med de mest syge patienter skal have færre patienter og mere i honorar pr. patient end de læger, der behandler de mindre syge borgere. Det fremgår ligeledes af aftalen, at honorarerne skal differentieres, så læger med en høj patienttyngde kan have færre patienter uden at miste indtjening, mens læger med en lavere patienttyngde skal have flere patienter for at opretholde den samme indtjening.

Sundhedsstrukturkommissionen har vurderet, at den nuværende honorarstruktur bidrager til udfordringer med at besætte ydernumre i områder, hvor patienter har et større behov for sundhedsydelser. Den nuværende honorarstruktur giver i udgangspunktet klinikker, hvor den gennemsnitlige patient har et stort behov for behandling, ringere forudsætninger for at levere en sammenlignelig service- og behandlingskvalitet og samtidig opretholde en tilsvarende omsætning end klinikker med en gruppe mere raske patienter. Det resulterer i sidste ende i en ulige adgang til en almenmedicinsk lægehjælp. Udfordringerne er samtidig koncentreret i nogle områder, hvor der for nuværende er relativt få læger.

Der er i gældende regulering og styring af det almenmedicinske tilbud en begrænset differentiering af honoreringen som afhænger af, hvor stort patienternes behov for ydelser statistisk set er. Samtidig viser en evaluering af kronikerhonoraret, der ellers skulle tilskynde og muliggøre en større indsats for patienter med en KOL eller en type 2-diabetesdiagnose, at kronikerhonoraret ikke har været virkningsfuldt i forhold til dets formål. For målgruppen for kronikerhonoraret er det gennemsnitlige antal ydelser pr. patient reduceret i forhold til før implementeringen af kronikerhonoraret.

RLTN og PLO nedsatte i 2022 Honorarstrukturrådet til at komme med forslag til en ny honorarstruktur, som skulle understøtte politiske visioner om at sikre sammenhængende patientforløb og afhjælpe ulighed i sundhed. Rådet anbefaler bl.a., at basishonoraret per patient i højere grad differentieres ud fra behovet for behandling, samt at en ny honorarstruktur fortsat bør være sammensat af faste og aktivitetsbaserede honorarer. Af Aftale om Sundhedsreform 2024, fremgår at honorarstrukturen blandt andet udvikles baseret på Honorarstrukturrådets forslag.

Et af hensynene bag en ny honorarstruktur for de alment praktiserende læger er, at den i højere grad skal kunne understøtte større lighed i adgang til behandling i det almenmedicinske tilbud, så læger på tværs af klinikker med varierende patientsammensætning kan bruge relativt mere tid på de patienter, der har størst behov.

Samtidig er det centralt, at honoreringen i det almenmedicinske tilbud fremadrettet sikrer, at de praktiserende læger efterlever de faglige krav og anbefalinger til det almenmedicinske tilbud, som indgår i den nationale basisfunktion, jf. den foreslåede § 57 l.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderer således, at overstående del af Aftale om sundhedsreform 2024 kan udmøntes ved at fastlægge i sundhedsloven, at RLTN indgår aftale med en organisation, som repræsenterer alment praktiserende læger, om vilkår for det almenmedicinske tilbud, hvor nogle af honorarerne differentieres med udgangspunkt i den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, og som minimum honorerer efterlevelse af basisfunktionen for det almenmedicinske tilbud.

For at sikre et større lokalt råderum til at regionsrådet vil kunne tilrettelægge det almenmedicinske tilbud, vurderer ministeriet, at der også er behov for at fastlægge i sundhedsloven, at regionsrådet kan indgå lokale aftaler med almenmedicinske tilbud, herunder udbudsklinikker.

Bestemmelserne 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.

### 3.2.3. Den foreslåede ordning

#### 3.2.3.1. *Aftale om vilkår for alment praktiserende læger*

Det foreslås, at der indsættes en ny § 227 a, stk. 1, i sundhedsloven som fastlægger, at det nævn, der er nedsat i henhold til § 37, stk. 2, i regionsloven indgår aftale med en organisation som repræsenterer alment praktiserende læger om vilkår for de i §§ 50 og 60 nævnte ydelser for det almenmedicinske tilbud.

Den foreslåede ordning vil indebære, at parterne vil kunne indgå en aftale, der fastlægger vilkårene for de alment praktiserende læger, der ejer et ydernummer. Det vil medføre, at et aftalebaseret grundlag, som fastlægger

vilkårene for de praktiserende læger bevarer, jf. Aftale om sundhedsreform 2024.

I henhold til den foreslåede bestemmelse vil parterne kunne indgå en national aftale, der primært regulerer de økonomiske og evt. yderligere vilkår, herunder den samlede økonomiske ramme for aktiviteten i klinikker, der drives af alment praktiserende læger, der ejer et ydernummer.

For at tage højde for situationer, hvor den aftalte økonomiske ramme overskrides, vil den foreslåede ordning indebære, at principper for modregning, og øvrige kollektive konsekvenser for overskridelse af den økonomiske ramme fortsat vil kunne aftales mellem parterne.

Med Aftale om sundhedsreform 2024 er aftalepartierne enige om, at en mindre central rammeaftale fra 2027 skal erstatte Overenskomst om almen praksis og fastsætte de økonomiske vilkår for de alment praktiserende læger med afsæt i den nationalt fastsatte opgavebeskrivelse. En smal aftale om primært økonomi vil derfor skulle tage højde for og afspejle den øvrige regulering af det almenmedicinske tilbud. Det indebærer bl.a., at aftalen vil skulle afspejle og tage afsæt i det faglige indhold og krav til klinikker, som vil følge af Sundhedsstyrelsens basisfunktion i henhold til den nye bestemmelse i § 57 l. Det vil medføre, at parterne med udgangspunkt i den nationalt fastsatte basisfunktion vil kunne aftale vilkår vedrørende økonomi for opgaverne i de almenmedicinske tilbud, der drives af alment praktiserende læger, der ejer et ydernummer. Den foreslåede ordning vil således ikke ændre ved det grundlæggende forhold, at der skal være klare regler og rammer for de økonomiske vilkår m.v. for, at de beskrevne funktioner, opgaver og krav i basisfunktionen forpligter de alment praktiserende læger.

Det er dog centralt, at en ny, smal aftale for det almenmedicinske tilbud er fleksibel således, at nye eller 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.

Den foreslåede ordning vil også give adgang til, at parterne vil kunne indgå nationale aftaler, der f.eks. fastlægger de økonomiske vilkår for specifikke dele af opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud, som regionsrådet er forpligtet til at tilvejebringe, men som ikke alle klinikker i det almenmedicinske tilbud skal udføre, jf. regler fastsat i den nye bestemmelse i § 57 l. Det vil indebære, at parterne f.eks. vil kunne fastlægge nationale

standarder for de økonomiske vilkår, der vedrører hele eller dele af opgavebeskrivelsen, og som de specifikke klinikker, der leverer ydelserne i opgavebeskrivelsen lokalt på tværs af hele landet vil skulle følge, som f.eks. læger på plejehjem, botilbud m.v.

En aftale om vilkår efter den foreslåede ordning vil skulle ske inden for rammerne af den fastlagte honorarstruktur, jf. regler fastsat i medfør af lovforslagets § 1, nr. 11, § 227 a, stk. 3-4. Det indebærer bl.a., at en aftale vil skulle angå differentieret honorering, som har udgangspunkt i den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter, der er baseret på patienternes behandlingsbehov, jf. dette lovforslags § 1, nr. 11, § 227 a, stk. 3-4.

I de tilfælde hvor det vurderes nødvendigt, er det videre Indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering, at parterne efter den foreslåede ordning vil kunne indgå aftale om vilkår, der f.eks. omhandler praksisdrift, som ikke er omfattet af basisfunktionen og som ikke nødvendigvis angår de økonomiske vilkår. Det kan 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.

Med den foreslåede ordning vil det f.eks. også være muligt at indgå aftale om at videreføre overenskomstens øvrige landsdækkende aftaler, der f.eks. omhandler vilkårene for dosispakket medicin m.v.

Det er et væsentligt hensyn, at den foreslåede ordning ikke vil give adgang til, at parterne vil kunne indgå en aftale, der vil fravige de opgaver og forpligtelser, der følger af basisfunktionen, jf. regler fastsat i medfør af § 57 l

Aftalen som indgås efter den nye § 227 a, stk. 1, vil kollektivt forpligte og omfatte de praktiserende læger, der ejer et ydernummer, mens vilkår for udbudsklinikker etableret efter § 227 b, stk. 3, vil skulle aftales i kontrakter mellem regionsrådet og den pågældende leverandør.

Med lovforslaget foreslås desuden at nyaffatte den eksisterende § 227, stk. 1, 1. pkt., således bestemmelsen sprogligt tilpasses den foreslåede § 227 a, stk. 1. Der henvises i den forbindelse i øvrigt til bemærkningerne i lovforslagets § 1, nr. 11.

### 3.2.3.2. Lokale aftaler

Det foreslås, at der i sundhedslovens § 227 a, stk. 2, indføres en bestemmelse om, at regionsrådet kan indgå lokale aftaler med almenmedicinske tilbud, herunder udbudsklinikker etableret efter § 227 b, stk. 3.

Den foreslåede ordning vil indebære, at regionsrådet som udgangspunkt vil kunne supplere de landsdækkende aftaler indgået efter § 227 a, stk. 1, med lokale aftaler.

Ved lokale aftaler forstås aftaler, der adresserer lokale forhold om f.eks. samarbejde om en specifik opgave eller målgruppe af borgere mellem sygehuse, almenmedicinske tilbud m.fl.

Den foreslåede ordning vil skulle ses i sammenhæng med regionrådets forpligtelse til at tilvejebringe et almenmedicinsk tilbud efter opgavebeskrivelsen, jf. regler fastsat i medfør af § 57 l. Det vil indebære, at den foreslåede ordning f.eks. vil kunne bruges af regionsrådene til at indgå lokale aftaler om opgaver, der er fastlagt i opgavebeskrivelsen og dermed er forpligtende for regionsrådet at tilvejebringe, men som ikke indgår i basisfunktionen, som alle klinikker i udgangspunktet skal leve op til. Det kunne f.eks. være en ordning om plejehjemslæger, som ikke nødvendigvis omfatter alle klinikker i det almenmedicinske tilbud.

Den foreslåede ordning vil således betyde, at regionsrådet i praksis vil kunne sikre efterlevelsen af opgavebeskrivelsen ved at indgå aftaler om varetagelsen af disse opgaver og funktioner lokalt med enkelte leverandører af almenmedicinske tilbud i området, herunder f.eks. udbudsklinikker, alment praktiserende læger, private leverandører eller alternativt ved egne regionale klinikker.

Den foreslåede ordning vil således også indebære, at regionerne vil kunne løfte opgaver fra opgavebeskrivelsen via egne regionsklinikker uden at benytte lokale aftaler, jf. § 227 a, stk. 2.

Muligheden for lokale aftaler vil også skulle give rum og fleksibilitet til, at regionsrådene vil kunne tilrettelægge det almenmedicinske tilbud via sundhedsrådene ud fra lokale behov, f.eks. for at løfte en særlig indsats over for en bestemt gruppe af patienter eller f.eks. sikre øget tilgængelighed for grupper af særligt sårbare patienter på botilbud, plejecentre og sundheds- og omsorgspladser.

Det er således ministeriets vurdering, at den foreslåede bestemmelse i sundhedsloven er nødvendig for at understøtte sundhedsrådets planlægningskompetence og sikre et større lokalt råderum for at tilpasse opgaveløsningen med udgangspunkt i borgernes behov.

Gode erfaringer fra lokale aftaler om tværgående samarbejde vil kunne inspirere udviklingen i de almenmedicinske tilbud, som på længere sigt vil kunne indgå i Sundhedsstyrelsens fremadrettede udvikling af området via basisfunktionen og opgavebeskrivelsen.

Der henvises i øvrigt til lovforslagets § 1, nr. 11 og bemærkningerne hertil.

### *3.2.3.3. Honorarstruktur for det almenmedicinske tilbud*

Det foreslås, at der i sundhedslovens § 227 a indføres et stykke 3, som fastsætter, at parterne i henhold til den foreslåede § 227 a stk. 1, aftaler, hvordan regionsrådet honorerer levering af almenmedicinske ydelser i henhold til § 60. Som minimum skal efterlevelsen af de faglige krav til det almenmedicinske tilbud, som følger af basisfunktionen i den foreslåede § 57 l honoreres.

Den foreslåede ordning vil medføre, at parterne, der indgår aftale om vilkår for alment praktiserende læger, lovmæssigt forpligtes til at aftale, hvordan de alment praktiserende læger som minimum honoreres for at varetage de opgaver, der falder inden for basisfunktionen, som er en del af den foreslåede nationale opgavebeskrivelse for det almenmedicinske tilbud.

Honorarstrukturen for det almenmedicinske tilbud vil således skulle understøtte en prioriteret og fokuseret opgaveløsning i det almenmedicinske tilbud. Og dermed, at honoreringen af de alment praktiserende læger understøtter, at der ydes mere behandling og støtte til de patienter, som har størst behov, samt at lægen påtager sig de opgaver, der følger af den nationalt fastsatte basisfunktion, f.eks. rollen som tovholder. Det forventes derfor, at honorarstrukturen skal indeholde fast basishonorering og honorarer, der er aktivitetsbaserede.

Det foreslås endvidere, at der i sundhedslovens § 227 a, stk. 4, indføres en bestemmelse om, at honoreringen for det almenmedicinske tilbud efter stk. 3 differentieres med udgangspunkt i det behandlingsbehov den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter estimerer på klinikniveau, jf. § 206 b.

Den foreslåede ordning vil medføre, at parterne, der indgår aftale om vilkår for alment praktiserende læger lovmæssigt forpligtes til at aftale en væsentlig differentiering af honorarerne for ydelser udført i henhold til § 60, stk. 1 om vederlagsfri behandling i det almenmedicinske tilbud og for efterlevelse af krav i basisfunktionen for det almenmedicinske tilbud efter § 57 1.

Forslaget forudsætter, at honoreringen for de alment praktiserende læger differentieres med udgangspunkt i den nationale model for styring og fordeling af lægekapaciteter og det derigennem beregnede behandlingsbehov blandt patienterne på klinikniveau. Honorarerne skal dermed afspejle, at der er forskel på behandlingstygden på tværs af klinikker i det almenmedicinske tilbud. Differentieringen i honorering skal fx understøtte, at der er rimelige og sammenlignelige indtægtsmuligheder på tværs af lægekapaciteter, hvor fordelingsmodellen på klinikniveau tilsiger forskellige antal tilmeldte patienter svarende til det samme antal sygdomsvægtede borgere. Det følger af Aftale om Sundhedsreform 2024, 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.

Det er intentionen, at honoreringen for det almenmedicinske tilbud i væsentlig grad skal differentieres med udgangspunkt i den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, men også indeholde visse aktivitetsbaserede honorarer.

Det bemærkes, at aftalepartierne bag Aftale om Sundhedsreform 2024 generelt lægger stor vægt på, at arbejdet med implementeringen af reformen sker i tæt og konstruktiv dialog mellem parterne. Det er derfor forventningen, at parterne kan indgå de nødvendige aftaler om praktiserende lægers vilkår herunder om en ny, differentieret honorarstruktur. Hvis der mod forventning ikke kan indgås en aftale, er aftalepartierne dog enige om at stemme for lovgivning, der i den situation kan være nødvendig for at sikre fuld gennemførelse af alle reformens initiativer.

Der henvises i øvrigt til lovforslagets § 1, nr. 11, og bemærkningerne hertil.

### **3.3. Ny lovstruktur for bestemmelser vedrørende etableringen af almenmedicinske tilbud**

#### **3.3.1. Gældende ret**

Regionsrådet kan tilvejebringe et almenmedicinsk tilbud ved frit at vælge mellem enten at afsætte et ydernummer til en læge, som praktiserer i henhold til overenskomst om almen praksis, eller udbyde driften af en klinik

ved at indgå aftale med en privat leverandør, eller etablere og drive en regionsklinik. Sundhedsloven giver således regionsrådet tre forskellige muligheder for at kunne etablere et almenmedicinsk tilbud og dermed leve op til myndighedsforpligtigelsen efter sundhedslovens § 60, jf. § 57, om at tilvejebringe vederlagsfri behandling hos alment praktiserende læger.

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

De lovgivningsmæssige rammer for, at regionsrådet kan etablere et almenmedicinsk tilbud ved at en læge erhverver er reguleret i sundhedslovens § 227, stk. 2. Det følger af sundhedslovens § 227, stk. 2, at ydernumre fra praksis, som har leveret almenmedicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. sundhedslovens § 227 stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1, kan overdrages til regionsrådet og til læger, som vil praktisere i henhold til sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. § 60 stk. 1. Regionsrådet kan endvidere sælge nye ydernumre, som regionen har oprettet og ydrenumre fra eksisterende praksis, som regionsrådet har opkøbt som led i praksisplanlægningen, til læger som vil praktisere i henhold til sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1. Salg af ydernumre efter sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. og 2. pkt., kan ske til læger, som allerede har et ydernummer. En læge kan erhverve op til tre ydernumre i henhold til 1. og 2. pkt.

For en nærmere gennemgang af ydernummersystemet henvises i øvrigt til lovforslagets almindelige bemærkninger i pkt. 3.3.1.1 vedrørende sundhedslovens bestemmelser om køb og salg af et ydernummer.

Regionsrådet kan også tilvejebringe et almenmedicinsk tilbud ved at udbyde driften til private aktører efter beslutning i regionsrådet. De lovgivningsmæssige rammer for regionernes mulighed for at udbyde drift af almenmedicinske tilbud er reguleret i § 227, stk. 3, hvoraf det fremgår, at regionen kan udbyde drift af praksis, som hidtil har leveret almenmedicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, hvor regionsrådet har fået overdraget ydernummeret. Regionsrådet kan desuden udbyde drift af praksis vedrørende nye ydernumre, som regionsrådet har oprettet. Regionsrådet kan endvidere som led i praksisplanlægningen opkøbe eksisterende ydernumre fra læger, der har ønsket at sælge, og udbyde driften af disse praksis.

Udbud af det almenmedicinske tilbud efter sundhedslovens § 227, stk. 3, skal ifølge stk. 4, foregå på åbne, objektive og ikke-diskriminerende vilkår.



Derudover skal udbuddet tilrettelægges på en sådan måde, at eventuelle bud kan sammenlignes med, hvad en offentligt drevet enhed vil koste. Såfremt omkostningerne er væsentlig højere i en sammenligning har regionsrådet mulighed for at forkaste budet.

Det følger videre af sundhedslovens § 227, stk. 5, at regionsrådet selv kan etablere og drive en regional klinik, som personer i sygesikringsgruppe 1 kan vælge.

For at understøtte regionernes forpligtigelse til at yde behandling hos praktiserende læge efter § 60, jf. § 57 følger det af sundhedslovens § 227, stk. 6, at regionsrådet i perioden fra den 1. juli 2023 til og med den 30. juni 2033 kan indgå aftaler med indehaveren af et ydernummer i områder med lægemangel om et særligt vederlag af midlertidig karakter til kompensation for etablerings- eller praksispersonaleudgifter. Det særlige vederlag er af midlertidig karakter og ligger ud over, hvad der er fastlagt og besluttet i overenskomst om almen praksis.

Det fremgår af bemærkningerne til sundhedslovens § 227, stk. 6, at hjemlen til at yde et særligt vederlag alene vil kunne anvendes i områder, hvor de almindelige mekanismer til at sikre lægedækning ikke er tilstrækkelige, og hvor det via praksisplanens indsatser ikke har været muligt at sikre en rimelig lægedækning i regionen, herunder ved at tiltrække og fastholde alment praktiserende læger med de muligheder, som overenskomsten stiller til rådighed, jf. Folketingstidende 2022-23, tillæg A, L 103, som fremsat side 12-13.

### 3.3.2 Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

Sundhedslovens § 227 indeholder i dag bestemmelser om overenskomster og organisationsformer for hele praksissektoren, dvs. for alment praktiserende læger, speciallæger, kiropraktorer, fysioterapeuter, tandlæger, tandplejere, psykologer og fodterapeuter.

For at tydeliggør de lovgivningsmæssige rammer for den del af praksissektoren, der regulerer aftaler og organisationsformer for det almenmedicinske tilbud, herunder regionernes tre muligheder for at etablere almenmedicinske tilbud, er det Indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering, at det er nødvendigt med en ny lovstruktur for § 227.

Det vil betyde, at der med lovforslaget sker en strukturmæssig tilpasning, hvor dele af indholdet i den gældende § 227 om almen praksis, vil blive

udskilt og reguleret i en ny § 227 b, således at bestemmelserne i § 227 vil blive delt op for læsevenligheds skyld.

Derudover har en offentlig høring af lov nr. 718 af 20. juni 2025 om ændring af sundhedsloven (national fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud m.v.) givet anledning til at tydeliggøre i den gældende bestemmelse i sundhedslovens § 227, stk. 2, at det alene er speciallæger i almen medicin, der har adgang til at erhverve et ydernummer, samt at affatte § 227, stk. 4, på ny, således at det fremgår i lovens formulering, at regionsrådet ved udbud af et almenmedicinsk tilbud skal lægge vægt på kvalitet.

### 3.3.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås, at der indsættes en ny § 227 b, stk. 1-5, som viderefører gældende regler i § 227, stk. 2-6.

Den foreslåede ordning vil indebære en videreførelse af en retstilstand, hvor regionsrådet forsat kan tilvejebringe et almenmedicinsk tilbud ved frit at vælge mellem enten at afsætte et ydernummer til en læge, som vil praktisere i henhold til aftale indgået i medfør af den nye § 227 a, stk. 1, i dette lovforslags § 1, nr. , eller udbyde driften af en klinik ved at indgå aftale med en privat leverandør, eller etablere og drive en regionsklinik.

Med den foreslåede ordning tydeliggøres det i den nye bestemmelse vedrørende regionsrådets mulighed for at tilvejebringe et almenmedicinsk tilbud ved at afsætte et ydernummer til en læge, der vil praktisere i henhold til aftale jf. § 227 a, stk. 1, at det alene er speciallæger i almen medicin, der har adgang til at erhverve et ydernummer. Formålet er at sikre, at det er alment praktiserende læger med speciale i almen medicin, der driver de almenmedicinske tilbud med ydernummer.

Den foreslåede præcisering ændrer ikke på, at der forsat vil være særlige krav til ejerskab af et ydernummer. Den foreslåede ordning vil som hidtil opstille rammer for mulige aftagere af et ydernummer, men vil samtidig sikre lokal forankring af speciallæger i almen medicin, stor kontinuitet i patientrelationer og en ensartethed i almenmedicinske tilbud på tværs af landet.

Vælger regionsrådet at udbyde driften af en praksis vil udbud forsat vil skulle foregå på åbne, objektive og ikke diskriminerende vilkår, og forsat

vil skulle tilrettelægges på en sådan måde, at eventuelle bud vil kunne sammenlignes med, hvad en offentligt drevet enhed vil koste. Regionsrådet vil forsat have mulighed for at forkaste et bud, hvis omkostningerne er væsentlig højere i en sammenligning.

I den gældende formulering fremgår det ikke, at regionsrådet ved udbud skal lægge vægt på kvaliteten. For at sikre regionsrådet en større indflydelse på udviklingen og kvaliteten af de almenmedicinske tilbud, der tilvejebringes ved udbudsprocesser, foreslås det tilføjet, at det tydeliggøres i bestemmelsen, at regionerne ved udbud skal lægge vægt på kvaliteten i tilbuddene.

Den foreslåede bestemmelse vil tydeliggøre, at ledige ydernumre som regionsrådet vil kunne udbyde driften af ikke som udgangspunkt blot vil skulle sælges til højeste byder, men også vil kunne sælges ud fra kriterier, der angår kvalitet i tilbuddene.

Det er ministeriets vurdering, at den foreslåede bestemmelse vil kunne være med til at angive, at regionsrådet har mulighed for at prioritere kvaliteten i de almenmedicinske tilbud, der tilvejebringes gennem udbudsprocesser.

Den foreslåede ordning vil videre indebære en videreførelse af, at regionsrådet forsat fra den 1. juli 2023 til og med den 30. juni 2033 kan indgå med indehaveren af et ydernummer i områder med lægemangel om et særligt vederlag af midlertidig karakter til compensation for etablerings- eller praksispersonaleudgifter.

Der henvises i øvrigt til lovforslagets § 1, nr. 8 og bemærkningerne hertil.

### **3.4. Forhåndsgodkendelse af en læge ved erhvervelse af et ydernummer**

#### **3.4.1. Gældende ret**

Ydernummersystemet anvendes til at regulere udbuddet af almenmedicinske ydelser. Sundhedsloven indeholder en række overordnede bestemmelser for ydernummersystemet, herunder bl.a. om antallet af ydernumre, som én læge må eje, mens overenskomst om almen praksis fastlægger de nærmere vilkår inden for den lovgivningsmæssige ramme, og som bl.a. indeholder krav, som stilles til de læger, som vil erhverve et ydernummer og nedsætte sig som alment praktiserende læge.

##### *3.4.1.1. Sundhedslovens bestemmelser om køb og salg af ydernumre*

Det følger af sundhedsloven, at regionerne har retten til at udstede ydernumre til alment praktiserende læger, som følge af

## UDKAST

myndighedsforpligtigelsen efter sundhedslovens § 60, jf. § 57, om at tilvejebringe tilbud om behandling hos alment praktiserende læger via de overenskomster, som er indgået mellem RLTN og PLO.

Et ydernummer indebærer en ret til at drive en almen medicinsk klinik, som yder vederlagsfri behandling til tilmeldte borgere på nærmere fastsatte vilkår. Det er alene speciallæger i almen medicin, der arbejder efter overenskomst om almen praksis, der kan erhverve et ydernummer.

Ydernummersystemet anvendes til at regulere udbuddet af almenmedicinske ydelser. Et ydernummer fungerer som en tidsubegrænset kontrakt med regionen om leverancen af almenmedicinske ydelser. Et ydernummer er derfor en forudsætning for, at de alment praktiserende læger kan sende regninger for honorar til regionen i henhold til de aftaler, som er indgået mellem RLTN og PLO.

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

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

Sundhedslovens § 227, stk. 2, giver således hjemmel til, at ydernumre kan erhverves ved enten et udbud af regionerne som nye ydernumre, som opkøb og videresalg af regionerne eller ved salg og køb via private aftaler mellem læger, der praktiserer efter overenskomst om almen praksis.

Med lov nr. 1374 af 12. december 2017 om ændring af sundhedsloven (Bedre lægedækning ved udvidelse af perioden for regioners drift af alment

medicinske klinikker, forenklet overdragelse af ydernumre mellem læger og ændret opkrævning af gebyr for regionale sygehusenheder m.v.) blev der i sundhedslovens § 227, stk. 2, etableret hjemmel til, at en læge, som praktiserer efter overenskomst om almen praksis, og som ønsker at eje flere ydernumre, kan købe et ydernummer direkte af en læge, som også praktiserer efter overenskomst om almen praksis. Med lovforslaget blev det således muligt for alment praktiserende læger at overdrage deres ydernummer til en anden læge, som vil praktisere i henhold til overenskomst, uden at regionsrådet forinden har fået ydernummeret overdraget.

Det fremgår af bestemmelsens bemærkninger, jf. Folketingstidende 2017-18, tillæg A, L 58, som fremsat, side 6, at lovforslagets intention var at fjerne en utilsigtet administrativ hindring i forhold til afhændelse af ydernumre, som havde en negativ indvirkning på generationsskifter og lægedækningen.

Det følger således af den eksisterende bestemmelse i sundhedslovens § 227, stk. 2, at overdragelse af ydernumre mellem læger, der praktiserer efter overenskomst om almen praksis, kan ske uden, at regionsrådet har indflydelse herpå. Det indebærer, at regionen ingen formel indflydelse har på hvem, der kommer til at eje et ydernummer, når det overdrages. Kun ved etableringen af et nyt ydernummer (et såkaldt "nul-ydernummer") i et område på grund af tilflytning, beslutter regionen tildelingen blandt de læger, som har ansøgt om at købe.

Det er regionsrådet, der på baggrund af den nationale fordelingsmodel for det almenmedicinske tilbud i medfør af sundhedslovens § 206 a, fastsætter placeringen af de praksis, hvorfra der i henhold til et ydernummer kan ydes vederlagsfri behandling, jf. sundhedslovens § 57 b, stk. 1. Udgangspunktet er således, at en ejerlæge selv kan bestemme, hvor i landet, at lægen ønsker at være praktiserende læge, men at lægen ikke har fri nedsætningsret, idet lægen skal købe eller have tildelt et ydernummer af regionen, som vil være tilknyttet et konkret område, jf. den nationale fordelingsmodel for det almenmedicinske tilbud og regler fastsat i medfør af sundhedslovens § 206 a.

Sundhedsloven giver således hjemmel til, at regionerne fastlægger antallet af ydernumre, og den geografiske placering af disse. Ydernummersystemet begrænser på denne baggrund antallet af udbydere af almenmedicinske ydelser.

### *3.4.1.2. Overenskomstens krav til nedsættelse i almen praksis*

Når en læge gennem sundhedslovens bestemmelser erhverver et ydernummer med henblik på at nedsætte sig i almen praksis, stilles der i overenskomst om almen praksis en række krav til lægen.

Det følger af overenskomstens § 7, at det alene er læger der har Styrelsen for Patientsikkerheds tilladelse til at betegne sig som speciallæge i almen medicin, der har retten til at påtage sig at praktisere efter overenskomst om almen praksis. Det er således alene speciallæger i almen medicin, der arbejder inden for Overenskomst om almen praksis, der kan erhverve et ydernummer.

Når en speciallæge i almen medicin har erhvervet et ydernummer skal klinikken, hvorfra der ydes behandling, oplyse overfor regionen og i praksisdeklarationen, hvilke læger, der har fast daglig virke i klinikken. Det er navngivne læger, som borgerne skal kunne forvente at møde i klinikken, der skal oplyses om, jf. overenskomst om almen praksis § 7, stk. 3.

Det følger af § 8, stk. 1 i overenskomst om almen praksis, at en læge, der ønsker at nedsætte sig som praktiserende læge i henhold til overenskomsten, og som opfylder kravene i § 7 skal sende en blanket til PLO. Lægen skal overfor PLO dokumentere at have enten overtaget en eksisterende praksis/praksisdel eller af regionen/samarbejdsudvalget fået tildelt ret til nedsættelse. Lægen skal sammen med blanketten indsende dokumentation for, at lægen opfylder betingelserne i § 7. Såfremt lægen opfylder betingelserne sender PLO meddelelse herom til regionen. Nedsættelse af lægen i almen praksis sker herefter med virkning fra den 1. i en måned.

Det er ikke muligt at eje et ydernummer uden at have hovedbeskæftigelse med at drive og tage ansvar for egen klinik/egne klinikker, jf. overenskomstens § 8, stk. 2. Ansvar for, at overenskomsten overholdes, ligger hos den læge, som ejer ydernummeret.

Det er endvidere en forudsætning for, at en læge kan nedsætte sig og praktisere efter overenskomsten, at lægen kan fremvise en børneattest uden alvorlige anmærkninger af relevans for arbejdet i almen praksis, jf. overenskomsten § 8, stk. 3. Er dette ikke tilfældet må lægen ikke praktisere efter overenskomsten. Børneattesten er påkrævet ved køb af en klinik med et eksisterende ydernummer, etablering af delepraksis, satellitpraksis, ydernummer på licens eller ved tildeling af nyt ydernummer fra regionen.

Det følger afslutningsvis af overenskomstens § 8, stk. 4, at det er regionen, der indhenter lægens børneattest samt træffer afgørelse om, hvorvidt en børneattest er påtegnet med alvorlige anmærkninger.

RLTN og PLO har desuden aftalt, at der kan være særlige tilfælde, hvor en læge ikke kan anses for at leve op til de forventninger, som stilles til alment praktiserende læger, og derfor ikke må drive et almenmedicinsk tilbud efter overenskomsten. Parterne er således enige om, at læger, der virker under overenskomsten om almen praksis, skal vise sig værdige til den agtelse og tillid, som det kræver at arbejde efter overenskomsten. En dom for et strafbart forhold af særlig alvorlig karakter må anses for at være uforeneligt med virke efter overenskomsten, hvilket kan give anledning til at fratage lægen ydernummeret. Dette fremgår af Protokollat om vandelsbestemmelse af 18. september 2016, bilag 18 til overenskomst om almen praksis.

### 3.4.2 Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

Der er i gældende lovgivning i dag ikke en national styring med de krav, der stilles til en læge, der erhverver et ydernummer med henblik på nedsættelse i almen praksis, når ydernummeret erhverves fra en anden privatpraktiserende læge. Hertil har de nuværende regler om salg af ydernumre til alment praktiserende læger i visse tilfælde rejst tvivl om, hvorvidt regionsrådet har de nødvendige muligheder for at sikre, at sundhedskoncerner ikke overtager kontrollen med ydernumre, og hvorvidt ejerlægen i praksis kan overholde og efterleve overenskomsten om almen praksis og øvrige regler for praksisdriften.

Med Aftale om sundhedsreform af 15. november 2024 blev aftalepartierne derfor enige om at give den ansvarlige sundhedsmyndighed styrket kontrol med salg af ydernumre. Dette ved at indføre krav i sundhedsloven om, at en speciallæge i almen medicin ved køb af et ydernummer skal ansøge om en forhåndsgodkendelse fra regionsrådet, som skal foretage en vurdering af, om det kan sandsynliggøres, at lægen vil efterleve gældende krav og regler.

Formålet med nærværende lovforslag er således, at implementere overstående del af Aftale om Sundhedsreform 2024 ved at indføre en bestemmelse i sundhedsloven om, at regionsrådene skal foretage en forhåndsgodkendelse af læger, der ønsker at erhverve et ydernummer.

Som en del af regionsrådets kompetence til at sikre kontrol med ydernumre i det almenmedicinske tilbud, skal lovforslaget ses i tæt sammenhæng med, at aftalepartierne bag sundhedsreform af den 15. november blev enige om

at reducere antallet af ydernumre én læge kan eje fra seks til tre ydernumre. Aftalen blev udmøntet med lov nr. 718 af 20. juni 2025 om ændring af sundhedsloven (national fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud).

### 3.4.3. Den foreslåede ordning

#### 3.4.3.1. *Forhåndsgodkendelse ved erhvervelse af et ydernummer*

Det foreslås med en ny bestemmelse i sundhedsloven, at en speciallæge i almen medicin, der ønsker at erhverve et ydernummer, vil skulle ansøge regionsrådet om en såkaldt forhåndsgodkendelse.

I § 227 c, stk. 1, foreslås, at en speciallæge i almen medicin ved køb af et ydernummer efter regler fastsat i medfør af § 227 b, stk. 2, skal forhåndsgodkendes af regionsrådet. Regionsrådet vil skulle foretage en vurdering af, om det kan sandsynliggøres, at køber kan og vil efterleve gældende regler for almenmedicinske tilbud samt aftaler om vilkår for almenmedicinske tilbud.

Med bestemmelsen vil regionsrådet skulle foretage en vurdering af en ansøger, der ønsker at erhverve et ydernummer, ud fra nogle formelle og objektive krav samt nogle parametre, som kan variere alt efter ansøgers omstændigheder. Når regionsrådet f.eks. skal vurdere en ansøgning, vil det kunne indgå, om ansøger allerede driver almenmedicinske tilbud eller har drevet klinikker før, og i den forbindelse har efterlevet regler om vilkår for praksisdrift i almenpraksis.

Den foreslåede ordning vil således medføre, at regionsrådene vil få øget indblik i og indflydelse på, hvilke praksisydere, der leverer almenmedicinske ydelser inden for deres regionsgrænser.

Pligten til at foretage forhåndsgodkendelser foreslås i lovforslaget at ligge hos regionsrådet. I praksis vil det være nærliggende, at opgaven forankres i Sundhedsrådene, der nedsættes under regionsrådene. Sundhedsrådene forventes at få et overblik over lokale forhold herunder lægedækning, aktører i praksissektor mv.

#### 3.4.3.2. *Krav til ejerlægens hovedbeskæftigelse ved køb af et ydernummer*

Det foreslås, at der indsættes en bestemmelse om, at det ikke skal være muligt for en speciallæge i almen medicin at eje et ydernummer uden at have



hovedbeskæftigelse med at drive og tage ansvar for egen klinik/egne klinikker. Kravet foreslås indsat i sundhedslovens § 227 c, stk. 2.

Kravet udspringer af en enslydende bestemmelse i den nuværende overenskomst om almen praksis § 8, stk. 2, der således søges videreført med dette lovforslag.

Med bestemmelsen vil regionerne få adgang til i forbindelse med vurderingen af en ansøgning om en forhåndsgodkendelse at bede ansøger om at redegøre for eventuel anden beskæftigelse, som køber har eller forventer at have ud over drift af det almenmedicinske tilbud. Med kravet vil regionen kunne sikre sig, at en køber af et ydernummer deltager i driften af sin klinik/klinikker og har ansvaret herfor.

#### *3.4.3.3. Krav til ejerlægens børneattest ved køb af et ydernummer*

Ved vurderingen af en ansøgning om en forhåndsgodkendelse skal regionsrådet også sikre sig, at lægen kan fremvise en børneattest uden alvorlige anmærkninger af relevans for arbejdet i det almenmedicinske tilbud. Det foreslås, at der indføres en ny bestemmelse herom i sundhedslovens § 227 c, stk. 3.

Regionsrådet vil således i forbindelse med en ansøgning om en forhåndsgodkendelse skulle stille et formelt krav om, at lægen kan fremvise en børneattest uden alvorlige anmærkning. En forhåndsgodkendelse vil således ikke kunne gives, hvis en indhentet børneattest har alvorlige anmærkninger af relevans for arbejdet i det almenmedicinske tilbud.

#### *3.4.3.4. Sagsbehandlingsfrist på 10 hverdage*

Det foreslås, at der i sundhedslovens § 227 c, stk. 4, indføres en bestemmelse om, at regionsrådene skal træffe en afgørelse om en læges ansøgning om en forhåndsgodkendelse efter stk. 1, hurtigst muligt og senest inden for 10 hverdage efter modtagelse.

Dertil vil den foreslåede ordning medføre, at regionsrådene vil blive forpligtet til at behandle og afgive en forhåndsgodkendelse af lægen ved køb af et ydernummer inden for 10 hverdage efter modtagelse af en læges ansøgning og ud fra en betragtning om, hvorvidt det kan sandsynliggøres, at ejerlægen vil og kan efterleve gældende regler samt aftaler indgået efter § 227 a.

Med lovforslaget vil særligt vilkår for overdragelse af ydernumre i forbindelse med køb og af salg af et ydernummer mellem læger, der praktiserer

efter overenskomst om almen praksis således blive ændret, idet købskontrakten mellem læger vil afhænge af, at køberen får en forhåndsgodkendelse.

Den foreslåede ordning vil ikke bryde med en læges ret til frit at kunne overdrage sit ydernummer en anden læge, som vil praktisere i henhold til de gældende regler, og som ellers lever op til de formelle krav, der opstilles for at få en forhåndsgodkendelse. Køber og sælger af et ydernummer skal således kunne agere efter, at regionsrådet inden for den angivne tidsfrist kan have taget endelig stilling til en ansøgning om en forhåndsgodkendelse.

### **3.5. Opfølgning på nationale krav over for de almenmedicinske tilbud og etablering af et praksisklagenævn**

#### **3.5.1. Gældende ret**

Der er i gældende lovgivning ikke fastsat nationale rammer for regionernes mulighed for at stille krav og følge op på efterlevelse af kravene til det almenmedicinske tilbud, herunder rammer for sanktionering. Der er tilsvarende ikke lovgivet om tvistløsning mellem f.eks. læger og regioner i forbindelse med drift af almenmedicinske klinikker. Emnerne er i dag reguleret i Overenskomst om almen praksis og sanktioneres via overenskomstens regler om samarbejdsbestemmelser i kapitel XIII.

##### **3.5.1.1. Regionale samarbejdsudvalg**

Det følger af overenskomstens § 113, at hver region nedsætter et samarbejdsudvalg på 8-12 medlemmer. Det følger endvidere af § 113, at samarbejdsudvalget kun kan træffe afgørelser i enighed. I andre tilfælde skal sagen forelægges Landssamarbejdsudvalget. Samarbejdsudvalgene består af medlemmer udpeget af regionerne, kommunerne og det regionale PLO.

I overenskomstens § 114 følger de nærmere rammer for samarbejdsudvalgets opgaver og beføjelser. Samarbejdsudvalget skal bl.a. vejlede om forståelse og praktisering af overenskomstens bestemmelser samt behandle klager over lægebetjeningen, jf. overenskomstens kapitel XIV, samt klager over formelle fejl i sagsbehandlingen eller beregningsfejl ved automatisk fastsatte højstegrænser, jf. overenskomstens § 96. Samarbejdsudvalget behandler derudover af egen drift sager, der vedrører sigtelser, tiltaler og domsfældelser i sager efter straffeloven, som samarbejdsudvalget eller parterne får kendskab til. Samarbejdsudvalget skal forelægge sager, som vurderes at være af principiel karakter, for landssamarbejdsudvalget. Landsamarbejdsudvalget beslutter om en sag anses for principiel.

Samarbejdsudvalget har ved en læges misligholdelse eller overtrædelse af overenskomsten eller lokale aftaler, som henviser til overenskomstens sanktionsbestemmelser, adgang til:

- A. At tildele advarsel eller udtale misbilligelse
- B. At indstille til Landssamarbejdsudvalget:
  - a) at lægen til regionen skal betale/tilbagebetale et af Samarbejdsudvalget foreslået beløb i de tilfælde, hvor lægen ikke er enig i tilbagebetalingskravet og/eller dets opgørelse,
  - b) at lægen pålægges en bod, der stilles til rådighed for velgørende formål,
  - c) at lægen suspenderes. Suspensionen ophører ved parternes enighed herom.
  - d) at lægen udelukkes fra at praktisere efter overenskomsten. Landsamarbejdsudvalget fastsætter en frist for afhændelse af praksis i disse tilfælde.

Afgørelse efter A skal indberettes til Landssamarbejdsudvalget.

Forud for anvendelsen af de nævnte sanktioner har Samarbejdsudvalget mulighed for at:

- a) tilbyde rådgivning og vejledning
- b) tilbyde kollegial støtte, fx fra mentor eller netværk
- c) give henstilling eller påbud om at tilpasse adfærden (f.eks. efterleve økonomisk lægemiddelordination, aftalte forløbsprogrammer m.v.).

### 3.5.1.2. Landssamarbejdsudvalget

Det følger af overenskomstens § 115, at der nedsættes en Landsamarbejdsudvalg bestående af medlemmer udpeget af RLTN og medlemmer udpeget af PLO. Hver part udpeger op til 6 medlemmer. I overenskomstens § 116 følger de nærmere opgaver og beføjelser for Landssamarbejdsudvalget. Landssamarbejdsudvalget skal bl.a. til fremme af samarbejdet mellem parterne og til brug for udvikling eller ændring af de overenskomstrelaterede opgaver på eget initiativ foretage fornødne undersøgelser og kan udarbejde vejledninger til forståelse og praktisering af overenskomstens bestemmelser. Landssamarbejdsudvalget behandler henvendelser om fortolkning af overenskomsten fra PLO-regionalt, regionerne, samarbejdsudvalgene samt andre, f.eks. centrale myndigheder. Landssamarbejdsudvalget fungerer som ankeinstans i klagesager, jf. overenskomstens kapitel XIII. Landssamarbejdsudvalget har pligt til at føre effektiv kontrol med udgifterne til

lægehjælp ydet i henhold til denne overenskomst, herunder udgifter, der er afhængige af lægernes ordination, jf. overenskomstens kapitel IX. Landsamarbejdsudvalget kan træffe foranstaltninger til nedbringelse af en læges regningskrav over for regionen.

Såvel regioner som læger er pligtige at meddele statistiske oplysninger, som er nødvendige for udvalgets virksomhed. Landssamarbejdsudvalget fastlægger retningslinjer for hvilket statistisk materiale, der på grundlag af yderregisteret og afregningssystemet, skal udarbejdes til brug for udvalget, og tager stilling til afholdelse af de udgifter, der er forbundet med udarbejdelsen af det statistiske materiale.

Landssamarbejdsudvalget kan ved klage over højstegrænser, og ved indberetning af oplysning om tildeling af advarsel eller udtalelse af misbilligelse, tiltræde afgørelsen, ændre afgørelsen eller tilbagesende sagen til fornyet behandling i Samarbejdsudvalget.

I overenskomstens § 117 følger reglerne om Landssamarbejdsudvalgets sanktionsmuligheder.

Landssamarbejdsudvalget har, for så vidt det drejer sig om en region, adgang til:

- a) at tildele advarsel eller udtale misbilligelse med eller uden tilkendegivelse af gentagelsesvirkning,
- b) at pålægge regionen at efterbetale lægen et af Landssamarbejdsudvalget fastsat beløb,
- c) at pålægge regionen en bod, der stilles til rådighed for velgørende formål.

Landssamarbejdsudvalget har, for så vidt det drejer sig om en læge, adgang til:

- a) at tildele advarsel eller udtale misbilligelse med eller uden tilkendegivelse af gentagelsesvirkning,
- b) at beslutte at lægen til regionen skal betale/tilbagebetale et af Landsamarbejdsudvalget fastsat beløb,
- c) at pålægge lægen en bod, der stilles til rådighed for velgørende formål
- d) at suspendere lægen midlertidigt fra at praktisere efter overenskomsten.
- e) at udelukke lægen fra at praktisere efter overenskomsten.
- f) at udelukke lægen midlertidigt eller permanent fra at blive ansat i klinikker, der drives i henhold til nærværende overenskomst. Beslutninger efter b) og

c) kan af regionen effektueres ved modregning i lægens tilgodehavende.

I mangel af enighed i Landssamarbejdsudvalget om iværksættelse af en sanktion kan sagen af én eller begge parter indbringes for en opmand, jf. overenskomstens §§ 119 og 120.

Forud for anvendelsen af de nævnte sanktioner har Landssamarbejdsudvalget mulighed for at:

- a) tilbyde rådgivning og vejledning
- b) tilbyde kollegial støtte, f.eks. fra mentor eller netværk
- c) give henstilling eller påbud om at tilpasse adfærden

### 3.5.1.3. Opmand

Det følger af overenskomstens § 119, at der i tilfælde af uenighed mellem parterne udpeger parterne en opmand. I tilfælde af uenighed mellem parterne om udpegning af opmand udpeges denne af sundheds- og ældreministeren (nu indenrigs- og sundhedsministeren). Ved en sags behandling ved en opmand er sagens parter PLO og RLTN.

I overenskomstens § 120 følger de nærmere opgaver for opmanden. Sager om fortolkning og anvendelse af en overenskomst samt klagesager, hvorom der ikke kan opnås enighed i Landssamarbejdsudvalget, kan af hver af overenskomstens parter indbringes for opmanden. Såfremt en af parterne ønsker, at opmanden skal mægle mellem parterne, indkaldes der, forinden sagen indbringes for opmanden, til møde mellem opmanden og Landssamarbejdsudvalget, hvor opmanden undersøger muligheden for et forlig og om muligt fremsætter et forligsforslag. Sager om idømmelse af organisationsansvar kan ligeledes indbringes for opmanden. Også i sager om organisationsansvar gælder bestemmelserne om mægling. Opmandens kendelser er bindende for parterne. I sager om idømmelse af organisationsansvar kan der pålægges en af parterne en bod.

### 3.5.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

Med det nuværende overenskomstsysttem hviler beslutningen om sanktionering af læger i de almenmedicinske tilbud på et paritetisk princip, hvor parterne i samarbejdsudvalgene og Landssamarbejdsudvalgene skal træffe beslutninger i enighed.

Med Aftale om en sundhedsreform fra november 2024 er aftalepartierne enige om at styrke regionernes kompetence til at lede og udvikle det almenmedicinske tilbud, med fokus på faglig udvikling og samarbejde. Regionerne skal have et styrket lovmæssigt grundlag i sundhedsloven til at stille

krav og følge op på klinikkernes efterlevelse af nationale krav, samt mulighed for at sanktionere dem. Dertil oprettes der et tvistløsningssystem, som kan afgøre uenighed mellem myndighed og klinik.

Med Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering blev det netop fremhævet, at de ansvarlige myndigheder skal have styrket lovmæssigt grundlag for at efterleve sin myndighedsforpligtigelse i forhold til tilvejebringelsens af almenmedicinske tilbud i henhold til de nationalt fastsatte krav og lokale aftaler. Forholdet mellem den ansvarlige myndighed og de enkelte klinikker i det almen medicinske tilbud bør være baseret på gensidig tillid, dialog og samarbejde. Myndigheden skal dog have bedre forudsætninger for at gå i dialog med den enkelte klinik, f.eks. om mangelfuld efterlevelse af basisfunktionen, tilgængelighed og aftaler som følge af f.eks. opgavebeskrivelsen, og pålægge den enkelte klinik at rette op på dette eller i sidste ende pålægge sanktioner.

I Honorarstrukturrådets rapport fra 2023 fremgår det, at det paritetiske princip som udgangspunkt er godt i forhold til at drøfte udvikling og samarbejdet mellem regionen og almen praksis. Rapporten påpeger dog også, at der er flere grunde til, at man bør overveje, om det paritetiske princip bør oprettholdes i fremtiden i forhold til de overtrædelser, der måtte ske af overenskomsten. Honorarstrukturrådet nævner herunder, at relationen mellem regionen og den enkelte læge er tillidsbaseret, og at det for en tillidsbaseret relation må forudsætte, at begge parter skal have mulighed for at ophæve samarbejdet, hvis tilliden bliver brudt, hvilket ikke er muligt i den nuværende model. Derudover har de to parter, regioner og almen praksis, der er repræsenteret i Samarbejdsudvalget, samtidigt et forskelligt juridisk udgangspunkt for deres virke i udvalget. Regionsrådets medlemmer har et myndighedsansvar og står både formelt og reelt til ansvar overfor offentligheden og over for myndighederne i forhold til forvaltningen af offentlige midler. Det samme formelle ansvar påhviler ikke de lægelige repræsentanter.

### 3.5.3. Den foreslåede ordning

Med Aftale om en sundhedsreform 2024 følger det, at regionerne skal have et styrket lovmæssigt grundlag i sundhedsloven til at følge op på, at nationale krav overfor de almenmedicinske tilbud overholdes. Det foreslås derfor, at regionerne vil få hjemmel i sundhedsloven til at følge op på, hvorvidt de privatpraktiserende læger i de almenmedicinske tilbud overholder nationale krav og regler, samt at regionerne får hjemmel til at træffe afgørelser om sanktioner i tilfælde, hvor krav og regler ikke overholdes. Det foreslås dertil, at der etableres et nyt klagenævn til at behandle klager fra læger i de almenmedicinske tilbud over afgørelser truffet af regionerne.

## 3.5.3.1. Praksisklagenævnet

Praksisklagenævnet bliver ankeinstans for beslutninger truffet af regionsrådet over privatpraktiserende læger i almen medicin.

Praksisklagenævnet skal være juridisk uafhængigt, hvilket vil indebære, at nævnet og dets sekretariat ikke kan modtage instrukser i nogen henseende om en enkelt sags afgørelse. Kravet om uafhængighed i forhold til arbejdet for nævnet vil også gælde medlemmer, der er udpeget efter indstilling fra det almenmedicinske tilbud og Danske Regioner. Klagenævnet og dets afgørelser er dermed uafhængige af f.eks. de politisk valgte regionsråd og regionsforvaltningen, og sikrer dermed, at klagenævnet ikke varetager regionernes interesser på bekostning af klageren.

Det foreslås, at Praksisklagenævnet består af 1 formand og mindst 1 næstformand og sagkyndige indstillet fra regionerne og de privatpraktiserende læger. Det foreslås endvidere, at nævnets medlemmer udnævnes af indenrigs- og sundhedsministeren. Formanden og næstformanden skal være landsdommere eller dommere. De sagkyndige, som indstilles af regionerne og de privatpraktiserende læger, udnævnes af ministeren efter indstilling fra regionerne og de privatpraktiserende læger. De sagkyndige medlemmer skal udpeges i kraft af deres personlige kompetencer som eksperter på deres område, og skal således sikre belysning af saglige og faglige forhold i nævnets afgørelser og inddragelse af de hensyn, som de nationale rammer for de almenmedicinske tilbud har til formål at varetage. Det er derfor en klar forudsætning, at organisationerne ikke indstiller medlemmer til nævnet, der er centralt placeret i egne organisationer eller organer eller varetager politiske poster, da det kan indebære en risiko for inhabilitet i uoverensstemmelse med forvaltningslovens regler. Den foreslåede sammensætning i klagenævnet skal sikre, at klagenævnet både er repræsenteret af juridisk kundskab, men også af medlemmer, som har erfaringer med de sager, som klagenævnet vil skulle behandle samt området i øvrigt.

Dertil foreslås det, at indenrigs- og sundhedsministeren får bemyndigelse til at fastsætte regler om nævnets sammensætning og om antallet af sagkyndige og deres udnævnelsesperiode.

Praksisklagenævnet vil være en selvstændig forvaltningsmyndighed og vil blive omfattet af de almindelige forvaltningsretlige regler og retsgrundsætninger.

Det foreslås, at klager til Praksisklagenævnet indgives skriftligt til den region, som har truffet afgørelsen, inden 20 hverdage efter, at afgørelsen eller

beslutningen er modtaget. Dertil foreslås det, at regionsrådet, hvis denne vil fastholde afgørelsen, snarest og ikke senere end 20 hverdage efter modtagelsen af klagen, skal videresende klagen til Regionernes Praksisklagenævn. Dette betyder, at regionen har mulighed for at revurdere sin afgørelse, hvis der indgives en klage, uden at denne i første omgang indbringes for klagenævnet. Hvis regionen vurderer, at den oprindelige afgørelse ikke skal ændres, skal denne oversende sagen inklusive sagsakter og en eventuel udtalelse til Praksisklagenævnet. Herved sikres, at i det tilfælde regionen har truffet en afgørelse på forkert grundlag eller hvis der er tale om en teknisk fejl, er der mulighed for at rette op på forholdet og ændre afgørelsen, uden at sagen indbringes for klagenævnet. Klagenævnet vil tilsvarende andre sammenlignelige ankenævn kunne stadfæste, hjemvise eller afvise en sag.

Det foreslås, at afgørelser truffet af Praksisklagenævnet ikke kan indbringes for anden administrativ myndighed. Det betyder, at Praksisklagenævnet træffer endelige administrative afgørelser i sagerne. Når Praksisklagenævnet har afgjort en sag, kan den derfor ikke efterfølgende prøves ved anden administrativ myndighed. Derimod vil sagen kunne indbringes for domstolene. Søgsmålet vil i givet fald være rettet mod regionen, hvis klager er uenig i en afgørelse truffet af klagenævnet over en afgørelse fra regionen. Det vil alene være i de tilfælde, hvor retssagen omhandler eventuelle sagsbehandlingsfejl ved Praksisklagenævnet mv., at klagenævnet kan være genstand for søgsmålet.

Det foreslås endeligt, at indenrigs- og sundhedsministeren får bemyndigelse til at fastsætte regler for Praksisklagenævnets administration og virksomhed, herunder regler om anvendelse af digital kommunikation mellem regionerne, klagere og nævnet.

Det foreslås, at Danske Regioner etablerer et sekretariat til betjening af Praksisklagenævnet herunder forberedelse og behandling af sager, der skal forelægges nævnet. Det foreslås, at sekretariatsbetjeningen af nævnet er uafhængig af Danske Regioners politiske organisation, og at sekretariatet refererer direkte til klagenævnet angående sager, der indbringes for Praksisklagenævnet. Sekretariatet må dermed ikke modtage instruktioner om fra medarbejdere i Danske Regioner, hvordan den enkelte sag skal behandles og afgøres. Uafhængigheden udelukker dog ikke, at nævnet kan benytte faciliteter i Danske Regioner.

Det foreslås i forlængelse heraf, at udgifter til Praksisklagenævnet og dets sekretariat afholdes af regionerne. Konkret vil finansieringen af



klagenævnet ske gennem den økonomiske ramme for de almenmedicinske tilbud, hvilket sikrer, at der inden for den økonomiske ramme, der fastsættes ved aftale mellem parterne, er økonomi til driften af klagenævnets virke. Her henvises ligeledes til, at der med aftale om en sundhedsreform er afsat 2,4 mia. kr. årligt frem mod 2030 til udvikling af de nære og almenmedicinske tilbud.

### 3.5.3.2. Opfølgning på nationale krav over for de almenmedicinske tilbud

Det foreslås, at der indføres en ny bestemmelse, hvor regionsrådet vil få ansvar for at følge op på de almen medicinske tilbuds efterlevelse af de nationale krav til de almenmedicinske tilbud som følge af § 57 l samt aftaler indgået efter § 227 a og § 227 b, stk. 3. Regionsrådet kan ved mistanke om manglende overholdelse af bestemmelserne:

- 1) Gå i dialog med en ejer af et alment medicinsk tilbud om konkrete forhold.
- 2) Tilbyde rådgivning og vejledning om gældende regler.
- 3) Give en henstilling om at tilpasse en konkret adfærd.

Dette skal sikre, at regionerne forud for at anvende sanktioner har været i dialog med den pågældende læge eller klinik med henblik på at løse eventuelle tvister i mindelighed. Det skal endvidere også ses i sammenhæng med de krav og opgaver mv. til det almenmedicinske tilbud som fastsættes i en national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud.

Det foreslås i forlængelse heraf, at regionsrådet skal træffe afgørelser over for de privatpraktiserende læger, hvis de misligholder indgåede aftaler samt overtræder krav i basisfunktionen, som stilles til de almenmedicinske tilbud. I de tilfælde, hvor det ikke har været muligt at finde en løsning gennem dialog, rådgivning og vejledning samt ved at give henstilling, vil regionen skulle træffe afgørelse om eventuelle yderligere skridt om sanktionering.

Regionen skal i så fald anvende følgende muligheder:

- 1) Give et påbud om at bringe forholdene i orden inden en fastsat frist. Påbuddet kan være ledsaget af en tilkendegivelse af gentagelsesvirkning.
- 2) Pålægge at tilbagebetale honorarer, som er blevet udbetalt uretmæssigt.

- 3) Suspendere samarbejdet midlertidigt inden for en afgrænset tidsmæssig periode samt angivelse af betingelser for at genoptage samarbejdet.
- 4) Opsige samarbejdet permanent.
- 5) Udelukke ejer/ejere af et almenmedicinsk tilbud fra midlertidigt eller permanent at blive ansat i klinikker, der drives efter aftale med regionen i henhold til §§ 227 a eller 227 b, stk. 3.

Den foreslåede ordning giver regionerne mulighed for og pligt til at træffe afgørelser vedr. samarbejdet med læger i det almenmedicinske tilbud, hvis en læge fx ikke overholder krav i basisfunktionen eller misligholder aftaler, som følge af § 227 a. En afgørelse i henhold til den foreslåede ordning vil være en forvaltningsretlig afgørelse, hvor regionen til enhver tid skal følge de almindelige forvaltningsretlige regler og retsgrundsætninger om blandt andet legalitet, saglighed, ret til partsaktindsigt og partshøring samt reglerne om, at der ikke må træffes afgørelse, før sagen er oplyst tilstrækkeligt (officielprincippet) m.v.

Regionen skal sikre, at patienter og kommuner har mulighed for at klage til regionen over service i det almen medicinske tilbud og skal på baggrund af klagerne handle i overensstemmelse med pligterne jf. loven. Klager over sundhedsfaglig behandling vil fortsat være til Styrelsen for Patientklager. Strafferetlige sager anmeldes til politiet.

Hvis regionen træffer afgørelse om at suspendere samarbejdet med en læge midlertidigt, opsige samarbejdet med en læge eller udelukke en læge midlertidigt eller permanent fra at blive ansat i klinikker, der drives efter aftale med regionen, vil en klage over afgørelsen have opsættende virkning. Det betyder, at afgørelsen først effektueres, når klagefristen er udløbet og en eventuel klage er blevet behandlet. Dette sikrer, at regionen bl.a. ikke kan fratage en praksisejer et ydernummer uden, at en klage herover kan blive behandlet ved klagenævnet. Hvis klagenævnet giver regionen medhold, kan afgørelsen eksekveres.

Andre afgørelser truffet af regionsrådet har i udgangspunktet ikke opsættende virkning og regionens afgørelser effektueres dermed i udgangspunktet, når regionsrådet træffer deres endelige afgørelse.

Er der inden for klagefristen indgivet en klage over afgørelsen, genvurderer regionen afgørelsen. Hvis regionen fastholder afgørelsen, oversender regionen sagen til Praksisklagenævnet. Formanden for Praksisklagenævnet kan i særlige tilfælde tillægge klager over afgørelser truffet af regionen opsættende virkning i andre tilfælde end dem der følger af § 276 b, stk. 2.

Læger i det almenmedicinske tilbud har mulighed for at påklage en afgørelse truffet af regionsrådet til den uafhængige klagemyndighed Praksisklagenævnet. Det gælder henholdsvis afgørelser truffet i henhold til §§ 57 1, 206 b, 276 b, stk. 1, 227 c samt aftaler indgået i henhold til § 227 a, stk. 1-2, kan, hvis ikke andet er fastsat i loven eller regler udstedt i medfør heraf.

Det foreslås, at der fastsættes et klagegebyr for behandling af en klage ved nævnet. Gebyret betales inden klagenævnet begynder sagsbehandlingen. Dette sikrer, at der i videst muligt omfang ikke indgives grundløse klager for nævnet, og at der ikke er behov for at fastsætte regler om afvisning af sager under en fastsat bagatelgrænse. Derudover vil gebyret medfinansiere klagenævnets drift. Det foreslås derudover, at klagegebyret tilbagebetales, hvis klageren får medhold i klagen eller hvis sagen afvises som uegnet til behandling. Gebyret tilbagebetales også, hvis klagen ikke er omfattet af nævnets kompetence eller sagen i det væsentligste forliges til klageres fordel. Hvis klageren ikke får medhold i sagen, tilbagebetales gebyret ikke. Den foreslåede ordning indebærer, at klageren, udover klagegebyret, ikke betaler for sagens omkostninger, medmindre klager ønsker at lade sig repræsentere, jf. forvaltningslovens § 8. Omkostninger til dette afholder klager selv.

Det foreslås, at formanden for Praksisklagenævnet kan afvise at behandle en klage, hvis klagegebyret ikke er indbetalt indenfor en fastsat frist, eller hvis det er åbenbart, at der ikke kan gives klageren medhold i sagen.

Det foreslås slutteligt, at indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges til at fastsætte nærmere regler om størrelsen af klagegebyret samt betalingen heraf, herunder om obligatorisk elektronisk betaling.

#### **4. Regionale konsekvenser, herunder for landdistrikter**

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

Med den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud etableres der et grundlag for en mere ensartet opgaveløsning, kvalitet og tilgængelighed i almenmedicinske tilbud på tværs af landet, bedre samarbejde og sammenhæng i tværsektorielle patientforløb, differentierede indsatser for borgere med størst behov og et grundlag for at gennemføre en faglig og organisatorisk udvikling af det almenmedicinske tilbud.

Forslaget skal således også understøtte høj kvalitet i opgavevaretagelsen i områder, hvor der er flere syge borgere med stort behandlingsbehov samt

understøtte og prioritere indsatser for borgere med størst behov. Disse områder vil ofte være sammenfaldende med landdistrikter.

En ny honorarstruktur med en differentieret honorering, der er afhængig af borgernes behandlingsbehov på klinikniveau, vil understøtte læger, der arbejder i områder, hvor borgerne har et større behandlingsbehov. Det forventes at have positive regionale konsekvenser for landdistriktsområder, da en differentieret honorering vil gøre det mere attraktivt at være læge i områder, hvor borgernes behandlingsbehov er størst. Disse områder er ofte sammenfaldende med landdistrikter. Konkret vil differentierede honorarer sikre mere ens forudsætninger for at levere behandling på tværs af klinikker med færre patienter med et større behandlingsbehov og klinikker med flere patienter med mindre behandlingsbehov. Differentieringen af honorarer vil understøtte at indsatser for borgere med størst behov kan prioriteres.

### **5. Konsekvenser for opfyldelsen af FN's verdensmål**

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

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

### **6. Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige**

Med Aftale om Sundhedsreform 2024 er det formålet, at kapaciteten i det almenmedicinske tilbud skal udvides generelt på tværs af landet frem mod 2035 blandt andet ved mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud. Antallet skal stige i takt med, at flere opgaver omstilles til og løses af det almenmedicinske tilbud, og at der uddannes flere speciallæger i almen medicin.

Der prioriteres 2,4 mia. kr. årligt indfaset frem mod 2030 til udvikling af de nære og almenmedicinske tilbud, herunder til målsætningen om mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud i 2035. Målretningen af midler afspejler, at regionerne skal have et styrket fokus på at prioritere det nære sundhedsvæsen, herunder udbygningen af det almenmedicinske tilbud, som nærværende lovforslag omfatter.

Med lovforslaget forventes RLTN at skulle indgå en aftale med de praktiserende læger om de økonomiske vilkår, som vil træde i stedet for overenskomst om almen praksis. Regionerne vil skulle indrette deres arbejde til at følge et nyt regelgrundlag, hvilket må forventes at medføre behov for tæt dialog med klinikejerne med fokus på at opnå en god implementering.

Med lovforslaget får regionsrådene til opgave at vurdere og træffe afgørelser om, hvorvidt en køber af et ydernummer kan forhåndsgodkendes med henblik på at drive et almenmedicinsk tilbud. Opgaverne forventes at medføre andre administrative opgaver end der løses i dag i regionerne, og vil kunne medføre større administrative konsekvenser for regionerne.

Lovforslaget giver derudover regionsrådet kompetence til og ansvar for at følge op på de almenmedicinske tilbuds efterlevelse af de nationale krav som følge af opgavebeskrivelsen og aftaler indgået med RLTN, og skal ved en læges misligholdelse af aftaler eller overtrædelse af de nationale krav, træffe forvaltningsretlige afgørelser over for de praktiserende læger. Regionerne har også efter de gældende regler til opgave at sikre, at de almenmedicinske tilbud lever op til reglerne på området. Det forventes derfor ikke, at denne del af lovforslaget medfører øgede administrative konsekvenser.

Dertil vil Praksisklagenævnet, som skal fungere som klageinstans for afgørelser truffet af regionsrådet, skabe administrative konsekvenser for Danske Regioner i relation til sekretariatsbetjeningen og aflønning af nævnets medlemmer. De administrative konsekvenser skal dog ses i sammenhæng med, at de nuværende sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg nedlægges, ligesom arbejdet med sundhedsaftaler ophører i dets nuværende form.

Derfor er det forventningen, at der ikke ses øgede administrative konsekvenser for regionerne samlet set.

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

Ministeriet har øje for, at lovforslaget er i overensstemmelse med princip nr. 1, der tilsiger, at lovgivningen bør være enkel og klar, så den er let at forstå for virksomheder og borgere. Dette er særligt et relevant hensyn ifm. etableringen af et nyt tvistløsningssystem, hvor tydelighed om praksisyderes retstilstand er et vigtigt hensyn.

Princippet om enkel og klar lovgivning er derudover særligt forsøgt imødekommet i forbindelse med lovforslagets 4. hovedpunkt om forhåndsgodkendelse af læger ved køb af et ydernummer. I lovforslaget er tydeligheden om processen i forbindelse med en læges køb af et ydernummer et væsentligt hensyn, da læger i situationer med køb og salg bør kunne forberede sig på, hvad der forventes for at få en forhåndsgodkendelse.

Det vurderes, at princip nr. 2 vedrørende mulig digital kommunikation er relevant fsva. rammerne for Praksisklagenævnet og afgørelser truffet af regionstrådet. Forslaget er udformet i overensstemmelse med princip nr. 2, idet lovgivningen understøtter, at der kan kommunikeres digitalt med lægerne i de almenmedicinske tilbud. Derudover ændres der med lovforslaget ikke på de allerede eksisterende regler om myndigheders anvendelse af digital kommunikation med borgerne.

Det vurderes videre, at princip nr. 3 om automatisk sagsbehandling på baggrund af objektive kriterier er særlig relevant ifm. forhåndsgodkendelsen af læger ved køb af ydernummer. Ministeriet har i lovforslagets bemærkninger beskrevet, at kriterierne skal være saglige, objektive og proportionelle. En afgørelse truffet i henhold til reglerne om opfølgning på nationale krav overfor de almenmedicinske tilbud er det vurderingen, at afgørelsen beror på skøn, hvorfor der vil være begrænset mulighed for at automatisere sagsbehandlingen ved at anvendelse af objektive kriterier.

Dertil vil en ny honorarstruktur følge en national fordelingsmodel, der tager højde for borgernes behandlingsbehov og kriterier for honorar følger således denne model.

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

Det vurderes, at lovforslaget forventes at følge princip nr. 5 og 6 om tryk og sikker databehandling og anvendelse af offentlig infrastruktur, da der med lovforslaget ikke ændres på de allerede eksisterende regler for datahåndtering. Det vurderes slutteligt, at lovforslaget efterlever princip nr. 7 om forebyggelse af snyd, idet lovforslaget ikke forventes at åbne op for nye muligheder for snyd. Med en forhåndsgodkendelse af læger ved køb af et ydernummer ud fra en vurdering af, om lægen kan efterleve gældende krav og regler understøttes en forbyggende indsats mod bl.a. snyd.

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

Erhvervsstyrelsens Område for Bedre Regulering (OBR) vurderer, at forslaget ikke er erhvervsrettet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at der med den nye honorarstruktur skal være sammenhæng mellem lægernes honorar og borgernes behandlingsbehov. Aftalepartierne bag Aftale om Sundhedsreform 2024 er enige om, honorarerne skal differentieres, så læger med en høj patienttyngde kan have færre patienter uden at miste indtjening, mens læger med mange patienter med en lavere patienttyngde skal have flere patienter, for at kunne opretholde den samme indtjening som før lovforslagets ikrafttræden. Det følger som konsekvens af en model, der baseres på en differentiering efter patienternes sundhedsbehov.

Der vil i relation til det nyoprettede Praksisklagenævn være et klagegebyr, som lægerne, der ønsker at klage over en afgørelse fra regionen eller sundhedsrådet, skal afholde. I forbindelse med sagsbehandlingen af sagerne i klagenævnet kan der også være øgede administrative konsekvenser for lægerne, idet de skal bidrage til sagens oplysning.

**8. Administrative konsekvenser for borgerne**

Lovforslaget vurderes ikke at have administrative konsekvenser for borgerne.

**9. Klimamæssige konsekvenser**

Lovforslaget vurderes ikke at have klimamæssige konsekvenser.

**10. Miljø- og naturmæssige konsekvenser**

Lovforslaget vurderes ikke at have miljø eller naturmæssige konsekvenser.

**11. Forholdet til EU-retten**

Lovforslaget indeholder ingen EU-retlige aspekter.

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

[Udfyldes senere]

<b>13. Sammenfattende skema</b>		
	Positive konsekvenser/mindredgifter (hvis ja, angiv omfang/hvis nej, anfør »Ingen«)	Negative konsekvenser/merudgifter (hvis ja, angiv omfang/hvis nej, anfør »Ingen«)

## UDKAST

Økonomiske konsekvenser for stat, kommuner og regioner		Kapaciteten i det almenmedicinske tilbud skal styrkes og udvides frem mod 2035 ved mindst 5.000 læger i takt med, at det almenmedicinske tilbud skal varetage flere og ny opgaver. Der prioriteres 2,4 mia. kr. årligt indfaset frem mod 2030 til udvikling af de nære og almenmedicinske tilbud, herunder til målsætningen om mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud i 2035.
Implementeringskonsekvenser for stat, kommuner og regioner	Ingen	<p>En ny national opgavebeskrivelse for det almenmedicinske tilbud herunder basisfunktionen indebærer, at Sundhedsstyrelsen skal udvikle og løbende opdatere opgavebeskrivelsen i takt med kapacitetsopbygningen i det almenmedicinske tilbud og den øvrige omstilling til det nære sundhedsvæsen.</p> <p>En ny organisering af det almenmedicinske tilbud indebærer, at regionsrådene får en større faglig og ledelsesmæssig opgave i forhold til det almenmedicinske tilbud.</p>
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet m.v.	En ny og differentieret honorering med udgangspunkt i den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud vil indebære, at klinikejere, der har mange patienter med en højere patienttyngde har mulighed for at opretholde den nuværende indtjening med færre tilmeldte patienter. Dette som følge af større sammenhæng mellem lægernes honorar og borgernes behandlingsbehov.	<p>Der vil i relation til det nyoprettede Praksisklagenævn være et klagegebyr, som læger i det almenmedicinske tilbud, der ønsker at klage over en afgørelse fra regionen, skal afholde.</p> <p>En ny og differentieret honorering med udgangspunkt i den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud vil indebære, at klinikejere, som har mange patienter med en lavere patienttyngde skal have flere patienter, for at kunne opretholde</p>



## UDKAST

		den samme indtjening som før lovforslagets ikrafttræden. Dette som følge af større sammenhæng mellem lægernes honorar og borgernes behandlingsbehov.
Administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.		I forbindelse med sagsbehandlingen af sagerne i det nyoprettede Praksisklagenævn kan der være øgede administrative konsekvenser for læger i det almenmedicinske tilbud, idet de skal bidrage til sagens oplysning.
Administrative konsekvenser for borgerne		Ingen.
Klimamæssige konsekvenser		Ingen.
Miljø- og naturmæssige konsekvenser		Ingen.
Forholdet til EU-retten	(Beskriv forholdet til EU-retten/anfør »Lovforslaget indeholder ingen EU-retlige aspekter.«)	
Er i strid med de fem principper for implementering af erhvervsrettet EU-regulering (der i relevant omfang også gælder ved implementering af ikke-erhvervsrettet EU-regulering) (sæt X)	Ja	Nej  X

## *Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser*

### *Til § 1*

#### Til nr. 1

Det følger af sundhedslovens § 57 a, stk. 1, 1. pkt., at regionsrådet mod betaling yder behandling ved læge på regionsrådets egne klinikker, som etableres efter § 227, stk. 5, til personer fra andre EU-/EØS-lande, der ikke har bopæl her i landet.

Det foreslås, at i § 57 a, stk. 1, 1. pkt., ændres » § 227, stk. 5« til: » § 227 b, stk. 5«.

Med dette lovforslag flyttes bestemmelsen fra sundhedslovens § 227, stk. 5 til en ny bestemmelse i § 227 b, som alene angår almenmedicinske tilbud. Det er formålet med flytningen af bestemmelsen at samle bestemmelser om regionsrådet muligheder for at tilrettelægge det almenmedicinske tilbud. Den foreslåede ændring vil således medføre, at der fortsat vil være muligt for regionsrådet mod betaling at yde behandling via regionsklinikker til personer fra andre EU-/EØS-lande, der ikke har bopæl her i landet. Der er ingen materielle ændringer forbundet med flytningen af bestemmelsen.

#### Til nr. 2

Der er i gældende lovgivning ikke en national fastlæggelse eller styring af de samlede krav og opgaver m.v. i det almenmedicinske tilbud.

Læger i almenmedicinske tilbud er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med de nationale faglige retningslinjer, der udstedes i medfør af sundhedslovens § 57 c. Overenskomst om almen praksis, som aftales mellem RLTN og PLO, fastsætter de generelle rettigheder og forpligtelser for almen praksis, herunder opgaver samt honoreringen.

Det fremgår af § 57, stk. 1 i sundhedsloven, at regionsrådet har ansvar for at tilvejebringe tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner.

Det følger af sundhedslovens § 227, stk. 1, at RLTN afslutter overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkårene for ydelser i praksissektoren, det vil sige ydelser hos alment praktiserende læger m.fl.

Det fremgår af sundhedslovens § 227, stk. 3, at regionen kan udbyde drift af praksis, som hidtil har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1, og hvor regionsrådet har fået overdraget ydernummeret. Regionsrådet kan desuden udbyde drift af praksis vedrørende nye ydernumre, som regionsrådet har oprettet. Regionsrådet kan endvidere som led i praksisplanlægningen opkøbe eksisterende ydernumre fra læger, der har ønsket at sælge, og udbyde driften af disse praksis. Det fremgår endvidere af sundhedslovens § 227, stk. 5, at regionsrådet kan etablere og drive en klinik, som leverer almenmedicinske ydelser, jf. § 60, stk. 1-2. Personer i sygesikrings gruppe 1 kan vælge de regionale almenmedicinske tilbud, jf. § 59.

Det fremgår videre af sundhedslovens § 57 d, at det påhviler alment praktiserende læger, der yder behandling til gruppe 1-sikrede personer, jf. § 60, stk. 1, at foretage kodning af henvendelser til almen praksis og anvende datafangst.

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

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

Det følger af sundhedslovens § 206 b, stk. 1, at lægekapaciteterne i det almenmedicinske tilbud fordeles og styres efter en national model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud. Jf. sundhedslovens § 206 b, stk. 2, foretager regionsrådet planlægning og kapacitetsstyring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud i overensstemmelse med den nationale fordeling og styring efter stk. 1.

Det følger af bemærkningerne til sundhedslovens § 227 stk. 1, jf. Folketings Tidende 2012-13, A, L 227 som fremsat, side 22, at den regionale praksisplan blev etableret som ramme for de opgaver, som almen praksis skulle løse. Overenskomstens parter blev på denne baggrund enige om at afskaffe

§ 2 i overenskomst om almen praksis med overenskomstaftalen i 2014, hvori det fremgik, at der i tillæg til overenskomst om almen praksis kunne ”indgås lokalaftaler som supplerer eller fraviger nærværende overenskomst”. Muligheden for at indgå lokalaftaler er ikke fuldstændig afskaffet, men væsentligt begrænset med afskaffelsen af § 2.

Overenskomst om almen praksis beskriver de overordnede mål og visioner for alment praktiserende læger som en del af det sammenhængende sundhedsvæsen, samt de konkrete bestemmelser i forhold til opgaver, pligter og ansvar og den tilhørende honorering. Derudover indeholder overenskomsten regler om tilgængelighed, heriblandt krav til åbningstider, kontaktformer og tilrettelæggelse med mulighed for akuttid. I overenskomsten aftales en økonomisk ramme for alment praktiserende læger.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1. i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås, at der indsættes et nyt *kapitel 13 c* med kapiteloverskriften »*Nationale krav og opgaver m.v. til det almenmedicinske tilbud*«.

Den foreslåede indsættelse vil medføre en tydeliggørelse af et nyt emne i sundhedsloven om nationale krav og opgaver m.v. for det almenmedicinske tilbud.

Det foreslås desuden, at der indsættes en ny bestemmelse i § 57 l i kapitel 13 c om nationale krav og opgaver m.v. i det almenmedicinske tilbud.

Det foreslås i § 57 l, stk. 1, at krav og opgaver m.v. til det almenmedicinske tilbud fastsættes i den nationale opgavebeskrivelse med en basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, jf. regler fastsat i medfør af stk. 4.

Den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion vil udgøres af en myndighedsrettet del, opgavebeskrivelsen, og en klinikrettet del, basisfunktionen. Den nationale opgavebeskrivelse vil være det centrale styrings- og udviklingsredskab i fastlæggelsen af opgaver og krav til den samlede almenmedicinske ydelse, som regionerne som ansvarlig myndighed vil skulle tilvejebringe. Mens basisfunktionen vil være det centrale styrings- og udviklingsredskab i fastlæggelsen af opgaver og krav til klinikker i det almenmedicinske tilbud, som klinikkerne vil skulle efterleve.

Den nationale opgavebeskrivelse vil blandt andet indeholde krav og anbefalinger til funktioner, der vil ligge ud over basisfunktionen, som

regionsrådet vil have ansvar for at sikre udbuddet af, men som ikke skal varetages af alle klinikker i det almenmedicinske tilbud.

Derudover vil den omfatte regionsrådets forpligtelser i forhold til at understøtte og udvikle de almenmedicinske tilbud fagligt. Heriblandt regionens understøttelse af forskning i almenmedicinske tilbud og patientforløb i det primære sundhedsvæsen og dataunderstøttet kvalitetsudvikling i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Opgavebeskrivelsen vil desuden skulle indeholde en beskrivelse af regionsrådets forpligtelser til opfølgning på overholdelse af krav i opgavebeskrivelsen og basisfunktionen, herunder brug af data og opfølgning af kvalitet.

Med udgangspunkt i Aftale om sundhedsreform 2024 vil den nationale opgavebeskrivelse blandt andet også skulle indeholde 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. Det fremgår således af Aftale om Sundhedsreform 2024, at en udbygning af det almenmedicinske tilbud også indebærer, at regionerne udbygger tilgængeligheden også for udsatte grupper. Derudover vil opgavebeskrivelsen også indeholde en beskrivelse af strategi og principper fra den nationale sundhedsplan, som omsættes til krav og anbefalinger i opgavebeskrivelsen.

Den nationale opgavebeskrivelse vil således f.eks. skulle indeholde krav til regionsrådets forpligtelser i det tværsektorielle arbejde og til at understøtte rammerne for klinikkernes opgavevaretagelse. Det vil f.eks. være krav om, at regionsrådet i sin planlægning af det almenmedicinske tilbud vil skulle understøtte rammerne for at skabe sammenhæng og koordinering af patientforløb, der går på tværs af det almenmedicinske tilbud, sygehuse, regionale og kommunale sundhedstilbud og øvrige praksissektor med udgangspunkt i opgavebeskrivelsen. Derudover f.eks. krav til regionsrådets understøttelse af de almenmedicinske tilbuds adgang til diagnostiske undersøgelser og til specialistrådgivning om komplekse patientforløb hos f.eks. praktiserende speciallæger og på sygehuse m.v.

Den nationale opgavebeskrivelse vil også skulle indeholde krav til regionsrådets opgaver og forpligtelser i relation til faglig udvikling, som regionsrådet vil skulle efterleve i sin planlægning og tilrettelæggelse af det almenmedicinske tilbud. Det vil være krav til regionsrådets understøttelse af de

almenmedicinske tilbud med fokus på udvalgte udviklingsområder, som f.eks. multisygdom og komplekse patienter, differentiering, forskning og kvalitetsudvikling i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Derudover vil opgavebeskrivelsen også kunne indeholde udvalgte udviklingsområder, som ikke vil have status af krav og anbefalinger til regionsrådet, men som ved senere opdateringer af opgavebeskrivelsen og basisfunktionen vil kunne ændre status til egentlige krav og anbefalinger.

Den foreslåede ordning vil således indebære, at regionsrådets som led i sin efterlevelse af opgavebeskrivelsen både vil skulle understøtte den faglige udvikling i dialog med klinikker og følge op på blandt andet efterlevelsen af basisfunktionen. Dette vil skulle understøtte regionsrådets mulighed for at tilvejebringe et almenmedicinsk tilbud af ensartet, høj kvalitet, og at regionsrådet vil have bedre mulighed for at følge op på klinikkers efterlevelse af krav samt kvalitet. Den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion vil således skulle ses i nær sammenhæng med den foreslåede ordning i § 276 a om opfølgning på nationale krav over for de almenmedicinske tilbud.

Det fremgår af Aftale om sundhedsreform 2024, at basisfunktionen vil skulle indeholde en beskrivelse af funktioner, opgaver, tilgængelighed, samarbejde og kompetencer, som alle klinikker som udgangspunkt vil være forpligtet til at skulle leve op til og løse, uanset leverandørform. Herunder vil basisfunktionen blandt andet indeholde en faglig beskrivelse af funktioner, kompetencer og udstyr, der er knyttet til opgavevaretagelsen, tilgængelighed, adgangsforhold samt krav til samarbejder, som klinikker i det almenmedicinske tilbud er forpligtede til at deltage i på tværs af aktører og sektorer m.v., herunder samarbejdet med regionen.

Basisfunktionen vil f.eks. skulle indeholde krav i relation til de funktioner som klinikker i det almenmedicinske tilbud skal varetage herunder tovholderfunktionen og differentiering af indsatser for patienter med særlige behov, krav til patientrettede opgaver, udstyr, som skal være til rådighed, krav om kompetencer hos klinikken samt beskrivelse af systematisk og selvvalgt efteruddannelse til vedligeholdelse og udvikling af kompetencer hos læger og øvrige faggrupper m.v. Derudover vil basisfunktionen skulle indeholde krav til klinikkers arbejde med kvalitetssikring og -udvikling data og deltagelse i f.eks. kvalitetsarbejde. Dertil krav til samarbejde med sygehuse, akutberedskab, kommuner, øvrige praksisområde m.v., herunder samarbejdet med regionen.

Endelig vil basisfunktionen skulle indeholde konkrete krav til tilgængelighed i form af åbningstider, kontaktformer som f.eks. telefon- og videokonsultation, og tilrettelæggelse med mulighed for akuttid eller kontinuitet efter behov. Desuden krav til fysiske adgangsforhold og adgang for gangbesværede. Ved fastlæggelsen af krav til tilgængelighed og åbningstid vil der skulle sikres balance i forhold til kapacitet og vilkår i klinikkerne samt tages højde for leverandørsammensætningen i det almenmedicinske tilbud. Samtidig med at der i fastlæggelsen tages hensyn til den samlede planlægning af sundhedsvæsenet og det almenmedicinske tilbuds funktion og opgaver heri.

Basisfunktionen vil skulle danne grundlag for regionsrådets opfølgning på klinikernes efterlevelse af kravene i basisfunktionen. Dette ud fra et hensyn om, at styrke regionsrådets mulighed for at tilvejebringe et almenmedicinsk tilbud af ensartet, høj kvalitet.

Den foreslåede ordning med den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion vil skulle ses i nær sammenhæng med tiltag til styrket kapacitet i det almenmedicinske tilbud og målsætningen om mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud i 2035 og vil i takt med kapacitetsudviklingen skulle understøtte mere fleksible åbningstider og tilgængelighed i klinikkerne i det almenmedicinske tilbud. Dette vil skulle understøtte omstillingen af opgaver til det nære sundhedsvæsen.

Den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud vil skulle ses i nær sammenhæng med øvrige nationale styringsredskaber for sundhedsvæsenet og vil skulle fastlægges inden for den samlede strategiske retning for udvikling af sundhedsvæsenet og national og lokal planlægning af sundhedsvæsenet i en kommende national sundhedsplan.

Med den foreslåede ordning vil opgaver og krav m.v. i det almenmedicinske tilbud således blive fastlagt af nationalt. Den foreslåede ordning vil dermed medføre, at grundlaget for den nuværende aftalemodel for de alment praktiserende læger vil blive ændret. Den foreslåede ordning skal dermed ses i nær sammenhæng med den foreslåede ordning i § 227, stk. 1. For nærmere om en aftalemodel for alment praktiserende læger henvises til lovforslagets § 1, nr. 12, og bemærkningerne hertil.

Det foreslåede § 57 l, stk. 1, skal ses i sammenhæng med den foreslåede § 57 l, stk. 4, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren vil skulle fastsætte nærmere regler om opgavebeskrivelsen og basisfunktionen ved bekendtgørelse.

Efter det foreslåede § 57 l, stk. 2, er regionsrådet forpligtet til at tilvejebringe og tilrettelægge det almenmedicinske tilbud i henhold til den nationale opgavebeskrivelse efter stk. 1, herunder at fastlægge de overordnede rammer for samarbejdet mellem klinikker i det almenmedicinske tilbud og det øvrige sundhedsvæsen.

Den foreslåede ordning vil medføre, at regionsrådets planlægning, tilvejebringelse og tilrettelæggelse af det almenmedicinske tilbud vil skulle ske i overensstemmelse med de krav, opgaver og anbefalinger m.v., som fastlægges i den nationale opgavebeskrivelse for det almenmedicinske tilbud. Opgavebeskrivelsen vil således fastsætte krav, opgaver og anbefalinger m.v. til den samlede almenmedicinske ydelse, som regionsrådet, som ansvarlige myndighed, vil skulle tilvejebringe.

Den foreslåede ordning vil således indebære, at der vil blive stillet krav til regionsrådets forpligtelse til at sikre tilvejebringelsen af visse ydelser og opgaver i det almenmedicinske tilbud, som ligger ud over basisfunktionen, og som dermed ikke vil være krav til alle klinikker. I praksis vil regionsrådet således skulle sikre efterlevelsen af dette ved aftaler om varetagelsen af disse opgaver og funktioner lokalt med klinikker i det almenmedicinske tilbud i regionens område. Det vil blandt andet kunne være krav om tilgængelighed i det almenmedicinske tilbud i ydertimer samt krav om at sikre fasttilknyttede lægedækning på plejehjem, sundheds- og omsorgspladser og botilbud samt tilgængelighed for øvrige særligt sårbare og udsatte borgere m.v., som det fremgår og er aftalt med Aftale om sundhedsreform 2024.

Den foreslåede ordning vil desuden medføre, at regionsrådet vil skulle fastlægge de overordnede rammer for samarbejdet mellem klinikker i det almenmedicinske tilbud inden for regionens geografiske områder af hensyn til at understøtte tilvejebringelsen af et samlet almenmedicinsk tilbud og rammer for samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen i overensstemmelse med den nationale opgavebeskrivelse. Regionsrådet vil således skulle varetage den lokale faglige ledelse og koordinering af samarbejde med klinikker og lægerne med henblik på at sikre velfungerende rammer for opgaveløsning og udvikling.

Samlet set vil regionsrådets således blive forpligtet i forhold til det tværsektorielle arbejde i relation til det almenmedicinske tilbud, understøttelse af rammerne for de almenmedicinske tilbuds opgavevaretagelse, faglig udvikling, opfølgning på klinikkernes efterlevelse af gældende krav i blandt andet



basisfunktionen m.v. Regionsrådet vil dermed som led i sin efterlevelse af opgavebeskrivelsen både skulle understøtte opgavevaretagelsen, sikre den faglige udvikling i dialog med klinikker og følge op på blandt andet klinikernes efterlevelse af krav i basisfunktionen samt på øvrige krav og på kvalitet. Samtidig vil klinikkerne være forpligtet til at indgå i samarbejdet.

Regionsrådets ledelse af samarbejdet og den faglige udvikling i det almenmedicinske tilbud vil skulle udføres indenfor rammerne af den grundpræmis, at hovedparten af klinikkerne af almenmedicinske tilbud fungerer som selvstændige enheder, der enten virker efter udbud og kontrakt med regionsrådet eller ved aftale efter regler fastsat i den foreslåede ordning i § 227 a, stk. 1. Klinikken 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.

Den foreslåede bestemmelse vil desuden skulle ses i nær sammenhæng med den foreslåede ordning i § 276 a, vedrørende regionernes kompetence til at sanktionere. For nærmere om sanktionsmuligheder henvises til lovforslagets § 1, nr. 14, og bemærkningerne hertil. Derudover vil den foreslåede ordning skulle ses i nær sammenhæng med den foreslåede ordning i § 227 c, om regionsrådets kompetence til at forhåndsgodkende speciallæger i almen medicin, der erhverver ydernumre, hvor det vil skulle sandsynliggøres, at ejrelægen vil kunne efterleve gældende krav, heriblandt krav fastsat i basisfunktionen. For nærmere om forhåndsgodkendelse henvises til lovforslagets § 1, nr. 11, og bemærkningerne hertil.

Den foreslåede bestemmelse vil skulle ses i nær sammenhæng med nuværende bestemmelse i § 227, stk. 5. Det fremgår af lovbemærkningerne sundhedslovens § 227, stk. 5, at det vil være muligt for regionsrådet at etablere en særlig organisering af visse almenmedicinske ydelser i det almenmedicinske tilbud. Disse vil f.eks. være målrettet en særlig patientgruppe eller grupper af borgere med særlige behov, som erfaringsmæssigt f.eks. har oplevet udfordringer med at bruge de eksisterende, traditionelle tilbud. Et sådant fuldt tilbud vil være det, borgeren er tilknyttet, og som vil kunne levere de ydelser, der indgår i den nationalt fastsatte basisfunktion. Det forudsættes dog, at borgerne i området fortsat vil være sikret, at det almenmedicinske tilbud, de tilvælger, vil give en samlet indgang til de ydelser, der er omfattet af basisfunktionen, jf. Folketingstidende 2024-25, tillæg A, L 212 som fremsat, side 15.

Det forudsættes endvidere, at regionsrådet i sin planlægning vil skulle sikre, at det ikke vil have konsekvenser for borgernes frie lægevalg, § 2, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 605 af 4. juni 2024 om valg og skift af alment praktiserende læge og om behandling hos læge i praksissektoren. Ligesom det vil skulle ske under hensyn til den fastlagte kapacitet for områder, jf. sundhedslovens § 206 b, stk. 2.

For at sikre regionsrådets planlægningskompetence og sikre lokalt råderum for regionsrådet vil det således fremover være muligt at indgå lokale aftaler om økonomiske vilkår for varetagelsen af blandt andet disse opgaver og funktioner. Den foreslåede ordning vil således skulle ses i nær sammenhæng med den foreslåede ordning i § 227 a, stk. 2, som vil medføre, at der fortsat vil kunne indgås lokale aftaler om blandt andet opgaver fastsat i opgavebeskrivelsen. For nærmere om lokale aftaler henvises til lovforslagets § 1, nr. 11, og bemærkningerne hertil.

Det foreslås i § 57 l, stk. 3, at klinikker i det almenmedicinske tilbud er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med krav og opgaver m.v. fastsat i den nationale basisfunktion for det almenmedicinske tilbud.

Med den foreslåede bestemmelse vil alle klinikker i det almenmedicinske tilbud uanset klinikform og inklusive regionale klinikker skulle efterleve basisfunktionen. Den foreslåede ordning vil desuden betyde, at obligatoriske krav og opgaver til klinikker i det almenmedicinske tilbud vil blive fastsat nationalt, som fastlagt i Aftale om sundhedsreform 2024.

Med klinikker forstås her alle almenmedicinske tilbud, hvor autoriserede sundhedspersoner, eller personer, der handler på deres ansvar, udfører sundhedsfaglig behandling.

Med den foreslåede ordning vil klinikkerne således også være forpligtede til at bidrage til og deltage i samarbejde med blandt andet regionen og med andre øvrige dele af sundhedsvæsenet inden for de rammer, som regionsrådet fastlægger for dermed at understøtte den samlede opgavevaretagelse i det almenmedicinske tilbud inden for regionens område i henhold til den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion. Den foreslåede ordning skal således ses i nær sammenhæng med, tiltag i Aftale om Sundhedsreform 2024 om indsigt i og adgang til data og information om aktiviteten og kvaliteten i de almenmedicinske klinikker, for bl.a. regionen med ansvar for tilbuddet.

En klinik vil kunne varetage yderligere opgaver og funktioner målrettet mod f.eks. særlige patientgrupper, som f.eks. fast læge på et botilbud m.v., der ligger ud over basisfunktionen, og som er indeholdt i opgavebeskrivelsen. Krav til klinikkernes varetagelse af sådanne opgaver og funktioner følger af aftale med regionsrådet.

Den foreslåede ordning ændrer ikke ved det forhold, at der fortsat vil skulle indgås aftale om de økonomiske vilkår m.v., vedrørende krav og opgaver i opgavebeskrivelsen og basisfunktionen for de alment praktiserende læger, der virker efter aftaler indgået efter regler fastsat i den foreslåede ordning i § 227 a, stk. 1 og stk. 2.

Vilkårene for udbudsklinikker vil blive fastlagt ved kontrakter med regionsrådet.

Med den foreslåede ordning i § 227, stk. 1, og § 227, stk. 4 vil en ny aftalemodel skulle være fleksibel og en ny honorarstruktur simpel, sådan at nye eller ændrede opgaver og krav, som følge af justeringer i basisfunktionen ikke automatisk forudsætter forhandlinger på ny og nye honorarer. Den foreslåede ordning skal således ses i nær sammenhæng med den foreslåede ordning i § 227 a, stk. 1, om en ny aftalemodel samt i § 227 a, stk. 4, om en differentieret honorarstruktur. For nærmere herom henvises til lovforslagets § 1, nr. 11, og bemærkningerne hertil.

Det foreslås i § 57 l, stk. 4, indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud.

Den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse vil skulle anvendes til at fastlægge den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion og den nærmere udmøntning af denne ved bekendtgørelse. Dette følger af, at opgaver og krav m.v. til det almenmedicinske tilbud med vedtagelsen af dette lovforslag, vil skulle ske nationalt. Den foreslåede ordning vil således medføre en ændring af den eksisterende opgavefastlæggelse i det almenmedicinske tilbud, hvor krav og opgaver fremover vil skulle fastlægges nationalt.

Ved udmøntningen af bemyndigelsesbestemmelsen vil indenrigs- og sundhedsministeren anmode Sundhedsstyrelsen om at fastlægge den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud

med inddragelse af relevante faglige aktører, som fastlagt i Aftale om sundhedsreform 2024. De nærmere regler om den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion vil blive fastsat ved bekendtgørelse.

Udarbejdelsen af den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion vil i første omgang ske i Sundhedsstyrelsen med inddragelse af faglige input fra relevante aktører.

Den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud vil skulle ses i nær sammenhæng med øvrige nationale styringsredskaber for sundhedsvæsenet og vil skulle fastlægges inden for den samlede strategiske retning for udvikling af sundhedsvæsenet og national og lokal planlægning af sundhedsvæsenet i en kommende national sundhedsplan.

Den foreslåede ordning vil dermed indebære, at den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud vil skulle opdateres med løbende intervaller, f.eks. hvert andet til fjerde år, ud fra et hensyn til blandt andet den samlede strategiske retning for udviklingen af sundhedsvæsenet og herunder planlægningen af sundhedsvæsenet. Dertil for at afspejle opgaveudviklingen og understøtte en omstilling mod nære og almene sundhedsindsatser, herunder til det almenmedicinske tilbud.

I opdateringerne vil der kunne fastlægges, at nye basisfunktioner og faglig udvikling gennemføres indenfor en nærmere fastsat implementeringsperiode, som giver klinikkerne mulighed for at tilpasse organisering og opgavevaretagelse.

I fastlæggelsen og opdateringen vil der, som det fremgår af Aftale om sundhedsreform 2024, således skulle sikres balance mellem kravene i den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion og det almenmedicinske tilbuds kapacitet, ressourcer og kompetencer. Det vil indebære, at når basisfunktionen vil skulle udvides, f.eks. som en følge af, at en opgave overgår fra et sygehus til det almenmedicinske tilbud, så vil den nødvendige kapacitet, ressourcer og kompetencer skulle være til rådighed til at understøtte den løbende opgaveudvidelse, eller alternativ vil en opgave f.eks. skulle fjernes.

Der vil desuden skulle tages et hensyn til leverandørsammensætningen i tilbuddet samtidig med, at krav og opgaver vil skulle understøtte en udviklingen, som vil kunne bidrage til en større organisatorisk bæredygtighed i klinikkerne i det almenmedicinske tilbud.

I udarbejdelsen og ved opdateringer af den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktionen vil der desuden skulle tages højde for eksisterende styringsværktøjer, som kliniske vejledninger til det almenmedicinske tilbud, Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb, pakkeforløb for kræft og kvalitetsstandarder til kommunale sundhedstilbud og kommende regionale sundhedstilbud fra 2027 m.v.

Der henvises i øvrigt til pkt. 2 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til nr. 3

Efter sundhedslovens § 155 nedsætte indenrigs- og sundhedsministeren Medicintilskudsnævnet, og i stk. 2, fremgår det, at nævnet højst består af 8 medlemmer, som beskikkes af indenrigs- og sundhedsministeren. I stk. 2, 2. pkt. står der, at 1 medlem beskikkes efter indstilling fra det i § 227 nævnte forhandlingsudvalg. Henvisningen til et forhandlingsudvalg i bestemmelsen er forældet, da udvalget i dag har en ny betegnelse.

Det foreslås derfor, at § 155, stk. 2, opdateres. Forhandlingsudvalget er i dag benævnt Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN), og det er oprettet, jf. § 37, stk. 2, i regionsloven (lovbekendtgørelse nr. 70 af 23. januar 2024). Som følge af det ændrede navn, foreslås det derfor, at indsætte en direkte henvisning til bestemmelsen i regionslovens § 37, stk. 2, hvorefter nævnet er oprettet, i sundhedslovens § 155, så det tydeligt fremgår, hvem der indstiller et medlem til beskikkelse i Medicintilskudsnævnet.

Til nr. 4

Det følger af sundhedslovens § 175, at regler om kørselsgodtgørelse til læger, der tilkaldes til de i § 59, stk. 1, nævnte personer, fastsættes ved de i § 227 nævnte overenskomster. Foreligger der ingen overenskomst herom, fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren de nærmere regler.

Det foreslås, at i § 175, 1. pkt., ændres »§ 227 nævnte overenskomster« til: » § 227 a, stk. 1 nævnte aftaler«.

Forslaget er således en følge af, at hjemlen til at indgå aftaler for de almenmedicinske tilbud udgår af sundhedslovens § 227, og med dette lovforslag reguleres i en ny § 227 a, stk. 1.

I § 175, 2. pkt., fremgår, det at såfremt, der ikke foreligger nogle overenskomster hero, fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren de nærmere regler. Da henvisningen til overenskomster, jf. § 227, ændres til den nye bestemmelse § 227 a, stk. 1, hvor begrebet aftaler i stedet benyttes, foreslås det, at ændre ordet overenskomst i 2. pkt. til aftaler.

Forslaget er således en følge af, at begrebet overenskomst i den gældende § 227, stk. 1, i en ny bestemmelse § 227 a, stk. 1, ændres til aftaler.

Til nr. 5

Det fremgår af § 205 a, stk. 1, at regionsrådet kan tilvejebringe og udleje lokaler og udstyr m.v. til brug for virksomhed, der udføres af sundhedspersoner efter overenskomst, jf. § 227, stk. 1, virksomheder, der leverer almenmedicinske ydelser efter udbud, jf. § 227, stk. 3, og andre leverandører af sundhedsydelser m.v., og til brug for udførelse af kommunale sundhedsydelser.

Det fremgår videre af § 205 b, stk. 1, at kommunalbestyrelsen kan tilvejebringe og udleje lokaler og udstyr m.v. til brug for virksomhed, der udføres af sundhedspersoner efter overenskomst, jf. § 227, stk. 1, virksomheder, der leverer almenmedicinske ydelser efter udbud, jf. § 227, stk. 3, og andre leverandører af sundhedsydelser m.v., og til brug for udførelse af regionale, ambulante sygehusydelser.

Det foreslås, at i § 205 a, stk. 1, og § 205 b, stk. 1, ændres »§ 227, stk. 1« til: »§ 227, stk. 1 og § 227 a, stk. 1«, og »§ 227, stk. 3« ændres til: »§ 227 a, stk. 3«.

Lovforslaget er en følge, af at adgangen til at indgå overenskomst om almenmedicinske tilbud udgår af den gældende § 227, stk. 1, og der i stedet med dette forslag etableres en adgang til at indgå aftaler om vilkår for almenmedicinske tilbud i en ny bestemmelse § 227 a, stk. 1. Da både §§ 205 a og b, indeholder en mulighed for regionsråd og kommunalbestyrelser til at tilvejebringe og udleje lokaler og udstyr m.v. til brug for andre virksomheder end almenmedicinske tilbud, skal der fortsat være en henvisning til § 227, stk. 1, i begge bestemmelser.

Til nr. 6

Det følger af sundhedsloven § 227, stk. 1, 1. pkt., at det i henhold til § 37 i lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens

Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab nedsatte nævn afslutter overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkårene for de i §§ 50, 58-60, 64, 66-69, 71 og 72, § 140 a, stk. 1, og §§ 140 b, 159 og 175 nævnte ydelser.

Det foreslås at affatte § 227, *stk. 1, 1. pkt.*, på ny således det fremgår, at det nævn, der er nedsat i henhold til § 37, stk. 2, i regionsloven afslutter overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkårene for de i §§ 50, 58, 59, 64, 66-69, 71 og 72, § 140 a, stk. 1, og §§ 140 b, 159 og 174 nævnte ydelser.

Forslaget vil indebære, at det nævn, der er nedsat i § 37, stk. 2, kan indgå aftale om vilkår for følgende bestemmelser:

§ 50, der fastlægger, at regionsrådet yder tolkebistand til personer, der har behov for tolkebistand i forbindelse med behandling hos alment praktiserende læge og privatpraktiserende speciallæge og behandlinger på sygehus.

§ 58, der omhandler valg af sikringsgruppe og udstedelse af sundhedskort.

§ 59, der omhandler personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, valg af alment praktiserende læge.

§ 64, der fastlægger, at regionsrådet yder vederlagsfri behandling hos praktiserende speciallæge til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, når behandlingen sker efter henvisning fra den valgte alment praktiserende læge, jf. dog stk. 4.

§ 66, der fastlægger, at regionsrådet yder tilskud til behandling hos kiropraktor

§ 67, der fastlægger, at regionsrådet yder tilskud til behandling hos fysioterapeut efter lægehenvi-  
sning.

§ 68, der fastlægger, at regionsrådet yder tilskud til behandling hos fodterapeut efter lægehenvi-  
sning.

§ 69, der fastlægger, at regionsrådet yder tilskud til behandling hos psykolog efter lægehenvi-  
sning.

§ 71, der fastlægger, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om, at der ydes tilskud til anden behandling end nævnt i §§ 64 b og 66-69.

§ 72, der fastlægger, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for tilskud efter §§ 66-71.

§ 140 a, stk. 1, der fastlægger, at kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri behandling hos en fysioterapeut i praksissektoren efter lægehenvi-  
sning.

§ 140 b, der fastlægger, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at kommunalbestyrelsen tilbyder anden behandling end nævnt i § 140 a.

§ 159, stk. 1, der omhandler regionsrådets tilskud til ernæringspræparater.

§ 174, der fastlægger, at indenrigs- og sundhedsministeren kan efter forhandling med kommunalbestyrelsen og regionsrådet godkende, at kommunalbestyrelserne i en region varetager udbetaling af befordringsgodtgørelse og løsning af andre befordringsopgaver efter § 171 på regionsrådets vegne.

Forslaget er en teknisk justering og modernisering af ordlyden, som følge af, at den gældende henvisning til lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab er opdateret ved lov nr. 224 af 8. april 2008, hvor populærtitlen »regionsloven« blev indsat.

Forslaget er endvidere en rettelse, der følger af ordlyden af den nye § 227 a, stk. 1, hvor det fremgår, at det nævn, der er nedsat i henhold til § 37, stk. 2, i regionsloven indgår aftale med en organisation som repræsenterer alment praktiserende læger om vilkår for de i §§ 50 og 60 nævnte ydelser for det almenmedicinske tilbud.

Forslaget vil videre indebære, at henvisningen til § 60, som har været i hidtil gældende formulering i § 227, stk. 1, flyttes og videreføres til § 227, a stk. 1.

Den foreslåede ændring følger af forslaget til en ny § 227 a, stk. 1, der fremadrettet alene vil regulere muligheden for, at parterne i den nævnte bestemmelse kan indgå aftale om vilkår for alment praktiserende læger, der yder vederlagsfri behandling i medfør af § 60 og tolkebistand i medfør af § 50.

Der henvises i øvrigt til § bemærkningerne i pkt. 3.2.3.

Til nr. 7



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

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

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

Af sundhedslovens § 227, stk. 5, fremgår det, at regionsrådet kan tilvejebringe et almenmedicinsk tilbud ved selv at etablere og drive en regional klinik, som personer i sygesikringsgruppe i kan vælge.

Det følger af sundhedslovens § 227, stk. 6, at regionsrådet i perioden fra den 1. juli 2023 til og med den 30. juni 2033 kan indgå aftaler med indehaveren af et ydernummer i områder med lægemangel om et særligt vederlag af midlertidig karakter til kompensation for etablerings- eller praksispersonaleudgifter, som understøtter regionernes forpligtigelse til at yde behandling hos praktiserende læge efter § 60, jf. § 57.

Det foreslås, at § 227, *stk. 2-6*, ophæves, idet bestemmelserne foreslås videreført på ny i sin helhed i § 227 b, stk. 1-5.

Den foreslåede ændring vil medføre, at bestemmelsernes virkning ikke op-høre med den foreslåede ordning men videreføres på ny i § 227 b, stk. 1-5.

Den foreslåede ordning af en del af en samlet strukturmæssig tilpasning, hvor indholdet i den gældende § 227, stk. 2-6, der vedrører det almenmedi-cinske tilbud, vil blive udskilt og reguleret i en ny § 227 b, således at be-stemmelsens talrige stykker vil blive delt op for læsevenlighedens skyld.

Der foreslås ikke nogen materielle ændringer i forhold til gældende ret i dag af § 227, stk. 3, 5 og 6. Om ændringer i det materielle indhold af § 227, stk. 2 og 4 henvises til bemærkningerne i nr. 11.

Til nr. 8

Det fremgår af § 227, stk. 9, i sundhedsloven, at overenskomster indgået i medfør af stk. 1 må ikke indeholde bestemmelser, der forpligter sundheds-personer, som har tilsluttet sig eller som ønsker at tilslutte sig disse overens-komster, til at være medlem af en forening eller en bestemt forening.

Med den foreslåede ændring i lovforslagets § 1, stk. 7, bliver § 227, stk. 9, til § 227, stk. 4.

Det foreslås, at i § 227, *stk. 9*, der bliver til stk. 4, ændres »Overenskomster indgået i medfør af stk. 1« til: »Overenskomster og aftaler indgået i medfør af stk. 1 og § 227 a, stk. 1«, og efter »disse overenskomster« indsættes: »og aftaler«.

Den foreslåede ændring vil indebære, at bestemmelsen i sin helhed videre-føres for læger, der med den foreslåede ordning i den nye § 227 a, stk. 1, virker efter aftale indgået i medfør af regler fastsat heri.

Til nr. 9

Det fremgår af § 227, stk. 10, i sundhedsloven, at en region eller en kom-mune ikke må undlade at give en sundhedsperson tilladelse til at tilslutte sig overenskomster indgået i medfør af stk. 1 eller fratage en sundhedsperson en sådan tilladelse, fordi personen ikke er medlem af en forening eller en bestemt forening.

Det fremgår videre af § 227, stk. 11, i sundhedsloven, at en region eller en kommune ikke må undlade at give en sundhedsperson tilladelse til at tilslutte sig overenskomster indgået i medfør af stk. 1 eller fratage en

sundhedsperson en sådan tilladelse, fordi personen er medlem af en forening eller en bestemt forening.

Med den foreslåede ændring i lovforslagets § 1, stk. 6, bliver § 227, stk. 10 og 11, til § 227, stk. 5 og 6.

Det foreslås, at i § 227, *stk. 10 og 11*, der bliver stk. 5 og 6, ændres »Overenskomster indgået i medfør af stk. 1« til: »Overenskomster og aftaler indgået i medfør af stk. 1 og § 227 a, stk. 1«.

Den foreslåede ændring vil indebære, at bestemmelsen i sin helhed videreføres for læger, der med den foreslåede ordning i den nye § 227 a, stk. 1, virker efter aftale indgået i medfør af regler fastsat heri.

Det vil medføre, at forbud mod eksklusivbestemmelser og krav til foreningsmedlemskab i forbindelse med aftaler, der indgås for alment praktiserende læger, videreføres. Det vil betyde, at retstilstand og hhv. positive og negative foreningsfrihed, det vil sige retten til at være medlem eller stå uden for en fagforening i forbindelse med et ansættelsesforhold, for læger, der virker efter aftale indgået i medfør af § 227 a, stk. 1, forsat vil eksistere på lige vilkår med den øvrige praksissektor.

Til nr. 10

Det fremgår af sundhedslovens § 227, stk. 12, at i overenskomster indgået i medfør af stk. 1 kan aftales, at sundhedspersoner, som tilslutter sig en sådan overenskomst uden at være medlem af den forening, som er part i overenskomsten, skal betale et gebyr til dækning af en forholdsmæssig andel af omkostningerne ved levering af de ydelser, som bliver stillet til rådighed for de pågældende, og som parterne er enige om er nødvendige for drift af praksis og for administration og udvikling af overenskomstens regler, herunder samarbejds- og klagesystemet, på kommunalt, regionalt og centralt niveau. Parterne kan aftale både et engangsgebyr, som forfalder i forbindelse med sundhedspersonens tilslutning til overenskomsten, og et periodevist gebyr, som forfalder løbende.

Med den foreslåede ændring i lovforslagets § 1, nr. 7, bliver § 227, stk. 12 til § 227, stk. 7.

Det foreslås, at i § 227, *stk. 12, 1. pkt.*, der bliver til stk. 7, 1. pkt., ændres »I overenskomster indgået i medfør af stk. 1 kan aftales, at sundhedspersoner, som tilslutter sig en sådan overenskomst« til: »I overenskomster og aftaler i

medfør af stk. 1 og § 227 a, stk. 1, kan aftales, at sundhedspersoner, som tilslutter sig en sådan overenskomst eller aftale«.

Det foreslås, at i § 227, *stk. 12, 2. pkt.*, der bliver til stk. 7, 2. pkt., ændres efter: »sundhedspersonens tilslutning til overenskomsten« til: »sundhedspersoners tilslutning til overenskomster og aftaler«.

Til nr. 11

Det følger i dag af den gældende bestemmelse i sundhedslovens § 227, stk. 1, at det i henhold til § 37 i lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab nedsatte nævn afslutter overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkårene for de i §§ 50, 58-60, 64, 66-69, 71 og 72, § 140 a, stk. 1, og §§ 140 b, 159 og 175 nævnte ydelser. Vilkår, der er fastsat og udstedt i medfør af § 57 b, § 57 c, § 57 d, stk. 1 eller 2, § 195, stk. 2, § 204, stk. 2 eller 3, eller § 206 a, eller regler udstedt i medfør af § 57 d, stk. 3, § 59, stk. 5, eller § 60, stk. 3, i denne lov som bindende vilkår, kan dog ikke fraviges ved overenskomster indgået med organisationer af sundhedspersoner repræsenterende almen praksis.

Af sundhedslovens § 227, stk. 2, fremgår det, at ydernumre fra praksis, som har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1, kan overdrages til regionsrådet og til læger, som vil praktisere i henhold til stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1. Regionsrådet kan endvidere sælge nye ydernumre, som regionen har oprettet, og ydernumre fra eksisterende praksis, som regionsrådet har opkøbt som led i praksisplanlægningen, til læger, som vil praktisere i henhold til stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1. Salg af ydernumre, jf. 1. og 2. pkt., kan ske til læger, som allerede har et ydernummer. En læge kan erhverve op til tre ydernumre i henhold til 1. og 2. pkt.

Efter sundhedslovens § 227, stk. 3, kan regionen udbyde drift af praksis, som hidtil har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1, og hvor regionsrådet har fået overdraget ydernummeret. Regionsrådet kan desuden udbyde drift af praksis vedrørende nye ydernumre, som regionsrådet har oprettet. Regionsrådet kan endvidere som led i praksisplanlægningen opkøbe eksisterende ydernumre fra læger, der har ønsket at sælge, og udbyde driften af disse praksis.

Det følger videre af sundhedslovens § 227, stk. 4, at udbud efter stk. 3 skal foregå på åbne, objektive og ikke diskriminerende vilkår og skal tilrettelægges på en sådan måde, at eventuelle bud kan sammenlignes med, hvad en offentligt drevet enhed vil koste. Regionsrådet har mulighed for at forkaste et bud, hvis omkostningerne er væsentlig højere i en sammenligning.

Det fremgår af sundhedslovens § 227, stk. 5, at regionsrådet kan etablere og drive en klinik, som leverer almenmedicinske ydelser, jf. § 60, stk. 1 og 2. Personer i sygesikringsgruppe 1 kan vælge de regionale tilbud, jf. § 59.

Med sundhedslovens § 227, stk. 6, kan regionsrådet i perioden fra den 1. juli 2023 til og med den 30. juni 2033 indgå aftaler, der supplerer aftaler indgået efter stk. 1, med indehaveren af et ydernummer i områder med lægemangel om et særligt vederlag af midlertidig karakter til kompensation for etablerings- eller praksispersonaleudgifter, som understøtter regionens forpligtelse til at yde behandling hos praktiserende læge efter § 60, jf. § 57.

Det foreslås, at der efter § 227 indsættes §§ 227 a-c.

(Til § 227 a)

Det foreslås i § 227 a, stk. 1, at det nævn, der er nedsat i henhold til § 37, stk. 2, i regionsloven indgår aftale med en organisation som repræsenterer alment praktiserende læger om vilkår for de i §§ 50 og 60 nævnte ydelser for det almenmedicinske tilbud.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at parterne vil kunne indgå en aftale om vilkår, der vedrører regionsrådets mulighed for at yde tolkebistand til personer, der har behov for tolkebistand i forbindelse med behandling hos alment privatpraktiserende læge, jf. § 50, og vilkår, der vedrører vederlagsfri behandling til borgeren hos den valgte alment praktiserende læge, jf. § 60.

Ved »vilkår« i den foreslåede bestemmelse forstås først og fremmest økonomiske forhold.

Den foreslåede ordning vil indebære, at parterne vil kunne indgå en aftale, der fastlægger vilkårene for de alment praktiserende læger, der ejer et ydernummer. Det vil medføre, at et aftalebaseret grundlag, som fastlægger vilkårene for de praktiserende læger bevares, som fastlagt i Aftale om sundhedsreform 2024.

I henhold til den foreslåede bestemmelse vil parterne kunne indgå en aftale, der regulerer de økonomiske og evt. yderligere vilkår herunder indgå aftale

om en fast årlig økonomisk ramme for aktiviteten i de klinikker, der drives af en alment praktiserende læger, der ejer et ydernummer.

For at tage højde for situationer, hvor den aftalte økonomiske ramme overskrides vil den foreslåede ordning indebære, at principper for modregning, og øvrige kollektive konsekvenser for overskridelse af den økonomiske ramme fortsat aftales mellem parterne.

En smal aftale om primært økonomi vil skulle tage højde for og afspejle den øvrige regulering af det almenmedicinske tilbud. Det indebærer bl.a., at aftalen vil skulle afspejle og tage afsæt i det faglige indhold og krav til klinikker, som vil følge af Sundhedsstyrelsens basisfunktion i henhold til den nye bestemmelse i § 57 l. Det vil medføre, at parterne med udgangspunkt i den nationalt fastsatte basisfunktion vil skulle aftale vilkår vedrørende økonomi og honorar for opgaverne i de almenmedicinske tilbud, der drives af en alment praktiserende læge, der ejer et ydernummer. Den foreslåede ordning vil ikke ændre ved det grundlæggende forhold, at der skal være klare regler og rammer for de økonomiske vilkår m.v. for, at de beskrevne funktioner, opgaver og krav i basisfunktionen forpligter de alment praktiserende læger.

Det er dog centralt, at en ny, smal aftale for det almenmedicinske tilbud er fleksibel således, at nye eller 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.

Den foreslåede ordning vil også give adgang til, at parterne vil kunne indgå nationale aftaler, der f.eks. fastlægger de økonomiske vilkår for specifikke dele af opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud, som regionsrådet er forpligtende til at tilvejebringe, men som ikke alle klinikker i det almenmedicinske tilbud skal udføre, jf. regler fastsat i den nye bestemmelse i § 57 l. Det vil indebære, at parterne f.eks. vil kunne fastlægge nationale standarder for de økonomiske vilkår, der vedrører hele eller dele af opgavebeskrivelsen, og som de specifikke klinikker, der leverer ydelserne i opgavebeskrivelsen lokalt på tværs af hele landet vil skulle følge, som f.eks. læger på plejehjem, botilbud m.v.

En aftale om vilkår efter den foreslåede ordning vil skulle ske inden for rammerne af den fastlagte honorarstruktur, jf. regler fastsat i medfør af lovforslagets § 1, nr. 11, § 227 a, stk. 3-4. Det indebærer bl.a. at en aftale vil skulle angå differentieret honorering som har udgangspunkt i modellen for

fordeling af ydernumre og lægekapaciteter, der er baseret på patienternes behandlingsbehov, jf. dette lovforslags § 1, nr. 11, § 227 a, stk. 3-4.

I de tilfælde hvor det vurderes nødvendigt vil parterne efter den foreslåede bestemmelse kunne indgå aftale om vilkår, der f.eks. omhandler praksisdrift, som ikke er omfattet af basisfunktionen jf. regler fast i medfør af § 57 l, og som ikke nødvendigvis angår økonomi.

Det kunne f.eks. være i de tilfælde, hvor læger med et ydernummer ophører med at drive deres klinik uden at overdrage klinikken til en anden læge. I disse situationer er det afgørende for borgerne, der er i risiko for at stå uden en læge, at der er tydelige regler for, hvornår regionsrådet kan overtage ydernummeret og finde nye løsninger med henblik på at sikre alle borgere et almenmedicinsk tilbud.

Et andet eksempel kunne vedrøre aftale om vilkår i de tilfælde, hvor en ejerlæge af relevante hensyn ønsker at frasige sig en patient i sygesikringsgruppe 1. I disse situationer er det afgørende for både borgeren og lægen, at der er tydelige regler for, hvornår en læge kan frasige sig en patient.

Den foreslåede bestemmelse vil også kunne anvendes til f.eks. at kunne indgå aftale om, hvilke praksisformer og selskabskonstruktioner, som et ydernummer ejet af alment praktiserende læger kan drives efter.

Den foreslåede bestemmelse vil f.eks. også kunne give adgang til, at parterne indgår en aftale, der fastlægger en proces for, hvornår en læge har ret til fravær i sin klinik eller gøre brug af vikarer.

Med den foreslåede bestemmelse vil det f.eks. også være muligt at indgå aftale om at videreføre overenskomstens øvrige landsdækkende aftaler, der f.eks. omhandler vilkårene for dosispakket medicin m.v.

Det er et væsentligt hensyn, at den foreslåede ordning ikke vil give adgang til, at parterne vil kunne indgå en aftale, der vil fravige de opgaver og forpligtelser, der følger af basisfunktionen, jf. regler fastsat i medfør af § 57 l.

Aftalen som indgås efter den nye § 227 a, stk. 1, vil kollektivt forpligte og omfatte de alment praktiserende læger, der ejer et ydernummer, mens vilkår for udbudsklinikker etableret efter § 227 b, stk. 3, vil skulle aftales i kontrakter mellem regionsrådet og den pågældende leverandør.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.2.3.1.2 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 227 a, stk. 2, at regionsrådet kan indgå lokale aftaler med almenmedicinske tilbud, herunder udbudsklinikker etableret efter § 227 c, stk. 3.

Forslaget vil betyde, at regionsrådene som udgangspunkt vil kunne supplere de landsdækkende aftaler indgået efter § 227 a, stk. 1, med lokale aftaler, der indgås med enkelte leverandører af almenmedicinske tilbud, herunder udbudsklinikker og enkelte alment praktiserende læger.

Ved »lokale aftaler« i den foreslåede bestemmelse forstås aftaler, der adresserer lokale forhold om f.eks. samarbejde om en specifik opgave eller målgruppe af borgere mellem sygehuse, almenmedicinske tilbud m.fl.

Den foreslåede bestemmelse vil f.eks. kunne bruges af regionsrådet til at løfte opgaver, der er fastlagt i opgavebeskrivelsen og dermed er forpligtende for regionsrådet at tilvejebringe, men som ikke indgår i basisfunktionen, som alle klinikker i udgangspunkt skal leve op til, jf. regler fastsat i medfør af § 57 l. Det kunne f.eks. være en ordning om plejehjemslæger, som ikke nødvendigvis omfatter alle klinikker i det almenmedicinske tilbud.

Den foreslåede ordning vil således betyde, at regionsrådet i praksis vil kunne sikre efterlevelsen af opgavebeskrivelsen ved at indgå aftaler om varetagelsen af disse opgaver og funktioner lokalt med enkelte leverandører af almenmedicinske tilbud i området, herunder f.eks. udbudsklinikker, alment praktiserende læger, private leverandører eller alternativt ved egne regionale klinikker.

Regionerne vil også kunne løfte opgaver fra opgavebeskrivelsen via egne regionsklinikker uden at benytte lokalafgifter, jf. § 227 a, stk. 2.

Den foreslåede bestemmelse vil f.eks. også kunne bruges af regionsrådet til at kunne tilrettelægge det almenmedicinske tilbud i sit område ud fra lokale behov, f.eks. for at løfte en særlig indsats overfor en bestemt gruppe af patienter, herunder f.eks. sikre øget tilgængelighed for grupper af særligt sårbare patienter på botilbud, plejecentre og sundheds- og omsorgspladser.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.1.3.2 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 227 a, stk. 3, at honorarstrukturen for alment praktiserende læger, der leverer almenmedicinske ydelser i henhold til § 60, stk. 1, aftales i henhold til den foreslåede § 227 a, stk. 1 og skal som minimum angå



honorering for efterlevelse af krav til de almenmedicinske tilbud, som følger af basisfunktionen, jf. den foreslåede § 57 l.

Der er i gældende lovgivning ikke fastsat økonomiske rammer for det almenmedicinske tilbud eller krav til leveringen af almenmedicinske ydelser. Fastsættelsen af de økonomiske rammer for det almenmedicinske tilbud, aftales mellem RLTN og PLO i Overenskomst om almen praksis. Honorarstrukturen for de alment praktiserende læger dvs. vilkår for honorering og levering af almenmedicinske ydelser aftales og beskrives dermed i overenskomsten.

Det foreslåede stykke indebærer, at parterne bag aftale om vilkår for alment praktiserende læger, jf. § 227 a, stk. 1, aftaler en honorarstruktur, som de forpligtes til minimum indeholder honorering for at leve op til de faglige krav og retningslinjer, der indgår i basisfunktionen for det almenmedicinske tilbud og dermed understøtter de alment praktiserende læger i efterlevelsen heraf. Indenrigs- og sundhedsministeren fastlægger regler om basisfunktionen i det almenmedicinske tilbud fra 2027 med fagligt bidrag fra Sundhedsstyrelsen.

Det indebærer, at parterne i forhandling om og indgåelse af aftale om honorering af det almenmedicinske tilbud forholder sig til, hvordan en ny honorarstruktur understøtter opfyldelse af basisfunktionen for det almenmedicinske tilbud. Honorarstrukturen skal dermed udarbejdes og aftales under hensyn til, at det almenmedicinske tilbud skal styrke sin tovholderfunktion, det tværfaglige og -sektorielle samarbejde og understøtte en effektiv prioritering og fokusering af opgaverne i det almenmedicinske tilbud. En forenklet honorarstruktur skal også sikre, at produktivetsforbedringer kommer hele sundhedsvæsenet til gavn.

Samtidig forudsættes det, at en ny honorarstruktur skal være forenklet i forhold til den nuværende honorarstruktur. Det skal understøtte, at en ny honorarstruktur kan rumme fremtidige tilpasninger til det almenmedicinske tilbuds basisfunktion, der følger i takt med, at det almenmedicinske tilbuds kapacitet øges eller fx som følge nye behandlingsformer og en deraf øget produktivitet.

Det foreslås i § 227 a, stk. 4, at dele af honoreringen, der aftales efter det foreslåede stk. 3, differentieres med udgangspunkt i det behandlingsbehov på klinikniveau, som følger af den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, jf. § 206 b.

Honoreringen af de almenmedicinske klinikker er i dag i overvejende grad uafhængig af borgernes behandlingsbehov. I hovedreglen honoreres de praktiserende læger med et fast basishonorar per tilmeldt patient, som udgør cirka 40 pct. af honoreringen og samt aktivitetsbaseret honorering per ydelse de leverer efter overenskomsten, hvilket samlet set udgør cirka 60 pct. af den samlede honorering.

Der findes i tillæg til den genelle honorering af det almenmedicinske tilbud tre ordninger, der i mindre omfang differentierer honorering på tværs af klinikker og patienternes behov for behandling. Ordningerne med et differentieret basishonorar, et kronikerhonorar samt regionsrådenes mulighed for at yde et midlertidigt tillæg til klinikker i områder med lægemangel, har alle til formål at understøtte de økonomiske vilkår for læger i lægedækningstruede områder og/eller med en stor andel behandlingstunge patienter.

Fra 1. juli 2025 har regionsrådet og de kommende sundhedsråd fået kompetence til i dialog med de enkelte klinikker, at fastlægge et minimum antal patienter, som en klinik skal have tilknyttet før den har ret til at lukke for tilgang af yderligere patienter, jf. sundhedsloves § 206 a stk. 1-4. Antallet fastsættes for hver klinik med udgangspunkt i patienternes behandlingsbehov ud fra den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud. Den forudgående dialog før fastsættelse af minimumspatienttal mellem regionsråd (og kommende sundhedsråd) og klinikejere skal understøtte, at der tages højde for lokale og kliniks specifikke forhold, der kan begrunde et højere eller lavere minimumspatienttal end den nationale fordelingsmodel tilsiger.

De differentierede minimumspatienttal indebærer - med udgangspunkt i den nuværende honorarstruktur - forskellige omsætningsforudsætninger for klinikker med forskellige patienttal, men med det samme behov for behandling. Det kan give en ulige adgang til sundhedsydelser i det almenmedicinske tilbud.

Det foreslåede stykke indebærer, at parterne, der kan aftale en ny honorarstruktur for alment praktiserende læger i aftale om vilkår, forpligtes på, at honoreringen i væsentlig grad skal differentieres med udgangspunkt i behandlingsbehovet blandt de tilmeldte patienter på klinikniveau. Behandlingsbehovet på klinikniveau fastlægges i den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud.

Differentieringen af honorarerne for de alment praktiserende læger har til formål at understøtte en bedre og mere lige adgang til behandling i det almenmedicinske tilbud. Honoreringen skal afspejle det øgede behov for behandling, der følger af at have forholdsvis mange behandlingstunge patienter relativt til ligeså mange forholdsvis raske patienter.

Honorarerne skal dermed afspejle, at der er forskel på behandlingstygden på tværs af klinikker i det almenmedicinske tilbud. En differentieret honorering per patient skal understøtte, at der er rimelige og sammenlignelige indtægtsmuligheder på tværs af lægekapaciteter – dvs. uanset om fordelingsmodellen tilsiger et minimumspatienttal på 1.200 eller om, den tilsiger et minimumspatienttal på 2.100 afhængig af behandlingsbehovet blandt patienterne. Det vil give en mere ligelig fordeling af opgaver blandt de alment praktiserende læger og understøtte en effektiv prioritering. Det er derfor intentionen, at honoreringen for det almenmedicinske tilbud skal differentieres med udgangspunkt i fordelingsmodellen. Det forventes desuden, at honoreringen vil rumme aktivitetsbaseret honorering.

(Til § 227 b)

Det foreslås i § 227 b, stk. 1, at ydernumre fra praksis, som har leveret almenmedicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. § 227 a, jf. § 60, stk. 1, kan overdrages til regionsrådet og til speciallæger i almen medicin, som vil praktisere i henhold til § 227 a, jf. § 60, stk. 1. Regionsrådet kan endvidere sælge nye ydernumre, som regionen har oprettet, og ydernumre fra eksisterende praksis, som regionsrådet har opkøbt som led i praksisplanlægningen, til speciallæger i almen medicin, som vil praktisere i henhold til § 227 a, jf. § 60, stk. 1. Salg af ydernumre efter denne bestemmelse, kan ske til speciallæger i almen medicin, som allerede har et ydernummer. En speciallæge i almen medicin kan erhverve op til tre ydernumre i henhold til 1. og 2. pkt.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at den gældende § 227, stk. 2, indholdsmæssigt vil blive videreført i sin helhed med en mere præcis angivelse af, at det alene er speciallæger i almen medicin, der har adkomst til et ydernummer.

Den foreslåede bestemmelse er en konsekvensændring som følge af den foreslåede ophævelse af § 227, stk. 2, jf. lovforslagets § 1, nr. 2, og som følge af en ny § 227 a, stk. 1, jf. lovforslagets § 1, nr. 7.

Det foreslås i § 227 b, stk. 2, at regionsrådet i perioden fra den 1. juli 2023 til og med den 30. juni 2033 kan indgå aftaler, der supplerer aftaler indgået efter § 227 a stk. 1, med indehaveren af et ydernummer i områder med lægemangel om et særligt vederlag af midlertidig karakter til kompensation for etablerings- eller praksispersonaleudgifter, som understøtter regionens forpligtelse til at yde behandling hos praktiserende læge efter § 60, jf. § 57.

Den foreslåede bestemmelse vil betyde, at den gældende § 227, stk. 6, i den gældende sundhedslov vil blive videreført i sin helhed for læger, der virker efter aftale indgået i henhold til regler fastsat i § 227 a, stk. 1.

Den foreslåede bestemmelse er en konsekvensændring som følge af den foreslåede ophævelse af § 227, stk. 6, jf. lovforslagets § 1, nr. 2, og som følge af en ny § 227 a, stk. 1, jf. lovforslagets § 1, nr. 7.

Det foreslås i § 227 b, stk. 3, at regionen kan udbyde drift af praksis, som hidtil har leveret almenmedicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. § 227 a, jf. § 60, stk. 1, og hvor regionsrådet har fået overdraget ydernummeret. Regionsrådet kan desuden udbyde drift af praksis via nye ydernumre, som regionsrådet har oprettet. Regionsrådet kan endvidere som led i praksisplanlægningen opkøbe eksisterende ydernumre fra læger, der ønsker at sælge, og udbyde driften af disse praksis.

Den foreslåede bestemmelse vil betyde, at den gældende § 227, stk. 3, vil blive videreført i sin helhed, herunder for læger der driver drift af praksis efter aftale indgået i henhold til regler fastsat i § 227 a, stk. 1.

Den foreslåede bestemmelse er en konsekvensændring som følge af den foreslåede ophævelse af § 227, stk. 3, jf. lovforslagets § 1, nr. 2, og som følge af en ny § 227 a, stk. 1, jf. lovforslagets § 1, nr. 7.

Det foreslås i § 227 b, stk. 4, at udbud efter stk. 3 skal foregå på åbne, objektive og ikke diskriminerende vilkår og skal tilrettelægges på en sådan måde, at eventuelle bud kan sammenlignes med, hvad en offentligt drevet enhed vil koste. Regionsrådet har mulighed for at forkaste et bud, hvis omkostningerne er væsentlig højere i en sammenligning. Regionsrådet skal ved udbud lægge vægt på kvalitet i tilbuddene.

Den foreslåede bestemmelse vil betyde, at den gældende § 227, stk. 4, i den gældende sundhedslov vil blive videre ført i sin helhed, hvortil det foreslås tilføjet, at regionsrådet ved udbud skal lægge vægt på kvalitet i tilbuddene.

Det vil betyde, at det tydeliggøres i loven, at regionsrådet skal lægge vægt på kvalitetsparametre ved valg af udbydere i forbindelse med tilvejebringelse af et almenmedicinsk tilbud.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at ledige ydernumre som regionsrådet vil kunne udbyde driften af jf. § 227 b, stk. 3, ikke som udgangspunkt blot vil skulle sælges til højeste byder, men også vil kunne sælges ud fra kriterier, der angår kvalitet i tilbuddene.

Ved »kvalitet« forstår i den foreslåede bestemmelse f.eks. kontinuitet, bemanning af læger, anvendelse af praksispersonale, samarbejde med øvrige sundhedsvæsen og tilgængelighed.

Den foreslåede bestemmelse, hvor den gældende § 227, stk. 4, i den gældende sundhedslov vil blive videre ført i sin helhed er en konsekvensændring som følge af den foreslåede ophævelse af § 227, stk. 4, jf. lovforslagets § 1, nr. 2.

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

Den foreslåede bestemmelse vil betyde, at den gældende § 227, stk. 5, i den gældende sundhedslov vil blive videre ført i sin helhed.

Den foreslåede bestemmelse er en konsekvensændring som følge af den foreslåede ophævelse af § 227, stk. 5, jf. lovforslagets § 1, nr. 2.

Den foreslåede ordning, hvor den gældende § 227, stk. 2-6, bliver indsat på ny i § 227 b, stk. 1-5 vil betyde, at lovens struktur ændres. Formålet er at tydeliggøre de lovgivningsmæssige rammer for den del af praksissektoren, der regulerer aftaler og organisationsformer for det almenmedicinske tilbud, herunder regionernes tre muligheder for at etablere almenmedicinske tilbud.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.3.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

(Til § 227 c)

Det foreslås i § 227 c, stk. 1, at en speciallæge i almen medicin ved køb af et ydernummer skal ansøge om at blive forhåndsgodkendt af regionsrådet, som skal foretage en vurdering af, om det kan sandsynliggøres, at lægen kan og vil efterleve gældende regler for almenmedicinske tilbud samt aftaler indgået efter § 227 a.

Kravet om en forhåndsgodkendelse ved køb af et ydernummer vil betyde, at regionsrådet fremover skal foretage en formel og objektiv vurdering af potentielle købere af ydernumre, hvor der skal lægges vægt på nogle konkrete betingelser, og der skal foretages en vurdering af om speciallægen i almen medicin kan og vil efterleve gældende regler for drift af almenmedicinske tilbud.

Regionsrådene bør på tværs af regionsgrænser tilstræbe at opnå en ensartet praksis i forhold til sagsbehandlingen af ansøgninger om forhåndsgodkendelser. Hertil sørge for, at det er lettilgængeligt for en mulig køber af et ydernummer at sætte sig ind i, hvad der skal til for at opnå en forhåndsgodkendelse i en region.

Regionsrådet vil til brug for vurderingen af en ansøgning også kunne bede ansøger om at dokumentere visse oplysninger, som man vurderer vil være afgørende for en godkendelse. Hvis der således er behov for at indhente yderligere oplysninger i relation til kravene til en forhåndsgodkendelse som f.eks. oplysninger om yderligere beskæftigelse, skal det være sagligt begrundet og proportionalt med formålet, og så vidt muligt ikke forsinke indgåelsen af en købsaftale. Regionsrådet kan f.eks. bede om yderligere informationer, hvis en potentiel køber af et ydernummer har en dom for et strafbart forhold, hvor regionsrådet har behov for at vurdere, om det anses for at være af væsentlig betydning for lægens drift af et almenmedicinsk tilbud. Regionsrådet kan således efterspørge konkrete oplysningerne herom til brug for behandlingen sagsbehandlingen, hvilket potentielt kan føre til et afslag på ansøgningen om en forhåndsgodkendelse, hvis forholdet vurderes at være uforeneligt med at drive et almenmedicinsk tilbud.

Det vil være et formelt krav, at en køber af et ydernummer skal være speciallæge i almen medicin, hvorfor regionsrådet bør sikre sig, at vedkommende har den rette uddannelse og autorisation via autorisationsregistret. Eventuelle anmærkninger i autorisationsregisteret, som vurderes at kunne få betydning for drift af et almenmedicinsk tilbud, kan indgå i den samlede vurdering.

Ved læger, der ejer flere ydernumre, kan blandt andet den geografiske afstand mellem klinikkerne indgå i vurderingen, som parameter for ejerlægens mulighed for at løfte sit ansvar for drift af alle klinikker i overensstemmelse med gældende regler. Et regionsråd kan i den sammenhæng i en

forhåndsgodkendelse lægge vægt på, at ydernumrene og de dertil knyttede kapaciteter skal befinde sig i en sådan geografisk nærhed af hinanden således, at ejerlægen af ydernumrene har mulighed for at tage et personligt, sundhedsfagligt ansvar for patienterne i alle klinikker.

Det foreslås i § 227 c, stk. 2, at det ikke er muligt for en speciallæge i almenmedicin at eje et ydernummer uden at have hovedbeskæftigelse med at drive og tage ansvar for egen klinik/egne klinikker.

Forslaget vil betyde, at regionsrådene får adgang til i forbindelse med vurderingen af en ansøgning om en forhåndsgodkendelse at bede ansøger om at redegøre for eventuel anden beskæftigelse, som køber har eller forventer at have ud over drift af det almenmedicinske tilbud. Med kravet kan regionen sikre sig, at en erhverver af et ydernummer deltager i driften af sin klinik/klinikker, og har ansvaret herfor.

Regionen må i sin vurdering afgøre, om en bibeskæftigelse har et omfang, som betyder, at der kan sås tvivl om, hvorvidt erhverver af et ydernummer vil bruge hovedparten af sin tid på at indgå i driften af det almenmedicinske tilbud. Regionsrådet kan tage hensyn til, om sammensætningen af en købers beskæftigelse viser et plausibelt billede af, at erhververen af et ydernummer indgår så tilstrækkeligt meget i driften af klinikken, at vedkommende kan stå til ansvar for, at kravene til det almenmedicinske tilbud overholdes.

Det foreslås i § 227 c, stk. 3, at en speciallæge i almen medicin kan kun erhverve et ydernummer, hvis lægen overfor regionsrådet kan fremvise en børneattest uden alvorlige anmærkninger af relevans for arbejdet i det almenmedicinske tilbud.

En børneattest er en særlig straffeattest, der indeholder oplysninger om afgørelser fra Kriminalregisteret, dvs. domme m.v., om visse seksualforbrydelser begået mod børn under 15 år. Formålet med at indhente børneattester er, at undgå, at personer som er eller har været involveret i sager om seksualforbrydelser begået mod børn under 15 år, driver almenmedicinske tilbud.

Regionsrådet skal således i forbindelse med en ansøgning om en forhåndsgodkendelse stille et formelt krav om, at lægen kan fremvise en børneattest uden alvorlige anmærkning.

Det er regionsrådet, der skal vurdere, om børneattesten har anmærkninger, der er relevante for drift af et almenmedicinsk tilbud. Såfremt børneattesten

ikke giver anledning til bemærkninger vil den foreslåede ordning medføre, at speciallægen i almen medicin vil kunne købe et ydernummer og drive et almenmedicinsk tilbud. Hvis der er alvorlige anmærkninger på en ansøgers børneattest, vil regionsrådet ikke kunne give lægen en forhåndsgodkendelse, men må afvise ansøgningen.

Krav om en børneattest uden alvorlige anmærkninger af relevans for drift af almenmedicinske tilbud, vil også skulle opfyldes, hvis en speciallæge i almen medicin allerede har og driver et ydernummer og erhverver yderligere ydernumre.

Det foreslås i § 227 c, stk. 4, at regionsrådene skal træffe beslutning om en læges ansøgning efter stk. 1 hurtigst muligt og senest indenfor 10 hverdage efter modtagelse.

Det vil betyde, at regionsrådene vil blive forpligtet til at behandle og afgive en afgørelse om en ansøgning om en forhåndsgodkendelse til en lægen i forbindelse med køb af et ydernummer inden for 10 hverdage efter modtagelse af en læges ansøgning.

Regionsrådene bør tydeligt tilkendegive overfor praksisydere i deres region, hvad der skal til for at kunne opnå en forhåndsgodkendelse, hertil hvilken dokumentation der kan indhentes og hvilke forhold regionsrådet lægger vægt på i deres vurdering.

Regionsrådene vil i behandlingen af en ejerlæges ansøgning om en forhåndsgodkendelse have mulighed for at påtale det, hvis ansøgning har formelle mangler. I så fald vil der løbe en ny tidsfrist på 10 hverdage efter, at regionsrådet har modtaget en ansøgning uden mangler for regionsrådets behandling af ansøgningen.

Med den foreslåede ordning vil en læge kunne få et afslag på sin forhåndsgodkendelse og dermed blive nægtet adgang til at købe et ydernummer. Et afslag på en forhåndsgodkendelse vil være en forvaltningsretlig afgørelse, der vil kunne påklages til Praksisklagenævnet, jf. regler fastsat i medfør af § 276 b.

I tilfælde af et afslag på en forhåndsgodkendelse kan en mulig køber af et ydernummer i visse tilfælde rette op på forhold der angives som begrundelse for afslaget, og sende en ansøgning med henblik på en ny vurdering. Det



kan fx være i tilfælde, hvor en køber har hovedbeskæftigelse inden for et andet erhverv end drift af almenmedicinske tilbud eller er ved at færdiggøre sin uddannelse som speciallæge i almen medicin.

Til nr. 12

Det fremgår af § 229 i sundhedsloven, at foreligger der ingen overenskomst vedrørende vilkårene for ydelser efter § 227, stk. 1, fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren nærmere regler om vilkårene for regionernes og kommunernes tilskud, herunder regler om ydelsernes indhold og anvendelse og om udbetaling af honorarerne til sundhedspersonerne, om honorarstørrelserne på de enkelte ydelser og om kørselsgodtgørelse til læger, der tilkaldes til de i § 59 omhandlede personer m.v. Ministeren kan endvidere fastsætte regler om, at honorarerne for de enkelte ydelser nedsættes i tilfælde af væsentlig øget aktivitet, der ikke er begrundet i et tilsvarende øget behov for sundhedsydelser. Ministeren kan fastsætte regler om den samlede økonomiske ramme for ydelserne samt regler om eventuel modregning i fremtidige honorarer ved overskridelse af denne ramme. Ministeren kan ligeledes fastsætte regler om, at hidtidige overenskomstfastsatte forpligtelser knyttet til udbetaling af honorarer skal være gældende, ligesom ministeren kan fastsætte regler om henvisning til behandling.

Det foreslås, at i § 229, *stk. 1, 1. pkt.*, ændres: »overenskomst vedrørende vilkårene for ydelser efter § 227, stk. 1« til: »overenskomst eller aftale vedrørende vilkårene for ydelser efter § 227, stk. 1 og § 227 a, stk. 1«.

Det foreslås, at i § 229, *stk. 1, 3. pkt.*, ændres: »overenskomstfastsatte forpligtelser« til: »overenskomst- og aftalefastsatte forpligtelser«.

Den foreslåede ændring vil indebære, at bestemmelsen i sin helhed videreføres, men også fremover vil give indenrigs- og sundhedsministeren mulighed for at fastsætte regler i mangel af en aftale, jf. dette lovforslags § 227 a, stk. 1.

Ændringen er en følge af den nye § 227 a, stk. 1, hvor det fastlægges, at det nævn, der er nedsat i henhold til § 37, stk. 2, i regionsloven indgår aftaler med en organisation, som repræsenterer alment praktiserende læger om vilkår for de i §§ 50 og 60 nævnte ydelser for det almenmedicinske tilbud.

Til nr. 13

Der er i gældende lovgivning ikke fastsat nationale rammer for regionernes mulighed for at stille krav og følge op på efterlevelse af kravene til det almenmedicinske tilbud samt rammer for et 1. og 2. instans. De fleste regler fremgår i dag i Overenskomst om almen praksis og sanktioneres via Overenskomstens regler om Samarbejdsbestemmelser i kapitel XIII.

Der er i Overenskomsten om almen praksis aftalt et serviceklagesystem, der er etableret ved særlige paritetiske samarbejdsorganer med ligelig repræsentation for RLTN og PLO. Systemet er bygget op som et 2-instanssystem med Samarbejdsudvalget som 1. instans og Landssamarbejdsudvalget som 2. instans.

Samarbejdsudvalget er nedsat i hver region med repræsentanter fra regionerne og PLO på hhv. regionalt og nationalt niveau. Samarbejdsudvalget behandler bl.a. spørgsmål om fortolkning og anvendelse af overenskomsten, adfærds- og serviceklager, bestemte tilladelser m.v.

Overenskomsten om almen praksis forudsætter, at uoverensstemmelser om fortolkning af overenskomstaftalen, herunder manglende kvalitet, håndteres i samarbejdsudvalget. Det betyder, at både fastlæggelsen af opgaver og afklaring af eventuelle tvister finder sted i et paritetisk rum, hvor parterne skal være enige om en beslutning.

Ved behov for dybere fortolkning af overenskomsten og drøftelse af principielle sager kan disse tages op i Landssamarbejdsudvalget, der ligeledes behandler anke af afgørelser truffet af Samarbejdsudvalget.

I mangel af enighed i Landssamarbejdsudvalget om iværksættelse af en sanktion kan sagen af én eller begge parter indbringes for en opmand.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.5.1 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås, at der efter sundhedslovens afsnit XVIII indsættes et nyt afsnit *XVIII a* om tvistløsning i praksissektoren.

Det foreslås, at der indsættes et nyt *kapitel 72 a*, der beskriver rammerne for Praksisklagenævnet.

(Til § 233 a)

Det foreslås, at der indsættes en ny § 233 a.

Det foreslås i § 233 a, stk. 1, at Praksisklagenævnet er en uafhængig klageinstans, som kan efterprøve administrative afgørelser truffet af regionsrådet i forhold til driften af almenmedicinske tilbud ved private erhvervsdrivende.

Den foreslåede ordning vil indebære, at Praksisklagenævnet bliver ankeinstans for beslutninger truffet af regionsrådet overfor privatpraktiserende læger i almen medicin, som ejer og driver et ydernummer. Praksisklagenævnet skal være juridisk uafhængigt, hvilket vil indebære, at nævnet og dets sekretariat ikke kan modtage instrukser i nogen henseende om en enkelt sags afgørelse. Kravet om uafhængighed i forhold til arbejdet for nævnet vil også gælde medlemmer, der er udpeget efter indstilling fra de almenmedicinske tilbud og Danske Regioner.

Det foreslås i § 233 a, stk. 2, at Praksisklagenævnet består af 1 formand og mindst 1 næstformand og sagkyndige for regionerne og de privatpraktiserende læger.

Den foreslåede ordning vil indebære, at klagenævnet i de enkelte sager består af en formand eller en næstformand samt en ligelig fordeling af sagkyndige. Det er forventningen, at der udpeges 2 sagkyndige for regionerne og 2 sagkyndige for de praktiserende læger til at sidde i nævnet. Klagenævnet vil på den baggrund forventeligt bestå af i alt 5 medlemmer til behandling af en konkret klagesag. Formanden eller næstformandens stemme vil være udslagsgivende i tilfælde af stemmelighed blandt nævnets medlemmer. Der henvises i øvrigt til de specielle bemærkninger under § 233 a, stk. 4.

Den foreslåede sammensætning i klagenævnet indebærer, at klagenævnet både er repræsenteret af juridisk kundskab, men også af medlemmer, som er faglige eksperter inden for de almenmedicinske tilbud.

Det foreslås i § 233 a, stk. 3, at nævnets medlemmer udnævnes af indenrigs- og sundhedsministeren. Formanden og næstformanden skal være landsdommere eller dommere. Sagkyndige udnævnes efter indstilling fra regionerne og de almenmedicinske tilbud.

Den foreslåede ordning vil indebære, at nævnets formand og næstformænd udnævnes af indenrigs- og sundhedsministeren efter indstilling fra Domstolsstyrelsen. Udnævnelsen af formand og næstformænd sker for 4 år ad gangen med mulighed for genudnævnelse. Formanden og næstformanden skal være landsdommere eller dommere.

Sagkyndige indstillet af regionerne og de almenmedicinske tilbud udnævnes af indenrigs- og sundhedsministeren for 3 år ad gangen med mulighed for genudnævnelse. Udnævnelsen sker efter indstilling fra regionerne og de almenmedicinske tilbud. For at blive udnævnt efter stk. 3 skal en sagkyndig have bredt kendskab til rammerne for det almenmedicinske tilbud i henhold til gældende lovgivning og aftaler på området. De sagkyndige skal udpeges i kraft af deres personlige kompetencer og ikke i kraft af deres ansættelsesforhold/særinteresser for at sikre nævnets uafhængighed. De sagkyndige skal således sikre belysning af saglige forhold i nævnets afgørelser og inddragelse af de hensyn, som de nationale rammer for de almenmedicinske tilbud har til formål at varetage. Det er derfor en klar forudsætning, at der ikke indstilles medlemmer til nævnet, der er centralt placeret i egne organisationer eller organer. Indenrigs- og sundhedsministeren har det formelle ansvar for udnævnelsen og kan afvise en indstilling, hvis det vurderes, at den indstillede ikke lever op til de beskrevne kriterier.

Det foreslås i § 233 a, stk. 4, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om nævnets sammensætning og om antallet af sagkyndige og deres udnævnelsesperiode samt om sekretariatsbetjeningen af nævnet.

Den foreslåede ordning vil indebære, at indenrigs- og sundhedsministeren får bemyndigelse til at fastsætte de nærmere rammer for nævnets sammensætning og om antallet af sagkyndige og deres udnævnelsesperiode samt om sekretariatsbetjeningen af nævnet. Det er forventningen, at der vil skulle fastsættes et antal suppleanter i nævnet, således at nævnsmøderne kan afvikles, hvis medlemmerne ikke har mulighed for at behandle en given sag. Det kan fx være ved sygdom, eller hvis vedkommende selv har en særlig personlig eller økonomisk interesse i sagens udfald eller er eller tidligere i samme sag har været repræsentant for nogen, der har en sådan interesse, hvis vedkommendes ægtefælle eller samlever, beslægtede eller besvogrede i op- eller nedstigende linje eller sidelinjen så nær som søskendebørn eller andre nærtstående har en særlig personlig eller økonomisk interesse i sagens udfald, eller er repræsentant for nogen, der har en sådan interesse, eller hvis der i øvrigt foreligger omstændigheder, som er egnede til at vække tvivl om vedkommendes fuldstændige upartiskhed.

(Til § 233 b)

Det foreslås, at der indsættes en ny § 233 b.

Det foreslås i § 233 b, stk. 1, at klage til Praksisklagenævnet indgives skriftligt til den region, som har truffet afgørelsen, der ligger til grund for klagen, inden 20 hverdage efter, at afgørelsen er modtaget.

Den foreslåede ordning vil indebære, at klager har 20 hverdage til at indgive sin klage til Praksisklagenævnet. Den dag underretningen om afgørelsen er kommet frem tæller ikke med. Udløber klagefristen på en lørdag eller en helligdag, vil klagefristen være forlænget til den påfølgende hverdag. Den foreslåede ordning indebærer ligeledes, at regionen har mulighed for at genvurdere sin afgørelse (remonstration), hvis der indgives en klage, uden at denne i første omgang indbringes for klagenævnet. Herved sikres, at i det tilfælde regionen har truffet en afgørelse på forkert grundlag eller hvis der er tale om en teknisk fejl, så har regionen mulighed for at rette op på forholdet og ændre afgørelsen, uden at sagen indbringes for klagenævnet.

Det foreslås i § 233 b, stk. 2, at når regionsrådet modtager en klage, skal afgørelsen, der ligger til grund for klagen, genvurderes. Hvis afgørelsen fastholdes, skal klagen, snarest og ikke senere end 20 hverdage efter modtagelsen, videresendes til Praksisklagenævnet. Klagen skal videresendes sammen med den påklagede afgørelse eller beslutning, de dokumenter, der er indgået i sagens bedømmelse, og en udtalelse fra regionen med dennes bemærkninger til sagen og de i klagen anførte klagepunkter.

Den foreslåede ordning indebærer, at regionen oversender sagen til ankenævnet, hvis regionen vurderer, at den oprindelige afgørelse ikke skal ændres. Oversendelse skal ske hurtigst muligt af hensyn til klager.

Det foreslås i § 233 b, stk. 3, at afgørelser truffet af Praksisklagenævnet ikke kan indbringes for anden administrativ myndighed.

Den foreslåede ordning indebærer, at Praksisklagenævnet træffer endelige afgørelser i sagerne. Når Praksisklagenævnet har afgjort en sag, kan den derfor ikke efterfølgende prøves ved anden administrativ myndighed. Derimod vil sagen kunne indbringes for domstolene, jf. nærmere herom i § 233 b, stk. 4, samt bemærkningerne hertil.

Det foreslås i § 233 b, stk. 4, at søgsmål til prøvelse af klagenævnets afgørelser skal anlægges mod vedkommende region inden 6 måneder efter, at klagenævnets afgørelse er modtaget.

Den foreslåede ordning indebærer, at en sag kan indbringes for domstolene. Søgsmålet vil i givet fald være stilet til regionen, hvis klager ønsker en yderligere prøvelse af en afgørelse truffet af regionsrådet. Det vil alene være i de tilfælde, hvor retssagen omhandler eventuelle sagsbehandlingsfejl mv., at klagenævnet kan være omdrejningspunkt for søgsmålet.

Det foreslås i § 233 b, stk. 5, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler for Praksisklagenævnets administration og virksomhed, herunder regler om anvendelse af digital kommunikation mellem regionerne, klager og nævnet.

Den foreslåede ordning indebærer, at indenrigs- og sundhedsministeren får bemyndigelse til at fastsætte en forretningsorden for klagenævnet samt regler om anvendelse af digital kommunikation mellem regionerne, klager og nævnet. Reglerne kan også omfatte krav til digital kommunikation fsva. regionernes afgørelser.

(Til § 233 c)

Det foreslås, at der indsættes en ny § 233 c.

Det foreslås i § 233 c, stk. 1, at Danske Regioner etablerer et sekretariat til betjening af Praksisklagenævnet, herunder forberedelse og behandling af sager, der skal forelægges klagenævnet.

Den foreslåede ordning indebærer, at Danske Regioner etablerer et sekretariat, og at forberedelsen og behandlingen af sagerne, der forelægges nævnet, håndteres i sekretariatet.

Det foreslås i § 233 c, stk. 2, at sekretariatet refererer direkte til Praksisklagenævnet angående sager, der indbringes for Praksisklagenævnet. Sekretariatsbetjeningen af Praksisklagenævnet skal være uafhængigt af Danske Regioner.

Den foreslåede ordning indebærer, at sekretariatsbetjeningen er uafhængig af Danske Regioner og sekretariatet må dermed ikke modtage instruktioner om, hvordan den enkelte sag skal behandles og afgøres. Uafhængigheden udelukker dog ikke, at nævnet benytter faciliteter i Danske Regioner. Dette skal også ses i sammenhæng med den foreslåede § 233 a, stk. 1, samt bemærkningerne hertil.

Det foreslås i § 233 c, stk. 3, at udgifter til Praksisklagenævnet og dets sekretariat afholdes ligeligt af regionerne.

Den foreslåede bestemmelse vil indebære, at finansieringen af klagenævnet finansieres gennem den økonomiske ramme for de almenmedicinske tilbud, jf. § 227 a. Med den foreslåede bestemmelse sikres, at der inden for den økonomiske ramme, der fastsættes ved aftale, er økonomi til driften af klagenævnets virke.

Dette indebærer også at, klager ikke betaler for sagens omkostninger, udover klagegebyret, jf. § 276 c og bemærkningerne hertil. Hvis klager ønsker at lade sig repræsentere, jf. forvaltningslovens § 8, afholdes udgifterne hertil af klager selv.

Til nr. 14

Der er i gældende lovgivning ikke fastsat nationale rammer for regionernes mulighed for at stille krav og følge op på efterlevelse af kravene til det almenmedicinske tilbud samt rammer for sanktionering. De fleste regler fremgår i dag i Overenskomst om almen praksis og sanktioneres via Overenskomstens regler om Samarbejdsbestemmelser i kapitel XIII.

Samarbejdsudvalget har ved en læges misligholdelse eller overtrædelse af overenskomsten eller lokale aftaler, som henviser til overenskomstens sanktionsbestemmelser, adgang til:

A. At tildele advarsel eller udtale misbilligelse

B. At indstille til Landssamarbejdsudvalget:

- a) at lægen til regionen skal betale/tilbagebetale et af Samarbejdsudvalget foreslået beløb i de tilfælde, hvor lægen ikke er enig i tilbagebetalingskravet og/eller dets opgørelse,
- b) at lægen pålægges en bod, der stilles til rådighed for velgørende formål,
- c) at lægen suspenderes. Suspensionen ophører ved parternes enighed herom.
- d) at lægen udelukkes fra at praktisere efter overenskomsten. Landsamarbejdsudvalget fastsætter en frist for afhændelse af praksis i disse tilfælde.

Forud for anvendelsen af de nævnte sanktioner har Samarbejdsudvalget mulighed for at:

- a) tilbyde rådgivning og vejledning
- b) tilbyde kollegial støtte, fx fra mentor eller netværk
- c) give henstilling eller påbud om at tilpasse adfærden (f.eks. efterleve økonomisk lægemiddelordination, aftalte forløbsprogrammer m.v.).

Landssamarbejdsudvalget har adgang til:

- a) at tildele advarsel eller udtale misbilligelse med eller uden tilkendegivelse af gentagelsesvirkning,
- b) at beslutte at lægen til regionen skal betale/tilbagebetale et af Landsamarbejdsudvalget fastsat beløb,
- c) at pålægge lægen en bod, der stilles til rådighed for velgørende formål
- d) at suspendere lægen midlertidigt fra at praktisere efter overenskomsten.
- e) at udelukke lægen fra at praktisere efter overenskomsten.
- f) at udelukke lægen midlertidigt eller permanent fra at blive ansat i klinikker, der drives i henhold til nærværende overenskomst. Beslutninger efter b) og
- c) kan af regionen effektueres ved modregning i lægens tilgodehavende.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.5.1 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås, at der efter sundhedslovens kapitel 83 indsættes et nyt *kapitel 83 a* om opfølgning på nationale krav overfor de almenmedicinske tilbud.

(Til § 276 a)

Det foreslås, at der indsættes en ny § 276 a.

Det foreslås i § 276 a, *stk. 1*, at regionsrådet følger op på de almenmedicinske tilbuds efterlevelse af de nationale krav efter § 57 l samt aftaler indgået efter § 227 a og § 227 b, *stk. 3*, og skal som led i varetagelsen af denne opgave

- 1) gå i dialog om konkrete forhold og/eller,
- 2) tilbyde rådgivning og vejledning om gældende regler og/eller
- 3) give en henstilling om at tilpasse en konkret adfærd.

Den foreslåede bestemmelse indebærer, at regionen får ansvar for at følge op på lægernes efterlevelse af rammerne for det almen medicinske tilbud og at regionen forud for at anvende sanktioner, har været i dialog med den



pågældende læge eller klinik med henblik på at få afklaret en mulig mistanke om manglende overholdelse af reglerne for de almenmedicinske tilbud eller løse eventuelle tvister i mindelighed. Den foreslåede ordning skal også ses i sammenhæng med den foreslåede § 57 l vedr. krav og opgaver mv. til det almenmedicinske tilbud, som fastsættes i en national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, og at regionsrådet som led i sin efterlevelse af opgavebeskrivelsen både vil skulle understøtte den faglige udvikling i dialog med klinikkerne og følge op på klinikernes efterlevelse.

Regionsrådet har således mulighed for at gå i dialog med en ydernummer-ejer om konkrete regler for drift af almen medicinske tilbud, og kan fx i den sammenhæng rådgive og vejlede om reglerne. Endelig kan regionsrådet give en henstilling, som er en anmodning til en praksisyder om fx at ændre en konkret adfærd uden, at det er juridisk bindende.

(Til § 276 b)

Det foreslås, at der indsættes en ny § 276 b.

Det foreslås i § 276 b, *stk. 1*, at regionsrådet, som har benyttet mulighederne i § 276 a, *stk. 1*, skal ved en ejer af et almenmedicinsk tilbuds misligholdelse af aftaler efter § 227 a og § 227 b, *stk. 3*, eller overtrædelse af de nationale krav til de almenmedicinske tilbud i henhold til § 57 l, træffe afgørelse overfor ejer ved at:

- 1) Give et påbud om at bringe forholdene i orden inden en fastsat frist. Påbuddet kan være ledsaget af en tilkendegivelse af gentagelsesvirkning.
- 2) Pålægge at tilbagebetale honorarer, som er blevet udbetalt uretmæssigt.
- 3) Suspendere samarbejdet midlertidigt inden for en afgrænset tidsmæssig periode samt angivelse af betingelser for at genoptage samarbejdet.
- 4) Opsige samarbejdet permanent.
- 5) Udelukke ejer/ejere af et almenmedicinsk tilbud fra midlertidigt eller permanent at blive ansat i klinikker, der drives efter aftale med regionen i henhold til §§ 227 a eller 227 b, *stk. 3*.

Den foreslåede bestemmelse fastsætter regionernes sanktionsmuligheder, i tilfælde af, at det ikke har været muligt at finde løsninger gennem dialog, rådgivning og vejledning samt ved henstillinger.

En afgørelse i henhold til den foreslåede ordning vil være en forvaltningsretlig afgørelse, hvor regionen til enhver tid skal følge de almindelige forvaltningsretlige regler og retsgrundsætninger, herunder legalitet, saglighed, ret til partsaktindsigt og partshøring samt reglerne om, at der ikke må træffes afgørelse, før sagen er oplyst tilstrækkeligt (officialprincippet) mv. Regionsrådet skal derudover foretage en konkret vurdering af forholdets grovhed, tidligere overtrædelser og ejeren/ejerne af et almenmedicinsk tilbuds samarbejdsvillighed.

Regionsrådet kan som følge af den foreslåede stk. 1, nr. 1, give et påbud med eller uden tilkendegivelse af gentagelsesvirkning samt fastsætte en dato for, hvornår det givne forhold skal være bragt i orden. Et påbud er i denne henseende en individuel forvaltningsretlig afgørelse, hvor en region pålægger en læge en bestemt handlepligt. Det kan både være et påbud om at gøre noget konkret eller undlade at gøre noget konkret. En læge vil kunne fortsætte sit virke i den tid påbuddet er gældende og skal inden regionens frist have handlet.

Regionen har desuden mulighed for at tilkendegive en gentagelsesvirkning sammen med påbuddet. Dette betyder, at et påbud med gentagelsesvirkning forpligter lægen til at rette sig efter påbuddets indhold hver gang en tilsvarende situation opstår. Hvis et påbud er uden gentagelsesvirkning, gælder påbuddet kun for den konkrete sag. Den fastsatte frist skal være lang nok til, at lægen har den fornødne tid til at bringe forholdet i orden eller finde en god og holdbar løsning på problemet.

Regionen kan som følge af den foreslåede stk. 1, nr. 2, pålægge lægen at tilbagebetale honorarer, som lægen har fået udbetalt uretmæssigt. Kravet om tilbagebetaling kan tages i anvendelse, hvis det af regionen er vurderet, at en læge har fået udbetalt honorarer, hvor en ydelse fx ikke er blevet foretaget eller hvor der er taget et forkert honorar.

Regionen kan som følge af den foreslåede stk. 1, nr. 3, suspendere samarbejdet med lægen midlertidigt inden for en afgrænset tidsmæssig periode samt angive betingelser for at genoptage samarbejdet. En suspension kan fx gives i det tilfælde, hvor en læge ikke har rettet sig efter et påbuds indhold

eller hvis det fx vurderes, at det ikke er muligt for lægen at rette op på forholdet imens lægen fortsætter sit virke.

Regionen kan som følge af den foreslåede stk. 1, nr. 4, opsige samarbejdet med lægen permanent. En opsigelse skal kun benyttes i de tilfælde, hvor der er tale om grov misligholdelse eller overtrædelse af reglerne. Opsigelse skal benyttes i situationer, hvor en dom for et strafbart forhold af særlig alvorlig karakter af regionen anses for at være uforeneligt med at praktisere efter § 227 a og § 227 b, stk. 3, hvilket kan give anledning til opsige samarbejdet med lægen.

Regionen kan som følge af den foreslåede stk. 1, nr. 5, udelukke lægen midlertidigt eller permanent fra at blive ansat i klinikker, der drives efter aftale med regionen i henhold til § 227 a eller § 227 b, stk. 3.

En udelukkelse skal kun benyttes i de tilfælde, hvor der er tale om grov misligholdelse eller overtrædelse af reglerne. Udelukkelse skal benyttes i situationer, hvor en dom for et strafbart forhold af særlig alvorlig karakter af regionen anses for at være uforeneligt med at praktisere efter § 227 a og § 227 b, stk. 3, hvilket kan give anledning til udelukke lægen fra at blive ansat i klinikker der drives efter aftale med regionen.

Det foreslås i § 276 b, stk. 2, at afgørelser truffet efter § 276 a stk. 1, nr. 3-5 har opsættende virkning indtil klagefristens udløb og i tilfælde af en klage indtil klagenævnets afgørelse i sagen.

Den foreslåede bestemmelse fastsætter, at en klage i udgangspunktet ikke har opsættende virkning. Regionens afgørelse effektueres dermed i udgangspunktet når regionen har truffet afgørelse og klagefristen er udløbet. Er der indenfor klagefristen indgivet en klage over afgørelsen, genvurderer regionen afgørelsen. Hvis regionen fastholder afgørelsen, effektueres denne i udgangspunktet og klagesagen oversendes til Praksisklagenævnet. Hvis regionen har besluttet at suspendere samarbejdet med lægen midlertidigt, opsige samarbejdet med lægen eller har besluttet at udelukke lægen midlertidigt eller permanent fra at blive ansat i klinikker, der drives efter aftale med regionen, vil klagen i udgangspunktet have opsættende virkning, medmindre klagenævnet bestemmer andet. Dette sikrer, at regionen bl.a. ikke kan tilbagekalde et ydernummer uden at klagenævnet har taget stilling til klagesagen og dermed lovligheden af regionens afgørelse.

(Til § 276 c)

Det foreslås, at der indsættes en ny § 276 c.

Det foreslås i § 276 c, *stk. 1*, at regionsrådets afgørelser truffet i henhold til §§ 57 l, 206 b, 276 b, *stk. 1*, og 227 c samt aftaler indgået i henhold til § 227 a, *stk. 1-2*, kan, hvis ikke andet er fastsat i loven eller regler udstedt i medfør heraf, påklages til Praksisklagenævnet, jf. §§ 233 a og b.

Den foreslåede bestemmelse vil indebære, at afgørelser over pågældende ejer/ejere af et almenmedicinsk tilbud kan påklages til den uafhængige klagemyndighed Praksisklagenævnet. Bestemmelsen fastsætter, at der kan klages over afgørelser i henhold til § 57 l vedr. den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion, afgørelser om fastsættelse af patientantal i henhold til § 206 b, afgørelser om sanktioner i henhold til § 276 b, *stk. 1*, afgørelser om forhåndsgodkendelse i henhold til § 227 c samt afgørelser truffet iht. aftale om økonomi og øvrige vilkår i henhold til § 227 a, *stk. 1-2*.

Det foreslås i § 276 c, *stk. 2*, at klageren skal betale et gebyr for behandling af en klage ved Praksisklagenævnet.

Den foreslåede bestemmelse fastsætter, at klageren skal betale et klagegebyr for behandling af en klagesag i Praksisklagenævnet. Gebyret betales inden klagenævnet påbegynder sagsbehandlingen.

Det foreslås i § 276 c, *stk. 3*, at gebyret, jf. *stk. 2*, tilbagebetales til klageren, hvis klageren får medhold i sagen, sagen afvises som uegnet til behandling ved Praksisklagenævnet, jf. *stk. 4* eller sagen afvises, fordi den ikke er omfattet af Praksisklagenævnets kompetence, jf. § 233 a.

Den foreslåede bestemmelse indebærer, at klageren får tilbagebetalt klagegebyret hvis klager får medhold i sagen. Derudover tilbagebetales klagegebyret hvis sagen afvises, hvis den er uegnet til behandling i klagenævnet eller ikke er omfattet af klagenævnets kompetence.

Det foreslås i § 276 c, *stk. 4*, at formanden for Praksisklagenævnet kan afvise at behandle en klage, hvis klagegebyret ikke er indbetalt indenfor en fastsat frist, eller hvis det er åbenbart, at der ikke kan gives klageren medhold i sagen.

Det foreslås i § 276 c, stk. 5, at formanden for Praksisklagenævnet i særlige tilfælde kan tillægge klager over afgørelser truffet af regionen opsættende virkning i andre tilfælde end efter § 276 b, stk. 2.

Den foreslåede ordning indebærer, at Praksisklagenævnet i hver sag kan vurdere, om der er særlige omstændigheder, der taler for, at en klage skal have opsættende virkning i andre tilfælde end efter § 276 b, stk. 2.

Det foreslås i § 276 c, stk. 6, at indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges til at fastsætte nærmere regler om størrelsen af klagegebyret samt betalingen heraf, herunder om obligatorisk elektronisk betaling. Det er hensigten, at klagegebyret fastsættes til 1.000 kr.

## *Til § 2*

*Stk. 1.* Loven træder i kraft den 1. januar 2027.

*Stk. 2.* Forhåndsgodkendelser efter § 227 c skal indhentes ved køb af ydernumre, hvor købsaftalen indgås efter den 1. januar 2027.

Det foreslås i *stk. 1*, at loven træder i kraft den 1. januar 2027.

Det foreslås i *stk. 2*, at forhåndsgodkendelser efter dette forslags § 227 c skal indhentes ved køb af ydernumre, hvor købsaftalen indgås efter den 1. januar 2027.

Det vil være tidspunktet for, hvornår køber og sælgers underskriver en købsaftale, der er afgørende for, hvornår en køber af et ydernummer vil skulle ansøge regionsrådet om en forhåndsgodkendelse i overensstemmelse med dette forslags § 1 nr. 8, § 227 c.

Hvis en sælger af et ydernummer indgår i forhandlinger med en mulig køber af ydernummeret i december 2026, og parterne først indgår og begge underskriver købsaftalen den 1. januar 2027 eller senere, så vil køber skulle indhente en forhåndsgodkendelse fra regionen før, at aftalen kan blive juridisk bindende.

Regionsrådet er først forpligtet til at foretage vurderinger af ansøgninger om forhåndsgodkendelse efter den 1. januar 2027, hvorfor køber og sælger af et ydernummer, må tage højde for regionsrådets behandling af ansøgningen i deres aftale om overtagelse af ydernummeret. Regionsrådet skal træffe afgørelse om en læges ansøgning om en forhåndsgodkendelse hurtigst muligt og senest indenfor 10 hverdage efter modtagelse, jf. lovforslagets § 1 nr. 8, § 227 c, stk. 2.

Hvis en køber og en sælger af et ydernummer indgår en købsaftale inden den 1. januar 2027 gælder kravet om en forhåndsgodkendelse ikke. Aftaleindgåelsen vil således skulle overholde de gældende regler for køb og salg af ydernumre.

Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

<i>Gældende formulering</i>	<i>Lovforslaget</i>
	<p><b>§ 1</b></p> <p>I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 275 af 12. marts 2025, som ændret senest ved lov nr. 718 af 20. juni 2025, foretages følgende ændringer:</p>
<p><b>§ 57 a.</b></p> <p><i>Stk. 1, 1. pkt.</i> Regionsrådet yder mod betaling behandling ved læge på regionsrådets egne klinikker etableret efter § 227, stk. 5 og 8, til personer fra andre EU-/EØS-lande, der ikke har bopæl her i landet.</p>	<p><b>1.</b> I § 57 a, stk. 1, 1. pkt., ændres » § 227, stk. 5« til: » § 227 b, stk. 5«.</p> <p><b>2.</b> Efter kapitel 13 b indsættes:</p> <p style="padding-left: 40px;">»Kapitel 13 c</p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Nationale krav og opgaver m.v. til det almenmedicinske tilbud</i></p> <p><b>§ 57 l.</b> Krav og opgaver m.v. til det almenmedicinske tilbud fastsættes i den nationale opgavebeskrivelse med en basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, jf. regler fastsat i medfør af stk. 4.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Regionsrådet er forpligtet til at tilvejebringe og tilrettelægge det almenmedicinske tilbud i henhold til den nationale opgavebeskrivelse efter stk. 1, herunder at fastlægge de overordnede rammer for samarbejdet mellem klinikker i det almenmedicinske tilbud og det øvrige sundhedsvæsen.</p> <p><i>Stk. 3.</i> Klinikker i det almenmedicinske tilbud er forpligtede til at udøve deres virksomhed i</p>

<p><b>§ 155.</b>  <i>Stk. 2, 1 pkt.</i> Medicintilskudsnævnet består af højst 8 medlemmer, der beskikkes af indenrigs- og sundhedsministeren for 4 år ad gangen. 1 medlem beskikkes efter indstilling fra det i § 227 nævnte forhandlingsudvalg.</p> <p><b>§ 175.</b>  <i>Stk. 1.</i> Regler om kørselsgodtgørelse til læger, der tilkaldes til de i § 59, stk. 1, nævnte personer, fastsættes ved de i § 227 nævnte overenskomster. Foreligger der ingen overenskomst herom, fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren de nærmere regler.</p> <p><b>§ 205 a.</b>  <i>Stk. 1.</i> Regionsrådet kan tilvejebringe og udleje lokaler og udstyr m.v. til brug for virksomhed, der udføres af sundhedspersoner efter overenskomst, jf. § 227, stk. 1, virksomheder, der leverer almenmedicinske ydelser efter udbud, jf. § 227, stk. 3, og andre leverandører</p>	<p>overensstemmelse med krav og opgaver m.v. fastsat i basisfunktionen for det almenmedicinske tilbud.</p> <p><i>Stk. 4.</i> Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud.«</p> <p><b>3.</b> I § 155, <i>stk. 2, 1. pkt.</i>, ændres »i § 227 nævnte forhandlingsudvalg« til: »nævn, der er nedsat i henhold til § 37, stk. 2, i regionsloven«.</p> <p><b>4.</b> I § 175, <i>1. pkt.</i>, ændres »§ 227 nævnte overenskomster« til: »§ 227 a, stk. 1, nævnte aftaler«.</p> <p>I 2. <i>pkt.</i>, ændres »overenskomst« til: »aftaler«.</p> <p><b>5.</b> I § 205 a, <i>stk. 1</i>, og § 205 b, <i>stk. 1</i>, ændres »§ 227, stk. 1« til: »§ 227, stk. 1 og § 227 a, stk. 1«, og »§ 227, stk. 3« ændres til: »§ 227 a, stk. 3«.</p>
---	--



af sundhedsydelser m.v., og til brug for udførelse af kommunale sundhedsydelser.

**§ 205 b.** Kommunalbestyrelsen kan tilvejebringe og udleje lokaler og udstyr m.v. til brug for virksomhed, der udføres af sundhedspersoner efter overenskomst, jf. § 227, stk. 1, virksomheder, der leverer almenmedicinske ydelser efter udbud, jf. § 227, stk. 3, og andre leverandører af sundhedsydelser m.v., og til brug for udførelse af regionale, ambulante sygehusydelser.

**§ 227.**

*Stk. 1, 1. pkt.:* Det i henhold til § 37 i lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab nedsatte nævn afslutter overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkårene for de i §§ 50, 58-60, 64, 66-69, 71 og 72, § 140 a, stk. 1, og §§ 140 b, 159 og 175 nævnte ydelser.

Stk. 2. Ydernumre fra praksis, som har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1, kan overdrages til regionsrådet og til læger, som vil praktisere i henhold til stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1. Regionsrådet kan endvidere sælge nye ydernumre, som regionen har oprettet, og ydernumre fra

**6. § 227, stk. 1, 1. pkt.,** affattes således:

»Det nævn, der er nedsat i henhold til § 37, stk. 2, i regionsloven afslutter overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkårene for de i §§ 50, 58, 59, 64, 66-69, 71 og 72, § 140 a, stk. 1, og §§ 140 b, 159 og 174 nævnte ydelser«.

**7. § 227, stk. 2-6,** ophæves.

Stk. 7-13 bliver herefter stk. 2-8.

eksisterende praksis, som regionsrådet har opkøbt som led i praksisplanlægningen, til læger, som vil praktisere i henhold til stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1. Salg af ydernumre, jf. 1. og 2. pkt., kan ske til læger, som allerede har et ydernummer. En læge kan eje op til seks ydernumre erhvervet i henhold til 1. og 2. pkt.

*Stk. 3.* Regionen kan udbyde drift af praksis, som hidtil har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1, og hvor regionsrådet har fået overdraget ydernummeret. Regionsrådet kan desuden udbyde drift af praksis vedrørende nye ydernumre, som regionsrådet har oprettet. Regionsrådet kan endvidere som led i praksisplanlægningen opkøbe eksisterende ydernumre fra læger, der har ønsket at sælge, og udbyde driften af disse praksis.

*Stk. 4.* Udbud efter stk. 3 skal foregå på åbne, objektive og ikke diskriminerende vilkår og skal tilrettelægges på en sådan måde, at eventuelle bud kan sammenlignes med, hvad en offentligt drevet enhed vil koste. Regionsrådet har mulighed for at forkaste et bud, hvis omkostningerne er væsentlig højere i en sammenligning.

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

*Stk. 6.* Regionsrådet kan i perioden fra den 1. juli 2023 til og med den 30. juni 2033 indgå aftaler, der supplerer aftaler indgået efter stk. 1, med indehaveren af et ydernummer i områder med lægemangel om et særligt vederlag af midlertidig karakter til kompensation for etablerings- eller praksispersonaleudgifter, som understøtter regionens forpligtelse til at yde behandling hos praktiserende læge efter § 60, jf. § 57

*Stk. 7 og 8.*---

*Stk. 9.* Overenskomster indgået i medfør af stk. 1 må ikke indeholde bestemmelser, der forpligter sundhedspersoner, som har tilsluttet sig eller som ønsker at tilslutte sig disse overenskomster, til at være medlem af en forening eller en bestemt forening.

*Stk. 10.* En region eller en kommune må ikke undlade at give en sundhedsperson tilladelse til at tilslutte sig overenskomster indgået i medfør af stk. 1 eller fratage en sundhedsperson en sådan tilladelse, fordi personen ikke er medlem af en forening eller en bestemt forening.

**8.** I § 227, *stk. 9*, der bliver *stk. 4*, ændres »Overenskomster indgået i medfør af stk. 1« til: »Overenskomster og aftaler indgået i medfør af stk. 1 og § 227 a, stk. 1«, og efter »disse overenskomster« indsættes: »og aftaler«.

**9.** I § 227, *stk. 10 og 11*, der bliver *stk. 5 og 6* ændres »overenskomster indgået i medfør af stk. 1« til: »overenskomster og aftaler indgået i medfør af stk. 1 og § 227 a, stk. 1«.

**10.** I § 227, *stk. 12, 1. pkt.*, der bliver *stk. 7, 1. pkt.*, ændres »I

<p><i>Stk. 11.</i> En region eller en kommune må ikke undlade at give en sundhedsperson tilladelse til at tilslutte sig overenskomster indgået i medfør af stk. 1 eller fratage en sundhedsperson en sådan tilladelse, fordi personen er medlem af en forening eller en bestemt forening.</p> <p><i>Stk. 12.</i> I overenskomster indgået i medfør af stk. 1 kan aftales, at sundhedspersoner, som tilslutter sig en sådan overenskomst uden at være medlem af den forening, som er part i overenskomsten, skal betale et gebyr til dækning af en forholds- mæssig andel af omkostningerne ved levering af de ydelser, som bliver stillet til rådighed for de pågældende, og som parterne er enige om er nødvendige for drift af praksis og for administration og udvikling af overenskomstens regler, herunder samarbejds- og klagesystemet, på kommunalt, regionalt og centralt niveau. Parterne kan aftale både et engangsgebyr, som forfalder i forbindelse med sundhedspersonens tilslutning til overenskomsten, og et periodevist gebyr, som forfalder løbende.</p> <p><i>Stk. 13.</i> ---</p>	<p>overenskomster indgået i medfør af stk. 1 kan aftales, at sundhedspersoner, som tilslutter sig en sådan overenskomst« til: »I overenskomster og aftaler i medfør af stk. 1 og § 227 a, stk. 1, kan aftales, at sundhedspersoner, som tilslutter sig en sådan overenskomst eller aftale«.</p> <p><i>I 2. pkt. ændres efter: »sundhedspersonens tilslutning til overenskomsten« til: »sundhedspersoners tilslutning til overenskomster og aftaler«.</i></p> <p><b>11.</b> Efter § 227 indsættes:</p> <p>»§ 227 a. Det nævn, der er nedsat i henhold til § 37, stk. 2, i regionsloven indgår aftale med en organisation som repræsenterer alment praktiserende læger om vilkår for de i §§ 50 og 60 nævnte ydelser for det almenmedicinske tilbud.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Regionsrådet kan indgå lokale aftaler med almenmedicinske tilbud, herunder udbudsklinikker etableret efter § 227 b, stk. 3.</p> <p><i>Stk. 3.</i> Honorarer til de alment praktiserende læger, der leverer almenmedicinske ydelser i henhold til § 60, aftales i henhold til stk. 1, og skal som minimum honorere efterlevelse af krav til almenmedicinske tilbud som følger af basisfunktionen, jf. § 57 l.</p> <p><i>Stk. 4.</i> Dele af honoreringen efter stk. 3, skal differentieres med udgangspunkt i det behandlingsbehov på klinikniveau, som følger af</p>
--	---

	<p>den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, jf. § 206 b.</p> <p><b>§ 227 b.</b> Ydernumre fra praksis, som har leveret almenmedicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. § 227 a, jf. § 60, stk. 1, kan af en praksisejer overdrages til regionsrådet og til speciallæger i almen medicin, som vil praktisere efter samme vilkår. Regionsrådet kan endvidere sælge nye ydernumre, som regionen har oprettet, og ydernumre fra eksisterende praksis, som regionsrådet har opkøbt som led i praksisplanlægningen, til speciallæger i almen medicin, som vil praktisere i henhold til § 227 a, stk. 1, jf. § 60, stk. 1. Salg af ydernumre kan ske til speciallæger i almen medicin, som allerede har et ydernummer. En speciallæge i almen medicin kan erhverve op til tre ydernumre.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Regionsrådet kan i perioden fra den 1. juli 2023 til og med den 30. juni 2033 indgå aftaler, der supplerer aftaler indgået efter § 227 a, stk. 1, med indehaveren af et ydernummer i områder med lægemangel om et særligt vederlag af midlertidig karakter til kompensation for etablerings- eller praksispersonaleudgifter, som understøtter regionens forpligtelse til at yde behandling hos praktiserende læge efter § 60, jf. § 57.</p>
--	---

*Stk. 3.* Regionsrådet kan udbyde drift af praksis, som hidtil har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. § 227 a, jf. § 60, stk. 1, og hvor regionsrådet har fået overdraget ydernummeret. Regionsrådet kan desuden udbyde drift af praksis via nye ydernumre, som regionsrådet har oprettet. Regionsrådet kan endvidere som led i praksisplanlægningen opkøbe eksisterende ydernumre fra alment praktiserende læger, der ønsker at sælge, og udbyde driften af disse praksis.

*Stk. 4.* Udbud efter stk. 3 skal foregå på åbne, objektive og ikke-diskriminerende vilkår og skal tilrettelægges på en sådan måde, at eventuelle bud kan sammenlignes med, hvad en offentligt drevet enhed vil koste. Regionsrådet har mulighed for at forkaste et bud, hvis omkostningerne er væsentlig højere i en sammenligning. Regionsrådet skal ved udbud lægge vægt på kvalitet i tilbuddene.

*Stk. 5.* Regionsrådet kan etablere og drive en klinik, som leverer almenmedicinske ydelser, jf. § 60, stk. 1 og 2. Personer i sygesikringsgruppe 1 kan, jf. § 59, vælge de almenmedicinske tilbud, der er drevet af regionsrådet.

**§ 227 c.** En speciallæge i almen medicin skal ved køb af et ydernummer ansøge om at blive forhåndsgodkendt af regionsrådet, som skal foretage en vurdering af, om det

<p><b>§ 229.</b></p> <p><i>Stk. 1.</i> Foreligger der ingen overenskomst vedrørende vilkårene for ydelser efter § 227, stk. 1, fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren nærmere regler om vilkårene for regionernes og kommunernes tilskud, herunder regler om ydelsernes indhold og anvendelse og om udbetaling af honorarerne til</p>	<p>kan sandsynliggøres, at lægen kan og vil efterleve gældende regler for almenmedicinske tilbud samt aftaler indgået efter § 227 a.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Det er ikke muligt for en speciallæge i almen medicin at eje et ydernummer uden at have hovedbeskæftigelse med at drive og tage ansvar for egen klinik eller egne klinikker.</p> <p><i>Stk. 3.</i> En speciallæge i almen medicin kan kun erhverve et ydernummer, hvis lægen over for regionsrådet kan fremvise en børneattest uden alvorlige anmærkninger af relevans for arbejdet i det almenmedicinske tilbud.</p> <p><i>Stk. 4.</i> Regionsrådet skal træffe beslutning om en læges ansøgning efter stk. 1 hurtigst muligt og senest inden for 10 hverdage efter modtagelse af ansøgningen.«</p> <p><b>12.</b> I § 229, <i>stk. 1, 1. pkt.</i>, ændres »overenskomst vedrørende vilkårene for ydelser efter § 227, stk. 1,« til: »overenskomst eller aftale vedrørende vilkårene for ydelser efter § 227, stk. 1, og § 227 a,«.</p> <p>I § 229, <i>stk. 1, 3. pkt.</i>, ændres: »overenskomstfastsatte forpligtigelser« til: »overenskomst- og aftalefastsatte forpligtigelser«.</p>
--	---

sundhedspersonerne, om honorarstørrelserne på de enkelte ydelser og om kørselsgodtgørelse til læger, der tilkaldes til de i § 59 omhandlede personer m.v. Ministeren kan endvidere fastsætte regler om, at honorarerne for de enkelte ydelser nedsættes i tilfælde af væsentlig øget aktivitet, der ikke er begrundet i et tilsvarende øget behov for sundhedsydelser. Ministeren kan fastsætte regler om den samlede økonomiske ramme for ydelserne samt regler om eventuel modregning i fremtidige honorarer ved overskridelse af denne ramme. Ministeren kan ligeledes fastsætte regler om, at hidtidige overenskomstfastsatte forpligtelser knyttet til udbetaling af honorarer skal være gældende, ligesom ministeren kan fastsætte regler om henvisning til behandling.

**13.** Efter afsnit XVIII indsættes:

**»Afsnit XVIII a  
Tvistløsning i praksissektoren**

Kapitel 72 a  
*Praksisklagenævnet*

**§ 233 a.** Praksisklagenævnet er en uafhængig klageinstans, som kan efterprøve administrative afgørelser truffet af regionsrådet i forhold til driften af almenmedicinske tilbud ved private erhvervsdrivende.

*Stk. 2.* Praksisklagenævnet består af 1 formand og mindst 1 næstformand samt sagkyndige indstillet af regionerne og organisationen som



	<p>repræsenterer alment praktiserende læger.</p> <p><i>Stk. 3.</i> Praksisklagenævnets medlemmer udnævnes af indenrigs- og sundhedsministeren. Formanden og næstformanden skal være landsdommere eller dommere. Sagkyndige udnævnes efter indstilling fra regionerne og de almenmedicinske tilbud.</p> <p><i>Stk. 4.</i> Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om Praksisklagenævnets sammensætning og om antallet af sagkyndige og deres udnævnelsesperiode samt om sekretariatsbetjeningen af Praksisklagenævnet.</p> <p><b>§ 233 b.</b> Klage til Praksisklagenævnet indgives skriftligt til den region, som har truffet afgørelsen, der ligger til grund for klagen, inden 20 hverdage efter, at afgørelsen er modtaget.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Når regionsrådet modtager en klage, skal afgørelsen, der ligger til grund for klagen, genvurderes. Hvis afgørelsen fastholdes, skal klagen, snarest og ikke senere end 20 hverdage efter modtagelsen, videresendes til Praksisklagenævnet. Klagen skal videresendes sammen med den påklagede afgørelse eller beslutning, de dokumenter, der er indgået i sagens bedømmelse, og en udtalelse fra regionen med dennes bemærkninger til sagen og de i klagen anførte klagepunkter.</p> <p><i>Stk. 3.</i> Afgørelser truffet af Praksisklagenævnet kan ikke indbringes</p>
--	---

	<p>for anden administrativ myndighed.</p> <p><i>Stk. 4.</i> Søgsmål til prøvelse af Praksisklagenævnets afgørelser skal anlægges mod vedkommende region inden 6 måneder efter, at klagenævnets afgørelsen er modtaget.</p> <p><i>Stk. 5.</i> Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler for Praksisklagenævnets administration og virksomhed, herunder regler om anvendelse af digital kommunikation mellem regionerne, klagere og nævnet.</p> <p><b>§ 233 c.</b> Danske Regioner etablerer et sekretariat til betjening af Praksisklagenævnet, herunder forberedelse og behandling af sager, der skal forelægges klagenævnet.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Sekretariatet refererer direkte til Praksisklagenævnet angående sager, der indbringes for Praksisklagenævnet. Sekretariatsbetjeningen af Praksisklagenævnet skal være uafhængigt af Danske Regioner.</p> <p><i>Stk. 3.</i> Udgifter til Praksisklagenævnet og dets sekretariat afholdes ligeligt af regionerne.«</p> <p><b>14.</b> Efter kapitel 83 indsættes:</p> <p style="text-align: center;">»Kapitel 83 a</p> <p style="text-align: center;"><i>Opfølgning på nationale krav over for de almenmedicinske tilbud</i></p> <p><b>§ 276 a.</b> Regionsrådet følger op på de almenmedicinske tilbuds efterlevelse af de nationale krav efter § 57 l samt aftaler indgået efter § 227 a</p>
--	---

	<p>og § 227 b, stk. 3, og skal som led i varetagelsen af denne opgave</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gå i dialog om konkrete forhold og/eller,</li> <li>2) tilbyde rådgivning og vejledning om gældende regler og/eller</li> <li>3) give en henstilling om at tilpasse en konkret adfærd.</li> </ol> <p><b>§ 276 b.</b> Regionsrådet, som har benyttet mulighederne i § 276 a, stk. 1, skal ved en ejer af et almenmedicinsk tilbuds misligholdelse af aftaler efter § 227 a og § 227 b, stk. 3, eller overtrædelse af de nationale krav til de almenmedicinske tilbud i henhold til § 57 1, træffe afgørelse overfor ejer ved at:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Give et påbud om at bringe forholdene i orden inden en fastsat frist. Påbuddet kan være ledsaget af en tilkendegivelse af gentagelsesvirkning.</li> <li>2) Pålægge at tilbagebetale honorarer, som er blevet udbetalt uretmæssigt.</li> <li>3) Suspendere samarbejdet midlertidigt inden for en afgrænset tidsmæssig periode samt angivelse af betingelser for at genoptage samarbejdet.</li> <li>4) Opsige samarbejdet permanent.</li> <li>5) Udelukke ejer/ejere af et almenmedicinsk tilbud fra midlertidigt eller permanent at blive ansat i klinikker, der drives efter aftale med regionen i henhold til §§ 227 a eller 227 b, stk. 3.</li> </ol> <p><i>Stk. 2.</i> Afgørelser truffet efter stk. 1, nr. 3-5 har opsættende virkning</p>
--	--

	<p>indtil klagefristens udløb og i tilfælde af en klage indtil klagenævnets afgørelse i sagen.</p> <p><b>§ 276 c.</b> Regionsrådets afgørelser truffet i henhold til §§ 57 l, 206 b, 276 b, stk. 1, og 227 c samt aftaler indgået i henhold til § 227 a, stk. 1-2, kan, hvis ikke andet er fastsat i loven eller regler udstedt i medfør heraf, påklages til Praksisklagenævnet, jf. §§ 233 a og b.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Klageren skal betale et gebyr for behandling af en klage ved klagenævnet.</p> <p><i>Stk. 3.</i> Gebyret, jf. stk. 2, tilbagebetales til klageren, hvis klageren får medhold i sagen, sagen afvises som uegnet til behandling ved klagenævnet, jf. stk. 4, eller sagen afvises, fordi den ikke er omfattet af klagenævnets kompetence, jf. § 233 a.</p> <p><i>Stk. 4.</i> Formanden for klagenævnet kan afvise at behandle en klage, hvis klagegebyret ikke er indbetalt inden for en fastsat frist, eller hvis det er åbenbart, at der ikke kan gives klageren medhold i sagen.</p> <p><i>Stk. 5.</i> Formanden for klagenævnet kan i særlige tilfælde tillægge klager over afgørelser truffet af regionen opsættende virkning i andre tilfælde end efter § 276 b, stk. 2.</p> <p><i>Stk. 6.</i> Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om størrelsen og betalingen af det i stk. 1 nævnte gebyr, herunder om obligatorisk elektronisk indbetaling.«</p>
--	--

	<p style="text-align: center;"><b>§ 2</b></p> <p><i>Stk. 1.</i> Loven træder i kraft den 1. januar 2027.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Forhåndsgodkendelser efter § 227 c skal indhentes ved køb af ydernumre, hvor købsaftalen indgås efter den 1. januar 2027.</p>