



Fremsat den 5. oktober 2017 af sundhedsministeren (Ellen Trane Nørby)

Forslag

til

Lov om ændring af sundhedsloven

(Bedre lægedækning ved udvidelse af perioden for regioners drift af alment medicinske klinikker og forenklet overdragelse af ydernumre mellem læger samt ændret opkrævning af gebyr for regionale sygehusenheder m.v.)

§ 1

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 1188 af 24. september 2016, som senest ændret ved § 2 i lov nr. 691 af 8. juni 2017, foretages følgende ændringer:

1. I § 213 c, stk. 1, indsættes efter »sundhedsmyndigheder«:
»jf. dog stk. 2.«

2. I § 213 c, indsættes efter stk. 1 som nyt stykke:
»Stk. 2. Regionsrådet skal registrere regionens sygehusenheder hos centrale sundhedsmyndigheder.«
Stk. 2 bliver herefter stk. 3.

3. § 213 d affattes således:

»§ 213 d. Til dækning af styrelsens udgifter til registreringsordningen efter § 213 c, stk. 1 og 2, og tilsynet efter § 213, stk. 1 og 2, opkræver Styrelsen for Patientsikkerhed et årligt gebyr hos de behandlingssteder, der er registreret efter § 213 c, stk. 1, og et samlet årligt gebyr hos regionsrådet for regionens sygehusenheder.

Stk. 2. Styrelsen for Patientsikkerhed fastsætter nærmere regler om størrelsen af de i stk. 1 nævnte gebyrer og om opkrævning af gebyrerne.«

4. I § 227, stk. 2, 1. pkt., ændres »og som regionsrådet har fået overdraget, kan regionsrådet sælge til læger,« til: »kan overdrages til regionsrådet og til læger,«.

5. I § 227, stk. 5, 1. pkt., ændres »4 år« til: »6 år«.

6. I § 227, stk. 5, 2. pkt., ændres »4-årsperioden« til: »6-årsperioden«.

§ 2

I lov nr. 656 af 8. juni 2016 om ændring af sundhedsloven, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love foretages følgende ændring:

1. § 8, stk. 3, ophæves.

§ 3

Stk. 1. Lovens § 1, nr. 4-6, træder i kraft den 1. januar 2018.

Stk. 2. Behandlingssteder, med undtagelse af regionale sygehusenheder, omfattet af registreringspligten efter § 213 c, stk. 1, skal lade sig registrere inden den 31. december 2017.

Stk. 3. Styrelsen for Patientsikkerhed fastsætter tidspunktet for ikrafttræden af regionsrådenes registreringspligt efter § 213 c, stk. 2, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 2.

Stk. 4. Lovens § 1, nr. 1 -3, og § 2 træder i kraft den 1. december 2017.

Stk. 5. Regler fastsat i medfør af sundhedslovens § 213 c, stk. 2, jf. lovbekendtgørelse nr. 1188 af 24. september 2016 af sundhedsloven, forbliver i kraft, indtil de ophæves eller afløses af forskrifter udstedt i medfør af sundhedslovens § 213 c, stk. 3.

§ 4

Loven gælder ikke for Færøerne, men lovens § 1, nr. 1-3, kan ved kongelig anordning sættes helt eller delvis i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

Indholdsfortegnelse

1. Indledning
 - 1.1. Lovforslagets indhold og formål
 - 1.2. Lovforslagets baggrund
2. Lovforslaget
 - 2.1. Forenklet overdragelse af ydernumre mellem læger
 - 2.1.1. Gældende ret
 - 2.1.2. Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser
 - 2.1.3. Lovforslagets indhold
 - 2.2. Udvidelse af perioden for regioners drift af alment medicinske klinikker
 - 2.2.1. Gældende ret
 - 2.2.2. Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser
 - 2.2.3. Lovforslagets indhold
 - 2.3. Ændret model for opkrævning af gebyrer for de regionale sygehusenheder
 - 2.3.1. Gældende ret
 - 2.3.2. Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser
 - 2.3.3. Lovforslagets indhold
 - 2.4. Registreringsforpligtelsen flyttes fra den regionale sygehusenhed til regionen
 - 2.4.1. Gældende ret
 - 2.4.2. Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser
 - 2.4.3. Lovforslagets indhold
 - 2.5. Udskydelse af registreringsfristen for regionale sygehusenheder
 - 2.5.1. Gældende ret
 - 2.5.2. Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser
 - 2.5.3. Lovforslagets indhold
3. Regionale konsekvenser, herunder for landdistrikter
4. Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige
5. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.
6. Administrative konsekvenser for borgerne
7. Miljømæssige konsekvenser
8. Forholdet til EU-retten
9. Hørte myndigheder og organisationer m.v.
10. Sammenfattende skema

1. Indledning

1.1. Lovforslagets indhold og formål

Regeringen konstaterer, at der i visse dele af landet, særligt i yderområder og socialt belastede områder, er vanskeligheder i forhold til at skaffe læger til almen praksis. Almen praksis udgør en central del af sundhedsvæsenet, hvorfor det er et område, der bør prioriteres højt. Regeringen ønsker derfor løbende at udvikle og moderniserer sektoren som et led i styrkelsen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Med lovforslaget foreslår regeringen på baggrund af den politiske aftale om bedre lægedækning af 9. februar 2017 at implementere en række af de anbefalinger, som blev afgivet af Lægedækningsudvalget i januar 2017. Formålet med nærværende lovforslag er dels at åbne mulighed for, at alment praktiserende læger, der ønsker at eje flere ydernumre, jf.

sundhedslovens § 227, stk. 2, kan købe disse direkte fra andre privatpraktiserende læger, dels at forlænge den nuværende fireårige periode, hvor regionerne har mulighed for at drive alment medicinske klinikker, jf. sundhedslovens § 227, stk. 5, til en seksårig periode i tilfælde af lægedækningsproblemer.

Regeringen ønsker med dette lovforslag endvidere at sikre et stabilt økonomisk fundament for Styrelsen for Patientsikkerheds risikobaserede tilsyn med regionernes sygehuse.

Det foreslås derfor *for det første*, at registreringsordningen – i forhold til de regionale sygehusenheder – ændres således, at der opkræves et samlet gebyr til finansiering af det risikobaserede tilsyn pr. region i stedet for et gebyr pr. sygehusenhed. Der ændres dog ikke ved den økonomiske ramme, der var forudsat i lov nr. 656 af 8. juni 2016.

For det andet foreslås det, at det bliver den stedlige region – og ikke den enkelte regionale sygehusenhed – der skal re-

gistrere de regionale sygehusenheder hos de centrale sundhedsmyndigheder (Sundhedsdatastyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed), hvilket er en administrativt set mere enkel registrering.

For så vidt angår de regionale sygehusenheder foreslås det derfor - *for det tredje* - at udskyde den ved lov nr. 656 af 8. juni 2016 fastsatte frist for registrering af sygehusenhederne fra den 31. december 2017 til et tidspunkt, som fastsættes af Styrelsen for Patientsikkerhed. Det er hensigten, at registreringspligten skal træde i kraft, så snart den permanente registreringsløsning er udviklet, dog senest den 31. december 2018. Den foreslåede udskydelse af registreringspligten vil ikke få betydning for Styrelsen for Patientsikkerheds mulighed for at identificere de pågældende sygehusenheder i SOR med henblik på at kunne føre tilsyn med de pågældende sygehusenheder.

1.2. Lovforslagets baggrund

For så vidt angår bedre lægedækning ved forenklet overdragelse af ydernumre mellem læger og udvidelse af perioden for regioners drift af alment medicinske klinikker nedsatte den daværende regering (Venstre) i januar 2016 et udvalg om lægedækning i hele landet, Regeringens Lægedækningsudvalg (Lægedækningsudvalget). Udvalget havde til opgave at analysere fordelingen af læger på tværs af landet og relevante forhold som fx lægernes alder, praksisstruktur, aktivitet mv. På baggrund af denne analyse havde udvalget desuden til opgave at anbefale konkrete initiativer, der ville kunne understøtte en bedre fordeling af lægeressourcerne på tværs af landet med henblik på at sikre adgang til sundhedsydelser af høj kvalitet, uanset hvor patienterne bor, og hvilken behandling de har behov for.

Lægedækningsudvalget afrapporterede til sundhedsministeren i januar 2017. Rapporten indeholder en række anbefalinger, som udvalget har vurderet vil kunne bidrage til en bedre lægedækning, herunder forslag vedr. almen praksis. En del af udvalgets anbefalinger er således, at der gives mulighed for at drive regionsklinikker i en længere tidsperiode end de nuværende fire år samt at åbne mulighed for, at læger, der ønsker at eje flere ydernumre, kan købe direkte fra andre praktiserende læger.

På baggrund af Lægedækningsudvalgets rapport indgik regeringen (Venstre, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti), Socialdemokratiet, Dansk Folkeparti, Enhedslisten, Alternativet, Radikale Venstre og Socialistisk Folkeparti den 9. februar 2017 en politisk aftale om bedre lægedækning. Af den politiske aftale fremgår det, at aftaleparterne er enige om at forbedre lægedækningen i Danmark. Aftaleparterne er således enige om, at alle danskere skal have adgang til sundhedsydelser af høj kvalitet, uanset hvor i landet man bor, og uanset hvad man fejler, og at det kræver, at der er tilstrækkelig lægedækning i alle dele af landet.

For så vidt angår lovforslagets del om gebyroprokrævning m.v. indgik den daværende regering (Venstre) og Socialdemokratiet, Dansk Folkeparti, Enhedslisten, Liberal Alliance, Alternativet, Socialistisk Folkeparti og Det Konservative Folkeparti den 11. februar 2016 en politisk aftale om risiko-

baseret tilsyn med behandlingssteder. Med aftalen blev det besluttet at omlægge Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med behandlingssteder. Efter aftalen skulle den eksisterende pligt for Styrelsen for Patientsikkerhed til at føre et reaktivt tilsyn på området suppleres med indførelsen af en pligt for styrelsen til også at føre et proaktivt risikobaseret tilsyn.

Det blev samtidig besluttet, at Styrelsen for Patientsikkerheds faste tilbagevendende tilsyn med plejehjem, kosmetiske klinikker og private sygehuse, klinikker m.v. skulle ophæves.

Den politiske aftale af 11. februar 2016 blev udmøntet ved lov nr. 656 af 8. juni 2016. Det fremgår af loven, at Styrelsen for Patientsikkerhed fra og med 1. januar 2017 skal gennemføre løbende tilsyn med udvalgte registrerede behandlingssteder ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden.

Det fremgår samtidig af loven, at sygehusenheder, klinikker, praksisser, plejecentre, plejehjem, bosteder, sundheds- eller genoptræningscentre og andre behandlingssteder, hvor sundhedspersoner udøver behandling, senest den 31. december 2017 skal lade sig registrere hos de centrale sundhedsmyndigheder (Sundhedsdatastyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed). Styrelsen for Patientsikkerhed skal efter loven opkræve et årligt gebyr hos de behandlingssteder, der er registreret med henblik på finansiering af registreringsordningen og tilsynet.

Det er forudsat i bemærkningerne til lov nr. 656 af 8. juni 2017, jf. Folketingstidende 2015-16, A, Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love (Styrelsen for Patientsikkerheds fremtidige tilsyn m.v.), som fremsat den 28. april 2016, side 16, at Styrelsen for Patientsikkerhed får hjemmel til for hvert behandlingssted, der indgiver registrering, at pålægge gebyrer af en størrelse, der giver fuld omkostningsdækning, således at Styrelsen for Patientsikkerheds udgifter forbundet med registrering og tilsyn i ordningen modsvares af de samlede gebyrindtægter, og således at ordningen hviler i sig selv. Det fremgår, at de årlige gebyrer skal dække udgifterne forbundet med registrering, drift af IT-løsning og tilsynsbesøg, herunder overhead.

Det fremgår desuden af bemærkningerne, jf. Folketingstidende 2015-16, A, Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love (Styrelsen for Patientsikkerheds fremtidige tilsyn m.v.), som fremsat den 28. april 2016, side 16, at de årlige gebyrer vil blive graderet efter størrelsen af behandlingsstedet, og at behandlingsstederne er inddelt i fem kategorier baseret på størrelse og beregning af det forventede ressourceforbrug til tilsyn i hver kategori.

Med lov nr. 656 af 8. juni 2016 om ændring af sundhedsloven, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love (Styrelsen for Patientsikkerheds fremtidige tilsyn m.v.) blev det bl.a. besluttet at omlægge Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn

med behandlingssteder, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling, til et risikobaseret tilsyn, så der sættes ind, hvor der er størst risici for patientsikkerheden.

På den baggrund har Styrelsen for Patientsikkerhed pr. 1. januar 2017 omlagt tilsynet med offentlige og private behandlingssteder til et risikobaseret tilsyn. Det risikobaserede tilsyn er finansieret via gebyrer og forudsætter, at styrelsen opkræver et gebyr fra hvert behandlingssted, og at behandlingsstederne lader sig registrere hos de centrale sundhedsmyndigheder (Sundhedsdatastyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed).

Der har dog vist sig vanskeligheder forbundet med gebyropkrævningen for de behandlingssteder, der udgøres af regionale sygehusenheder. Det skyldes, at det skønnede antal af sygehusenheder, som gebyrtaksten i lov nr. 656 af 8. juni 2016 bygger på, har forandret sig siden loven blev vedtaget den 3. juni 2016. I lovens bemærkninger var det forudsat, at gebyret opkræves pr. nærmere defineret sygehushed - dvs. afdeling - ud fra et skøn over antallet af enheder baseret på en manuel optælling af unikke geografiske lokaliteter.

I Sundhedsvæsenets Organisationsregister (SOR), som registreringen af behandlingssteder tager afsæt i, er antallet af regionale sygehusenheder markant under det antal, der var forudsat ved lov nr. 656 af 8. juni 2016. Hertil kommer, at antallet af sygehusafdelinger generelt udvikler sig i retning af færre og større afdelinger. Hvis gebyropkrævningen skal ske på baggrund af de gebyrtakster, der er forudsat i lov nr. 656 af 8. juni 2016, vil Styrelsen for Patientsikkerhed derfor ikke kunne opkræve tilstrækkelige midler til at kunne udføre det risikobaserede tilsyn med de regionale sygehuse i det forudsatte omfang. Det skyldes, at opgaven med at føre tilsyn på en stor afdeling er mere ressourcekrævende end opgaven med at føre tilsyn på en mindre afdeling. Ressourcebehovet til tilsynsopgaven er således i praksis den samme, selvom antallet af regionale sygehusenheder i dag er forskelligt fra oprindeligt antaget.

Styrelsen for Patientsikkerhed har det seneste års tid arbejdet på at etablere en registreringsløsning for de behandlingssteder, der er omfattet af det risikobaserede tilsyn. Denne løsning skal sikre en integration af data mellem Sundhedsvæsenets Organisationsregister (SOR) og det såkaldte behandlingsstedsregister, der skal indeholde organisationsdata fra SOR og supplerende data om behandlingsstedskategori m.v., som skal danne baggrund for opkrævning af gebyrer.

Der har været afholdt en udbudsrunde i forhold til at få udviklet en permanent registreringsløsning til behandlingsstedsregisteret, men ved udbudsfristens udløb var der ingen, som havde budt på løsningen. Styrelsen for Patientsikkerhed vil derfor etablere en midlertidig registreringsløsning, som gør det muligt for behandlingssteder at lade sig registrere fra 1. juli 2017. Styrelsen for Patientsikkerhed har i den forbindelse ønsket en udskydelse af registreringsfristen i forhold til de regionale sygehusenheder, så de først skal registreres, når den permanente registreringsløsning er blevet etableret.

Dette skyldes, at data fra SOR ikke kan hentes ind i den midlertidige registreringsløsning, og at regionerne derfor ville skulle registrere alle deres sygehusenheder på ny, hvis registreringsfristen ikke bliver udskudt. Dette vil betyde en stor arbejdsbyrde for regionerne og manglende anvendelse af eksisterende data. Der vil samtidig, hvis de regionale sygehusenheder registreres i den midlertidige løsning, være et større datamigreringsarbejde, hvor der skal ses på, om de registreringer, som Styrelsen for Patientsikkerhed har fået ind, stemmer med registreringerne i SOR.

2. Lovforslaget

2.1. Forenklet overdragelse af ydernumre mellem læger

2.1.1. Gældende ret

I medfør af sundhedslovens § 227, stk. 2, kan regionsrådet sælge ydernumre fra praksis, som har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. sundhedslovens § 60, stk. 1, og som regionsrådet har fået overdraget, til læger, som vil praktisere i henhold til sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. sundhedslovens § 60, stk. 1. Regionsrådet kan endvidere sælge nye ydernumre, som regionen har oprettet, og ydernumre fra eksisterende praksis, som regionsrådet har opkøbt som led i praksisplanlægningen, til læger, som vil praktisere i henhold til sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. sundhedslovens § 60, stk. 1. Salg af ydernumre, jf. sundhedslovens § 227, stk. 2, 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 sundhedslovens § 227, stk. 2, 1. og 2. pkt.

Læger, der endnu ikke ejer et ydernummer, kan erhverve et ydernummer direkte fra en praktiserende læge.

2.1.2. Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser

Almen praksis udgør en central del af sundhedsvæsenet, og det er vigtigt, at sektoren løbende udvikles og moderniseres som led i styrkelsen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Det er Sundheds- og Ældreministeriets vurdering, at der som led i en sådan udvikling og modernisering er behov for en ændring af sundhedslovens § 227, stk. 2, idet bestemmelsen i dag indebærer, at en læge, som praktiserer efter overenskomst om almen praksis, og som ønsker at eje flere ydernumre, ikke har mulighed for at købe et ydernummer af en anden læge, som også praktiserer efter overenskomst om almen praksis. Det er Sundheds- og Ældreministeriets vurdering, at dette udgør en utilsigtet administrativ hindring i forhold til afhændelse af ydernumre, som har en negativ indvirkning på generationsskifter og lægedækningen.

2.1.3 Lovforslagets indhold

Med lovforslagets § 1, nr. 3, foreslås det, at ændre ordlyden af sundhedslovens § 227, stk. 2, 1. pkt., således at ydernumre fra praksis, som har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. sundhedslovens § 227, stk.

2, 1. pkt., jf. sundhedslovens § 60, stk. 1, kan overdrages til regionsrådet og til læger, som vil praktisere i henhold til sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. sundhedslovens § 60, stk. 1.

Den foreslåede ændring af sundhedslovens § 227, stk. 2, 1. pkt., indebærer, at ydernumre fra praksis, som har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. sundhedslovens § 60, stk. 1, fremover kan overdrages til regionsrådet og til læger, som vil praktisere i henhold til sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. sundhedslovens § 60, stk. 1.

Dette indebærer, at alment praktiserende læger vil kunne overdrage deres ydernummer til en anden læge, som vil praktisere i henhold til overenskomst, uden at regionsrådet forinden har fået ydernummeret overdraget. Salg af ydernumre efter den foreslåede bestemmelse, vil kunne ske til læger, som allerede har et ydernummer.

Der foreslås ikke ændringer i det antal ydernumre, som en læge samlet set kan eje, hvilket i dag er op til seks ydernumre.

Ydernumre fra praksis, som har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, vil desuden fortsat kunne overdrages til regionsrådet. Lovforslaget ændrer således ikke ved et regionsråds adgang til at erhverve, oprette og afhænde ydernumre.

Lovforslaget indebærer ikke indholdsmæssige ændringer i forhold til privatpraktiserende læger, der driver almen praksis i henhold til sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. sundhedslovens § 60, stk. 1, eller de øvrige dele af sundhedslovens § 227, stk. 2.

2.2. Udvidelse af perioden for regioners drift af alment medicinske klinikker

2.2.1. Gældende ret

Efter sundhedslovens § 227, stk. 5, kan regionsrådet etablere en almen medicinsk praksis i en periode på op til 4 år, hvis der ikke er private leverandører, der deltager i udbud af drift af praksis foretaget i henhold til sundhedslovens § 227, stk. 3, eller hvis regionsrådet har forkastet bud i henhold til sundhedslovens § 227, stk. 4, 2. pkt. Et regionsråd, der ønsker at fortsætte driften af praksis efter udløbet af 4-årsperioden, kan alene gøre dette, hvis det ikke er muligt at sælge ydernummeret til en læge efter stk. 2 eller afsætte driften via udbud efter stk. 3 og 4, jf. sundhedslovens § 227, stk. 5, 2. pkt.

Af sundhedslovens § 227, stk. 3, fremgår det, 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. Af sundhedslovens § 227, stk. 4, fremgår det endvidere, at udbud ef-

ter 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.

2.2.2. Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser

Der er efter Sundheds- og Ældreministeriets opfattelse behov for at forbedre regionernes mulighed for som ansvarlig myndighed at opfylde forpligtelsen til at tilbyde alle gruppe 1-sikrede borgere adgang til almen lægehjælp på effektiv vis og af høj kvalitet. Det er således forventningen, at der i de kommende år – navnlig uden for de store byer, men også i f.eks. socialt belastede områder – vil være udfordringer ift. kapacitet, herunder ubesatte lægepraksis, og lægepraksis, der er lukket for patienttilgang. Det forventes dermed, at der i disse områder vil være vanskeligheder ift. at sikre borgerne frit valg af læge inden for rammerne af den nuværende overenskomst mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation.

Som det fremgår af Lægedækningsudvalgets rapport, hænger en del af disse rekrutteringsproblemer i almen praksis sammen med, at en stigende del af de yngre læger ikke ønsker at binde sig økonomisk og påtage sig det driftsansvar, som det indebærer at nedsætte sig som praktiserende læge efter overenskomsten. Det er derfor regeringens vurdering, at der med henblik på at sikre kvalitet og kontinuitet i det almen medicinske tilbud derfor er behov for at give regionerne mere fleksible rammer for selv at kunne etablere mere varige almen medicinske tilbud i de tilfælde, hvor det ikke er muligt at løse opgaver inden for den eksisterende lovgivning og overenskomstens rammer.

Lægedækningsudvalget har anbefalet, at der skabes muligheder for, at regionerne kan drive regionsklinikker i en længere tidsperiode end de nuværende fire år. Af Lægedækningsaftalen fremgår det, at aftaleparterne er enige om at understøtte bedre lægedækning fra centralt hold ved at forlænge den eksisterende fireårige periode, hvor regionerne har mulighed for at drive almen medicinske klinikker, jf. sundhedslovens § 227, stk. 5, op til seks år, i tilfælde af lægedækningsproblemer. Regionerne vil dermed få forlænget den midlertidige periode, i hvilken de kan vælge at drive almen medicinske klinikker. Det er regeringens vurdering, at forslaget vil være med til at forbedre lægedækningen og sikre, at alle danskere får adgang til sundhedsydelser af høj kvalitet, uanset hvor i landet patienten bor, og uanset hvad patienten fejler. Derudover vurderes det, at den forlængede periode vil gøre det nemmere for regionerne at rekruttere læger til regionsklinikkerne, idet det forventes at være nemmere at tiltrække ansøgere til midlertidige stillinger på hele seks år frem for blot fire år.

2.2.3. Lovforslagets indhold

Sundheds- og Ældreministeriet foreslår på denne baggrund, at den periode, hvori regionsrådet selv kan etablere en praksis, hvis der ikke er private leverandører, der deltager

i udbud af drift af praksis foretaget i henhold til sundhedslovens § 227, stk. 3, eller regionsrådet har forkastet bud i henhold til sundhedslovens § 227, stk. 4, 2. pkt., udvides fra 4 år til 6 år.

Dette indebærer, at regionsrådet i medfør af lovforslaget selv kan etablere en praksis i en periode på op til 6 år, såfremt der ikke er private leverandører, der deltager i udbud af drift af praksis foretaget i henhold til sundhedslovens § 227, stk. 3, eller regionsrådet har forkastet bud i henhold til sundhedslovens § 227, stk. 4, 2. pkt. Det er afgørende, at klinikken er regnskabsmæssigt adskilt fra regionsrådets øvrige drift. Regionsrådet vil desuden kunne vælge at afhænde ydernummeret til en praktiserende læge, jf. sundhedslovens § 227, stk. 2, 2. pkt.

Efter udløbet af den foreslåede 6-årige periode vil den pågældende region kunne sælge ydernummeret til en læge, der vil virke inden for overenskomsten, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, eller vælge at udbyde drift af praksis, jf. sundhedslovens § 227, stk. 3. Et regionsråd, der ønsker at fortsætte driften af praksis efter udløbet af 6-årsperioden, kan alene gøre dette, hvis det ikke er muligt at sælge ydernummeret til en læge efter sundhedslovens § 227, stk. 2, 2. pkt. eller afsætte driften via udbud efter sundhedslovens § 227, stk. 3 og 4.

Det bemærkes, at der ikke med lovforslaget foretages ændringer i forhold til regionernes forpligtelse til at udbyde driften af almen praksis i situationer, hvor regionen har fået overdraget ydernummeret eller hvor regionen har oprettet nye ydernumre. Regionerne skal leve op til udbudslovens regler om ligebehandling, proportionalitet og gennemsigtighed og herudfra fastsætte en passende periode for kontraktens løbetid, der fx tilsvarende kan være 6 år, men det vil altid bero på en konkret vurdering.

I overensstemmelse med den politiske aftale om bedre lægedækning af 9. februar 2017 vil der blive gennemført en evaluering af anvendelsen af regionsklinikker inden for tre år efter lovens ikrafttrædelse.

Lovforslaget indebærer ikke indholdsmæssige ændringer i forhold til privatpraktiserende læger, der driver almen praksis i henhold til sundhedsloven § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. sundhedslovens § 60, stk. 1, eller de øvrige dele af sundhedslovens § 227, stk. 5.

2.3. Ændret model for opkrævning af gebyrer for de regionale sygehusenheder

2.3.1. Gældende ret

De nærmere regler om opkrævning af gebyrer for behandlingssteder omfattet af Styrelsen for Patientsikkerheds risikobaserede tilsyn fremgår af sundhedslovens § 213 d.

Af bestemmelsen, der trådte i kraft den 1. januar 2017, fremgår det, at Styrelsen for Patientsikkerhed opkræver et årligt gebyr hos de behandlingssteder, der er registreret efter sundhedslovens § 213 c, stk. 1, til dækning af styrelsens udgifter til registreringsordningen og tilsynet. Efter § 213 c, stk. 2, fastsætter Styrelsen for Patientsikkerhed nærmere

regler om størrelsen af det årlige gebyr og om opkrævning af gebyret. Det er således de registrerede behandlingssteder, herunder regionale sygehusenheder, der hver især skal betale et årligt gebyr.

I forbindelse med indførelse af det risikobaserede tilsyn ved lov nr. 656 af 8. juni 2016 blev der i lovbemærkningerne indskrevet graduerede gebyrtakster for de forskellige typer af behandlingssteder, som blev inddelt i kategori 1-5, herunder for de regionale sygehusenheder i kategori 1.

Følgende fremgår af bemærkningerne til lov nr. 656 af 8. juni 2016, jf. Folketingstidende 2015-16, A, Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love (Styrelsen for Patientsikkerheds fremtidige tilsyn m.v.), som fremsat den 28. april 2016, side 87, om disse fem kategorier:

- For de anslået 1961 behandlingssteder i kategori 1 (offentlige og private sygehusenheder (afdelingsniveau) med og uden sengepladser) vil det årlige gebyr udgøre 10.697 kr. (2016-niveau)
- For de anslået 1060 behandlingssteder i kategori 2 vil det årlige gebyr udgøre 7.134 kr. (2016-niveau). Kategori 2 består af behandlingssteder uden sengepladser og med flere læger eller tandlæger.
- For de anslået 4190 behandlingssteder i kategori 3 vil det årlige gebyr udgøre 3.920 kr. (2016-niveau). Kategori 3 består af behandlingssteder uden sengepladser og med én læge, en tandlæge eller flere deltidsydere inden for disse to faggrupper, samt kiropraktorklinikker, vaccinationsklinikker, lægevagtsordninger og præhospitale enheder.
- For de anslået 2562 behandlingssteder i kategori 4 vil det årlige gebyr udgøre 2.207 kr. (2016-niveau). Kategori 4 består af plejehjem, hjemmesygepleje, bosteder, genoptræningscentre, sundhedscentre/sundhedspleje, fysioterapeutklinikker, jordemorklinikker, tandplejeklinikker, ergoterapiklinikker, fodterapeutklinikker samt øvrige klinikker og enheder med autoriseret sundhedspersonale, eksempelvis klinisk diætist klinikker, optikerklinikker, centre for misbrugsbehandling m.v.
- De ovenstående klinikker i kategori 4, som er enkeltmandspraksisser uden lægefagligt personale, er omfattet af kategori 5. Der er i kategori 5 anslået 1638 behandlingssteder, og det årlige gebyr vil udgøre 1.891 kr. (2016-niveau)

2.3.2. Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser

Der har efterfølgende vist sig vanskeligheder forbundet med gebyropkrævningen for de regionale sygehusenheder. Det skyldes, at det skønnede antal af sygehusenheder, som det anførte gebyr bygger på, har forandret sig. I loven var gebyret forudsat opkrævet pr. nærmere defineret sygehusenhed - dvs. afdeling - ud fra et skøn over antallet af enheder baseret på en manuel optælling af unikke geografiske lokaliteter. Vurderingen var, at antallet af regionale sygehusenheder i kategori 1 ville udgøre 1657 enheder, og det fremgår af lovforslagets bemærkninger, at hver sygehusenhed skal betale et gebyr på 10.697 kr. (2016-niveau).

Det nuværende antal af oprettede sygehusenheder (afdelinger) i Sundhedsvæsenets Organisationsregister (SOR) – som registreringen af behandlingssteder tager afsæt i – er imidlertid markant under det således forudsatte antal. Desuden udvikler antallet af regionale sygehusafdelinger sig fortsat generelt i retning af færre og større afdelinger. Hvis gebyropkrævningen skal ske på baggrund af de gebyrtakster, som er forudsat i bemærkningerne til lov nr. 656 af 8. juni 2016, vil Styrelsen for Patientsikkerhed ikke kunne opkræve tilstrækkelige midler til at kunne udføre det risikobaserede tilsyn med de regionale sygehusenheder i det forudsatte omfang. Det skyldes, at opgaven med at føre tilsyn på en stor afdeling er mere ressourcekrævende end opgaven med at føre tilsyn på en mindre afdeling. Ressourcebehovet til tilsynsopgaven er således i praksis den samme, selvom antallet af regionale sygehusenheder i dag er forskelligt fra oprindelig antaget.

Gebyropkrævningen fra de regionale sygehusenheder er nødvendig i forhold til Styrelsen for Patientsikkerheds tilsynsvirksomhed. Den skal sikre styrelsen de forudsatte midler til registrering og tilsyn m.v. i forhold til de regionale sygehusenheder. Dette kræver en gebyrmodel, som ikke baserer sig på en strukturform, der er uensartet og under stadig udvikling, som det er tilfældet for de regionale sygehusenheder.

2.3.3. Lovforslagets indhold

På denne baggrund foreslås det at ændre modellen for opkrævning af gebyrer for de regionale sygehusenheder, uden at der ændres ved den forudsatte økonomiske ramme. I stedet for opkrævning af gebyr fra de enkelte regionale sygehusenheder foreslås det, at der fastsættes en ordning med opkrævning af et samlet beløb pr. region efter en fordelingsnøgle. Det foreslås at anvende bloktilskudsnøglen, der er anvendt ved DUT-forhandlinger med regionerne, og som er det parameter, der kommer tættest på styrelsens tilsynstyggede i forhold til de enkelte regioner. Herved fastsættes de enkelte regioners gebyr ud fra parametre, som ikke konstant ændrer sig.

De samlede gebyrer, som regionerne vil skulle betale for de regionale sygehusenheder, vil være på samme niveau som forudsat ved lov nr. 656 af 8. juni 2016.

Forslaget medfører ingen ændringer i forhold til, hvornår de årlige gebyrer bliver opkrævet. Regionerne vil således blive opkrævet et samlet årligt gebyr for deres sygehusenheder fra og med 2017.

Forslaget forventes at medføre en væsentlig administrativ lettelse for regionerne. Det sker ved, at gebyrstrukturen for de regionale sygehusenheder vil blive markant lettere, da der efter den foreslåede model blot skal afregnes en faktura pr. region modsat efter de nugældende regler, hvor der skal afregnes én faktura pr. sygehusenhed. Forslaget vil desuden lette Styrelsen for Patientsikkerheds administration af gebyropkrævningen fra regionerne.

2.4. Registreringsforpligtelsen flyttes fra den regionale sygehusenhed til regionen

2.4.1. Gældende ret

De nærmere regler om registrering af behandlingssteder omfattet af det risikobaserede tilsyn fremgår af sundhedslovens § 213 c.

Det fremgår af § 213 c, stk. 1, at sygehusenheder, klinikker, praksisser, plejecentre, plejehjem, bosteder, sundheds- eller genoptræningssteder og andre behandlingssteder, hvor sundhedspersoner udøver behandling, skal lade sig registrere hos de centrale sundhedsmyndigheder.

Overtrædelser af registreringspligten i § 213 c, stk. 1, kan ifølge sundhedslovens § 272, stk. 1, straffes med bøde.

Efter § 213 c, stk. 2, fastsætter Styrelsen for Patientsikkerhed nærmere regler om registrering, herunder regler om nærmere afgrænsning af de behandlingssteder, der skal lade sig registrere, og at registrering skal ske elektronisk.

2.4.2. Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser

Som en konsekvens af den foreslåede ændrede model for opkrævning af gebyrer for regionale sygehusenheder, hvorefter der skal betales et samlet gebyr for regionens sygehusenheder, skønnes det hensigtsmæssigt også at tilpasse registreringsordningen for så vidt angår de regionale sygehusenheder.

2.4.3. Lovforslagets indhold

Det foreslås, at der indsættes en bestemmelse i sundhedslovens § 213 c, stk. 2, hvorefter regionsrådet skal registrere regionens sygehusenheder hos centrale sundhedsmyndigheder.

Dette indebærer, at hver region skal registrere sine sygehusenheder i behandlingsstedsregistret i stedet for, at hver sygehusenhed selv skal gøre det. Dette indebærer samtidig, at registreringen af sygehusenheder i behandlingsstedsregistret centraliseres og kan tage afsæt i regionernes registreringer i SOR. Forslaget vil samlet set medføre en registreringsmæssig lettelse for regionerne.

2.5. Udskydelse af registreringsfristen for regionale sygehusenheder

2.5.1. Gældende ret

Af § 8, stk. 3, i lov nr. 656 af 8. juni 2016, fremgår det, at behandlingssteder omfattet af registreringspligten i sundhedslovens § 213 c, stk. 1, skal lade sig registrere inden den 31. december 2017. Bestemmelsen indebærer således, at også de regionale sygehusenheder skal lade sig registrere inden udløbet af denne frist.

2.5.2. Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser

Styrelsen for Patientsikkerhed har det seneste års tid arbejdet på at etablere en registreringsløsning for de behandlingssteder, der er omfattet af det risikobaserede tilsyn. Denne løsning skal sikre en integration af data fra Sundhedsvæse-

nets Organisationsregister (SOR). Det såkaldte behandlingsstedsregister. Løsningen skal indeholde organisationsdata fra SOR suppleret med data om behandlingsstedskategori m.v., som er blevet registreret i selvbetjeningsløsning, og behandlingsstedsregistret skal danne baggrund for opkrævning af gebyrer.

Der har været afholdt en udbudsrunde i forhold til at få udviklet en permanent registreringsløsning til behandlingsstedsregisteret, men ved udbudsfristens udløb var der ingen, som havde budt på løsningen. Styrelsen for Patientsikkerhed vil derfor etablere en midlertidig registreringsløsning, som gør det muligt for behandlingssteder at lade sig registrere pr. 1. juli 2017. Styrelsen for Patientsikkerhed har i den forbindelse ønsket en udskydelse af registreringsfristen i forhold til de regionale sygehusenheder, så de først skal registreres, når den permanente registreringsløsning er blevet etableret. Dette skyldes, at data fra SOR ikke kan hentes ind i den midlertidige registreringsløsning, og at regionerne derfor ville skulle registrere alle deres sygehusenheder på ny, hvis registreringsfristen ikke bliver udskudt. Dette vil betyde en stor arbejdsbyrde for regionerne og manglende anvendelse af eksisterende data. Der vil samtidig, hvis regionale sygehusenheder registreres i den midlertidige løsning, være et større datamigreringsarbejde, hvor der skal ses på, om de registreringer, som Styrelsen for Patientsikkerhed har fået ind, stemmer med registreringerne i SOR.

En udskydelse af registreringsfristen har den fordel, at regionerne vil kunne fritages fra at registrere data i en midlertidig løsning. Disse data er i forvejen tilgængelige i SOR, og de vil automatisk kunne overføres til behandlingsstedsregistret med den permanente registreringsløsning. Styrelsen for Patientsikkerhed vil fastsætte regler om, at regionerne herefter i den permanente registreringsløsning vil skulle anføre de SOR oprettede enheder hvor eller hvorfra, der udføres behandling.

2.5.3. Lovforslagets indhold

Det foreslås at udskyde fristen for regionernes registrering af deres regionale sygehusenheder.

Det foreslås desuden at ophæve bestemmelsen i § 8, stk. 3, i lov nr. 656 af 8. juni 2016 om ændring af sundhedsloven, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love, hvorefter behandlingssteder skal lade sig registrere inden den 31. december 2017.

Dette indebærer, at fristen for registrering af de regionale sygehusenheder ikke længere er den 31. december 2017.

Det skal understreges, at den foreslåede udskydelse af registreringsfristen ikke betyder, at Styrelsen for Patientsikkerhed ikke er i stand til at identificere de regionale sygehusenheder med henblik på udførelsen af tilsynsbesøg. Styrelsen kan allerede i dag identificere disse på baggrund af oplysninger i SOR.

Lovforslaget og de tekniske vanskeligheder med registreringssystemet i relation til opkrævning af gebyr for de regionale sygehusenheder vil således ikke få indflydelse på Sty-

relsen for Patientsikkerheds udførelse af det risikobaserede tilsyn. Styrelsen udfører allerede det risikobaserede tilsyn med regionale sygehusenheder og vil fortsat udføre det.

Det er hensigten, at regionerne skal registrere deres sygehusenheder senest den 31. december 2018.

Det skal samtidig bemærkes, at forslaget om udskydelse af registreringsfristen ikke omfatter de øvrige behandlingssteder, herunder de regionale sundhedscentre, bosteder og regionsklinikker. De vil fortsat skulle lade sig registrere senest den 31. december 2017, jf. lovforslagets § 3, stk. 2.

3. Regionale konsekvenser, herunder for landdistrikter

For så vidt angår forslagene om bedre lægedækning ved forenklet overdragelse af ydernumre mellem læger og udvidelse af perioden for regioners drift af alment medicinske klinikker vurderes det, at kommuner i landdistrikterne samt kommunerne med betydelig socialt belastede områder har en mere behandlingskrævende befolkningssammensætning sammenlignet med bykommuner. Derudover oplever disse kommuner i højere grad udfordringer i forhold til lægedækning sammenlignet med bykommunerne.

Forslaget om at forlænge den periode, hvori regionerne kan drive regionsklinikker, forventes at ville gøre det nemmere for regionerne, herunder i lægedækningstruede områder, at tiltrække ansøgere til midlertidige stillinger. Lovforslagets forslag om at forenkle alment praktiserende lægers adgang til at erhverve ekstra ydernumre vil give en mere fleksibel mulighed for at drive almen praksis efter Overenskomst om almen praksis, herunder i lægedækningstruede områder.

Lovforslaget vurderes på denne baggrund at have positive konsekvenser for landdistrikter og socialt belastede områder, idet lovforslaget vurderes at ville kunne bidrage til at sikre bedre lægedækning i disse områder.

4. Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige

Det vurderes, at lovforslaget for så vidt angår lovforslagets § 1, nr. 4, om forenklet overdragelse af ydernumre mellem læger, vil medføre en administrativ lettelse for regionerne, idet det fremover ikke vil være påkrævet, at regionerne involveres, såfremt en praktiserende læge, der ejer et eller flere ydernumre, ønsker at erhverve endnu et ydernummer.

Det vurderes, at lovforslaget, for så vidt angår lovforslagets § 1, nr. 5, om udvidelse af perioden for regioners drift af alment medicinske klinikker, vil medføre mindre væsentlige økonomiske og administrative omkostninger for regionerne, i det omfang regionerne vælger at udnytte muligheden for at drive egne almen medicinske klinikker i en midlertidig periode op til 6 år.

I lovforslaget til lov nr. 656 af 8. juni 2016 er der beskrevet 5 registreringskategorier. Det årlige gebyr for de anslåede 1961 behandlingssteder i kategori 1 - heraf 1657 offentlige og 304 private sygehusenheder (afdelingsniveau) med og uden sengepladser - udgør 10.697 kr. Dette svarer til en samlet årlig gebyrindtægt for Styrelsen for Patientsikkerhed

på 17,725 mio. kr. for de regionale sygehusenheder. De anførte tal er i 2016-priser.

De årlige gebyrer er af en størrelse, der giver fuld omkostningsdækning, således at Styrelsen for Patientsikkerheds udgifter forbundet med registrering og tilsyn i forhold til sygehusenheder modsvares af de samlede gebyrindtægter, og således at ordningen hviler i sig selv.

Den foreslåede gebyrordning vil samlet set ikke have økonomiske konsekvenser for regionerne. Det vil derimod indebære en administrativ lettelse for regionerne, at de selv skal registrere deres sygehusenheder, og at de får en samlet faktura på årligt gebyr for alle deres sygehusenheder.

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

Det foreslås med lovforslagets § 1, nr. 4, om forenklet overdragelse af ydernumre mellem læger, at ydernumre fra praksis, som har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. sundhedslovens § 227, stk. 2, 1. pkt., jf. sundhedslovens § 60, stk. 1, kan overdrages til regionsrådet og til læger, som vil praktisere i henhold til sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. sundhedslovens § 60, stk. 1.

Det vurderes, at alment praktiserende læger, der på baggrund af den foreslåede ændring af sundhedslovens § 227, stk. 2, erhverver op til 6 ydernumre, potentielt vil kunne opnå en økonomisk gevinst som et resultat af forslaget.

Derudover vurderes denne del af lovforslaget tillige at vil medføre en administrativ lettelse for de alment praktiserende læger, da det fremover ikke vil være påkrævet, at regionerne involveres, såfremt en alment praktiserende læge, der ejer et eller flere ydernumre, ønsker at erhverve endnu et ydernummer.

De foreslåede ændringer af reglerne for gebyropkrævning m.v. har ingen konsekvenser for erhvervslivet.

6. Administrative konsekvenser for borgerne

Lovforslaget har ingen administrative konsekvenser for borgerne.

7. Miljømæssige konsekvenser

Lovforslaget har ingen miljømæssige konsekvenser.

8. Forholdet til EU-retten

Lovforslaget indeholder ikke EU-retlige aspekter.

9. Hørte myndigheder og organisationer m.v.

For så vidt angår forslaget om bedre lægedækning ved forenklet overdragelse af ydernumre mellem læger og udvidelse af perioden for regioners drift af alment medicinske klinikker har et udkast til lovforslag været i høring hos følgende myndigheder og organisationer m.v. i perioden fra den 30. juni 2017 til den 14. august 2017:

Alzheimerforeningen, Ansatte Tandlægers Organisation, Bedre Psykiatri, Brancheforeningen for privathospitaler og klinikker, Børnerådet, Handicaporganisationer, Dansk Er-

hverv, Dansk Handicap Forbund, Dansk Industri, Dansk Kiropraktor Forening, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Tandplejerforening, Danske Dental Laboratorier, Danske Patienter, Danske Regioner, Danske Ældreråd, Dansk Selskab for Folkesundhed, Datatilsynet, De Offentlige Tandlæger, Det Centrale Handicapråd, Diabetesforeningen, FOA, Forbrugerombudsmanden, Forbrugerrådet, Foreningen af Praktiserende Speciallæger, Foreningen af Speciallæger, Foreningen af Specialtandlæger i Ortodonti, Foreningen af Specialtandlæger i Tand-, Mund- og Kæbekirurgi, Færøernes Landsstyre, Gigtforeningen, Grønlands Selvstyre, Hjernesagen, Hjerteforeningen, Høreforeningen, Jordemoderforeningen, KL, Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere, Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere (LAP), Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskaade (LMS), Landsforeningen SIND, LO, Lægeforeningen, Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber, Patienterstatningen, Patientforeningen, Patientforeningen i Danmark, Patientforeningernes Samvirke, Praktiserende Lægers Organisation, Praktiserende Tandlægers Organisation, Rigsombudsmanden på Færøerne, Rigsombudsmanden på Grønland, Rådet for Socialt Udsatte, Scleroseforeningen, Sjældne Diagnoser, Sundhed Danmark, Tandlægeforeningen, Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning, Yngre Læger, Ældresagen.

For så vidt angår forslaget om gebyropkrævning m.v. har et udkast til lovforslag været i høring hos følgende myndigheder og organisationer m.v. i perioden 4. juli 2017 til 17. august 2017:

3F, Advokatrådet, Alzheimerforeningen, Ankestyrelsen, Ansatte Tandlægers Organisation, Bedre Psykiatri, Brancheforeningen for Private Hospitaler og Klinikker, Danmarks Apotekerforening, Danmarks Optikerforening, Dansk Erhverv, Dansk Handicap Forbund, Dansk Industri, Dansk IT – Råd for IT- og persondatasikkerhed, Dansk Kiropraktor Forening, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Psykolog Forening, Dansk Psykoterapeutforening, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Dansk Selskab for Retsmedicin, Dansk Socialrådgiverforening, Dansk Standard, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Tandplejerforening, Danske Bandagister, Danske Bioanalytikere, Danske Dental Laboratorier, Danske Fodterapeuter, Danske Fysioterapeuter, Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter, Danske Regioner, Danske Seniorer, Danske Ældreråd, Datatilsynet, De Offentlige Tandlæger, Den Danske Dommerforening, Den Danske Dyrlægeforening, Den Nationale Videnskabsbetiske Komité, Det Centrale Handicapråd, Det Ethiske Råd, Diabetesforeningen, Ergoterapeutforeningen, Farmakonomforeningen, FOA, Forbrugerrådet, Foreningen af Kliniske Diætister, Foreningen af Kommunale Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedschefer i Danmark, Foreningen af Speciallæger, Forsikring & Pension, Færøernes Landsstyre, Gigtforeningen, Grønlands Selvstyre (Naalakkersuisut), Hjernesaga-

gen, Hjerteforeningen, Høreforeningen, Institut for Menneskerettigheder, Jordemoderforeningen, KL, Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, Kost- og Ernæringsforbundet, Kræftens Bekæmpelse, Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere, Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere (LAP), Landsforeningen LEV, Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (LMS), Landsforeningen SIND, Lægeforeningen, Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber, Patienterstatningen, Patientforeningen, Patientforeningen i Danmark, Patientforeningernes Samvirke, Praktiserende Lægers Organisation, Praktiserende Tandlæ-

gers Organisation, Psykolognævnet, Radiograf Rådet, Region Hovedstaden, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Region Sjælland, Region Syddanmark, Regionernes Lønnings- og Takstnævnet, Retspolitisk Forening, Rigsadvokaten, Rigsombudsmanden på Færøerne, Rigsombudsmanden på Grønland, Rigspolitiet, Rådet for Digital Sikkerhed, Rådet for Socialt Udsatte, Scleroseforeningen, Sjældne Diagnoser, Socialpædagogernes Landsforbund, Tandlægeforeningen, Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning, Udviklingshæmmedes Landsforbund, Yngre Læger, ÆldreForum og Ældresagen.

10. Sammenfattende skema

	Positive konsekvenser/mindreudgifter (hvis ja, angiv omfang)	Negative konsekvenser/merudgifter (hvis ja, angiv omfang)
<i>Økonomiske konsekvenser for stat, kommuner og regioner</i>	Ingen	Det vurderes, at lovforslagets § 1, nr. 4, om forenklet overdragelse af ydernumre mellem læger og lovforslagets § 1, nr. 5, om regioners drift af alment medicinske klinikker vil medføre mindre væsentlige økonomiske omkostninger for regionerne, i det omfang regionerne vælger at udnytte muligheden for at drive egne almen medicinske klinikker i en midlertidig periode op til 6 år.
<i>Administrative konsekvenser for stat, kommuner og regioner</i>	<p>Det vurderes, at lovforslagets § 1, nr. 5, om forenklet overdragelse af ydernumre mellem læger vil medføre en administrativ lettelse for regionerne, idet det fremover ikke vil være påkrævet, at regionerne involveres såfremt en alment praktiserende læge ønsker at erhverve endnu et ydernummer.</p> <p>Det vurderes, at lovforslagets § 1, nr. 2, indebærer en administrativ lettelse for regionerne, at de selv skal registrere deres sygehusenheder, og at de får en samlet faktura på årligt gebyr for alle deres sygehusenheder.</p>	Det vurderes, at lovforslagets § 1, nr. 5, om regioners drift af alment medicinske klinikker, vil medføre mindre væsentlige administrative omkostninger for regionerne, idet omfang regionerne vælger at udnytte muligheden for at drive egne almen medicinske klinikker i en midlertidig periode op til 6 år.
<i>Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet</i>	Det vurderes, at alment praktiserende læger, der på baggrund af den med lovforslagets § 1, nr. 4, foreslåede ændring af sundhedslovens § 227, stk. 2, erhverver op til 6 ydernumre, potentielt vil kunne opnå en økonomisk gevinst som et resultat af forslaget.	Ingen
<i>Administrative konsekvenser for erhvervslivet</i>	Lovforslagets § 1, nr. 4, om forenklet overdragelse af ydernumre mellem læger, vurderes at ville medføre en administrativ lettelse for de alment praktiserende læger, da det fremover ikke vil være påkrævet, at regionerne involver-	Ingen

	res, såfremt en alment praktiserende læge ønsker at erhverve endnu et ydernummer.	
Administrative konsekvenser for borgerne	Ingen	Ingen
Miljømæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Forholdet til EU-retten	Lovforslaget indeholder ikke EU-retlige aspekter.	
Overimplementering af EU-retlige minimumsforpligtelser		Nej

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Til nr. 1

Det fremgår af den gældende bestemmelse i sundhedslovens § 213 c, stk. 1, at sygehusenheder, klinikker, praksiser, plejecentre, plejehjem, bosteder, sundheds- eller genoptræningssteder og andre behandlingssteder, hvor sundhedspersoner udøver behandling, skal lade sig registrere hos de centrale sundhedsmyndigheder.

Overtrædelser af registreringspligten i § 213 c, stk. 1, kan ifølge sundhedslovens § 272, stk. 1, straffes med bøde.

Det foreslås, at § 213 c, stk. 1, ændres, således at der efter »sundhedsmyndigheder« indsættes: »jf. dog stk. 2.«

Dette indebærer, at der i § 213 c, stk. 1, henvises til stk. 2, for en præcisering af, at det er regionerne, der skal foretage registreringen af de regionale sygehusenheder.

Til nr. 2

Efter den gældende bestemmelse i § 213 c, stk. 2, fastsætter Styrelsen for Patientsikkerhed nærmere regler om registrering, herunder regler om nærmere afgrænsning af de behandlingssteder, der skal lade sig registrere, og at registrering skal ske elektronisk. Ved fastsættelsen af krav om elektronisk indgivelse af registrering skal der tages behørigt hensyn til eventuelle særlige behov, der gør sig gældende for de enkelte behandlingssteder omfattet af registreringspligten.

Med den foreslåede ændring af § 213 c, stk. 2, foreslås det at indsatte et nyt stk. 2 i bestemmelsen, som fastlægger subjektet for registreringspligten i forhold til de regionale sygehusenheder. Med forslaget til ny § 213 c, stk. 2, skal regionerne foretage registrering af deres regionale sygehusenheder.

Den gældende bemyndigelsesbestemmelse i § 213 c, stk. 2, rykkes herefter til stk. 3.

Efter forslaget til stk. 3 fastsætter styrelsen nærmere regler om registrering af både de i stk. 1 nævnte behandlingssteder og de i stk. 2 nævnte regionale sygehusenheder, herunder regler om nærmere afgrænsning af de behandlingssteder, der

skal lade sig registrere, og at registrering skal ske elektronisk.

Forslaget vil indebære en registreringslettelse for regionerne ved, at de selv skal registrere deres sygehusenheder i behandlingsstedsregistret. De undgår således, at hver enkelt sygehusenhed i regionen skal definere sig som sygehusenhed og registrere sig i behandlingsstedsregistret.

Regionerne skal via Styrelsen for Patientsikkerheds registreringssystem udfinde deres sygehusenheder, hvor der udføres behandling, dvs. afdelinger i SOR og registrere dem i behandlingsstedsregistret. Derved skal de udelade fx administrative enheder på sygehusene, som også er registreret i SOR. Dette vil samlet set give et klarere overblik over de regionale sygehusenheder.

Til nr. 3

Det følger af den gældende bestemmelse i sundhedslovens § 213 d, stk. 1, at Styrelsen for Patientsikkerhed opkræver et årligt gebyr hos de behandlingssteder, der er registreret efter § 213 c, stk. 1, til dækning af styrelsens udgifter til registreringsordningen og det risikobaserede tilsyn, både det planlagte tilsyn og det reaktive tilsyn, hvor styrelsen fører tilsyn på et behandlingssted, hvor der kan være bekymring i forhold til patientsikkerheden. Efter bestemmelsens stk. 2 fastsætter styrelsen nærmere regler om størrelsen af det årlige gebyr og om opkrævning af gebyret.

Styrelsen for Patientsikkerhed har med den gældende § 213 d, stk. 2, hjemmel til at fastsætte nærmere regler om størrelsen af det i stk. 1, nævnte gebyr og om opkrævning af gebyret. Gebyrerne er fordelt på 5 kategorier og er graduerede, så de vil være størst for kategori 1 og lavest for kategori 5. Se afsnit 2.3.1.

Styrelsen for Patientsikkerhed har som led i udmøntningen af bemyndigelsen i den gældende § 213 d, stk. 2, fastsat regler om, hvilke behandlingssteder, der er i hver af de 5 kategorier, og hvad gebyret er fastsat til. Disse regler fremgår af bekendtgørelse nr. 615 af 31. maj 2017 om registrering af tilsyn med offentlige og private behandlingssteder m.v., som trådte i kraft den 1. juli 2017.

Det foreslås således, at Styrelsen for Patientsikkerhed opkræver et årligt gebyr hos de behandlingssteder, der er registreret efter § 213 c, stk. 1, og et samlet årligt gebyr hos re-

gionsrådet for regionens sygehusenheder, der er registreret efter § 213 c, stk. 2.

Dette indebærer, at Styrelsen for Patientsikkerhed som noget nyt får adgang til at opkræve et årligt gebyr hos hver af regionerne for deres sygehusenheder. Regionerne får herefter årligt en samlet faktura for alle deres sygehusenheder.

Med den foreslåede § 213 d, stk. 2, får styrelsen adgang til at fastsætte nærmere regler om størrelsen af det i stk. 1 nævnte gebyr og om opkrævning af gebyret.

Gebyret vil for de regionale sygehusenheder blive fastlagt og fordelt efter bloktilskudsnøglen, og det vil således være uafhængigt af, hvordan antallet af sygehusenheder (afdelinger) udvikler sig i de enkelte regioner.

Bloktilskuddet udgør ca. 75 pct. af regionernes indtægter. Bloktilskuddet gives til regionerne som et basisbeløb. Bloktilskudsnøglen definerer hver regions andel af bloktilskuddet og er beregnet på baggrund af en række faktorer, der har indflydelse på regionernes udgifter, herunder den aldersmæssige og socioøkonomiske sammensætning af befolkningen i de enkelte regioner. Der findes en bloktilskudsnøgle for sundhedsområdet og for området for regional udvikling.

Opkrævningen af gebyret bliver dermed også gjort uafhængigt af, hvor mange sygehusenheder regionerne registrerer i behandlingsstedsregistret. En region, der efter den foreslåede § 213 c, stk. 2, registrerer forholdsvis flere sygehusenheder end en anden regions, vil med andre ord ikke blive opkrævet et større gebyr af den grund.

Lovforslaget indebærer ikke ændringer i forhold til de øvrige behandlingssteder, herunder de regionale sundhedscentre, bosteder og regionsklinikker. De skal hver især betale gebyr efter de takster, der er forudsat i gældende lovgivning.

Til nr. 4

Efter sundhedslovens § 227, stk. 2, *1. pkt.*, kan regionsrådet sælge ydernumre fra praksis, som har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. stk. 1, 1. pkt., jf. sundhedslovens § 60, stk. 1, og som regionsrådet har fået overdraget, til læger, som vil praktisere i henhold til stk. 1, 1. pkt., jf. sundhedslovens § 60, stk. 1. Salg af ydernumre, jf. sundhedslovens § 227, stk. 2, 1. pkt., 2. pkt., kan ske til læger, som allerede har et ydernummer. En læge kan eje op til seks ydernumre erhvervet i henhold til sundhedslovens § 227, stk. 2, 1. og 2. pkt.

Med lovforslagets § 1, nr. 4, foreslås det at ændre ordlyden af sundhedslovens § 227, stk. 2, *1. pkt.*, således at ydernumre fra praksis, som har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. sundhedslovens § 227, stk. 2, 1. pkt., jf. sundhedslovens § 60, stk. 1, kan overdrages til regionsrådet og til læger, som vil praktisere i henhold til sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. sundhedslovens § 60, stk. 1.

Den foreslåede ændring af sundhedslovens § 227, stk. 2, *1. pkt.*, indebærer, at ydernumre fra praksis, som har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. sundhedslovens § 60, stk. 1, fremover kan overdrages til regionsrådet og til læ-

ger, som vil praktisere i henhold til sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. sundhedslovens § 60, stk. 1.

Dette indebærer, at alment praktiserende læger vil kunne overdrage deres ydernummer til en anden læge, som vil praktisere i henhold til overenskomst, uden at regionsrådet forinden har fået ydernummeret overdraget.

Med den foreslåede ændring af sundhedslovens § 227, stk. 2, *1. pkt.*, vil alment praktiserende læger fremover kunne overdrage deres ydernummer fra en praksis, som har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. sundhedslovens § 60, stk. 1, til en anden læge, som vil praktisere i henhold til sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. sundhedslovens § 60, stk. 1., uden at regionsrådet forinden har fået ydernummeret overdraget til sig.

Lovforslaget ændrer ikke ved, at salg af ydernumre kan ske til læger, som allerede har et ydernummer. En læge kan fortsat eje op til seks ydernumre, jf. hertil også de almindelige bemærkninger.

Ydernumre fra praksis, som har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, vil desuden fortsat kunne overdrages til regionsrådet. Lovforslaget ændres ikke ved et regionsråds adgang til at erhverve, oprette og afhænde ydernumre.

Til nr. 5

Efter sundhedslovens § 227, stk. 5, 1. pkt., kan regionsrådet selv etablere en praksis i en periode på op til 4 år, hvis der ikke er private leverandører, der deltager i udbud af drift af praksis foretaget i henhold til stk. 3, eller regionsrådet har forkastet bud i henhold til stk. 4, 2. pkt. Et regionsråd, der ønsker at fortsætte driften af praksis efter udløbet af 4-årsperioden, kan alene gøre dette, hvis det ikke er muligt at sælge ydernummeret til en læge efter stk. 2 eller afsætte driften via udbud efter stk. 3 og 4.

Med lovforslagets § 1, nr. 5, foreslås det at ændre ordlyden af sundhedslovens § 227, stk. 5, *1. pkt.*, således, at det af bestemmelsen fremgår, at hvis der ikke er private leverandører, der deltager i udbud af drift af praksis foretaget i henhold til § 227, stk. 3, eller regionsrådet har forkastet bud i henhold til § 227, stk. 4, 2. pkt., kan regionsrådet selv etablere en praksis i en periode på op til 6 år.

Dette indebærer, at den midlertidige periode, som regionerne kan drive egne almen medicinske klinikker i, udvides fra 4 år til 6 år, hvilket vil være med til at styrke lægedækningen og sikre, at alle danskere får adgang til sundhedsydelser af høj kvalitet, uanset hvor i landet patienten bor, og uanset hvad patienten fejler.

Det er desuden hensigten, at den forlængede periode skal gøre det nemmere for regionerne at rekruttere læger til regionsklinikkerne.

Den henvises i øvrigt til de almindelige bemærkninger.

Til nr. 6

Efter sundhedslovens § 227, stk. 5, 2. pkt., kan et regionsråd, der ønsker at fortsætte driften af praksis efter udløbet af 4-årsperioden, jf. sundhedslovens § 227, stk. 5, 1. pkt., alene gøre dette, hvis det ikke er muligt at sælge ydernummeret til en læge efter sundhedslovens § 227, stk. 2, eller afsætte driften via udbud efter sundhedslovens § 227, stk. 3 og 4.

Med lovforslagets § 1, nr. 5, foreslås det, at et regionsråd, der ønsker at fortsætte driften af praksis efter udløbet af 6-årsperioden, jf. den foreslåede ændring af sundhedslovens § 227, stk. 5, 1. pkt., alene kan gøre dette, hvis det ikke er muligt at sælge ydernummeret til en læge efter sundhedslovens § 227, stk. 2, eller afsætte driften via udbud efter sundhedslovens § 227, stk. 3 og 4.

Dette indebærer, at et regionsråd, der ønsker at fortsætte driften af et midlertidigt tilbud efter udløbet af 6-årsperioden, alene kan gøre dette, hvis det ikke er muligt at sælge til en læge efter reglerne i sundhedslovens § 227, stk. 2, eller at afsætte driften af tilbuddet via udbud efter sundhedslovens § 227, stk. 3 og 4.

Ændringen er en konsekvens af forslaget til ændring af sundhedslovens § 227, stk. 5, 1. pkt., jf. lovforslagets § 1, nr. 5.

Det bemærkes, at der ikke med lovforslaget foretages ændringer i forhold til regionernes forpligtelse til at udbyde driften af almen praksis i situationer, hvor regionen har fået overdraget ydernummeret, eller hvor regionen har oprettet nye ydernumre. Regionerne skal leve op til udbudslovens regler om ligebehandling, proportionalitet og gennemsigtighed og herudfra fastsætte en passende periode for kontraktens løbetid, der fx tilsvarende kan være 6 år, men det vil altid bero på en konkret vurdering.

Den henvises i øvrigt til de almindelige bemærkninger.

Til § 2

Af § 8, stk. 3, i lov nr. 656 af 8. juni 2016, fremgår det, at behandlingssteder omfattet af registreringspligten i sundhedslovens § 213 c, stk. 1, skal lade sig registrere inden den 31. december 2017. Bestemmelsen indebærer således, at og-

så de regionale sygehusenheder skal lade sig registrere inden udløbet af denne frist.

Af bemærkningerne til bestemmelsen fremgår det, at der med fristen gives behandlingsstederne en passende periode til at lade sig registrere, og at en fuldstændig registrering formentlig først vil være på plads i løbet af 2017.

Det foreslås, at bestemmelsen i § 8, stk. 3, ophæves for at give mulighed for at udskyde registreringsfristen for regionale sygehusenheder.

Til § 3

Det foreslås i *stk. 1*, at lovens § 1, nr. 4-6, træder i kraft den 1. januar 2018.

Det foreslås i *stk. 2*, at behandlingssteder omfattet af registreringspligten i § 213 c, stk. 1, i overensstemmelse med den gældende bestemmelse i § 8, stk. 3, i lov nr. 656 af 8. juni 2016 skal registrere sig inden den 31. december 2017.

Det foreslås i *stk. 3* at fastsætte, at Styrelsen for Patientsikkerhed for så vidt angår regionale behandlingssteder fastsætter tidspunktet for ikrafttrædelsen af regionernes pligt til at registrere sine regionale sygehusenheder, dog senest den 31. december 2018.

Regionerne kan således vente med at registrere deres sygehusenheder til den permanente registreringsløsning er klar. Det forventes den at være så tidligt, at regionerne kan nå at registrere deres sygehusenheder senest inden udgangen af 2018.

Det foreslås i *stk. 4*, at lovens § 1, nr. 1-3 og § 2 træder i kraft den 1. december 2017.

Til § 4

Loven gælder ikke for Grønland og kan ikke sættes helt eller delvist i kraft for Grønland, jf. sundhedslovens § 278, stk. 1.

Det foreslås, at loven ikke gælder for Færøerne, men lovens § 1, nr. 1-3, kan ved kongelig anordning sættes helt eller delvis i kraft for Færøerne med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger.

Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

*Gældende formulering**Lovforslaget*

§ 1

§ 213 c. Sygehusenheder, klinikker, praksisser, plejecentre, plejehjem, bosteder, sundheds- eller genoptræningscentre og andre behandlingssteder, hvor sundhedspersoner udøver behandling, skal lade sig registrere hos de centrale sundhedsmyndigheder.

Stk. 2. Styrelsen for Patientsikkerhed fastsætter nærmere regler om registrering efter stk. 1, herunder regler om nærmere afgrænsning af de behandlingssteder, der skal lade sig registrere, og at registrering skal ske elektronisk.

§ 213 c. ---

Stk. 2. Styrelsen for Patientsikkerhed fastsætter nærmere regler om registrering efter stk. 1, herunder regler om nærmere afgrænsning af de behandlingssteder, der skal lade sig registrere, og et registrering skal ske elektronisk.

§ 213 d. Styrelsen for Patientsikkerhed opkræver et årligt gebyr hos de behandlingssteder, der er registreret efter § 213 c, stk. 1, til dækning af styrelsens udgifter til registreringsordningen efter § 213 c, stk. 1, og tilsynet efter § 213, stk. 1 og 2.

Stk. 2. Styrelsen for Patientsikkerhed fastsætter nærmere regler om størrelsen af det i stk. 1 nævnte gebyr og om opkrævning af gebyret.

§ 227. ---

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 1188 af 24. september 2016, som senest ændret ved § 2 i lov nr. 691 af 8. juni 2017, foretages følgende ændringer:

1. I § 213 c, *stk. 1*, indsættes efter »sundhedsmyndigheder«: »jf. dog stk. 2.«

2. I § 213 c indsættes efter stk. 1 som nyt stykke:

»*Stk. 2.* Regionsrådet skal registrere regionens sygehusenheder hos centrale sundhedsmyndigheder.«

Stk. 2 bliver herefter stk. 3.

3. § 213 d affattes således:

»Til dækning af styrelsens udgifter til registreringsordningen efter § 213 c, stk. 1 og 2, og tilsynet efter § 213, stk. 1 og 2, opkræver Styrelsen for Patientsikkerhed et årligt gebyr hos de behandlingssteder, der er registreret efter § 213 c, stk. 1, og et samlet årligt gebyr hos regionsråd for regionens sygehusenheder, der er registreret efter § 213 c, stk. 2.

Stk. 2. Styrelsen for Patientsikkerhed fastsætter nærmere regler om størrelsen af de i stk. 1 nævnte gebyrer og om opkrævning af gebyrerne.«

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

Stk. 3-4. ---

Stk. 5. Hvis der ikke er private leverandører, der deltager i udbud af drift af praksis foretaget i henhold til stk. 3, eller regionsrådet har forkastet bud i henhold til stk. 4, 2. pkt., kan regionsrådet selv etablere en praksis i en periode på op til 4 år. Et regionsråd, der ønsker at fortsætte driften af praksis efter udløbet af 4-årsperioden, kan alene gøre dette, hvis det ikke er muligt at sælge ydernummeret til en læge efter stk. 2 eller afsætte driften via udbud efter stk. 3 og 4.

§ 8. ---

Stk. 2. ---

Stk. 3. Behandlingssteder omfattet af registreringspligten efter § 213 c, stk. 1, i sundhedsloven som affattet ved denne lovs § 1, nr. 15, skal lade sig registrere inden den 31. december 2017.

Stk. 4-14. ---

4. I § 227, *stk. 2, 1. pkt.*, ændres »og som regionsrådet har fået overdraget, kan regionsrådet sælge til læger,« til: »kan overdrages til regionsrådet og til læger,«.

5. I § 227, *stk. 5, 1. pkt.*, ændres »4 år« til: »6 år«.

6. I § 227, *stk. 5, 2. pkt.*, ændres »4-årsperioden« til: »6-årsperioden«.

§ 2

I lov nr. 656 af 8. juni 2016 om ændring af sundhedsloven, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love foretages følgende ændringer:

1. § 8, *stk. 3* ophæves.

§ 3

Stk. 1. Lovens § 1, nr. 4-6, træder i kraft den 1. januar 2018.

Stk. 2. Behandlingssteder, med undtagelse af regionale sygehusenheder, omfattet af registrerings-

pligten efter § 213 c, stk. 1, skal lade sig registrere inden den 31. december 2017.

Stk. 3. Styrelsen for Patientsikkerhed fastsætter tidspunktet for ikrafttræden af regionsrådenes registreringspligt efter § 213 c, stk. 2, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 2.

Stk. 4. Lovens § 1, nr. 1 -3, og § 2 træder i kraft den 1. december 2017, jf. dog stk. 2 og 3.

Stk. 5. Regler fastsat i medfør af sundhedslovens § 213 c, stk. 2, jf. lovbekendtgørelse nr. 1188 af 24. september 2016 af sundhedsloven, forbliver i kraft, indtil de ophæves eller afløses af forskrifter udstedt i medfør af sundhedslovens § 213 c, stk. 3.

§ 4

Loven gælder ikke for Færøerne, men lovens § 1, nr. 1-3, kan ved kongelig anordning sættes helt eller delvis i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.