

Fredag den 3. maj 2013

# Udkast

## Forslag

til

### Lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

(Ændring af rammene for almen medicinske ydelser i praksissektoren, herunder styrkelse af patienternes retssikkerhed, styrkelse af regionernes planlægnings- og styringsmuligheder, ensartet kvalitet, øget dokumentation, systematisk patientinddragelse, erstatningspligt m.v.)

#### § 1

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, som senest ændret ved lov nr. 361 af 9. april 2013, foretages følgende ændringer:

1. I § 57, stk. 1, indsættes efter ”tilvejebringe”: ”og sikre”.
2. § 57, stk. 2, ophæves.
3. § 59, stk. 3, affattes således:  
”Stk. 3. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om gruppe 1-sikrede personers valg af læge, herunder i forbindelse med lægeskifte.”
4. I § 60 indsættes som stk. 3:  
”Stk. 3. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om gruppe 1-sikrede personers ret til vederlagsfri behandling hos alment praktiserende læge, herunder i tilfælde af akut opstået sygdom, om sygebesøg m.v.”
5. I § 195 indsættes som stk. 2:  
”Stk. 2. Det påhviler praktiserende sundhedspersoner at give oplysninger om virksomheden til regionsråd til brug for planlægning, kvalitetssikring, kontrol af udbetalte tilskud og honorarer m.v. efter nærmere regler fastsat af ministeren for sundhed og forebyggelse.”
6. I § 204 indsættes efter stk. 1 som nye stykker 2 - 4:  
”Stk. 2. I hver region nedsættes et praksisplanudvalg, der skal forestå udarbejdelsen af praksisplaner for almen praksis, jf. § 231 a. Praksisplanudvalget består af repræsentanter fra regionsrådet og repræsentanter fra kommunalbestyrelserne i regionen. Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen beslutter sammensætningen af udvalget. Hvor ikke andet er aftalt, består udvalget af 5 medlemmer, udpeget blandt kommunalbestyrelsesmedlemmer fra kommunerne i regionen, og 3 medlemmer fra regionsrådet. Regionsrådet varetager formandskabet og sekretariatsbetjener udvalget. Der skal tilstræbes enighed i udvalget om den endelige udformning af praksisplanen. Er det ikke muligt at opnå enighed, tilfalder den endelige beslutning vedrørende praksisplanens udformning dog regionsrådet.  
Stk. 3. I hver region nedsættes et fagligt rådgivningsudvalg vedrørende almen praksis, som det i henhold til stk. 1 nedsatte sundhedskoordinationsudvalg og det i henhold til stk. 2 nedsatte praksisplanudvalg drøfter faglige problemstillinger m.v. med. Det faglige rådgivningsudvalg vedrørende almen praksis består af repræsentanter for de privatpraktiserende læger, som praktiserer i regionen efter overenskomst, jf. § 227, jf. § 60, og repræsentanter, udpeget af regionsrådet og repræsentanter udpeget af kommunalbestyrelserne i regionen.  
Stk. 4. I hver region nedsættes et patientinddragelsesudvalg, som det i henhold til stk. 1 nedsatte sundhedskoordinationsudvalg og det i henhold til stk. 2 nedsatte praksisplanudvalg systematisk og i relevant omfang inddrager i drøftelserne af emner, der ligger indenfor henholdsvis

sundhedskoordinationsudvalgets og praksisplanudvalgets emneområder. Patientinddragelsesudvalget består af repræsentanter, som er udpeget af patient- og pårørendeorganisationer.  
Stk. 2 bliver herefter stk. 5.

7. I § 204, stk. 2, som bliver stk. 5, indsættes efter ”formandskab m.v.”: ”, og om det i stk. 2 nævnte praksisplanudvalg, det i stk. 3 nævnte faglige rådgivningsudvalg og det i stk. 4 nævnte patientinddragelsesudvalg.”

8. *Overskriften* efter § 226 affattes således:

”Kapitel 70  
*Overenskomster, organisationsformer m.v.*”

9. I § 227, stk. 1, indsættes som 2. punktum: ”Vilkår, der er fastsat i denne lov som bindende vilkår, kan dog ikke fraviges ved de i stk. 1 nævnte overenskomster.”

10. I § 227 indsættes efter stk. 1 som nye stykker 2 - 5:

*Stk. 2.* Ydernumre fra praksis, som hidtil 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 6 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 som regionsrådet har fået overdraget. Regionsrådet kan desuden udbyde drift af praksis vedrørende nye ydernumre, som regionen har oprettet. Regionsrådet kan endvidere som led i praksisplanlægningen opkøbe eksisterende praksis og udbyde driften af disse.

*Stk. 4.* Udbud, jf. 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 offentlig drevet enhed vil koste. Regionsrådet har mulighed for at forkaste et bud, hvis omkostningerne er væsentlig højere i en sammenligning.

*Stk. 5.* Hvis der ikke er private leverandører, der deltager i udbud af drift af praksis, foretaget i henhold til stk. 2, 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, jf. 1. pkt., efter udløbet af 4-årsperioden, kan alene gøre dette, hvis det ikke er muligt at sælge ydernummeret til læger efter stk. 2 eller afsætte driften via udbud, foretaget efter stk. 3 og 4.”  
Stk. 2 og 3 bliver herefter stk. 6 og 7, og stk. 6 og 7 bliver stk. 8 og 9.

11. § 229 affattes således:

”§ 229. Foreligger der ingen overenskomst vedrørende vilkårene for ydelser efter § 227, stk. 1, fastsætter ministeren for sundhed og forebyggelse nærmere regler om vilkårene for regionernes tilskud, herunder regler om ydelsernes indhold og anvendelse og om udbetaling af honorarerne til sundhedspersonerne, om honorarstørrelserne på de enkelte ydelser, 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 væsentligt øget aktivitet, der ikke kan forklares med et 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.”

12. Efter § 231 indsættes:

”Kapitel 70 a  
*Planlægningskompetence m.v. i forhold til almen praksis*”

§ 231 a. Den praksisplan vedrørende almen praksis, som skal udarbejdes i henhold til fremgangsmåden i § 204, stk. 2, udgør en del af regionens sundhedsplan, jf. § 206. Praksisplanen skal revideres i valgperioden, hvis der sker væsentlige ændringer i dens forudsætninger.

*Stk. 2.* Forud for udarbejdelse af praksisplanen vedrørende almen praksis skal der gennemføres en høring blandt kommunerne i regionen, og praksisplanen skal inden iværksættelsen forelægges for sundhedskoordinationsudvalget, jf. § 204, stk. 1.

*Stk. 3.* Inden praksisplanen vedrørende almen praksis udarbejdes eller revideres, skal der ske en høring af de praksis, der yder vederlagsfri almen medicinsk behandling til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, jf. § 60, stk. 1. Planen skal inden iværksættelsen drøftes med det faglige rådgivningsudvalg, jf. § 204, stk. 3, og skal forelægges patientinddragelsesudvalget, jf. § 204, stk. 4, til høring.

**§ 231 b.** Regionsrådet fastsætter på baggrund af praksisplanen vedrørende almen praksis, jf. § 231 a, placeringen af de praksis, hvorfra der i henhold til et ydernummer ydes vederlagsfri behandling til personer omfattet af sikringsgruppe 1, jf. § 60, stk. 1.

*Stk. 2.* Indehavere af ydernumre, der ønsker at flytte praksis, skal indhente regionsrådets godkendelse. Godkendelse skal meddeles, hvis flytningen ikke ændrer forudsætningerne for praksisplanen eller er i strid med denne, jf. § 231 a.

## Kapitel 70 b

### *Obigatoriske opgaver m.v. for alment praktiserende læger*

**§ 231 c.** Alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede, jf. § 60, stk. 1, er forpligtede til fra mandag til og med fredag i dagtiden at aflægge sygebesøg, hvis henvendelsen om sygebesøg efter lægens vurdering af sygdommen og/eller forholdene i øvrigt nødvendiggør besøg.

*Stk. 2.* Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om pligten til sygebesøg, herunder om undtagelser fra denne pligt på grund af afstandskriterier m.v.

**§ 231 d.** Alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede personer, jf. § 60, stk. 1, er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med opdateret viden og nationale faglige retningslinjer, pakkeforløb m.v. vedrørende specifikke sygdomme m.v.

*Stk. 2.* Alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede personer, jf. § 60, stk. 1, er forpligtede til at udføre deres virksomhed i overensstemmelse med sundhedsaftaler, der er indgået imellem regioner og kommuner, jf. § 205, herunder forløbsprogrammer m.v., der indgår som en del af sundhedsaftalerne.

**§ 231 e.** 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.

*Stk. 2.* Alment praktiserende læger, der yder behandling til gruppe 1-sikrede, jf. § 60, stk. 1, skal offentliggøre oplysninger om praksis, der er relevante i forbindelse med borgernes valg af læge, jf. § 59, stk. 1.

*Stk. 3.* Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om kodning og datafangst. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter endvidere nærmere regler om offentliggørelse af oplysninger om praksis, jf. stk. 2.

13. Efter § 273 indsættes:

”§ 273 a. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan i forskrifter, der udstedes i medfør af §§ 195, 196 og 231 e, fastsætte bestemmelser om straf af bøde for overtrædelse af bestemmelser i forskrifterne.”

## § 2

I lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, jf. lovbekendtgørelse nr. 1113 af 7. november 2011, som bl.a. ændret ved lov nr. 1257 af 18. december 2012, foretages følgende ændringer:

1. § 29, stk. 1, nr. 5, 2. pkt., affattes således:

”1. pkt. finder dog ikke anvendelse for praktiserende speciallæger, som ikke har speciale i almen medicin samt privatpraktiserende speciallæger med speciale i almen medicin, som ikke yder vederlagsfri behandling efter sundhedsloven eller regler fastsat i medfør heraf.”

2. I § 29, stk. 1, indsættes, efter nr. 7, som nyt nummer:

”8) Privatpraktiserende speciallæger med speciale i almen medicin, som ikke yder vederlagsfri behandling efter sundhedsloven eller regler fastsat i medfør heraf for skader efter behandling, undersøgelse el.lign., som er betalt direkte uden om det offentlige sundhedsvæsen.”

Nr. 8 bliver herefter nr. 9.

3. § 34, stk. 2, affattes således:

”Formanden og næstformændene, der udnævnes af ministeren for sundhed og forebyggelse, skal være dommere og kan være dommere fra de overordnede retter. Nævnets øvrige medlemmer udpeges

af Sundhedsstyrelsen, regionsrådene i forening, KL (Kommunernes Landsforening), Advokatrådet, Danske Handicaporganisationer, Forbrugerrådet og Danske Patienter.”

4. § 34, stk. 4, nr. 6, affattes således:

”2 medlemmer udpeget af Forbrugerrådet, Danske Handicaporganisationer og Danske Patienter i forening.”

### § 3

*Stk. 1.* Loven træder i kraft den 1. september 2013, jf. dog stk. 2 og 6.

*Stk. 2.* § 1 træder i kraft på et af ministeren for sundhed og forebyggelse fastsat tidspunkt, dog senest den 1. september 2014. Ministeren kan herunder fastsætte, at dele af § 1 træder i kraft på andre tidspunkter.

*Stk. 3.* Indtil § 1 i sin helhed træder i kraft finder Overenskomst om almen praksis af 3. juni 1991, senest ændret ved aftale af 21. december 2010 med virkning fra 1. april 2011, fortsat anvendelse.

*Stk. 4.* Økonomiprotokollat af 21. december 2012 (bilag 4 til den i stk. 2 nævnte Overenskomst om almen praksis), er gældende i perioden fra 1. september 2013 indtil § 1 i sin helhed træder i kraft. Den økonomiske ramme svarer forholdsmæssigt til den periode, hvor økonomiprotokollatet er gældende.

*Stk. 5.* Den første praksisplan, jf. § 231 a, stk. 1, skal foreligge den 1. maj 2014.

*Stk. 6.* § 2 træder i kraft den 1. juli 2013.

### § 4

*Stk. 1.* Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.

*Almindelige bemærkninger*

## Indholdsfortegnelse

1. Indledning
2. Baggrund for lovforslaget
  - 2.1 Evaluering af kommunalreformen
  - 2.2 OECD's analyse vedr. almen praksis
  - 2.3 Statsrevisorernes beretning
3. Lovforslagets hovedpunkter
  - 3.1 Patientrettigheder i forbindelse med almen medicinske ydelser
  - 3.2 Planlægning og samarbejde vedrørende almen praksis
  - 3.3 Nye organisationsformer i almen praksis
  - 3.4 Kvalitet og indsigt i almen praksis
  - 3.5 Hjemlen til at fastsætte regler om vilkårene for ydelser i praksissektoren i en overenskomstløs periode
  - 3.6 Videreførelse af vilkår for almen medicinske ydelser i en overgangsperiode
  - 3.7 Erstatningspligt efter lov om klage- og erstatningsansvar inden for sundhedsvæsenet
  - 3.8 Udnævnelse af medlemmer til Patientskadeankenævnet
4. Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige
5. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet
6. Administrative konsekvenser for borgerne
7. Miljømæssige konsekvenser
8. Forholdet til EU-retten
9. Hørte myndigheder og organisationer
10. Sammenfattende skema

**1. Indledning**

Der sker i disse år en gennemgribende omlægning af det danske sundhedsvæsen. Kvaliteten i sygehusvæsenet løftes med 16 nye sygehusprojekter og samling af behandling på færre, nye sygehuse. Og tilsvarende sker der en udbygning af de kommunale sundhedstilbud til borgerne. På den måde styrkes henholdsvis sygehusenes og kommunernes indsats for danskernes sundhed i disse år.

En afgørende forudsætning for, at sundhedsvæsenet leverer en indsats, der er effektiv og af høj kvalitet, er imidlertid, at der er sammenhæng i patientforløbene. For de patienter, hvis forløb går på tværs og kræver samtidige indsatser fra f.eks. sygehusambulatorium og kommunal hjemmesygepleje, er sammenhæng og koordination afgørende. Det gælder for mange mennesker med kronisk sygdom og for mange ældre patienter. Ikke mindst for patienter med kronisk sygdom og ældre, medicinske patienter er den praktiserende læge vigtig. Den praktiserende læge er nemlig det centrale omdrejningspunkt, når det handler om at skabe sammenhæng for patienter, hvis behandling og pleje sker som led i et forløb på tværs af sundhedsvæsenet.

Men den praktiserende læge er central for alle danskeres sundhed. Borgerne kontakter den praktiserende læge, når de har spørgsmål om sundhed og mistanke om sygdom. Den praktiserende læge er borgerens egen læge og typisk også læge for hele familien. Det er herfra borgerne – når det er nødvendigt – henvises til f.eks. sygehus eller kommunale tilbud. Og det er hos den praktiserende læge, at der, f.eks. efter en indlæggelse, skal være styr på opfølgningen. Derfor er det afgørende, at sammenhængen mellem de praktiserende læger, sygehusene og den kommunale sundhedsindsats sikres. Og at den praktiserende læges rolle i sundhedsvæsenet styrkes.

Opgaverne på sundhedsområdet varetages af sygehusene, af kommunerne og af praktiserende sundhedspersoner f.eks. læger, fysioterapeuter og tandlæger. Vi har indrettet det danske sundhedsvæsen således, at flere aktører - sygehuset, kommunen og egen læge - alle spiller en rolle i den enkelte patients forløb. Den praktiserende læge spiller en endog meget vigtig rolle som tovholder og koordinator. Derfor skal almen praksis, sygehuse og kommuner kende deres roller, de skal spille sammen og skabe sammenhæng i indsatserne for de fælles patienter.

Men hvor sygehusejerne - regionerne - og kommunerne er offentlige myndigheder med ansvar for sundhedsopgaver, er de alment praktiserende læger selvstændigt erhvervsdrivende, der leverer sundhedsydelser til deres patienter og honoreres herfor efter aftale med de offentlige sundhedsmyndigheder.

Den måde, vi har indrettet det danske sundhedsvæsen på, giver mange fordele men også store udfordringer. Og ikke mindst det forhold, at en meget væsentlig rolle i sundhedsindsatsen spilles af privatpraktiserende læger, giver fordele men også udfordringer.

Det er en udfordring at få skabt den nødvendige sammenhæng og arbejdsdeling mellem sygehus, kommune og almen praksis.

Det er en udfordring at få et overblik over og indsigt i opgaveløsningen i almen praksis – om lægen f.eks. løser sin del af opgaven i et patientforløb, sådan som det er aftalt.

Det er en udfordring at sikre alle borgere en praktiserende læge tæt på deres bopæl.

Det er en udfordring at følge og sikre, at de mange offentlige midler, der bruges på honorarer til de praktiserende læger, giver mest mulig sundhed.

Regeringen vil derfor med en ændring af sundhedsloven skabe de rammer, der fremover kan sikre:

- At alle har en praktiserende læge, uanset hvor i landet de bor.
- At alle har et godt grundlag for at vælge læge.
- At alle er sikre på en behandling af høj kvalitet hos de praktiserende læger.
- At den praktiserende læge, sygehuset og kommunen er gensidigt forpligtet til at arbejde sammen og skabe gode, sammenhængende patientforløb.
- At det er muligt at følge aktivitet, kvalitet og udgiftsudvikling hos de praktiserende læger – og gribe ind, hvis der ikke leveres det aftalte.

Regeringen har for nylig fremlagt sit sundhedspolitiske udspil, ”Mere borger, mindre patient – et stærkt fælles sundhedsvæsen” hvor et moderne og effektivt sundhedsvæsen, der hænger sammen, bedre kvalitet og fokus på resultater er centrale temaer. Et moderne og effektivt sundhedsvæsen nås bl.a. ved at nytænke og styrke almen praksis. Formålet med dette lovforslag er således at sikre effektiv behandling af høj kvalitet i almen praksis og styrke almen praksis’ rolle i et stærkt fælles sundhedsvæsen.

Med dette lovforslag etableres den centrale ramme, der skal sikre planlægning og drift af et effektivt sundhedsvæsen, hvor indsatserne hænger sammen og har høj kvalitet i alle sektorer. Med den ramme, der lægges op til med lovforslaget, tages et vigtigt skridt i retning af en moderne almen praksis, der i højere grad udvikler sig i takt med det øvrige sundhedsvæsen. Derudover igangsætter regeringen et arbejde, hvor de relevante myndigheder, eksterne parter og faglige miljøer arbejder videre med modeller, der sikrer, at almen praksis også fremover udvikler sig i takt med det øvrige sundhedsvæsen.

## **2. Baggrund for lovforslaget**

Regeringen ønsker en moderne almen praksis, som er en aktiv og fornyende del af det samlede sundhedsvæsen, og som lever op til borgernes berettigede forventninger om sammenhæng, tilgængelighed og kvalitet. Borgere i alle dele af landet skal opleve, at deres praktiserende læge spiller tæt sammen med sygehuse og de kommunale sundhedstilbud. Samtidig skal der være mulighed for at følge og sikre, at de betydelige offentlige midler, vi som samfund køber ydelser for hos de privatpraktiserende læger, giver mest mulig sundhed.

For at få opfyldt disse ønsker er der behov for lovgivning, hvilket der er peget på fra flere sider.

### **2.1. Evaluering af kommunalreformen**

Regeringen nedsatte den 9. februar 2012 et udvalg om evaluering af kommunalreformen.

I udvalgets afrapportering fra marts 2013 konstateres det bl.a., at med kommunalreformen kom de sundhedstilbud, der hænger sammen med borgerens hverdag, tættere på borgeren, samtidig med at den specialiserede behandling blev samlet på færre enheder. Endvidere konstateres, at opdelingen af sundhedsopgaverne mellem kommuner, regioner og praksissektoren skaber snitfladeproblematikker og stiller krav om samarbejde på tværs af myndigheds- og sektorgrænser. Udvalget peger på den centrale udfordring, at sundhedsvæsenet fremover vil blive udsat for et stigende pres på grund af flere ældre og flere patienter med kronisk sygdom. Udvalget peger endvidere på, at disse udfordringer skal løses inden for snævre rammer for vækst i sundhedsvæsenet, og dermed forudsættes i endnu højere grad end tidligere et sundhedsvæsen, som kan levere mest mulig sundhed for pengene. I den forbindelse understreger udvalget, at der er behov for at styrke sammenhængen mellem almen praksis

og det øvrige sundhedsvæsen, men at de nødvendige forudsætninger ikke er til stede med den nuværende regulering af almen praksis.

Udvalget om evaluering af kommunalreformen foreslår at styrke integrationen af almen praksis i såvel det regionale sygehusvæsen som i den kommunale sundheds- og forebyggelsesindsats. Det indebærer blandt andet en styrkelse af det offentlige muligheder for at definere almen praksis' opgaver som en integreret del af det samlede sundhedsvæsen. Samtidig peges på behov for en styrkelse af regionernes planlægningskompetence, så regionerne kan tilrettelægge lægedækningen og sikre lægedækning i yderområder. Herudover anbefales det blandt andet at styrke regionernes økonomistyring i forhold til almen praksis og sikre, at almen praksis også bidrager med produktivitetsforbedringer.

Endelig foreslår udvalget en styrkelse af regionernes adgang til kvalitetsdata og oplysninger om ydelser i almen praksis med henblik på øget gennemsigtighed, kvalitetsudvikling og opfølgning på, om den enkelte læge leverer de ydelser, der aftales.

### *2.2. OECD's analyse vedr. almen praksis*

OECD offentliggjorde den 16. april 2013 en analyse af kvalitetsudviklingen i det danske sundhedsvæsen, hvor OECD blandt andet påpeger en række fordele og udfordringer i relation til almen praksis.

OECD fremhæver, at patienttilfredsheden med almen praksis er større end det europæiske gennemsnit, og at nogle kvalitetsindikatorer (fx indlæggelsesfrekvensen for astma patienter) på nogle kliniske områder indikerer, at almen praksis bidrager til god og sammenhængende behandling.

For så vidt angår udfordringer i forhold til almen praksis i Danmark, mener OECD imidlertid, at der er et behov for at reformere og modernisere almen praksis, så sektoren i højere grad bliver en integreret del af det samlede sundhedsvæsen, herunder spiller en mere central rolle som tovholder i et sammenhængende sundhedsvæsen.

Blandt andet påpeges det, at det nuværende aftalesystem ikke nødvendigvis sikrer, at de enkelte læger udfører de opgaver, der er aftalt med regionerne samt, at der ikke findes mekanismer, der understøtter kvalitet og sammenhæng i behandlingen. OECD mener ligeledes, at organiseringen af lægerne bør moderniseres, så de i højere grad opererer i flermåndspraksis frem for i solopraksis. Endvidere påpeges det, at der ikke er tilstrækkelig viden om kvaliteten i almen praksis – lige som de data, der rent faktisk findes, ikke nyttiggøres i tilstrækkeligt omfang.

### *2.3. Statsrevisorernes bemærkninger til Rigsrevisionens beretning om aktivitet og udgifter i praksissektoren*

I august 2012 udgav Rigsrevisionen en beretning om aktivitet og udgifter i praksissektoren.

Statsrevisorerne har efterfølgende til beretningen bemærket, at Finansministeriet, Sundhedsministeriet og regionerne ikke har sikret en tilfredsstillende styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Statsrevisorerne finder det utilfredsstillende, at der ikke i højere grad er mulighed for at styre, kontrollere og følge op på aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Statsrevisorerne bemærker således, at der ikke er tilfredsstillende muligheder for at kontrollere, hvilke ydelser borgerne modtager, og om honoraret modsvarer den modtagne ydelse.

## **3. Lovforslagets hovedpunkter**

### ***3.1. Patientrettigheder i forbindelse med almen medicinske ydelser***

#### *3.1.1.*

##### *Gældende ret*

Sundhedslovens regler om lægevalg samt lægehjælp hos praktiserende læge fremgår af lovens kapitel 15. Det fremgår af § 59, at personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, skal vælge alment praktiserende læge og meddele det til kommunen. Af § 60 fremgår, at regionsrådet yder vederlagsfri behandling hos den valgte alment praktiserende læge til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, og at regionsrådet til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 2, yder tilskud til behandling hos alment praktiserende læge med samme beløb, som afholdes for tilsvarende lægehjælp til personer omfattet af sikringsgruppe 1.

Regionsrådet er endvidere forpligtet til at yde visse forebyggende undersøgelser m.v. Ifølge § 61 yder regionsrådet vederlagsfri, forebyggende helbredsundersøgelser hos en læge samt vejledning om svangerskabshygiejne til kvinder ved graviditet, og ifølge § 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 § 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.

Det fremgår af bekendtgørelse nr. 1067 af 14. november 2012 om valgfri indplacering i sikringsgrupper, udstedelse af sundhedskort, EU-sygesikringskort m.v., at en person skal vælge mellem sikringsgruppe 1 og 2 ved bestilling af sundhedskort. Retten til almen lægehjælp for gruppe 1- og gruppe 2-sikrede er yderligere reguleret i bekendtgørelse nr. 1238 af 5. december 2006 om behandling hos læge i praksissektoren, men selve detailreguleringen, herunder en række forhold af direkte betydning for patienterne, fremgår af Overenskomst om almen praksis, som er indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation. Det fremgår af § 2 i bekendtgørelsen, at gruppe 1-sikrede personer har ret til vederlagsfri behandling hos den valgte alment praktiserende læge i overensstemmelse med de regler, der er fastsat i Overenskomst om almen praksis, og at disse personer i akutopståede situationer m.v. kan søge lægehjælp hos enhver alment praktiserende læge, der har tilsluttet sig overenskomsten.

De detaljerede rammer for lægehjælp hos alment praktiserende læger, fremgår som nævnt af Overenskomst om almen praksis. Overenskomsten indeholder bl.a. bestemmelser om borgernes valg af læge. Det fremgår således, at gruppe 1-sikrede, der er fyldt 15 år, vælger læge (praksis), der har åbent for tilgang. Såfremt afstanden mellem patientens bopæl og praksis er større end 15 km ad nærmeste offentlige vej, kan lægen afvise at få tilmeldt patienten. Den sikrede har ret til at vælge mellem to praksis. I det omfang, der ikke inden for en afstand af 15 km fra den sikredes bopæl er mindst to åbne praksis at vælge imellem, er samarbejdsudvalget snarest muligt efter anmodning herom forpligtet til at anvise den sikrede lægevalgsmuligheder.

### *3.1.2. Overvejelser og lovforslag*

Med forslaget til § 60, stk. 3, som affattet ved lovforslagets § 1, nr. 4, bemyndiges ministeren for sundhed og forebyggelse til at fastsætte regler om borgernes ret til almenmedicinske ydelser, herunder adgangen til lægehjælp i dag og vagttid, sygebesøg m.v. Ministeren bemyndiges endvidere til at fastsætte regler om lægevalg m.v., jf. forslaget til § 1, nr. 3. Borgernes retsstilling vedrørende retten til almenmedicinske ydelser og i forbindelse med lægevalg er i dag til dels reguleret i Overenskomst om almen praksis. Med lovforslaget vil en række af de elementer, der er i dag er reguleret i overenskomsten, fremover blive reguleret i lovgivningen. Bemyndigelserne vil blive anvendt til at fastsætte bestemmelser vedrørende borgernes valg af læge, således at borgernes retsstilling på dette punkt ikke fremgår af en aftale mellem det offentlige og en privat part, men derimod følger af lovgivningen.

Bestemmelsen vil bl.a. blive anvendt til at fastsætte nærmere regler om mindreåriges valg af læge, om bevægelsehæmmedes adgang til valg af læge, om kommuners oplysningspligt i forbindelse med valg af læge, om forholdene i forbindelse med lægeskifte, om lægernes mulighed for at frasige sig patienter, f.eks. voldelige og truende patienter, m.v.

Som det fremgår ovenfor indeholder den gældende overenskomst geografiske restriktioner i forhold til borgernes (gruppe 1-sikredes) valg af læge. Det fremgår således af overenskomsten, at såfremt afstanden mellem patientens bopæl og praksis er større end 15 km (5 km i hovedstadsområdet) ad nærmeste offentlige vej, kan lægen afvise at få tilmeldt patienten.

Denne restriktion medfører, at fx pendlere, der arbejder langt fra bopælen, ikke har mulighed for at vælge en læge nær arbejdspladsen. Bemyndigelsesbestemmelsen vil blive anvendt til at ophæve kilometergrænsen dog således, at patienter, der vælger en læge langt fra egen bopæl, ikke har krav på hjemmebesøg fra den valgte læge.

## **3.2 Planlægning og samarbejde**

### *3.2.1. Gældende ret*

Det fremgår af sundhedslovens § 3, at regioner og kommuner efter reglerne i sundhedsloven er ansvarlige for, at sundhedsvæsenet tilbyder en befolkningsrettet indsats vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme samt behandling af den enkelte patient. Det fremgår endvidere, at sundhedsvæsenets



opgaver udføres af regionernes sygehusvæsen, praktiserende sundhedspersoner, kommunerne og øvrige offentlige og private institutioner m.v.

De specifikke myndighedsopgaver vedrørende de enkelte ydelser m.v. (sygehusydelser, praksissektorydelser, forebyggelsesopgaver m.v.) fremgår herefter af specifikke bestemmelser i loven.

Det fremgår således af § 57, at regionsrådet har ansvar for at tilvejebringe tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner. Det følger af sundhedslovens § 227, at Regionernes Lønnings- og Takstnævn afslutter overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkårene for ydelser i praksissektoren, dvs. ydelser hos alment praktiserende læger, speciallæger, kiropraktorer, fysioterapeuter, tandlæger, tandplejere, psykologer og fodterapeuter.

Regionerne opfylder myndighedsforpligtelsen i henhold til sundhedslovens § 60, jf. § 57, om at tilvejebringe tilbud om behandling hos alment praktiserende læger via den overenskomst, som er indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation om vilkårene for ydelser i praksissektoren.

Kommunerne er efter sundhedslovens afsnit IX ansvarlige for en række sundhedsydelser, der løses tæt på borgerne og i sammenhæng med andre kommunale opgaver på bl.a. ældreområdet, skoleområdet og det sociale område. Disse opgaver omfatter bl.a. sygepleje, sundhedspleje, tandpleje til børn og unge, genoptræning samt misbrugsbehandling. Hertil kommer, at kommunerne efter sundhedslovens § 119 bl.a. skal etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

Med kommunalreformen blev der indført kommunal medfinansiering på sygehus- og praksisområdet med henblik på at styrke kommunernes incitament til at samarbejde med regionerne om løsningen af opgaverne i hele sundhedsvæsenet. Som led i kommunernes medfinansiering af praksissektoren blev KL medlem af RLTN, der bl.a. har ansvar for at indgå overenskomster på praksisområdet med organisationer af sundhedspersoner, herunder alment praktiserende læger. Hermed er kommunerne også repræsenteret i landssamarbejdsudvalgene og i de regionale samarbejdsudvalg på praksisområderne, herunder almen praksis, jf. nærmere herom nedenfor.

Det fremgår af sundhedslovens § 203, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen samarbejder om indsatsen på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Med henblik på at styrke samarbejdet mellem regioner og kommuner i henhold til sundhedsloven er der nedsat sundhedskoordinationsudvalg, jf. sundhedslovens § 204, ligesom der blev indført krav om, at kommuner og region skal indgå sundhedsaftaler, jf. sundhedslovens § 205.

Det følger af sundhedslovens § 206, at regionsrådet skal udarbejde en samlet plan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed på sundhedsområdet, og at regionsrådets forud for behandling af forslag til denne sundhedsplan indhenter Sundhedsstyrelsens rådgivning. Regionsrådet skal ændre sundhedsplanen forud for gennemførelse af væsentlige ændringer i regionens sundhedsvæsen, der ikke er forudsat i planen. Regionsrådet indsender planen og senere ændringer heri til Sundhedsstyrelsen.

Det fremgår af bekendtgørelse nr. 778 af 13. august 2009 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, at sundhedskoordinationsudvalget består af repræsentanter for regionen, kommunerne i regionen og praksissektoren. Den nærmere sammensætning kan aftales mellem regionsrådet og kommunekontaktrådet i regionen. Dog skal mindst ét medlem udpeges af praksisudvalget for almen praksis i regionen. Hvor ikke andet aftales, består sundhedskoordinationsudvalget af 3 medlemmer udpeget af regionsrådet, 5 medlemmer udpeget af kommunekontaktrådet i regionen og 2 medlemmer udpeget af praksisudvalget for almen praksis i regionen.

Ifølge bekendtgørelsen udarbejder sundhedskoordinationsudvalget et generelt udkast til sundhedsaftaler. Sundhedskoordinationsudvalget følger og drøfter endvidere efter behov sundhedsaftalernes praktiske gennemførelse og stiller sine vurderinger heraf til rådighed for aftaleparterne, ligesom udvalget vurderer udkast til regionens sundhedsplan og kan fremkomme med anbefalinger til, hvordan planen kan fremme sammenhæng i indsatsen mellem sygehuse, praksissektor og kommuner. Sundhedskoordinationsudvalget drøfter i øvrigt emner, der er relevante for sammenhængen i patientforløb mellem sygehuse, praksissektor og kommuner.

De lovgivningsmæssige rammer for planlægningen og samarbejdet med almen praksis fremgår således af sundhedslovens bestemmelser herom, men det eksisterende system for at indgå aftale om samarbejde med almen praksis består i dag reelt af to parallelle strukturer.

På den ene side findes Overenskomst om almen praksis, som er indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation, som fastsætter de generelle rettigheder og forpligtelser for almen praksis. Efter overenskomsten er der både centralt og regionalt nedsatte samarbejdsudvalg med repræsentation af regionen, lægerne og kommunerne, jf. nærmere herom nedenfor.

På den anden side er der etableret forskellige samarbejdsfora som sundhedskoordinationsudvalg på regionalt niveau, samordningsudvalg på sygehusniveau og kommunalt-lægelige udvalg på kommunalt niveau. Disse samarbejdsfora har til formål at sikre sammenhæng og koordination mellem almen praksis, kommuner og regionen, men de har ikke beslutningskompetence.

Aftaler om samarbejdet med almen praksis kan ikke aftales via sidstnævnte samarbejdsfora som fx sundhedskoordinationsudvalget eller mellem de enkelte læger og kommunen, men skal aftales via overenskomstsystelet. Lægerne er med den gældende landsoverenskomst imidlertid ikke forpligtet til automatisk at følge den arbejdsdeling og de rammer for samarbejdet, som en kommune og en region har vedtaget i en sundhedsaftale, eller som f.eks. fremgår af et forløbsprogram for patienter med kronisk sygdom.

De regionale samarbejdsudvalg i overenskomstregi har til opgave at drøfte og afgøre spørgsmål om forståelse og anvendelse af overenskomsten, klagesager m.v. Desuden skal udvalget drøfte praksisplanen for almen praksis i regionen samt andre mere generelle spørgsmål om udvikling af almen praksis og af samarbejdsrelationerne til den øvrige del af sundhedsvæsenet.

På nationalt niveau er der i overenskomstregi etableret et Landssamarbejdsudvalg (LSU) bestående af medlemmer udpeget af Regionernes Lønnings- og Takstnævn, herunder en kommunal repræsentant og medlemmer udpeget af Praktiserende Lægers Organisation. LSU skal bl.a. tage stilling til sager, som de regionale samarbejdsudvalg ikke har kunnet blive enige om. Desuden skal LSU generelt fremme samarbejdet mellem parterne.

På regionalt niveau er der mulighed for at supplere eller fravige landsoverenskomsten ved såkaldte § 2-aftaler, der indgås mellem regionen og lægernes regionale praksisudvalg. En § 2-aftale kan f.eks. vedrøre forhold for alle praksis i regionen, praksis i én kommune eller en enkelt praksis. Der er ikke i landsoverenskomsten begrænsninger på, hvilke emner en § 2-aftale kan omhandle. Spændvidden i de hidtidige § 2-aftaler har da også været stor og har strakt sig fra at vedrøre indførelse af honorarer for nye ydelser, aftaler om særlige rekrutterings- og fastholdelsestiltag og til praksiskonsulentordninger. Udgifterne til § 2-aftaler afholdes af regionerne. Den politiske drøftelse af behovet for § 2-aftaler finder sted i samarbejdsudvalget.

### *3.2.2. Overvejelser og lovforslag*

Med lovforslaget ændres samarbejds- og planlægningssystemet for almen praksis. Praksisplanen vedrørende almen praksis, som skal udarbejdes i henhold til § 70 a, som affattet ved lovforslagets § 1, nr. 12, bliver således et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj imellem region og kommune, der definerer, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernumre (jf. nærmere herom nedenfor under pkt. 3.3).

Kommunerne vil få større indflydelse på planlægningen af almen praksis, hvilket vil medvirke til at sikre sammenhæng til den kommunale indsats for f.eks. kronisk syge og ældre medicinske patienter, og det vil samtidig understøtte nødvendige faglige synergier, når almen praksis tænkes sammen med kommunale og regionale sundhedstilbud, f.eks. ved placering i sundhedshuse.

Der synes særligt at være behov for styrkelse af sammenhængen mellem almen praksis og kommunerne på tre områder: tilgængelighed, medicinhåndtering og besøg, herunder til patienter, der opholder sig på kommunale tilbud. Praksisplanen vil fremover være den ramme, der sikrer kommunernes indflydelse på decentrale aftaler med de praktiserende læger, sikrer grundlaget for sundhedsaftalers (om f.eks. indlæggelse/udskrivning og forløbsprogrammer) gennemførelse og dermed tilgodeser behovet for samarbejde med almen praksis på konkrete områder.

Med lovforslaget etableres et nyt udvalg, praksisplanudvalg, jf. § 204, stk. 2, som affattet ved lovforslagets § 1, nr. 6, der skal forestå udarbejdelsen af praksisplanerne for almen praksis. Det bliver op til de lokale parter fra kommuner og regioner at sammensætte de lokale praksisplanudvalg, men hvor ikke andet er aftalt, vil udvalget bestå af 5 medlemmer fra kommunalbestyrelserne i regionen og 3 regionsrådsmedlemmer. Den nærmere sammensætning kan aftales mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen. I praksis vil disse aftaler formentlig blive indgået imellem kommunekontaktrådet i regionen og regionsrådet. Regionen har formandskabet og sekretariatsbetjener udvalget.

Praksisplanen vedrørende almen praksis udarbejdes mindst én gang i hver valgperiode, og skal løbende justeres, hvis der opstår behov for det. Det forudsættes, at almen praksis høres i denne proces.

Der skal tilstræbes enighed i udvalget om den endelige udformning af praksisplanen. Er det ikke muligt at opnå enighed, tilfalder den endelige beslutning vedrørende praksisplanens udformning dog regionsrådet.

Med henblik på at sikre sammenhæng til de øvrige dele af sundhedsaftalerne, den regionale sundhedsplan og det øvrige koordinerende arbejde på tværs af kommuner, regioner og praksissektor, skal praksisplanerne vedrørende almen praksis forelægges til drøftelse i sundhedskoordinationsudvalget. Med lovforslaget ændres der ikke i øvrigt på sundhedskoordinationsudvalgets opgaver, ligesom der ikke ændres i sundhedskoordinationsudvalgenes sammensætning, dvs., at praksissektoren stadig vil være repræsenteret i sundhedskoordinationsudvalget.

Det forudsættes, at der også fremover i hver kommune vil være nedsat et kommunaltlægeligt udvalg bestående af praktiserende læger og repræsentanter fra kommunen. Her udarbejdes bl.a. udkast til lokale aftaler. Disse skal fremover sendes til praksisplanudvalget med henblik på indarbejdelse i praksisplanen.

Samarbejdsudvalget, som er en del af den eksisterende Overenskomst om almen praksis, bestående af region, kommuner og repræsentanter for almen praksis forventes fastholdt som en del af en ny overenskomst, men uden beslutningskompetence for så vidt angår de elementer, der er reguleret i loven.

Samarbejdsudvalgene vil fortsat være forum for drøftelser og dialog vedrørende almen praksis og udviklingen i almen praksis, ligesom samarbejdsudvalget fortsat vil være et forum for spørgsmål vedrørende overenskomsten, herunder den indledende håndtering af konkrete sager, hvor en læge f.eks. har et afvigende ydelsesmønster, og som led heri dialogen med denne læge. Den endelige beslutningskompetence vedrørende disse spørgsmål afgøres fremover af den myndighedsansvarlige region og ikke i det paritetisk sammensatte samarbejdsudvalg.

Det foreslås, at der i hver region nedsættes et *fagligt rådgivningsudvalg*, som drøfter faglige problemstillinger vedrørende almen praksis. Det faglige udvalg består af repræsentanter for kommuner, regioner og for de praktiserende læger i regionen. Udvalget skal bistå og rådgive praksisplanudvalget i forbindelse med udarbejdelse og løbende tilpasning af praksisplanerne, ligesom udvalget skal bistå og rådgive sundhedskoordinationsudvalget i faglige spørgsmål vedrørende almen praksis.

#### *Decentrale forhandlinger*

Udviklingen på sygehusområdet med specialisering og samling af sygehusbehandlingen, ændringen af sygdomsbilledet som følge af blandt andet den demografiske udvikling, herunder en stigning i antallet af personer med kroniske lidelser, og udviklingen i behandlingsteknologien, der giver mulighed for mere skånsom behandling og mere ambulante behandling, giver samtidig mulighed for mere behandling, opfølgning og pleje udenfor sygehusregi. Det fordrer lokal sikring af sammenhæng mellem sygehusydelse og ydelser i det primære sundhedsvæsen – det vil sige i praksissektor og i det kommunale sundhedsvæsen.

I dag forhandles ca. 8,5 mia. kr. centralt mellem RLTN og PLO, mens der herudover som supplement er indgået decentrale/lokale såkaldte §-2 aftaler. Økonomien i de lokale aftaler er kompliceret at opgøre, men aftalerne skønnes at repræsentere under 0,5 % af de samlede udgifter. En betydelig del af ressourcerne i den centrale aftale vedrører imidlertid tilbud og ydelser, som er afhængig af lokale forhold i den enkelte region og den enkelte kommune. Derfor er det relevant, at en andel af rammen kan udmøntes decentralt, så tilbuddene i almen praksis kan tilpasses de lokale behov og muligheder

Det er hensigten, at den centralt forhandlede overenskomst for almen praksis i højere grad end i dag skal suppleres af decentrale aftaler indgået efter forhandlinger mellem regionen/kommuner og almen praksis.

Udgangspunktet er at forhandle de ydelser, som er uafhængig af lokale forhold, centralt, mens øvrige ydelser forhandles decentralt, f.eks. hvis man lokalt ønsker at aftale en mulighed for kommunen for at trække på de praktiserende lægers viden og rådgivning. Kommuner og regioner kan i den forbindelse indgå individuelle aftaler med enkelt klinikker eller grupper af læger. Det fastsættes ikke i lovgivningen præcist, hvilke ydelser og økonomi mv. der skal forhandles centralt, og hvilke der skal aftales decentralt, men det forudsættes, at en større del af den samlede overenskomst forhandles under hensyntagen til lokale behov og ønsker. Den endelige fordeling af henholdsvis centrale og lokale aftaleelementer afgøres af Regionernes Lønnings- og Takstnævn i forbindelse med fastlæggelsen af forhandlingsmandatet. Nævnet kan bl.a. tage afsæt i de regionale praksisplaner.

#### *Patient- og pårørende inddragelse*

Patientinddragelse har en positiv virkning på behandlingsudfald såvel som på patienttilfredshed, og derfor er patientinddragelse en væsentlig faktor i arbejdet med at højne kvaliteten i det danske sundhedsvæsen. Det gælder både patientens mulighed for indflydelse på eget forløb, dvs., at patienten med afsæt i egne ressourcer aktivt involveres og får den ønskede indflydelse på beslutninger om behandling og egenomsorg. Det gælder endvidere patienter og pårørendes mulighed for at få indflydelse på organisering og udvikling af sundhedsvæsenet via repræsentativ brugerinddragelse, som det f.eks. er sket i forbindelse med de nye sygehusbyggerier.

Det fremgår af § 204, stk. 4, som affattet ved lovforslagets § 1, nr. 6, at der i hver region nedsættes et patientinddragelsesudvalg, som systematisk og i relevant omfang inddrages i drøftelserne, der ligger inden for henholdsvis sundhedskoordinationsudvalgets og praksisplanudvalgets områder. Patientinddragelsesudvalget skal bestå af repræsentanter fra patient- og pårørende organisationer på både det somatiske og det psykiatriske område.

### **3.3 Nye organisationsformer i almen praksis**

#### *3.3.1. Gældende ret*

Regionsrådet har efter sundhedslovens § 57 ansvar for at tilvejebringe tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner. Efter §§ 59 og 60 yder regionsrådet vederlagsfri behandling til gruppe 1-sikrede hos den alment praktiserende læge, som borgeren har valgt. Det følger af sundhedslovens § 227, at Regionernes Lønnings- og Takstnævn afslutter overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkårene for ydelser i praksissektoren, dvs. ydelser hos alment praktiserende læger, speciallæger, kiropraktorer, fysioterapeuter, tandlæger, tandplejere, psykologer og fodterapeuter.

Den altovervejende hovedregel er således, at regionerne opfylder myndighedsforpligtelsen i henhold til sundhedslovens § 60, jf. § 57, om at tilvejebringe tilbud om behandling hos alment praktiserende læger via de overenskomster, som er indgået imellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation om vilkårene for ydelser i praksissektoren.

Med en ændring af sundhedsloven i 2012 (lov nr. 164 af 28. februar 2012) blev der etableret hjemmel til (i § 57, stk. 2), at regionerne, hvis det ikke er muligt at opfylde forpligtelsen til at tilvejebringe tilbud om behandling hos læger i almen praksis, jf. § 60, selv kan etablere og drive klinikker. Der er tale om en undtagelsesbestemmelse, idet hjemlen til at etablere regionsdrevne klinikker alene kan anvendes, hvis det ikke er muligt ved anvendelsen af øvrige bestemmelser i overenskomsten, på en for regionen tilfredsstillende måde, herunder økonomisk tilfredsstillende måde, at etablere tilstrækkelig kapacitet hos f.eks. de praktiserende læger til at sikre lægedækning til alle patienter. Udgangspunktet er således stadig – i overensstemmelse med den hidtidige praksis på området – at regionernes forpligtelse efter §§ 57 og 60 løses via de almindelige bestemmelser i overenskomster, som er indgået imellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og organisationer af sundhedspersoner om vilkårene for ydelser i praksissektoren, som ikke vedrører regionsdrevne klinikker.

Bestemmelserne i sundhedslovens §§ 205 a – 205 c, som indeholder hjemmel til, at regioner og kommuner kan tilvejebringe og på markedsvilkår udleje lokaler, til brug for virksomhed, der udøves af personer efter overenskomst efter sundhedslovens § 227, blev indsat ved lov nr. 531 af 12. juni 2009. Og for kommunernes vedkommende også udleje til brug for udførelse af regionale, ambulante

sundhedsydelse. Disse bestemmelser blev ved lov nr. 164 af 28. februar 2012 udvidet til også at omfatte udstyr m.v. til udlejningsformål.

I modsætning til kommunerne er regionerne ikke underlagt de almindelige kommunalretlige grundsætninger om kommunernes opgavevaretagelse – de såkaldte kommunalfuldmagtsregler – som efter en konkret vurdering kan danne grundlag for kommunernes opgavevaretagelse.

Det fremgår af Overenskomst om almen praksis, at samarbejdsudvalget skal udarbejde en praksisudviklingsplan, som skal ligge inden for rammerne af regionens sundhedsplan, som skal sikre en rimelig lægedækning i alle egne af regionen. Planen skal forholde sig til spørgsmålet om rekruttering og fastholdelse af alment praktiserende læger. I planen skal ligeledes indgå en stillingtagen til de forskellige praksisformer, herunder om visse praksisformer ønskes fremmet, og om der med henblik herpå iværksættes særlige tiltag.

Praksisudviklingsplanen udarbejdes på grundlag af faktiske oplysninger bl.a. vedrørende antallet af indbyggere, befolkningens alders-, køns- og erhvervsfordeling, geografisk udstrækning, trafikale forhold, erhvervs- og handelsmønstre og placering af sociale og sundhedsmæssige tilbud. Der skal endvidere tages højde for generelle prognoser for befolkningsudviklingen m.v. inden for regionen, og under hensyntagen til øvrig planlægning i regionen, samt til udviklingen i organisering og kapacitet i eksisterende praksis, herunder øget anvendelse af praksispersonale.

Som udgangspunkt har en praksis, der har mere end 1600 gruppe 1-sikrede tilmeldt pr. lægekapacitet, ret til efter skriftlig meddelelse til regionen at få lukket for tilgangen af gruppe 1-sikrede. Hvis en praksis har mere end 2700 patienter tilmeldt pr. lægekapacitet, skal der søges om samarbejdsudvalgets godkendelse til fortsat at have åbent for patienttilgang. Samarbejdsudvalget giver tilladelse, med mindre væsentlige forhold taler imod.

Overenskomsten indeholder et autorisationskrav. Ret til at påtage sig praksis i henhold til overenskomsten har læger, der har Sundhedsstyrelsens tilladelse til at betegne sig som speciallæge i almen medicin. Læger, der har ansættelse ved sygehus, klinikker, laboratorier eller lignende, kan ikke drive almen praksis efter overenskomsten, medmindre der foreligger dispensation fra samarbejdsudvalget. En læge, der ønsker at overdrage sin praksis/praksisdelen, har ret til at overdrage praksis/praksisdelen til en af ham valgt læge, der opfylder autorisationskravet. Regionen skal dog afvise nedsættelser, der er i strid med praksisplanlægningen.

Overenskomsten indeholder endvidere bestemmelser om selskabsformer m.v. Det fremgår således, at almen praksis kan drives som enkeltmandspraksis eller kompagniskabspraksis. Begge praksisformer kan fungere i samarbejdspraksis eller såkaldte netværkspraksis.

Den enkelte læge/praksis vælger selv, om praksis drives som personligt ejet virksomhed eller som alment lægeselskab. Ved alment lægeselskab forstås praksis, der drives af en eller flere læger, der har tiltrådt overenskomsten, og som er ansat i et anpartsselskab, aktieselskab eller andet selskab. Anparterne/aktierne i et alment lægeselskab kan ejes af et holdingselskab. Holdingselskabets vedtægter skal ifølge overenskomsten være godkendt af Praktiserende Lægers Organisation.

Almen praksis kan kun udøves i forbindelse med ét konsultationssted. Dog drives de praksis, der indgår i netværkspraksis, fra hver sit konsultationssted. Endvidere kan samarbejdsudvalget give en praksis tilladelse til satellitpraksis.

Læger, der udøver almen praksis i selskabsform, er ifølge overenskomsten personligt forpligtede efter overenskomstens almindelige bestemmelser, ligesom det er den enkelte praktiserende læge, der personligt skal til- eller fratræde overenskomsten.

Ved et alment lægeselskab forstås et selskab, der har til formål at drive almen praksis. Ved et holdingselskab forstås i det følgende et selskab, der har til formål at eje anparterne/aktierne i et alment lægeselskab. Overenskomsten indeholder detaljerede regler for godkendelse af almene lægeselskaber og holdingselskaber, bl.a. skal hele indskudskapitalen i et alment lægeselskab tilhøre læger, der er ansat i selskabet og tilmeldt overenskomst eller et eller flere holdingselskaber, hvor indskudskapitalen skal ejes 100 % af en eller flere læger, der er tilmeldt overenskomsten, og som er ansat i det almene lægeselskab, som holdingselskabet ejer anparter/aktier i.

En praksis kan ansøge samarbejdsudvalget om tilladelse til at besætte en lægekapacitet med en ansat speciallæge i almen medicin i stedet for med en kompagnon. Ligeledes kan der ansøges om, at en delepraksistilladelse effektueres ved ansættelse af en speciallæge i almen medicin.

Samarbejdsudvalget imødekommer ansøgningen, med mindre væsentlige hensyn taler imod. Antallet af ansatte læger kan dog maksimalt udgøre halvdelen af antallet af lægekapaciteter tilknyttet en praksis. Praksisejeren/ejerne er i forhold til regionen ansvarlig for ansatte lægers overholdelse af overenskomsten.

Det fremgår af overenskomsten, at hensynet til læger med behov for nedsat arbejdsomfang i almen praksis kan tilgodeses via delepraksis. Ved delepraksis forstås, at der optages en ekstra læge i praksis i forhold til den eller de tildelte lægekapaciteter.

Samarbejdsudvalget kan give en praksis tilladelse til etablering af en satellitpraksis som supplement til det primære konsultationssted. Satellitpraksis udgør alene et ekstra konsultationssted og ikke en selvstændig praksis i forhold til overenskomsten.

Samarbejdsudvalget kan ifølge overenskomsten i særlige tilfælde, begrundet i praksisudviklingsplanen og/eller hensynet til lægedækningen i et lokalområde, gøre tildeling af et ydernummer betinget af, at praksis ikke flyttes i en periode på op til 10 år. Det indebærer, at lægekapaciteten bliver koblet til en bestemt fysisk lokalitet (matrikelnummer). Betingelsen kan alene stilles i tilfælde, hvor den pågældende praksis drives fra lokaler, som region eller kommune har indrettet og står som udlejer af.

Et ydernummer kan tildeles en læge personligt uden mulighed for videresalg. Muligheden betegnes "*ydernummer på licens*". Samarbejdsudvalget kan gøre brug af muligheden, når en kommune og/eller region stiller klinik til rådighed for lægen. Lægen driver praksis efter overenskomstens regler og honorering, men betaler til regionen et nærmere aftalt omkostningsbidrag efter de konkrete omstændigheder. Lægen kan overtage praksis på sædvanlige ejervilkår efter nærmere aftale om værdiansættelse, overtagelse m.v. Regionens orienteres om dette via Praktiserende Lægers Organisation.

Hvis det ikke er muligt ved anvendelse af overenskomstens øvrige bestemmelser, på en for regionen tilfredsstillende måde, at etablere tilstrækkelig kapacitet hos de praktiserende læger til at sikre lægedækning, kan regionen etablere en regionsdrevet klinik til at varetage betjeningen af de patienter, som ellers vil stå uden læge (vedrørende de lovgivningsmæssige rammer for regionsdrevne klinikker, se ovenfor). Hvis regionen etablerer en sådan klinik, er regionen forpligtet til senest efter 2 år at afsøge muligheden for at erstatte tilbuddet af en løsning på almindelige overenskomstmæssige vilkår. Kapacitet, tilvejebragt af regionen, indgår i den årlige fastsættelse af lægedækningen.

Samarbejdsudvalget kan på baggrund af et skøn over kapaciteten m.v. beslutte, at der skal, eller ikke skal, udløses nye ydernumre, og at de ledige ydernumre kan blive i regionen uden at blive udbudt.

Når lægerne tildeles et ydernummer, sker dette efter praksisplanen i forhold til de geografiske områder, regionen i planen er inddelt i. Dette er oftest pr. kommune. En læge, der har fået et ydernummer, skal ansøge samarbejdsudvalget, hvis denne ønsker at flytte sit ydernummer - også indenfor området. Der er dog også tilfælde, hvor regionen har udbudt ydernumre til besættelse i en by - f.eks. "Åbenrå by", "Lemvig by". Her kan lægen ikke forvente at kunne flytte sit ydernummer til en anden by. Ønsker regionen at udbyde et ydernummer et specifikt sted, skal dette ske i enighed med Samarbejdsudvalget.

Regionen har i to tilfælde mulighed for helt at lukke en lægepraksis: Regionens får overdraget et ydernummer, som indehaveren ikke har kunne afsætte, eller et ledigt ydernummer tilfalder regionen. Alternativt kan regionen gå i forhandling med lægen om økonomisk kompensation for overdragelse af ydernummeret.

Hvis regionen ønsker, at der i et bestemt område skal etableres en praksis f.eks. i et sundhedshus kan regionen - efter enighed i samarbejdsudvalget - udløse et nyt ydernummer, uden patienter tilknyttet, og uden at der skal opkøbes et andet ydernummer. Til varetagelse af lægebetjeningen uden for dagtiden og i weekender og helligdage etablerer de alment praktiserende læger vagtordninger. Regionens træffer efter drøftelse i samarbejdsudvalget beslutning om, på hvilke vilkår vagtordninger kan tilrettelægges af de alment praktiserende læger.

Myndighedsansvaret, herunder for tilrettelæggelsen af lægebetjeningen i lægevagten, ligger i regionerne, mens ansvaret for selve lægebetjeningen i vagttiden ligger hos de alment praktiserende læger i den enkelte region. Lægevagtsordningerne er organiseret forskelligt i de fem regioner. Den overordnede regionale organisering af lægevagtsordningen er beskrevet i lægevagtsaftalerne mellem den enkelte region og de praktiserende lægers regionale praksisudvalg. Lægevagtsaftalerne beskriver

blandt andet de økonomiske rammer for driften af lægevagten, hvilke faciliteter regionen stiller til rådighed for lægevagten, omfanget af visitations- og konsultationssteder i regionen, kørselsordning for de læger, der aflægger hjemmebesøg og fastsættelse af og opfølgning på eventuelle servicemål vedrørende blandt andet ventetid. Generelt stiller regionerne lokaler, it, utensilier, telefoni og befordring til rådighed, mens de praktiserende læger har ansvar for vagttilrettelæggelse og administration.

### 3.3.2. Overvejelser og lovforslag

Regeringen ønsker, at 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 skal forbedres. Behovet herfor udspringer bl.a. af forventningen om, at der i de kommende år - navnlig udenfor de store byer, men også i særlige, f.eks. socialt belastede områder - vil være problemer i forhold til praksis, der ikke kan sælges eller passes af andre praksis.

Behovet for at sikre borgerne almen lægehjælp i nærmiljøet øges desuden af udviklingen i sundhedsvæsnet, hvor der er længere til de store og mere specialiserede sygehuse, og hvor kommunerne løser mange sundhedsopgaver. Denne udvikling, som afspejler intentionen om at løse opgaverne på det laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau, vil i de kommende år blive forstærket, fordi den demografiske udvikling med flere ældre og flere kronisk syge nødvendiggør den.

Det fremgår af sundhedsloven, at gruppe 1-sikrede skal vælge en læge, og regionerne har efter loven myndighedsansvaret for at stille vederlagsfri lægehjælp til rådighed hos "den valgte læge". Efter sundhedsloven er den altovervejende hovedregel som nævnt, at myndighedsansvaret løftes via aftaler med "organisationer af sundhedspersoner" (i praksis Praktiserende Lægers Organisation når det gælder almen praksis).

Denne hovedregel har imidlertid vist sig at kunne udgøre en hindring for, at regionen kan løfte sin myndighedsforpligtelse til at sikre almen lægehjælp til alle. Efter den gældende ordning skal en læge sælge sin praksis/ydernummer til en læge, der ønsker at drive almen praksis på baggrund af ydernummeret.

En praktiserende læge, som ønsker at afhænde sit ydernummer, vil - som i dag - fremadrettet kunne sælge ydernummeret til en læge, der ønsker at praktisere indenfor overenskomsten.

De praksis, som ikke sælges på sædvanlig vis mellem læger, kan regionerne med de foreslåede ændringer af sundhedsloven disponere over og få besat på forskellige måder, idet det dog helt grundlæggende forudsættes, at der skal være tale om en vis ensartethed i borgernes adgang til og kvaliteten i almen medicinsk lægehjælp, uanset leverandør.

Ydernumre, der hidrører fra praksis, som hidtil har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, og som regionsrådet har fået overdraget, kan regionsrådet, jf. § 227, stk. 2, som affattet ved lovforslagets § 1, nr. 10, sælge til læger, som vil praktisere i henhold til overenskomsten. 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 overenskomsten. Med den foreslåede bestemmelse vil salg af ydernumre som noget nyt kunne ske til læger, som allerede har et ydernummer. En læge kan eje op til 6 ydernumre, som er erhvervet på denne måde.

Regionen får endvidere mulighed for at foretage udbud. Udover læger vil det være muligt for andre private aktører at deltage i eventuelle udbud. Regionen kan udbyde praksisdrift af ubesatte ydernumre, når regionen har fået overdraget et ydernummer fra en læge, der hidtil har praktiseret på baggrund af ydernummeret. Regionen kan endvidere oprette nye ydernumre og udbyde driften af disse. Endelig kan eksisterende ydernumre opkøbes som led i praksisplanlægningen, bl.a. med henblik på at flytte praksis og sikre sammenhæng til den kommunale sundhedsindsats i et sundhedshus, og også driften af disse kan udbydes.

Regionsrådet skal tilrettelægge udbuddet på en sådan måde, at det eventuelle bud vil kunne sammenlignes med, hvad en offentlig drevet enhed vil koste. Der vil således være mulighed for at forkaste et bud, hvis omkostningerne er væsentlig højere i en sammenligning.

Det skal understreges, at udbuddet skal foregå på åbne, objektive og ikke diskriminerende vilkår.

I den situation - eller hvis der ikke er private leverandører, der byder på opgaven - kan regionsrådet etablere et midlertidigt tilbud, en regionsdrevet klinik, i en periode på op til 4 år. Herefter kan

regionen enten forsøge salg af ydernummeret, eller udbudsmodellen afprøves igen. Klinikken skal være regnskabsmæssigt adskilt fra øvrig drift.

Tilrettelæggelsen af mulighederne for at afsætte ydernetre efter ovenstående retningslinjer lægger grundlæggende op til at bevare almen praksis, samtidig med, at nye organisationsformer afprøves. Med denne model får regionerne flere muligheder for at sikre borgerne adgang til almen praksis og får samtidig tilskyndelse til fortsat at understøtte udviklingen, hvor ydelserne leveres på det laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau. Alt i alt vil modellen bidrage til en mere dynamisk praksissektor.

### **3.4. Kvalitet og indsigt i almen praksis**

#### **3.4.1. Gældende ret**

Det fremgår af Overenskomst om almen praksis, at almen praksis er en integreret del af sundhedsvæsenet, og at almen praksis som sådan indgår i Den Danske Kvalitetsmodel.

Lægerne er ifølge overenskomsten forpligtede til at arbejde med den patientoplevede kvalitet via deltagelse i patienttilfredshedsundersøgelser, og resultaterne af undersøgelserne skal primært bruges til lægens egen læring.

Det fremgår af overenskomsten, at almen praksis følger retningslinjer og aftaler mv. om arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. F.eks. i forhold til pakkeforløb for kræft- eller hjertepatienter, retningslinjer for ambulans udredning i sygehusvæsenet, forløbsprogrammer for kronisk sygdom og sundhedsaftaler mellem regionen og kommunerne i regionen.

Det fremgår endvidere af overenskomsten, at der kan være behov for lokale aftaler med almen praksis om udmøntning af sådanne retningslinjer og aftaler, der fastlægger almen praksis' arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, og disse aftaler er individuelt forpligtende for de praktiserende læger i området. Såfremt der er tale om opgaver, som ikke kan forudsættes varetaget i medfør af det centrale aftalekompleks, indgås ifølge overenskomsten en yderligere supplerende aftale om særlig honorering.

Efter den gældende bestemmelse i sundhedslovens § 195 påhviler det regionsråd, kommunalbestyrelser, praktiserende sundhedspersoner samt de private personer eller institutioner, der driver sygehuse m.v., at give oplysning om virksomheden til de centrale sundhedsmyndigheder m.fl. efter nærmere af ministeren for sundhed og forebyggelse fastsatte regler. Bestemmelsen vedrører alle oplysninger om virksomheden, herunder også oplysninger om aktivitet, omkostninger og ressourceanvendelse, finansielle oplysninger m.v.

Den gældende bestemmelse i § 195 vedrører alene pligten til at videregive oplysninger til de centrale sundhedsmyndigheder og omfatter således ikke indberetningspligt til regionerne fra f.eks. ydere i praksissektoren. Regionerne har via afregningssystemerne et vist indblik i aktiviteten i almen praksis, men ikke mere detaljeret viden om indholdet i behandlingen, kvaliteten heraf m.v.

Dokumentation for klinisk aktivitet i almen praksis sker i lægernes elektroniske journalsystem (praksissystemer). Ved at indtaste såkaldte ICPC-koder i praksissystemet, i relation til patientkontakten, øges muligheden for struktureret diagnoseregistrering og journaloverblik.

ICPC kan betegnes som en basisregistrering af patientkontakter, der giver lægen overblik over diagnosesammensætningen af den samlede patientpopulation, hvilket kan give et billede af, hvilke patienttyper og sygdomme en given praksis har mange eller få af.

Efter Overenskomst om almen praksis skal alle praktiserende læger foretage ICPC-kodning af henvendelser vedrørende følgende diagnoser: KOL, astma, kroniske muskel- og skeletlidelser, knogleskørhed (osteoporose), hjerte-karsygdomme, cancer, diabetes og ikke-psykotiske psykiske lidelser.

Ifølge overenskomsten skal alle praktiserende læger anvende det såkaldte datafangstmodul, og fra det tidspunkt, hvor datafangstmodulet installeres i lægens journalsystem, påbegynder lægen anvendelsen af de indikatorsæt, der er udviklet for: Diabetes, KOL, hjerteinsufficiens, iskæmisk hjertesygdom, stress, angst og depression.

Indikatordata sendes til Den Almenmedicinske Database (DAMD-databasen), og lægen modtager herfra løbende feedback på egne data. De praktiserende læger arbejder med tilbagemeldingerne fra



Den Almenmedicinske Database med henblik på en kontinuerlig kvalitetsudvikling af patientbehandlingen.

Regionerne modtager kvartalsvise, aggregerede, online-rapporter fra DAMD-databasen, hvori der præsenteres data på indikatorniveau for de aftalte folkesygdomme. For at støtte og målrette kvalitetsudvikling i den enkelte praksis, herunder anvendelse og forståelse af feedback fra DAMD-databasen, stiller regionen rammer, f.eks. facilitatorordning, til rådighed for at understøtte en dialog med praksis om populations- og indikatordata på praksisniveau (ydernummer).

Det fremgår af den gældende overenskomst, at hver praksis mindst hvert 3. år skal gennemføre patienttilfredshedsundersøgelser. Disse undersøgelser er ikke offentligt tilgængelige, og det er heller ikke obligatorisk for lægerne at aflevere resultaterne til det offentlige.

Det følger endvidere af overenskomsten, at der for hver praksis skal udarbejdes en såkaldt praksisdeklaration, som offentliggøres på sundhed.dk. Praksisdeklarationerne skal ifølge overenskomsten indeholde oplysninger om bl.a. telefonnummer, eventuel hjemmesideadresse, antallet af læger, køn og alder på lægerne, hvorvidt der er ansat klinikpersonale, om praksis tilbyder elektronisk kommunikation med patienterne, tider for telefonkonsultation, adgangsforhold m.v.

#### *3.4.2. Overvejelser og lovforslag*

Med lovforslaget præciseres det, at en række tiltag, der kan medvirke til at sikre sammenhæng og højne kvaliteten af behandlingen, bliver obligatoriske elementer, som lægerne skal tage i betragtning eller følge i forbindelse med patientbehandlingen.

Det fremgår således af § 231 d, jf. lovforslagets § 1, nr. 12, at alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede patienter, skal udøve deres virksomhed i overensstemmelse med opdateret viden og nationale faglige retningslinjer, pakkeforløb m.v. vedrørende specifikke sygdomme m.v. Denne bestemmelse præciserer, at de praktiserende læger skal udøve deres sundhedsfaglige virksomhed i overensstemmelse med bl.a. 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 reglerne om ”omhu og samvittighedsfuldhed”, jf. autorisationslovens § 17. Det er således ikke hensigten med den foreslåede bestemmelse at ændre den norm for almindelig anerkendt faglig standard, som ligger bag bestemmelsen i autorisationslovens § 17.

Det fremgår endvidere af forslaget, at de alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede patienter, er forpligtede til at udføre deres virksomhed i overensstemmelse med sundhedsaftaler, der er indgået imellem regioner og kommuner, jf. § 205 i sundhedsloven, jf. § 231 d, stk. 2 i forslaget, herunder forløbsprogrammer m.v., der indgår som en del af sundhedsaftalerne. Almen praksis bliver herved forpligtet til følge forløbsprogrammer om f.eks. behandling af patienter med kroniske sygdomme. Den konkrete behandling af den enkelte patient i almen praksis vil stadig bero på en konkret sundhedsfaglig vurdering, og skal ske under iagttagelse af ”omhu og samvittighedsfuldhed”, jf. autorisationslovens § 17.

Praktiserende sundhedspersoner skal ifølge § 195, stk. 2, som affattet ved lovforslagets § 1, nr. 5, afgive de oplysninger til regionsrådene, som er nødvendige for disse myndigheders varetagelse af opgaver med planlægning, kvalitetssikring, kontrol af udbetalte tilskud og honorarer m.v. efter nærmere regler fastsat af ministeren for sundhed og forebyggelse.

Det fremgår endvidere af lovforslaget, at alment praktiserende læger skal foretage kodning af henvendelser til almen praksis og anvende datafangst, og at data, som er tilvejebragt på baggrund af kodning og datafangst, skal stilles til rådighed for regionerne, jf. § 231 e, som affattet ved lovforslagets § 1, nr. 12.

Lovforslaget indeholder bemyndigelse til, at ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om kodning og datafangst, herunder om pligten til at stille data til rådighed for regionerne, og samt nærmere regler om offentliggørelse af oplysninger om praksis (§ 231 e, stk. 4).

Bemyndigelsen vil blive anvendt til at fastsætte regler om, at regionerne skal have adgang til registrerede oplysninger om antallet af og indholdet i patientkontakter i almen praksis, for så vidt angår henvendelsesårsag, aktivitet, ydelse, viderehenvisning, medicinforbrug m.v. Denne adgang til

data om patientkontakter i almen praksis udgør en grundlæggende forudsætning for generel sundhedsplanlægning og for tilrettelæggelse og kvalitetsudvikling af sammenhængende patientforløb, blandt andet med henblik på at sikre effektiv ressourceudnyttelse og at undgå overlappende funktioner.

Derudover vil bemyndigelsen blive anvendt til at fastsætte nærmere regler om regionernes adgang til at rekvirere kliniske data om patientbehandlingen i almen praksis herunder behandlingsresultater, der kan belyse patienternes sundhedstilstand. Formålet med at sikre adgang til kliniske data om patientbehandlingen i almen praksis er at kunne analysere patientforløb på tværs af sektorer og sammenligne resultatet af forskellige tilbud, såsom samarbejdsmodeller og pakkeforløb. Derudover er adgang til kliniske data på praksisniveau en forudsætning for, at myndighederne kan dokumentere og understøtte den enkelte læges arbejde med kvalitetsudvikling samt foretage opfølgning på regler og aftaler, eksempelvis om anvendelse af datafangst.

Det forudsættes, at de omhandlede oplysninger beskyttes i videst muligt omfang. Derfor forudsættes det, at regionerne behandler patientoplysninger i krypteret form, og at anvendelsen af oplysninger til de ovenfor nævnte formål også skal ske i krypteret form. For at facilitere, at oplysningerne kan beriges med oplysninger fra andre kilder, kan oplysningerne dog ganske kortvarigt dekrypteres i det tidsrum, hvor oplysningerne skal beriges med oplysninger fra andre kilder, og i det omfang berigelsen af oplysningerne ikke kan ske uden en dekryptering af oplysningerne.

Det foreslås endvidere, at de alment praktiserende læger skal offentliggøre oplysninger om praksis, der er relevante i forbindelse med borgernes valg af læge, jf. § 231 e, som affattet ved lovforslagets § 1, nr. 12. Formålet er, at give borgeren et mere optimalt grundlag for valg af læge.

Bemyndigelsen i § 231 e, stk. 4, vil bl.a. blive anvendt til at fastsætte regler om, at de obligatoriske patienttilfredshedsundersøgelser gøres offentligt tilgængelige på praksisniveau. De nuværende obligatoriske praksisdeklarationsoplysninger skal endvidere udbygges bl.a. med oplysninger om efteruddannelse, hvilket der vil blive fastsat regler om.

### ***3.5. Hjemlen til at fastsætte regler om vilkårene for ydelser i praksissektoren i en overenskomstløs periode***

#### ***3.5.1. Gældende ret***

Ministeren for sundhed og forebyggelse kan i tilfælde af opsigelse af overenskomsten, med hjemmel i sundhedslovens § 229, udstede en bekendtgørelse. Det fremgår således af § 229, at ministeren fastsætter nærmere regler om vilkårene for regionernes og kommunernes tilskud, herunder honorarer, tilskud, udbetaling af tilskud, regler om henvisning til behandling og antal ydere, samt kørselsgodtgørelse til læger, der tilkaldes til de i § 59 omhandlede personer, dvs. gruppe 1-sikrede personer, i tilfælde, hvor der ikke foreligger en overenskomst vedrørende vilkår for ydelser efter sundhedslovens § 227.

Af bemærkningerne til bestemmelsen, som blev indført sammen med sundhedsloven (lov nr. 546 af 24. juni 2005) fremgår, at bestemmelsen er en videreførelse af de dagældende regler i sygesikringslovens § 12 a om håndteringen af en konflikt i en situation, hvor der ikke foreligger en godkendt overenskomst.

Bestemmelsen i sygesikringslovens § 12 a blev indført ved lov nr. nr 416 af 6. juni 1991 . Det fremgår af bemærkningerne til bestemmelsen, at den indeholder den grundlæggende hjemmel til fastsættelse af sygesikringstilskud til patienterne i tilfælde, hvor ydelserne ikke kan gives på overenskomstmæssige vilkår.

Sundhedslovens § 275 indeholder en bemyndigelse til ministeren for sundhed og forebyggelse til i forskrifter, der udstedes i medfør af § 229, at fastsætte bestemmelser om straf af bøde for overtrædelse af forskrifterne.

#### ***3.5.2 Overvejelser og lovforslag***

Den foreslåede affattelse af § 229 sikrer fortsat hjemmel til, at ministeren for sundhed og forebyggelse, i en situation, hvor der ikke er en gældende overenskomst, kan fastsætte nærmere regler, der sikrer gruppe 1-sikrede vederlagsfri lægehjælp eller tilskud til ydelser på de praksissektorområder, hvor der ydes tilskud. Hjemlen vedrører alle de praksisområder, som Regionernes Lønnings- og Takstnævn har indgået overenskomst på, jf. § 227.

Da det er nødvendigt for regionsrådene, også i en overenskomstfri periode, at kunne styre økonomien, præciseres det i den foreslåede bestemmelse, at ministeren bemyndiges til at fastsætte regler om størrelsen af honorarerne for de enkelte ydelser, herunder særlige grund- eller basishonorarer. Der etableres endvidere hjemmel til at nedsætte honorarerne i tilfælde af væsentligt øget aktivitet, der ikke kan forklares med et øget behov for sundhedsydelser på grund af fx en epidemi. Nedsættelsen af honorarerne for de enkelte ydelser kan alene ske fremadrettet, dvs., at ministeren ikke kan fastsætte regler om, at nedsættelsen kan ske for ydelser, som allerede er leveret.

Ministerens kan som betingelse for udbetaling af honorar til sundhedspersonen forlange, at forpligtelser, der hidtil har været pålagt modtageren, fortsat iagttages, for eksempel fortsat anvendelse af det hidtil brugte afregningssystem, fortsat indberetning af de pågældende ydelser. Det kan endvidere fastsættes, at det er en betingelse for at modtage en eventuel grund- eller basisydelse, at modtageren af honoraret holder åbent, har telefontid etc. som hidtil.

Den foreslåede bestemmelse giver endvidere hjemmel til at fastsætte regler om, at lægernes honorarer ikke må overstige de til enhver tid gældende tilskudsbeløb. Eventuelle overenskomstbestemmelser om automatisk pris- og lønregulering vil ikke være gældende i en overenskomstfri periode, medmindre det eksplicit fremgår af de regler, som fastsættes i medfør af bemyndigelsesbestemmelsen i § 229. For tandlægehjælp, fysioterapi og andre områder med egenbetaling foreslås, at vilkårene for ydelserne kan fastlægges således, at det kan sikres, at borgerne i tilfælde, hvor der ikke forelægges en overenskomst, ikke bliver udsat for en større egenbetaling, end tilfældet vil være efter overenskomst.

Ministerens bemyndiges med den foreslåede bestemmelse til at kunne fastsætte regler for den samlede økonomiske ramme for ydelserne på det berørte overenskomstområde, samt regler om eventuel modregning eller tilbagebetaling ved overskridelse af denne ramme. Det forudsættes, at ministeren ved fastsættelsen af sådanne regler lægger sig op ad regler, som var gældende, før den overenskomstløse periode indtrådte, eller at det på anden vis sikres, at de økonomiske rammevilkår på det pågældende praksisområde i væsentlig grad svarer til de vilkår, som hidtil har været gældende.

### **3.6. Videreførelse af vilkår i en overgangsperiode**

#### **3.6.1 Gældende ret**

Den overordnede regulering af vilkårene for borgernes adgang til lægehjælp hos almen praktiserende læge fremgår af sundhedslovens kapitel 15. Det fremgår af § 59, at personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, skal vælge alment praktiserende læge og meddele det til kommunen. Af § 60 fremgår, at regionsrådet yder vederlagsfri behandling hos den valgte alment praktiserende læge til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, og at regionsrådet til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 2, yder tilskud til behandling hos alment praktiserende læge med samme beløb, som afholdes for tilsvarende lægehjælp til personer, omfattet af sikringsgruppe 1.

Retten til almen lægehjælp for gruppe 1- og gruppe 2-sikrede er yderligere reguleret i bekendtgørelse om behandling hos læge i praksissektoren, men selve detailreguleringen, herunder en række forhold, af direkte betydning for patienterne, fremgår af Overenskomst om almen praksis, som er indgået imellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation, jf. § 227 i sundhedsloven.

I forbindelse med den seneste ændring af overenskomsten, som trådte i kraft den 1. april 2011, blev der aftalt et såkaldt økonomiprokollat. Det blev heri aftalt, at den økonomiske ramme inden for almen lægegering udgøres af de samlede udgifter i årsopgørelsen vedr. 2010. Rammen omfatter alle udgifter i dag- og vagttid inkl. basishonorering og profylaktiske ydelser. Udgifter vedrørende de såkaldte § 2-aftaler er imidlertid ikke inkluderet i rammen.

Til rammen lægges løn- og prisregulering af honorarerne i henhold til overenskomstens bestemmelser herom (reguleringsprocenten), 75 mio. kr. pr. 1. april 2011 og yderligere 50 mio. kr. pr. 1. april 2012 vedr. generelle forpligtelser inden for kronikerområdet mv. (beløbet er opgjort i 1. april 2011 niveau) og 106 mio. kr. pr. 1. april 2011 og yderligere 108 mio. kr. fra 1. april 2012 (beløbet er opgjort i 1. april 2011 niveau).

Hvis de årlige udgifter til almen lægegering overstiger den aftalte ramme, skal der med virkning fra 1. oktober, efter opgørelsen foreligger, ske en modregning i reguleringsprocenten. Modregningen skal give kompensation, svarende til den konstaterede forskel mellem den aftalte økonomiske ramme og de faktiske udgifter. Der kan dog ikke blive tale om en nedsættelse af honorarer. I tilfælde af, at overskridelsen ikke fuldt ud kan modregnes i reguleringen pr. 1. oktober, overføres den manglende

modregning til efterfølgende reguleringer. Der er ikke fastsat nogen økonomisk ramme for perioden efter 31. marts 2013.

### *3.6.2 Overvejelser og lovforslag*

Når lovforslaget træder i kraft den 1. september 2013 vil fremtidens overordnede rammer for almen praksis på en række punkter blive ændret. Der vil derfor være behov for, at der indgås en ny aftale med organisationer af sundhedspersoner repræsenterende almen lægehjælp, jf. § 227, stk. 1, indenfor de nye reguleringsmæssige rammer. Regeringen finder det vigtigt, at parterne får god tid til indgå en ny aftale indenfor disse ændrede rammer. Ministeren bemyndiges derfor til at fastsætte, at bestemmelser, fastsat i medfør af lovforslagets § 1 træder i kraft på et senere tidspunkt, dog senest den 1. september 2014. Ministeren kan i den forbindelse beslutte, at dele af § 1 træder i kraft på et tidspunkt inden den 1. september 2014, fx hvis parterne indgår en aftale, som kan træde i kraft før den 1. september 2014.

Det foreslås endvidere, at de vilkår for lægehjælp i almen praksis, jf. § 227, stk. 1, jf. § 60, som fremgår af Overenskomst om almen praksis, herunder de gældende honorarer med aftalte reguleringer og Profylakseaftalen, videreføres uændret, indtil loven i sin helhed træder i kraft, det vil sige senest den 1. september 2014. Tilsvarende foreslås det, at økonomiprotokollatet, som udløb den 1. april 2013, gøres gældende i perioden fra lovens ikrafttræden den 1. september indtil en ny aftale og dermed loven som helhed kan træde i kraft, og altså senest den 1. september 2014.

Hvis ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter, at hele § 1 træder i kraft før den 1. september 2014, gælder overenskomsten og profylakseaftalen dog kun indtil dette tidspunkt, jf. stk. 3 og 4.

Ovenstående overgangsbestemmelser giver mulighed for, at parterne kan indgå aftaler der tager højde for de nye reguleringsmæssige rammer

## **3.7. Erstatningspligt efter lov om klage- og erstatningsansvar inden for sundhedsvæsenet**

### *3.7.1. Gældende ret*

Det fremgår bl.a. af lovens § 29, stk. 1, nr. 5, at den region, hvor en privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson har sin praksis, har pligt til at yde erstatning for skader forvoldt af vedkommende sundhedsperson efter lovens kapitel 3. Alment praktiserende læger får således, som reglerne er i dag, eventuelle patientskader finansieret af den region, hvori vedkommendes praksis er beliggende.

Med ændringen af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (lov nr. 1257 af 18. december 2012) forpligtes de private sygehuse, klinikker og speciallægepraksisser (uden speciale i almen medicin) til pr. 1. juli 2013 at betale erstatning til de patienter, som måtte få en skade i forbindelse med undersøgelse, behandling el.lign. på baggrund af sundhedslovens § 87 (det udvidede frie sygehusvalg), sundhedslovens §§ 87 a-d (udvidet ret til undersøgelse og behandling for psykisk syge børn og unge) og sundhedslovens §§ 87 e-h (udvidet ret til behandling af psykisk syge voksne) eller som er betalt af en fysisk eller juridisk person, som står uden for det offentlige sundhedsvæsen (fx behandlinger betalt af en sundhedsforsikring eller af patienten selv).

Desuden bliver de private sygehuse, klinikker og speciallægepraksisser forpligtet til at dække erstatninger efter lovens § 30, stk. 1, af en forsikring.

### *3.7.2. Overvejelser og lovforslag*

Med den oven for anførte ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet har de private sygehuse, klinikker og speciallægepraksisser ikke længere en mere fordelagtig stilling i forhold til patientskadeerstatningerne end de offentlige sygehuse. Det, at de private sygehuse, klinikker og speciallægepraksisser gives et økonomisk medansvar for patientskadeerstatningsordningen, vil også være med til fortsat at sikre patienterne sundhedsydelse af høj kvalitet.

De alment praktiserende læger er ikke omfattet af lovændringen, idet de alment praktiserende læger nærmest udelukkende leverer ydelser til borgerne på vegne af og betalt af regionerne og på den måde er en integreret del af det offentlige sundhedsvæsen. De alment praktiserende læger er i vidt omfang en del af regionernes planlagte behandlingsskapacitet, og det er på den baggrund fundet rimeligt, at det offentlige betaler for patientskaderne.

Forudsætningen for, at regionerne har erstatningspligten er tæt knyttet til, at lægerne leverer sundhedsydelser til det offentlige, på det offentliges regning. Alment praktiserende læger, der evt. ikke leverer ydelser for det offentlige inden for rammerne af sundhedsloven eller regler fastsat i medfør heraf, kan efter ministeriets vurdering, ikke længere anses for at være en del af det offentlige sundhedsvæsen, og ministeriet finder derfor ikke, at det offentlige (regionerne) skal afholde erstatningerne. Regeringen finder det således helt naturligt, at vedkommende læge ikke længere skal have patient-skadeerstatninger finansieret af det offentlige, men selv skal finansiere de skader, som sker efter behandling, undersøgelse el.lign., som er betalt direkte uden om det offentlige sundhedsvæsen (fx behandlinger betalt af en sundhedsforsikring eller af patienten selv).

Med lovforslaget fastsættes det derfor, at de privatpraktiserende speciallæger med speciale i almen medicin, som ikke yder vederlagsfri behandling efter sundhedsloven eller regler fastsat i medfør heraf, er forpligtet til at betale erstatning til de patienter, som måtte få en skade, som er opstået i forbindelse med undersøgelse, behandling el.lign. betalt direkte uden om det offentlige sundhedsvæsen. Med erstatningspligten følger en forsikringspligt på lige fod med de private sygehuse, klinikker og speciallægepraksisser.

### **3.8. Udnævnelse af medlemmer til Patientskadeankenævnet**

#### **3.8.1. Gældende ret**

Patientskadeankenævnet blev oprettet i forbindelse med etablering af Patient-skadeerstatningssystemet i 1992 (lov nr. 367 af 6. juni 1991), og bemandingen blev ændret ved lov nr. 1229 af 27. december 1996 og igen ved lov nr. 430 af 10. juni 2003.

Reglerne for sammensætning og udnævnelse af medlemmer til Patientskadeankenævnet findes i lovens § 34.

#### **3.8.2. Overvejelser og lovforslag**

Der foretages med dette lovforslag tekniske konsekvensændringer af bestemmelserne om sammensætningen af Patientskadeankenævnet.

I bemærkningerne til ændringen af klage- og erstatningsloven - lov nr. 1257 af 18. december 2012 om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet - fremgår det, at Danske Patienter repræsenteres i Patientskadeankenævnet. Med lovændringen skal der således udpeges 9 medlemmer, men der skal alene deltage 8 medlemmer i nævnsmøderne. De medlemmer, som er udpeget af Forbrugerrådet, Danske Handicaporganisationer og Danske Patienter skiftes således til at deltage på nævnsmøderne med 2 medlemmer.

Af det endelige lovforslag fremgår det imidlertid af bestemmelsens ordlyd, at Forbrugerrådet, Danske Handicaporganisationer og Danske Patienter udpeger 3 lægmandsrepræsentanter. Dette korrigeres med lovforslaget, således at der ikke opstår tvivl om, at Forbrugerrådet, Danske Handicaporganisationer og Danske Patienter i fællesskab udpeger 2 repræsentanter til Patientskadeankenævnet i forening.

Danske Patienter bliver endvidere tilføjet i § 34, stk. 2, hvoraf det fremgår, hvem der har ret til at udpege medlemmer af Patientskadeankenævnet.

### **4. Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige**

Lovforslaget medfører, at regionerne ikke vil have udgifter til patientskadeerstatninger i tilfælde af skader efter behandling, undersøgelse el.lign., som er betalt direkte uden om det offentlige sundhedsvæsen udført af privatpraktiserende speciallæger med speciale i almen medicin, som ikke yder vederlagsfri behandling efter sundhedsloven eller regler fastsat i medfør heraf. Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at opgøre regionernes mindreudgifter.

### **5. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet**

Lovforslaget medfører, at privatpraktiserende speciallæger med speciale i almen medicin, som ikke yder vederlagsfri behandling efter sundhedsloven eller regler fastsat i medfør heraf, bliver pålagt at finansiere de patient-skader, der sker i forbindelse med deres behandling af patienter betalt direkte uden om det offentlige sundhedsvæsen. I loven kræves det, at dette sker ved oprettelse af en forsikring.

Det er på nuværende tidspunkt er usikkert, hvor mange privatpraktiserende speciallæger med speciale i almen medicin, der vil omfattes af § 29, stk. 1, nr. 8.

## 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

Lovforslaget har været i høring hos følgende myndigheder og organisationer m.fl.:

Bedre Psykiatri, Brancheforeningen for privathospitaler og klinikker, Danmarks Apotekerforening, Dansk Erhverv, Dansk Handicapforbund, Dansk Industri, Dansk IT – Råd for IT- og persondatasikkerhed, Dansk Kiropraktor Forening, Dansk Kvindesamfund, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Psykolog Forening, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Folkesundhed, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Tandlægeforening, Dansk Tandplejerforening, Danske Bioanalytikere, Danske Fysioterapeuter, Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter, Danske Regioner, Datatilsynet, De Offentlige Tandlæger, Den Nationale Videnskabetiske Komité, Det Centrale Handicapråd, Det Ethiske Råd, Diabetesforeningen, Ergoterapeutforeningen, Farmakonomforeningen, FOA, Forbrugerrådet, Foreningen af Fodterapeuter, Foreningen af Kliniske Diætister, Foreningen af Parallelimportører af Lægemidler, Foreningen af Radiografer i Danmark, Foreningen af Speciallæger, Forsikring & Pension, Færøernes Landsstyre, Gigtforeningen, Grønlands Selvstyre, Hjernesagen, Hjertereforeningen, Hospice Forum Danmark, Institut for Menneskerettigheder, Jordemoderforeningen, KL, Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere, Landsforeningen for Bedre Hørelse, Landsforeningen for Ufrivilligt Barnløse, Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskaade, Landsforeningen SIND, Lægeforeningen, Lægemedelindustriforeningen (LIF), Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber, Patientforeningen i Danmark, Patientforsikringen, Patientombuddet, Pharmadanmarck, Praktiserende Lægers Organisation, Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Rigsombudsmanden på Færøerne, Rigsombudsmanden på Grønland, Rigsrevisionen, RKKP – databasernes fællessekretariat, Scleroseforeningen, Sjældne Diagnoser, Statsforvaltningen Hovedstaden, Statsforvaltningen Midtjylland, Statsforvaltningen Nordjylland, Statsforvaltningen Sjælland, Statsforvaltningen Syddanmark, Sundhedsstyrelsen, Tandlægeforeningen, Team Danmark, VaccinationsForum, Videnscenter for Handicap og Socialpsykiatri, Yngre Læger, ÆldreForum, Ældremobiliseringen, Ældresagen, 3F.

## 10. Sammenfattende skema

Vurdering af konsekvenser af lovforslaget

	Positive konsekvenser / mindre udgifter	Negative konsekvenser / merudgifter
Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige	Lovforslaget medfører, at regionerne ikke vil have udgifter til patientskadeerstatninger i tilfælde af skader efter behandling, undersøgelse el.lign., som er betalt direkte	Ingen

	uden om det offentlige sundhedsvæsen udført af privatpraktiserende speciallæger med speciale i almen medicin, som ikke yder vederlagsfri behandling efter sundhedsloven eller regler fastsat i medfør heraf. Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at opgøre regionernes mindredgifter.	
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	<p>Lovforslaget medfører, at privatpraktiserende speciallæger med speciale i almen medicin, som ikke yder vederlagsfri behandling efter sundhedsloven eller regler fastsat i medfør heraf, bliver pålagt at finansiere de patient-skader, der sker i forbindelse med deres behandling af patienter betalt direkte uden om det offentlige sundhedsvæsen. I loven kræves det, at dette sker ved oprettelse af en forsikring.</p> <p>Det er på nuværende tidspunkt er usikkert, hvor mange privatpraktiserende speciallæger med speciale i almen medicin, der vil omfattes af § 29, stk. 1, nr. 8.</p>
Administrative konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	Ingen
Miljømæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for borgerne	Ingen	Ingen
Forholdet til EU-retten	Lovforslaget indeholder ingen EU-retlige aspekter	

#### Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

##### Til § 1

###### Til nr. 1 (sundhedslovens § 57, stk. 1)

Den foreslåede bestemmelse er en præcisering af regionernes myndighedsansvar for at tilvejebringe og sikre tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner.

Ved ”praktiserende sundhedspersoner” forstås sundhedspersoner, der virker (som selvstændigt erhvervsdrivende eller ansatte i praksis) på baggrund af overenskomster, indgået imellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og organisationer af sundhedspersoner, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, og andre sundhedspersoner i praksissektoren, der ejer eller er ansat i praksis, der er etableret i henhold til de bestemmelser, der følger af lovforslagets § 1, nr. 10 (sundhedslovens § 227, stk. 3 – 5).

At leve op til ansvar for at tilvejebringe og sikre behandlingstilbud hos private leverandører forudsætter, at myndigheden har kompetencen til at planlægge, beskrive og følge op på opgaveløsningen, som den er aftalt med leverandørerne.

Tilsvarende indebærer myndighedsansvaret en forpligtelse for regionerne til effektivt at kontrollere og sanktionere, hvis de ydere i praksissektoren, som leverer ydelser til regionerne, ikke leverer de

aftalte opgaver til den aftalte pris. Det følger desuden af myndighedsansvaret, at regionerne skal sikre en effektiv lægedækning, herunder en hensigtsmæssig lægedækning i yderområder og andre områder, hvor det kan være vanskeligt at rekruttere læger. Regionerne har desuden en forpligtelse til at sikre en effektiv udnyttelse af de ressourcer, som bruges til finansiering af behandling i praksissektoren, fx ved sikring af løbende produktivitetsforbedringer.

*Til nr. 2 (sundhedslovens § 57, stk. 2)*

Muligheden for at etablere og drive regionale klinikker, som den fremgår af sundhedslovens § 57, stk. 2, blev hjemlet ved lov nr. 603 af 18. juni 2012. Bestemmelsen i § 57, stk. 2, foreslås ophævet. Regionerne vil fortsat kunne oprette og drive klinikker, men det vil fremover skulle ske i overensstemmelse med reglerne i den foreslåede bestemmelse i § 227, stk. 5, som affattet ved dette lovforslags § 1, nr. 9.

*Til nr. 3 (sundhedslovens § 59, stk. 3)*

Bemyndigelsen i sundhedslovens § 59, stk. 3, vil blive anvendt til at fastsætte bestemmelser vedrørende borgernes valg af læge.

Bestemmelsen vil bl.a. blive anvendt til at fastsætte nærmere regler om mindreåriges valg af læge, om bevægelseshæmmedes adgang til valg af læge, om kommunens oplysningspligt i forbindelse med valg af læge, om forholdene i forbindelse med lægeskift, om lægernes mulighed for at frasige sig patienter, f.eks. voldelige og truende patienter m.v. Bestemmelsen vil endvidere blive anvendt til at regulere lægevalget for mindreårige.

Bestemmelsen vil endvidere blive anvendt til at regulere afstandskriterierne i forbindelse med valg af læge, som i dag fremgår af Overenskomst om almen praksis. Den gældende overenskomst indeholder geografiske restriktioner i forhold til gruppe 1-sikredes valg af læge. Det fremgår således af overenskomsten, at såfremt afstanden imellem borgerens bopæl og lægens praksis er større end 15 km (5 km i hovedstadsområdet) ad nærmeste offentlige vej, kan lægen afvise at få tilmeldt borgeren. Denne begrænsning vil blive ophævet, dog således, at borgere, der vælger en læge langt fra egen bopæl, ikke vil have krav på at få hjemmebesøg af den valgte læge. Bemyndigelsesbestemmelsen vil blive anvendt til at fastsætte nærmere regler herom.

*Til nr. 4 (sundhedslovens § 60, stk. 3)*

En række bestemmelser vedrørende patienternes rettigheder og pligter i forbindelse med retten til lægehjælp hos en alment praktiserende læge fremgår i dag af den gældende overenskomst om almen praksis. Med den foreslåede bestemmelse bemyndiges ministeren for sundhed og forebyggelse til at fastsætte nærmere regler om vilkårene for gruppe 1-sikredes adgang til behandling hos alment praktiserende læge, herunder om retten til planlagt og akut lægehjælp i dag- og vagttid, om tilgængelighed, om betingelserne for retten til at modtage sygebesøg, om legitimationskrav, om forpligtelsen til at overholde tidsaftaler m.v.

*Til nr. 5 (sundhedslovens § 195, stk. 2)*

I forslaget til § 195, stk. 2, pålægges praktiserende sundhedspersoner at afgive de oplysninger, der er nødvendige til at føre kontrol med, om de honorarer, der er udbetalt, er udbetalt korrekt. Regionsrådene får endvidere med den foreslåede bestemmelse hjemmel til at anmode praktiserende sundhedspersoner om oplysninger, som er nødvendige for regionens planlægning af aktiviteten i praksissektoren. Endeligt etableres hjemmel til, at regionsrådene kan anmode om oplysninger, som er nødvendige for, at regionen kan foretage kvalitetssikring af de ydelser, som leveres af ydere i praksissektoren. Det er sundhedspersonens ansvar at sikre, at de videregivne oplysninger er korrekte.

Bestemmelsen vedrører alle oplysninger om virksomheden, herunder også oplysninger om aktivitet, omkostninger og ressourceanvendelse, finansielle oplysninger m.v. Oplysninger indhentet ved kodning af henvendelsesårsagen og under anvendelsen af det såkaldte datafangstmodul er, hvis regionen skønner det nødvendigt, omfattet af bestemmelsen. Disse data kan foreligge på individniveau, men må ikke være personhenførbare.

Se endvidere de almindelige bemærkninger pkt. 3.4.2 og de specielle bemærkninger til nr. 12 (§ 231 e)

*Til nr. 6 (sundhedslovens § 204, stk. 2 - 4)*



*Stk. 2*

Med bestemmelsen foreslås, at der i hver region nedsættes et praksisplanudvalg, der skal forestå udarbejdelsen af udkast til praksisplaner vedrørende almen praksis, jf. § 231 a. Praksisplanudvalget består af repræsentanter fra regionsrådet og repræsentanter fra kommunalbestyrelserne i regionen. Regionsrådet og kommunalbestyrelserne beslutter i fællesskab sammensætningen af praksisplanudvalget.

Hvor ikke andet er aftalt, består udvalget af 5 medlemmer, udpeget blandt kommunalbestyrelsesmedlemmer fra kommunerne i regionen, og 3 medlemmer fra regionsrådet. Denne fordeling af medlemmer i praksisplanudvalget skal også bringes i anvendelse, hvis det - mod forventning - ikke lykkes de involverede parter, at nå til enighed om sammensætningen i praksisplanudvalget.

Det foreslås i bestemmelsen, at regionsrådet har formandskabet og sekretariatsbetjener udvalget. Praksisplanudvalget udarbejder udkast til praksisplaner. Det forudsættes i bestemmelsen, at der skal tilstræbes enighed imellem kommunalbestyrelserne og regionsrådet om den endelige udformning af praksisplanen. Er det ikke muligt at opnå enighed, tilfalder den endelige beslutning vedrørende praksisplanens udformning dog regionsrådet.

*Stk. 3.*

Af forslaget til § 204, stk. 3, fremgår, at der i hver region skal nedsættes et fagligt rådgivningsudvalg vedrørende almen praksis, som sundhedskoordinationsudvalget, jf. § 204, stk. 1, og praksisplanudvalget, jf. forslaget til ny § 204, stk. 2, drøfter faglige problemstillinger m.v. med. Det faglige rådgivningsudvalg består af repræsentanter for de privatpraktiserende læger, som praktiserer i regionen efter overenskomst. Derudover består udvalget af repræsentanter, udpeget af regionsrådet, og repræsentanter, udpeget af kommunalbestyrelserne i regionen.

Udvalget skal bistå og rådgive praksisplanudvalget i forbindelse med udarbejdelsen og den løbende tilpasning af praksisplanerne vedrørende almen praksis, ligesom udvalget skal bistå og rådgive sundhedskoordinationsudvalget i faglige spørgsmål vedrørende almen praksis. Der er således tale om rådgivning i faglige spørgsmål, hvorfor det forudsættes, at udvalget bemannes med medlemmer, der har de nødvendige faglige kompetencer.

*Stk. 4.*

I forslaget til stk. 4 fastsættes, at der i hver region nedsættes et patientinddragelsesudvalg, som sundhedskoordinationsudvalget og praksisplanudvalget systematisk og i relevant omfang skal inddrage i drøftelserne af emner, der ligger indenfor disse udvalgs områder. Patientinddragelsesudvalget skal bestå af repræsentanter fra patient- og pårørendeorganisationer. Det forudsættes, at patientinddragelsesudvalget kommer til at bestå af personer, der repræsenterer patienter med såvel legemlige (somatiske) lidelser som psykiske lidelser.

*Til nr. 7 (sundhedslovens § 204, stk. 5)*

Med den foreslåede ændring udvides bemyndigelsen i sundhedslovens § 204, stk. 2, som efter forslaget bliver stk. 5, til også at omfatte praksisplanudvalget, det faglige rådgivningsudvalg og patientinddragelsesudvalget. Ministeren for sundhed og forebyggelse vil bl.a. anvende bemyndigelsen til at fastsætte nærmere regler om sammensætningen af udvalgene og samspillet imellem de forskellige udvalg.

*Til nr. 8 (overskriften efter sundhedslovens § 226)*

Det foreslås, at underoverskriften til kapitel 70 ændres som en konsekvens af, at der indføres nye organisationsformer m.v. i almen praksis, jf. forslaget til ny § 227, stk. 2 – 6. Se bemærkningerne til nr. 9 nedenfor.

*Til nr. 9 (sundhedslovens § 227, stk. 1)*

I henhold til den nuværende affatning af § 227, stk. 1, afslutter Regionernes Lønnings- og Takstnævn overenskomster med organisationer af sundhedspersoner om vilkårene for en række ydelser i praksissektoren.

Med den foreslåede tilføjelse til bestemmelsen (§ 227, stk. 1, 2. punktum) præciseres, at vilkår, der er fastsat i sundhedsloven som bindende vilkår, ikke kan fraviges ved de i stk. 1, 1. punktum, nævnte

overenskomster. Det drejer sig f.eks. om regler om lægevalg fastsat i medfør af forslaget til ny affattelse af § 59, stk. 3 og vilkårene for lægehjælp fastsat i medfør af forslaget til § 60, stk. 4. Det drejer sig endvidere om områder, hvor kompetencen i henhold til loven er tillagt sundhedsmyndighederne, fx i forbindelse med udarbejdelsen af praksisplanerne i henhold til § 230 a, jf. § 204, stk. 2, og obligatoriske opgaver for alment praktiserende læger, jf. forslaget til kapitel 70 b.

*Til nr. 10 (sundhedslovens § 227, stk. 2 – 5)*

*Stk. 2.*

Ydernumre, der hidrører fra praksis, som hidtil har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, og som regionsrådet har fået overdraget, kan regionsrådet, jf. § 227, stk. 2, sælge til læger, som vil praktisere i henhold til overenskomsten. 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 overenskomsten. Med den foreslåede bestemmelse vil salg af ydernumre kunne ske til læger, som allerede har et ydernummer. En læge kan eje op til 6 ydernumre, som er erhvervet på denne måde

Bestemmelsen regulerer alene forholdene i forbindelse med overdragelse fra regionen til en yder, der ønsker at praktisere indenfor rammerne af overenskomsten, jf. § 227, stk. 1, og ikke forholdene i de situationer, hvor der sker overdragelse direkte fra en læge, der praktiserer under overenskomsten, til en anden læge, der på baggrund af ydernummeret fremover vil praktisere i henhold til overenskomsten, fx i forbindelse med den hidtidige læge ønsker at ophøre med at praktisere i forbindelse med pensionering. Overdragelse i disse tilfælde vil som hidtil foregå på de vilkår, der fremgår af overenskomsten.

*Stk. 3 - 4*

Af forslaget til § 227, stk. 3, fremgår, at regionen kan foretage offentligt udbud af drift af praksis, som hidtil har leveret almen medicinske ydelser, og som regionsrådet har fået overdraget. Regionsrådet kan desuden foretage offentligt udbud af drift af praksis vedrørende nye ydernumre, som regionen har oprettet. Endeligt kan regionsrådet som led i praksisplanlægningen opkøbe eksisterende praksis og udbyde driften af disse.

Udbud skal foregå på åbne, objektive og ikke diskriminerende vilkår, og skal tilrettelægges på en sådan måde, at eventuelle bud kan sammenlignes med, hvad en offentlig drevet enhed vil koste. Regionsrådet har mulighed for at kassere et bud, hvis omkostningerne er væsentlig højere i en sammenligning.

*Stk. 5.*

Forslaget til § 227, stk. 5, skaber hjemmel til, at regionsrådet i visse tilfælde selv kan etablere et midlertidigt tilbud. Dette kan alene ske, hvis der ikke er private leverandører, der deltager i udbud af drift af praksis, foretaget i henhold til forslaget til stk. 2, eller regionsrådet har kasseret bud i henhold til forslaget til stk. 4, 2. pkt. Under iagttagelse af disse betingelser kan regionsrådet selv etablere et midlertidigt tilbud i en periode på op til 4 år. Et regionsråd, der ønsker at fortsætte driften af et midlertidigt tilbud efter udløbet af 4-årsperioden, kan alene gøre dette, hvis det ikke er muligt at sælge til en læge efter reglerne i stk. 2 eller at afsætte driften af tilbuddet via udbud, foretaget efter reglerne i stk. 3 og 4, og stk. 5, 1. pkt.

Der er tale om en fakultativ adgang for regionsrådet til at foretage udbud, jf. § 227, stk. 3 og 4, og til selv at etablere et midlertidigt tilbud, jf. § 227, stk. 5. Ledigblevne ydernumre vil som hidtil og i uændret omfang af regionen kunne overdrages til læger, der ønsker at praktisere indenfor de overenskomstmæssige rammer, jf. § 227, stk. 1, 1. punktum, jf. § 60, stk. 1.

*Til nr. 11 (sundhedslovens § 229)*

Hjemlen til at fastsætte regler i en overenskomstløs periode vedrører alle de praksisområder, som Regionernes Lønnings- og Takstnavn har indgået overenskomst på, jf. § 227.

Ministeren bemyndiges til at fastsætte regler om størrelsen af honorarerne for de enkelte ydelser, herunder særlige grund- eller basishonorarer. Der etableres endvidere hjemmel til at nedsætte honorarerne i tilfælde af væsentligt øget aktivitet i en overenskomstløs periode, der ikke kan forklares med et øget behov for sundhedsydelser på grund af fx en epidemi. Nedsættelsen af honorarerne for de enkelte ydelser kan alene ske fremadrettet, dvs., at ministeren ikke kan fastsætte regler om, at nedsættelsen kan ske for ydelser, som allerede er leveret.

Ministeren kan som betingelse for udbetaling af honorar til sundhedspersonen forlange, at forpligtelser, der hidtil har været pålagt modtageren, fortsat iagttages, for eksempel fortsat anvendelse af det hidtil brugte afregningssystem, fortsat indberetning af de pågældende ydelser m.v.. Det kan endvidere fastsættes, at det er en betingelse for at modtage en eventuel grund- eller basisydelse, at modtageren af honoraret holder åbent, har telefontid m.v..

Den foreslåede bestemmelse giver endvidere hjemmel til at fastsætte regler om, at honorarerne ikke må overstige de til enhver tid gældende tilskudsbeløb. Eventuelle overenskomstbestemmelser om automatisk pris- og lønregulering vil ikke være gældende i en overenskomstfri periode, medmindre det eksplicit fremgår af de regler, som fastsættes i medfør af bemyndigelsesbestemmelsen i § 229. For tandlægehjælp, fysioterapi og andre områder med egenbetaling foreslås, at vilkårene for ydelserne kan fastlægges således, at det kan sikres, at borgerne i tilfælde, hvor der ikke forelægges en overenskomst, ikke bliver udsat for en større egenbetaling for tandlægehjælp mv. end tilfældet vil være efter overenskomst.

Ministeren bemyndiges med den foreslåede bestemmelse til at kunne fastsætte regler for den samlede økonomiske ramme for ydelserne på det berørte overenskomstområde, samt regler om eventuel mod-regning eller tilbagebetaling ved overskridelse af denne ramme. Det forudsættes, at ministeren ved fastsættelsen af sådanne regler lægger sig op ad regler, som var gældende før den overenskomstløse periode indtrådte, eller at det på anden vis sikres, at de økonomiske rammevilkår på det pågældende praksisområde i væsentlig grad svarer til de vilkår, som hidtil har været gældende.

#### *Til nr. 12 (sundhedslovens §§ 231 a – 231 f)*

##### *§§ 231 a – 231 c*

De foreslåede bestemmelser i §§ 231 a – 231 c indeholder nye bestemmelser vedrørende planlægningskompetence m.v. i forhold til almen praksis, hvor omdrejningspunktet bliver praksisplanerne.

Det følger af forslaget til § 231 a, at praksisplanen skal ligge inden for rammerne af regionens sundhedsplan, jf. § 206, for tilrettelæggelsen af den almen medicinske lægebetjening i regionen svarende til den kommunale valgperiode. Praksisplanen skal revideres i valgperioden, hvis der sker væsentlige ændringer i dens forudsætninger. Det vil bero på en konkret vurdering, hvornår der er sket så væsentlige ændringer, at en eventuel revision er påkrævet. Det kan f.eks. være ændringer i praksissektoren, det øvrige sundhedsvæsen, ændringer i befolkningssammensætning og demografi i områder indenfor den enkelte region eller kommuner beliggende i regionen, f.eks. etablering af nye bydele m.v.

Forud for udarbejdelse af praksisplanen skal der gennemføres en høring blandt kommunerne i regionen, jf. forslaget til § 231 a, stk. 2, og praksisplanen skal inden iværksættelsen forelægges for sundhedskoordinationsudvalget. Inden praksisplanen udarbejdes eller revideres, skal der ske en høring af de praksis, der yder vederlagsfri almen medicinsk behandling til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, jf. § 60, og planen skal inden iværksættelsen drøftes med det faglige rådgivningsudvalg, jf. § 204, stk. 3.

Det følger af forslaget til § 231 b, at regionsrådet på baggrund af praksisplanen beslutter placeringen af de klinikker, hvorfra der i henhold til et ydernummer ydes vederlagsfri behandling til personer omfattet af sikringsgruppe 1. Praksisplanen ikke kan bruges til at flytte eller nedlægge allerede placerede praksisser.

Regionernes beslutningskompetence vedrørende den fysiske placering reflekteres endvidere af forslaget til § 231 b, stk. 2, hvoraf det fremgår, at indehavere af ydernumre, der ønsker at flytte praksis, skal indhente regionsrådets godkendelse. Godkendelse skal meddeles, hvis flytningen ikke ændrer forudsætningerne for praksisplanen eller er i strid med denne, jf. § 231 a. Ved godkendelse efter stk. 2 bør tages hensyn til, om den pågældende - før reglernes ikrafttræden - har disponeret i tillid til muligheden for at flytte. Regionsrådet skal konkret kunne begrunde, at flytningen enten ændrer forudsætningerne for praksisplanen eller, at flytningen er i strid med denne, hvis der skal meddeles afslag på flytning.

##### *§§ 231 d – 231 f*

Der foreslås indsat et nyt kapitel 70 b, hvor en række obligatoriske opgaver for alment praktiserende læger fastsættes.

##### *§ 231 d*

Det følger af forslaget til § 231 d, at alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede, jf. § 60, er forpligtede til fra mandag til og med fredag i dagtiden at aflægge sygebesøg, hvis henvendelsen om sygebesøg efter lægens vurdering af sygdommen og/eller forholdene i øvrigt nødvendiggør besøg.

Forlaget til § 231 d, stk. 2, indeholder en bemyndigelse til ministeren for sundhed og forebyggelse til at fastsætte nærmere regler om pligten til sygebesøg, herunder om undtagelser fra denne pligt på grund af afstandskriterier m.v. Denne bestemmelse vil bl.a. blive anvendt til at fastsætte en bestemmelse om, at der ikke er pligt til at aflægge sygebesøg, hvis borgerne vælger at være tilknyttet en læge, hvis praksis er beliggende mere end et nærmere defineret antal km fra borgerens hjem. Denne grænse vil aktuelt blive fastsat til 15 km. Se endvidere de specielle bemærkninger til dette lovforslags § 1, nr. 2.

#### § 231 e

I forslaget til § 231 e fastlægges, at alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede patienter, jf. § 60, er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med opdateret viden og nationale faglige retningslinjer, pakkeforløb m.v. vedrørende specifikke sygdomme m.v.

Denne bestemmelse sigter på at præcisere, at de praktiserende læger skal udøve deres sundhedsfaglige virksomhed i overensstemmelse med bl.a. 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. autorisationslovens § 17. Det er således ikke hensigten med den foreslåede bestemmelse at ændre den norm for almindelig anerkendt faglig standard, som ligger bag bestemmelsen i autorisationslovens § 17.

Det fremgår endvidere af forslaget, at de alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede patienter, er forpligtede til at udføre deres virksomhed i overensstemmelse med sundhedsaftaler, der er indgået imellem regioner og kommuner, jf. § 205 i sundhedsloven, herunder forløbsprogrammer m.v., der indgår som en del af sundhedsaftalerne. Almen praksis bliver herved forpligtet til følge forløbsprogrammer om f.eks. behandling af patienter med kroniske sygdomme. Den konkrete behandling af den enkelte patient i almen praksis vil stadig bero på en konkret sundhedsfaglig vurdering og skal ske under iagttagelse af bestemmelserne om ”omhu og samvittighedsfuldhed”, jf. autorisationslovens § 17.

#### § 231 f.

Alment praktiserende læger, der yder behandling til gruppe 1-sikrede personer, jf. § 60, stk. 1, skal foretage kodning af alle henvendelser til almen praksis og anvende datafangst. Bestemmelsen skal ses i sammenhæng med forslaget til ny bestemmelse i § 195, stk. 2, og medfører data, som er tilvejebragt på baggrund af kodning om henvendelsesårsager og datafangst, jf. stk. 1, skal stilles til rådighed for regionerne, jf. § 195, stk. 2. Se de specielle bemærkninger til lovforslagets § 1, nr. 4.

Det foreslås endvidere, at de alment praktiserende læger skal offentliggøre oplysninger om praksis, der er relevante i forbindelse med borgernes valg af læge.

Lovforslaget indeholder bemyndigelse til, at ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om kodning og datafangst. Vedrørende udmøntningen af denne bemyndigelsesbestemmelse, se de almindelige bemærkninger pkt. 3.4.

Bemyndigelsen til at fastsætte nærmere regler om offentliggørelse af oplysninger om praksis vil bl.a. blive anvendt til at fastsætte regler om, at de obligatoriske patienttilfredshedsundersøgelser gøres offentligt tilgængelige på praksisniveau. De nuværende obligatoriske praksisdeklarationsoplysninger skal endvidere udbygges bl.a. med oplysninger om efteruddannelse, hvilket der vil blive fastsat regler om.

#### Til nr. 12 (sundhedslovens § 273 a)

Bestemmelsen giver ministeren for sundhed og forebyggelse beføjelse til at fastsætte bestemmelser om bødestraf for overtrædelse af bestemmelser udstedt i medfør af §§ 195, 196 og 231 e.

#### Til § 2

#### Til nr. 1 (§ 29, stk. 1, nr. 5, 2. pkt.)

Om baggrunden for bestemmelsen henvises til lovforslagets almindelige bemærkninger, jf. pkt. 3.7.

Med bestemmelsen foreslås det, at det ikke længere er den region, hvor en privatpraktiserende speciallæge med speciale i almen medicin, som ikke yder vederlagsfri behandling efter sundhedsloven eller regler fastsat i medfør heraf, er beliggende, som er erstatningsansvarlig for patientskader.

*Til nr. 2 (§ 29, stk. 1, nr. 8)*

Om baggrunden for bestemmelsen henvises til lovforslagets almindelige bemærkninger, jf. pkt. 3.7.

Med bestemmelsen foreslås det at begrænse regionernes erstatningspligt for behandlinger, undersøgelser el.lign. betalt direkte uden om det offentlige sundhedsvæsen foretaget af en privatpraktiserende speciallæger med speciale i almen medicin, som ikke yder vederlagsfri behandling efter sundhedsloven eller regler fastsat i medfør heraf. Samtidig gøres disse alment praktiserende læger erstatningspligtige for de pågældende skader. Erstatningspligten skal være dækket af en forsikring.

*Til nr. 3 (§ 34, stk. 2)*

Med bestemmelsen foreslås det, at der foretages en teknisk ændring, således at Danske Patienter formelt får kompetencen til at udpege medlemmer af Patientskadeankenævnet.

*Til nr. 4 (§ 34, stk. 4, nr. 6)*

Med bestemmelsen foreslås det, at der foretages en teknisk ændring, hvorved antallet af medlemmer udpeget af Forbrugerrådet, Danske Handicaporganisationer og Danske Patienter, ved nedsættelse af de enkelte nævnsafdelinger i Patientskadeankenævnet, ændres fra 3 til 2 i overensstemmelse med bemærkningerne til lov nr. 1257 af 18. december 2012 om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

### *Til § 3*

Stk. 1.

Det foreslås, at loven træder i kraft den 1. september 2013.

Stk. 2 – 6.

Ministeren bemyndiges til at fastsætte, at bestemmelserne, fastsat i medfør af lovforslagets § 1, kan træde i kraft på senere tidspunkter, dog senest den 1. september 2014. Ministeren vil f.eks. anvende bemyndigelsen til at beslutte, at § 1 helt eller delvist skal træde i kraft før den 1. september 2014, hvis der mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og organisationer af sundhedspersoner repræsenterende almen lægehjælp indgås en aftale indenfor de nye reguleringsmæssige rammer, som kan træde i kraft før den 1. september 2014.

Det foreslås endvidere, at indtil loven i sin helhed træder i kraft, vil de vilkår for lægehjælp i almen praksis, som i dag fremgår af Overenskomst om almen praksis, herunder de gældende honorarer med aftalte reguleringer og Profylakseaftalen, videreføres uændret. Tilsvarende foreslås det, at økonomiprokollatet, som udløb den 1. april 2013, er gældende i perioden fra lovens ikrafttræden den 1. september 2013, indtil der er indgået en ny aftale. Den økonomiske ramme, der var fastsat i et økonomiprokollat til Overenskomst om almen praksis, var begrænset til en fikseret tidsperiode. Den økonomiske ramme, der vil være gældende i den periode, hvor økonomiprokollatet skal være gældende i henhold til stk. 4, skal svare til en forholdsmæssig del af den ramme, som var fastsat i økonomiprokollatet.

Hvis der indgås en ny aftale mellem parterne, som træder i kraft før 1. september 2014, og ministeren for sundhed og forebyggelse i lyset heraf fastsætter, at hele § 1 træder i kraft samtidig med denne nye aftale og altså før den 1. september 2014, gælder overenskomsten og profylakseaftalen dog kun frem til det af ministeren fastsatte ikrafttrædelsestidspunkt, jf. stk. 3 og 4.

Med bestemmelsen i stk. 6, træder § 2 i kraft den 1. juli 2013.

### *Til § 4*

Bestemmelsen fastsætter lovens territoriale gyldighedsområde.

## Bilag 1

### Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

<i>Gældende formulering</i>	<i>Lovforslaget</i>
<p>§ 57. Regionsrådet har ansvaret for at tilvejebringe tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner efter afsnit V.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Hvis det ikke er muligt at opfylde forpligtelsen til at tilvejebringe tilbud om behandling hos alment praktiserende læger, jf. § 60, stk. 1, der er privat praktiserende, efter overenskomst, jf. § 227, kan et regionsråd selv etablere og drive klinikker til brug herfor.</p> <p>§ 59. Personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, skal vælge alment praktiserende læge og meddele det til kommunen.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Personer mellem 15 og 18 år kan vælge alment praktiserende læge uden</p>	<p>§ 1</p> <p>I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, som senest ændret ved lov nr. 361 af 9. april 2013, foretages følgende ændringer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. I § 57, <i>stk. 1</i>, indsættes efter ”tilvejebringe”: ”og sikre”.</li> <li>2. § 57, <i>stk. 2</i>, ophæves.</li> <li>3. § 59, <i>stk. 3</i>, affattes således:</li> </ol>

<p>samtykke fra forældremyndighedens indehaver eller værge.</p> <p><i>Stk. 3.</i> Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om valg af alment praktiserende læge.</p> <p><b>§ 60.</b> Regionsrådet yder vederlagsfri behandling hos den valgte alment praktiserende læge til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 2, yder regionsrådet tilskud til behandling hos alment praktiserende læge med samme beløb, som afholdes for tilsvarende lægehjælp til personer omfattet af sikringsgruppe 1.</p> <p><b>§ 195.</b> Det påhviler regionsråd, kommunalbestyrelser, praktiserende sundhedspersoner og de private personer eller institutioner, der driver sygehuse m.v., at give oplysning om virksomheden til de centrale sundhedsmyndigheder m.fl. efter nærmere af ministeren for sundhed og forebyggelse fastsatte regler.</p> <p><b>§ 204.</b> Regionsrådet nedsætter i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen et sundhedskoordinationsudvalg vedrørende den regionale og kommunale indsats på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om det i stk. 1 nævnte sundhedskoordinationsudvalg, herunder om sammensætning og formandskab m.v.</p>	<p><i>”Stk. 3.</i> Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om gruppe 1-sikrede personers valg af læge, herunder i forbindelse med lægeskifte.”</p> <p>4. I § 60 indsættes som <i>stk. 3:</i>  <i>”Stk. 3.</i> Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om gruppe 1-sikrede personers ret til vederlagsfri behandling hos alment praktiserende læge, herunder i tilfælde af akut opstået sygdom, om sygebesøg m.v.”</p> <p>5. I § 195 indsættes som <i>stk. 2:</i>  <i>”Stk. 2.</i> Praktiserende sundhedspersoner skal afgive de oplysninger til regionsrådene, som er nødvendige for disse myndigheders varetagelse af opgaver med planlægning, kvalitetssikring, kontrol af udbetalte tilskud og honorarer m.v. efter nærmere regler fastsat af ministeren for sundhed og forebyggelse.”</p> <p>6. I § 204 indsættes efter stk. 1 som nye stykker 2 - 4:  <i>”Stk. 2.</i> I hver region nedsættes et praksisplanudvalg, der skal forestå udarbejdelsen af praksisplaner for almen praksis, jf. § 231 a. Praksisplanudvalget består af repræsentanter fra regionsrådet og repræsentanter fra kommunalbestyrelserne i regionen. Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen beslutter sammensætningen af udvalget. Hvor ikke andet er aftalt, består udvalget af 5 medlemmer, udpeget blandt kommunalbestyrelsesmedlemmer fra kommunerne i regionen, og 3 medlemmer fra regionsrådet. Regionsrådet varetager formandskabet og sekretariatsbetjener udvalget. Der skal tilstræbes enighed i udvalget om den endelige udformning af praksisplanen. Er det ikke muligt at opnå enighed, tilfalder den endelige</p>
--	---

<p style="text-align: center;">Kapitel 70</p> <p style="text-align: center;"><i>Overenskomster m.v.</i></p> <p>§ 227. Det i henhold til § 37 i lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udvalgsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab nedsatte nævn afslutter overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkårene for de i §§ 50, 58-60, 64-69, 71 og 72, § 140 a, stk. 1, og §§ 140 b, 159 og 175 nævnte ydelser.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Ministeren for sundhed og forebyggelse skal inden fastsættelse af nærmere regler efter §§ 8-12 og 72, § 140 a, stk. 3, jf. stk. 1, og §§ 140 b og 167, indhente en udtalelse fra det i § 37 i lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udvalgsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab nedsatte nævn.</p> <p><i>Stk. 3.</i> Inden der afsluttes overenskomster</p>	<p>beslutning vedrørende praksisplanens udformning dog regionsrådet.</p> <p><i>Stk. 3.</i> I hver region nedsættes et fagligt rådgivningsudvalg vedrørende almen praksis, som det i henhold til stk. 1 nedsatte sundhedskoordinationsudvalg og det i henhold til stk. 2 nedsatte praksisplanudvalg drøfter faglige problemstillinger m.v. med. Det faglige rådgivningsudvalg vedrørende almen praksis består af repræsentanter for de privatpraktiserende læger, som praktiserer i regionen efter overenskomst, jf. § 227, jf. § 60, og repræsentanter, udpeget af regionsrådet og repræsentanter udpeget af kommunalbestyrelserne i regionen.</p> <p><i>Stk. 4.</i> I hver region nedsættes et patientinddragelsesudvalg, som det i henhold til stk. 1 nedsatte sundhedskoordinationsudvalg og det i henhold til stk. 2 nedsatte praksisplanudvalg systematisk og i relevant omfang inddrager i drøftelserne af emner, der ligger indenfor henholdsvis sundhedskoordinationsudvalgets og praksisplanudvalgets emneområder. Patientinddragelsesudvalget består af repræsentanter, som er udpeget af patient- og pårørendeorganisationer.”</p> <p>Stk. 2 bliver herefter stk. 5.</p> <p>7. I § 204, <i>stk. 2</i>, som bliver stk. 5, indsættes efter ”formandskab m.v.”: ”, og om det i stk. 2 nævnte praksisplanudvalg, det i stk. 3 nævnte faglige rådgivningsudvalg og det i stk. 4 nævnte patientinddragelsesudvalg.”</p> <p>8. <i>Overskriften</i> efter § 226 affattes således:</p> <p style="text-align: center;">”Kapitel 70</p> <p style="text-align: center;"><i>Overenskomster, organisationsformer m.v.</i>”</p> <p>9. I § 227, <i>stk. 1</i>, indsættes som 2. punktum: ”Vilkår, der er fastsat i denne lov som bindende vilkår, kan dog ikke fraviges ved de i stk. 1 nævnte overenskomster.”</p> <p>10. I § 227 indsættes efter stk. 1 som nye stykker 2 - 5:</p> <p>”<i>Stk. 2.</i> Ydernumre fra praksis, som hidtil har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. stk. 1, 1. punktum, jf. § 60, stk. 1, og som regionsrådet har fået overdraget, kan regionsrådet sælge til læger, som</p>
--	--



med andre stater i medfør af § 232, eller der i medfør af EF-retten indgås aftaler med andre medlemsstater om hel eller delvis undladelse af mellemstatslig refusion af sundhedsudgifter omfattet af EF-retten, skal ministeren for sundhed og forebyggelse indhente en udtalelse fra det i henhold til § 37 i lov om regioner og om nedlæggelse af antskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab nedsatte nævn.

*Stk. 4.* 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. 5.* 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.

*Stk. 6.* 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.

*Stk. 7.* 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.

*Stk. 8.* Ved behandling af sager i paritetiske organer nedsat i henhold til overenskomster indgået i medfør af stk. 1 skal en sundhedsperson, som er part i sagen, og som ikke er medlem af den forening, som er repræsenteret i det paritetiske organ, gives ret til at møde, eventuelt med bisidder, når en klage over den pågældende eller en sag, som eventuelt vil kunne give anledning til fastsættelse af sanktioner over for den pågældende, behandles.

**§ 229.** Foreligger der ingen overenskomst vedrørende vilkårene for ydelser efter § 227, fastsætter ministeren for sundhed og forebyggelse nærmere regler om vilkårene for regionernes og kommunernes tilskud, herunder

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. punktum, 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 6 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. punktum, jf. § 60, stk. 1, og som regionsrådet har fået overdraget. Regionsrådet kan desuden udbyde drift af praksis vedrørende nye ydernumre, som regionen har oprettet. Regionsrådet kan endvidere som led i praksisplanlægningen opkøbe eksisterende praksis og udbyde driften af disse.

*Stk. 4.* Udbud, jf. 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 offentlig drevet enhed vil koste. Regionsrådet har mulighed for at forkaste et bud, hvis omkostningerne er væsentlig højere i en sammenligning.

*Stk. 5.* Hvis der ikke er private leverandører, der deltager i udbud af drift af praksis, foretaget i henhold til stk. 2, 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, jf. 1. pkt., efter udløbet af 4-årsperioden, kan alene gøre dette, hvis det ikke er muligt at sælge ydernummeret til læger efter stk. 2 eller afsætte driften via udbud, foretaget efter stk. 3 og 4.”

Stk. 2 og 3 bliver herefter stk. 6 og 7, og stk. 6 og 7 bliver stk. 8 og 9.

**11. § 229** affattes således:

**”§ 229.** Foreligger der ingen overenskomst vedrørende vilkårene for ydelser efter § 227, stk. 1, fastsætter ministeren for sundhed og forebyggelse nærmere regler om vilkårene for regionernes tilskud, herunder regler om ydelsernes indhold og anvendelse og om udbetaling af

honorarer, tilskud, udbetaling af tilskud, regler om henvisning til behandling og antal ydere, samt kørselsgodtgørelse til læger, der tilkaldes til de i § 59 omhandlede personer.

honorarerne til sundhedspersonerne, om honorarstørrelserne på de enkelte ydelser, 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 væsentligt øget aktivitet, der ikke kan forklares med et 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 overenskomstfaste forpligtelser, knyttet til udbetaling af honorarer, skal være gældende, ligesom ministeren kan fastsætte regler om henvisning til behandling.”

12. Efter § 231 indsættes:

”Kapitel 70 a

*Planlægningskompetence m.v. i forhold til almen praksis*

**§ 231 a.** Den praksisplan vedrørende almen praksis, som skal udarbejdes i henhold til fremgangsmåden i § 204, stk. 2, udgør en del af regionens sundhedsplan, jf. § 206.

Praksisplanen skal revideres i valgperioden, hvis der sker væsentlige ændringer i dens forudsætninger.

*Stk. 2.* Forud for udarbejdelse af praksisplanen vedrørende almen praksis skal der gennemføres en høring blandt kommunerne i regionen, og praksisplanen skal inden iværksættelsen forelægges for sundhedskoordinationsudvalget, jf. § 204.

*Stk. 3.* Inden praksisplanen vedrørende almen praksis udarbejdes eller revideres, skal der ske en høring af de praksis, der yder vederlagsfri almen medicinsk behandling til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, jf. § 60, stk. 1. Planen skal inden iværksættelsen drøftes med det faglige rådgivningsudvalg, jf. § 204, stk. 3, og skal forelægges patientinddragelsesudvalget, jf. § 204, stk. 4, til høring.

**§ 231 b.** Regionsrådet fastsætter på baggrund af praksisplanen vedrørende almen praksis, jf. § 231 a, placeringen af de praksis, hvorfra der i henhold til et ydemummer ydes vederlagsfri behandling til personer omfattet af sikringsgruppe 1, jf. § 60, stk. 1.

*Stk. 2.* Indehavere af ydemumre, der ønsker at flytte praksis, skal indhente regionsrådets godkendelse. Godkendelse skal meddeles, hvis flytningen ikke ændrer forudsætningerne for praksisplanen eller er i strid med denne, jf. § 231 a.

## Kapitel 70 b

*Obligatoriske opgaver m.v. for alment praktiserende læger*

**§ 231 c.** Alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede, jf. § 60, stk. 1, er forpligtede til fra mandag til og med fredag i dagtiden at aflægge sygebesøg, hvis henvendelsen om sygebesøg efter lægens vurdering af sygdommen og/eller forholdene i øvrigt nødvendiggør besøg.

*Stk. 2.* Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om pligten til sygebesøg, herunder om undtagelser fra denne pligt på grund af afstandskriterier m.v.

**§ 231 d.** Alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede personer, jf. § 60, stk. 1, er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med opdateret viden og nationale faglige retningslinjer, pakkeforløb m.v. vedrørende specifikke sygdomme m.v.

*Stk. 2.* Alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede personer, jf. § 60, stk. 1, er forpligtede til at udføre deres virksomhed i overensstemmelse med sundhedsaftaler, der er indgået imellem regioner og kommuner, jf. § 205, herunder forløbsprogrammer m.v., der indgår som en del af sundhedsaftalerne.

**§ 231 e.** 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.

*Stk. 2.* Alment praktiserende læger, der yder behandling til gruppe 1-sikrede, jf. § 60, stk. 1, skal offentliggøre oplysninger om praksis, der er relevante i forbindelse med borgernes valg af læge, jf. § 59, stk. 1.

*Stk. 3.* Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om kodning og datafangst. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter endvidere nærmere regler om offentliggørelse af oplysninger om praksis, jf. stk. 2.”

**13.** Efter § 273 indsættes:

”**§ 273 a.** Ministeren for sundhed og forebyggelse kan i forskrifter, der udstedes i medfør af §§ 195, 196 og 231 e, fastsætte bestemmelser om straf af bøde for overtrædelse af bestemmelser i forskrifterne.”

**§ 2**

I lov om klage og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, jf. lovebkendtgørelse nr. 1113 af 7. november 2011, som bl.a. ændret ved lov nr. 1257 af 18. december 2012, foretages følgende

<p>§ 29. Pligt til at yde erstatning efter dette kapitel har:</p> <p>1) Driftsansvarlige for offentlige sygehuse og den præhospitale indsats efter sundhedsloven.</p> <p>2) Patientens bopælsregion og, hvis patienten ikke har bopæl her i landet, opholdsregionen for skader i forbindelse med behandling, som et sygehus m.v. i udlandet er ansvarligt for efter § 19, stk. 3.</p> <p>3) Driftsansvarlige for regionstandplejen, odontologisk landsdels- og videnscenterfunktion og de kommunale sundhedsydelse efter sundhedslovens kapitel 36-41.</p> <p>4) Driftsansvarlige for universiteternes tandlægeskoler.</p> <p>5) Den region, hvor en privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson har sin praksis eller hvor en læge, der uden at være privatpraktiserende virker som vagtlæge, eller hvor en læge, der uden at være privatpraktiserende foretager vaccination i henhold til sundhedslovens § 158, jf. dog stk. 2. 1. pkt. finder dog ikke anvendelse for praktiserende speciallæger, som ikke har speciale i almen medicin.</p> <p>[...]</p>	<p>ændringer:</p> <p>1. § 29, stk. 1, nr. 5, 2. pkt., affattes således:  ”1. pkt. finder dog ikke anvendelse for praktiserende speciallæger, som ikke har speciale i almen medicin samt privatpraktiserende speciallæger med speciale i almen medicin, som ikke yder vederlagsfri behandling efter sundhedsloven eller regler fastsat i medfør heraf.”</p> <p>2. I § 29, stk. 1, indsættes, efter nr. 7, som nyt nummer:  ”8) Privatpraktiserende speciallæger med speciale i almen medicin, som ikke yder vederlagsfri behandling efter sundhedsloven eller regler fastsat i medfør heraf for skader efter behandling, undersøgelse el.lign., som er betalt direkte uden om det offentlige sundhedsvæsen.”  Nr. 8 bliver herefter nr. 9.</p> <p>3. § 34, stk. 2, affattes således:  ”Formanden og næstformændene, der udnævnes af ministeren for sundhed og forebyggelse, skal være dommere og kan være dommere fra de overordnede retter. Nævnets øvrige medlemmer udpeges af Sundhedsstyrelsen, regionsrådene i forening, KL (Kommunernes Landsforening), Advokatrådet, Danske Handicaporganisationer, Forbrugerrådet og Danske Patienter.”</p> <p>4. § 34, stk. 4, nr. 6, affattes således:  ”2 medlemmer udpeget af Forbrugerrådet, Danske Handicaporganisationer og Danske Patienter i forening.”</p>
---	---

**§ 3**

*Stk. 1.* Loven træder i kraft den 1. september 2013, jf. dog stk. 2 og 6.

*Stk. 2.* § 1 træder i kraft på et af ministeren for sundhed og forebyggelse fastsat tidspunkt, dog senest den 1. september 2014. Ministeren kan herunder fastsætte, at dele af § 1 træder i kraft på andre tidspunkter.

*Stk. 3.* Indtil § 1 i sin helhed træder i kraft finder Overenskomst om almen praksis af 3. juni 1991, senest ændret ved aftale af 21. december 2010 med virkning fra 1. april 2011, fortsat anvendelse.

*Stk. 4.* Økonomiprotokollat af 21. december 2012 (bilag 4 til den i stk. 2 nævnte Overenskomst om almen praksis), er gældende i perioden fra 1. september 2013 indtil § 1 i sin helhed træder i kraft. Den økonomiske ramme svarer forholdsmæssigt til den periode, hvor økonomiprotokollatet er gældende.

*Stk. 5.* Den første praksisplan, jf. § 231 a, stk. 1, skal foreligge den 1. maj 2014.

*Stk. 6.* § 2 træder i kraft den 1. juli 2013.

**§ 4**

*Stk. 1.* Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.