



## Høringssvar

21-08-2025  
EMN-2023-00716  
1799946

### Høringssvar vedr. lovforslag om almen medicin (lovpakke 2b)

Danske Regioner takker for muligheden for at afgive høringssvar til lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud, som Indenrigs- og Sundhedsministeriet har sendt i høring 1. juli 2025.

Lovforslaget omhandler en ny organisering af det almen medicinske tilbud, herunder national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, aftale om økonomiske forhold og øvrige vilkår, ændrede bestemmelser vedr. etablering af almen medicinske tilbud samt etablering af nyt praksisklagenævn.

Danske Regioners høringssvar er opdelt således, at der først afgives overordnede bemærkninger, hvorefter der afgives bemærkninger til delementerne i lovforslaget.

Danske Regioners høringssvar er indsendt på vegne af de fem regioner.

#### ***Indledende bemærkninger***

Det almen medicinske tilbud er en grundsten i det danske sundhedsvæsen, og de praktiserende læger løfter i dag en vigtig opgave for at sikre et nært sundhedstilbud af høj kvalitet til gavn for borgerne.

Det er Danske Regioners ønske, at det almen medicinske tilbud i fremtiden og i takt med, at der kommer flere speciallæger i almen medicin skal varetage flere opgaver og i endnu højere grad kunne hjælpe de borgere, der har de største behandlingsbehov, og som har behov for en tovholder, når de er i kontakt med flere forskellige pleje- og sundhedstilbud.

Danske Regioner kvitterer for, at der med lovforslaget er lagt op til, at man fastholder den nuværende grundmodel, hvor almen medicinske ydelser overvejende leveres af praktiserende læger, der driver klinikker som selvstændige virksomhedsejere.

Danske Regioner og regionerne finder, at de praktiserende læger historisk har medvirket til et effektivt og nært sundhedstilbud, hvor patienterne oplever en høj grad af kontinuitet, og hvor de praktiserende læger har et indgående kendskab til patientens samlede sygdomsbillede, som understøtter behovet for både at forebygge indlæggelser samt at patienterne har en nødvendig tovholder, når man først er i et forløb på tværs af flere sundhedsaktører.

Det er Danske Regioners og regionernes ønske, at der med reformen og lovforslaget skabes grundlag for, at modellen kan fortsætte, og at de praktiserende læger får de nødvendige rammer for at kunne drive og udvikle deres klinikker, uagtet hvor i landet man har klinik.

Danske Regioner vil gerne kvittere for, at aftalepartierne bag aftalen om sundhedsreform 2024 allerede har igangsat vigtige initiativer, der skal sikre flere speciallæger med særligt fokus på de dele af landet, hvor der i dag mangler læger, samtidigt med at der er indført en model for differentiering af patienttal, der tager højde for forskellene i behandlingsbehovet hos patienterne, som det almen medicinske tilbud har tilknyttet.

Differentiering af patientantallet skal sikre, at læger i områder med de mest behandlingskrævende patienter får bedre rammer for at løfte deres opgaver for de tilknyttede patienter. I takt med at der kommer flere speciallæger i almen medicin, vil det ligeledes medføre en generel reduktion i antallet af tilknyttede patienter per læge. Det gavner både borgernes sundhedstilbud og lægernes arbejdsvilkår.

Danske Regioner er ligeledes enige med aftalepartierne i, at der i takt med at der kommer flere speciallæger også fortsat skal investeres betydeligt i almen praksis og det nære sundhedsvæsen, således at ressourcerne følger med til at øge behandlingstilbuddet for den enkelte patient og til at indgå i et tæt samarbejde med de øvrige aktører i sundhedsvæsenet.

For at fastholde og udvikle almen praksis rolle i sundhedsvæsenet i overensstemmelse med ambitionerne i aftalen om sundhedsreformen er der dog også behov for ændringer af, hvordan man drøfter og udvikler de faglige opgaver i almen praksis, og hvordan parterne samarbejder med hinanden. Det er Danske Regioners opfattelse, at det nuværende forhandlingssystem ikke længere er egnet til at kunne håndtere opgaveudviklingen og samarbejdet i det nære sundhedsvæsen.

Forhandlingerne mellem RLTN og PLO har i for høj grad handlet om økonomi, og at prissætte hver enkelt ny opgave, der ønskes løst i almen praksis. Det har overskygget relevante faglige drøftelser af, hvordan almen medicinske opgaver

kan prioriteres og løses mest hensigtsmæssigt i et sammenhængende sundhedsvæsen til gavn for patienterne og med respekt for kapaciteten og kompetencerne hos den enkelte praktiserende læge.

Dette har også haft betydning i dialogen mellem de enkelte regioner og den enkelte praktiserende læge, hvor der i samarbejdet har været et stort fokus på opfølgning på den centrale overenskomst med primært fokus på kontrol af udgifterne og den økonomiske aktivitet i almen praksis.

Danske Regioner er derfor positive over for, at der med lovforslaget lægges op til, at der udarbejdes national opgavebeskrivelse og basisfunktion, som definerer almen praksis opgave og rolle, ligesom regionerne og sundhedsrådene får en tydeligere myndighedsopgave og forpligtelse til at understøtte det almen medicinske tilbud fagligt og organisatorisk, herunder at der kommer et større fokus på lokal dialog og gensidige forpligtelser.

Det betyder også, at den enkelte praktiserende læge skal have bedre adgang til relevant støtte og hjælp fra regionerne, når det er nødvendigt, hvilket bliver særlig relevant i takt med, at almen praksis på sigt skal håndtere flere opgaver.

Det stiller krav til omstilling i regionerne, hvor der er behov for, at man i højere grad prioriterer ressourcer og faglige kompetencer for at kunne være en samarbejdspartner for almen praksis, og det er en opgave, som regionerne er villige til at påtage sig.

I lighed med i dag er der behov for, at man fastholder et aftalesystem, hvor de praktiserende læger kan forhandle vilkårene for varetagelsen af deres opgaver, således at de praktiserende læger også har indflydelse på at opgaver og ressourcer følges ad.

Det er derfor positivt, at der i lovforslaget lægges op til at fortsætte en aftalebaseret model, hvor de økonomiske vilkår fortsat skal forhandles centralt mellem PLO og RLTN, efter at opgaverne er blevet fastsat i opgavebeskrivelsen og basisfunktionen.

Danske Regioner bemærker endelig, at der med lovforslaget er forudsat et stort videre arbejde med en ny honorarstruktur, opgavebeskrivelse for det almen medicinske tilbud samt lovregulering vedr. deling af data, som man på nuværende tidspunkt ikke kender resultatet af, men som er afgørende for, at man kommer i mål med lovforslagets intentioner.

Danske Regioner ser frem til at indgå i fortsat dialog om udfoldelsen af de faglige rammer for de almen medicinske tilbud med alle relevante parter, for at indfri og understøtte sundhedsreformens formål.

### ***Bemærkninger vedr. nationalt fastsat opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud***

Danske Regioner bakker op om en nationalt fastsat opgavebeskrivelse for det almen medicinske tilbud med en dertil knyttet basisfunktion, som definerer de opgaver, som klinikker under det almen medicinske tilbud skal udøve virksomhed under. Det er Danske Regioners opfattelse, at der både blandt de praktiserende læger og regionerne har været stor efterspørgsel på at få defineret, hvilke opgaver der skal varetages i almen praksis.

Danske Regioner ønsker, at opgavebeskrivelsen skal medvirke til at reducere forhandlingselementet og uenighederne om, hvilke aktører der skal varetage specifikke opgaver, men i stedet fokusere på, hvordan man kan hjælpe hinanden til at varetage de definerede opgaver bedst muligt. Derudover vil en klarere defineret opgavebeskrivelse også kunne understøtte de centrale forhandlingsparter i efterfølgende at kunne aftale de nødvendige vilkår for, at almen praksis kan varetage opgaverne

I forhold til den myndighedsrettede del og de heri fastsatte krav og forpligtelser finder Danske Regioner de nævnte ansvarsområder for regionerne meget relevante. Ligeledes deler Danske Regioner opfattelsen af, at opgavebeskrivelse og basisfunktion skal ses i nær sammenhæng med øvrige tiltag i reformaftalen om at styrke regionernes kompetence til at udvikle det almen medicinske tilbud. Bl.a. via indsigt i data og information om aktiviteten i det almenmedicinske tilbud.

### ***En klar basisfunktion for det almen medicinske tilbud***

Det er positivt, at der i basisfunktionen defineres de samlede funktioner som det almenmedicinske tilbud skal kunne levere, herunder krav til funktionen som tovholder, til opgavevaretagelsen og til udstyr, kompetencer, kvalitet og ikke mindst samarbejdet om patienterne mellem relevante aktører på sygehuse, øvrige praksisområder og kommunerne.

Det er en nødvendighed for alle parter, at forudsætninger og forventninger til det almen medicinske tilbud bliver klare og præcise. Dette er også af hensyn til, at det almen medicinske tilbud består af mange selvstændige praktiserende læge, som har ansvaret for at etablere og drive deres klinikker, og det er dermed af stor vigtighed for det samlede sundhedsvæsen, at man kan forpligte til og sikre at opgaver løses ensartet i det almen medicinske tilbud.

Danske Regioner finder det positivt, at basisfunktionen for det almen medicinske tilbud løbende blive revurderet og tilpasset i takt med, at der kommer flere praktiserende læger, og kapaciteten dermed også udvides.

Det er vigtigt, at basisfunktionen forholder sig til den basale tilgængelighed i det almen medicinske tilbud. Kravene til tilgængelighed er allerede i dag reguleret i overenskomsten mellem RLTN og PLO, hvor der bl.a. fremgår, at der skal være åbent i hverdage kl. 8-16. Danske Regioner finder ikke, at basisfunktionen på nuværende tidspunkt skal ændre væsentligt på åbningstiderne i almen praksis i forhold til det, der er aftalt i overenskomsten mellem RLTN og PLO, og som vi forventer, at almen praksis vil leve op til. Men i takt med at der kommer flere praktiserende læger, vil det være naturligt at revidere basisfunktionen, således at kapacitetsudvidelsen og nye digitale løsninger også medfører en generelt bedre tilgængelighed i almen praksis. Det handler blandt andet om mere fleksible åbningstider, kortere ventetid til planlagte konsultationer og digitale tilbud, som kan give patienterne lettere adgang til det almen medicinske tilbud.

Udover at basisfunktionen skal kunne definere kravene til den enkelte klinik, skal den også kunne fungere som grundlaget for, at almen praksis kollektivt bidrager til at løse opgaverne som beskrives i opgavebeskrivelsen for det almen medicinske tilbud.

Hvis alle praktiserende læger ikke indgår på forskellige vis i opgavevaretagelsen som f.eks. faste læger på botilbud, vil regionerne være nødsaget til at etablere andre tilbud, som kan varetage funktionen som et almindeligt almenmedicinsk tilbud, også selv om der ikke mangler læger i det pågældende område i henhold til den nationale fordelingsmodel.

Udover at det er en uhensigtsmæssig brug af ressourcerne vil det også være mod Danske Regioners ønske om, at almen medicinske opgaver som udgangspunkt håndteres af de alment praktiserende læger, der er højt kvalificeret til disse opgaver henset til deres erfaring og eksisterende kendskab til patientgruppen. Endelig er der også behov for, så vidt muligt at reducere antallet af forskellige aktører, som patienten møder i sine forløb, særligt for de sårbare borgere, som typisk også vil have mere specialiserede behov.

Danske Regioner finder derfor, at der skal indtænkes en model, hvor lægerne samlet set medvirker til at sikre, at funktionerne i opgavebeskrivelsen varetages, men hvor det samtidigt sker med respekt for, at den enkelte klinik ikke har ressourcerne til at løfte opgaverne alene, ligesom der er hensyn over for f.eks. sololæger, der har en mere begrænset mulighed for at tilrettelægge arbejdstiden fleksibelt.

Det gælder for eksempel ønsket om på sigt at udvide tilgængeligheden yderligere end i dag, hvor der kan etableres samarbejde om varetagelsen af opgaven, herunder sikre, at den nødvendige deling af patientoplysninger deles på tværs af det almen medicinske tilbud. På den måde sikres det, at de alment medicinske tilbud leverer på et udvalgt antal opgaver under den nationale opgavebeskrivelse, men hvor alle læger ikke nødvendigvis skal løse alle opgaver.

Danske Regioner og regionerne understreger, at det er en fælles opgave, og at den enkelte praktiserende læge ikke skal stå alene med at kunne varetage flere opgaver og udvikle almen praksis. Regionerne skal bidrage med faglighed, samt økonomiske og strukturelle ressourcer for at understøtte en god implementering.

Det skal også ses i sammenhæng med, at der løbende bør ske en udvikling og udvidelse af basisfunktionen og det almen medicinske tilbuds samlede opgaver, i takt med at der kommer flere speciallæger i almen medicin og dermed at den samlede kapacitet øges til at håndtere flere opgaver.

Endeligt bemærker Danske Regioner, at såfremt en funktion forventes at være en del af tilbuddet for samtlige klinikker under det almen medicinske tilbud, så skal det tydeligt indgå i basisfunktionen. Danske Regioner påpeger i forlængelse heraf, at det virker uhensigtsmæssigt, at dosispakket medicin står som et eksempel på noget, der skal aftales udover basisfunktionen, hvis det reelt er ambitionen, at det samlede almen medicinske tilbud leverer denne ydelse.

#### *Det almen medicinske tilbud bør indgå i vagtopgaven*

Danske Regioner konstaterer, at praktiserende lægers forpligtigelse til deltagelse i den akutte lægebetjening udover dagtid *ikke* fremgår af lovforslaget.

Danske Regioner er enig i, at det skal være op til regionen at træffe beslutning om, hvordan lægevagtstilbuddet skal organiseres, men finder ligeledes, at forpligtelsen til at deltage i lægevagtsordningen for almenmedicinske speciallæger bør fremgå af Sundhedsstyrelsens beskrivelse af basisopgaven for det almenmedicinske tilbud.

Der bør på nuværende tidspunkt ikke være en øget forpligtelse til at deltage for den enkelte klinik i forhold til det, der er aftalt i overenskomsten mellem RLTN og PLO eller aftalt decentralt mellem region og PLO. Men i takt med at der kommer flere praktiserende læger bør alle praktiserende læger, medmindre de af forskellige årsager undtages, tage del i vagtordningen, sådan at vagtarbejde fordeles jævnt, og at alle, der kan, bidrager til vagtfunktioner jf. også Robusthedskommissionens Anbefaling 11<sup>1</sup>. Det fremgår her, at vagtarbejde skal udtyndes og deles mellem flere, herunder at "*alle der kan, skal bidrage i vagtfunktioner*". Dette vil desuden medvirke til, at arbejdsbelastningen fordeles jævnt i det almen medicinske tilbud fremfor, at det er enkelte grupper af læger, der skal varetage vagtopgaven.

Deltagelse i den akutte lægebetjening udover dagtid giver desuden almenmedicinere et indblik i og forståelse af patienternes overgang fra dagtid til vagttid, så behandlingen i dagtid kan tilrettelægges mest hensigtsmæssigt. Derudover anser Danske Regioner, de almen medicinske kompetencer som helt afgørende for en velfungerende løsning af denne opgave, idet praktiserende læger vurderes at være de bedste til at håndtere denne opgave.

---

<sup>1</sup> [Pixi Robusthedskommissionens anbefalinger – September 2023](#)

Hvis lægevagtsopgaven fremover løses via lokalaftale med de praktiserende læger, så bør de honoreringsmæssige vilkår aftales i den centrale rammeaftale, ligesom honoreringen og vilkårene for øvrige opgaver som plejehjemslæge, botilbudslæge mv. bør aftales centralt for de læger, der indgår i de ordninger.

### *Specialiserede tilbud*

Danske Regioner kan konstatere, at det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at det vil være muligt for regionsrådet at etablere en særlig organisering af visse almenmedicinske ydelser, der er målrettet særlige patientgrupper eller borgere med særlige behov.

Danske Regioner finder, at et mere specialiseret tilbud er relevant i det omfang, at det almen medicinske tilbud ikke generelt varetager opgaven. Danske Regioner bemærker dog også, at det kan være relevant at etablere mindre og mere målrettede tilbud til udvalgte patientgrupper, men hvor der samtidigt ikke vil være grundlag for et fuldt almen medicinsk tilbud. Det kan f.eks. være udvalgte borgere med komplekse problemstillinger og/eller socialt udsatte, der er spredt ud over en stor geografi, og/eller som ikke selv opsøger almen praksis med deres problemstillinger.

Det forekommer uklart af lovforslagets bemærkninger, om dette er muligt, og Danske Regioner opfordrer derfor til, at det bliver tydeliggjort, at regionerne har hjemmel hertil.

### *Kvalitet, efteruddannelse og forskning*

Kvalitet, efteruddannelse og forskning er helt centrale for, at vi i Danmark fortsat kan have en almen praksis med så høj en standard, som vi ser i dag.

Overenskomstens parter har via overenskomstforhandlingerne aftalt helt nødvendige tiltag, som har været forudsætningen for udviklingen af almen praksis. I dag er alle dele af kvalitet, efteruddannelse og forskning aftalt i OK-regi, og de udføres indenfor det paritetiske system. En konsekvens af lovforslaget vil være, at forskning, efteruddannelse og kvalitet som i dag aftales i det paritetiske system, ikke længere hører hjemme i den nye smalle aftalemodel.

Regionerne er indstillet på at påtage sig ansvaret for de tre vigtige områder og bemærker samtidigt, at faglig dialog med relevante parter fortsat vil være afgørende for udviklingen af områderne, hvilket en fremadrettet organisering også bør afspejle.

Danske Regioner skal bemærke, at der i den nuværende overenskomst mellem PLO og RLTN skelnes mellem efteruddannelse, som det vurderes relevant for alle almene medicinere at deltage i (systematisk efteruddannelse), og selvvalgt

efteruddannelse, hvor lægerne derudover kan vælge egne efteruddannelseskurser. Det finder Danske Regioner relevant at videreføre.

Der er i den nuværende overenskomst endvidere fastsat vilkår for at deltage i efteruddannelse fx tabt arbejdsfortjeneste, hvilket med fordel kan høre under den slags vilkår, der bør aftales i den nye, smallere aftalemodel.

Danske Regioner bemærker endeligt, at der i forbindelse med udarbejdelsen og efterfølgende tilpasninger af basisfunktionen og opgavebeskrivelse er behov for at sikre sammenhæng med kompetencerne og kravene, der gælder for den godkendte målbeskrivelse i speciallægeuddannelsen, samt at almen praksis understøttes i deres varetagelse af rollen som uddannelsessted.

### ***Datadrevet understøttelse af det alment medicinske tilbud***

Danske Regioner konstaterer, at det i lovforslaget forventes, at der i kommende reguleringer vil blive foreslået regler, der skal sikre regionerne den adgang til data, som forudsættes nødvendig for at løfte og understøtte både den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktionen. Dette bakker både Danske Regioner og regionerne op om, da det samtidigt er en grundforudsætning for den faglige udvikling og faglige dialog mellem regionen og det almenmedicinske tilbud.

Danske Regioner og regionerne stiller sig gerne til rådighed i forhold til dette fremtidige arbejde og vil ligeledes opfordre ministeriet til også at involvere relevante parter i dette arbejde.

Danske Regioner skal understrege, at regionernes adgang til data fra det almen medicinske tilbud er en grundlæggende forudsætning for den store opgaveflytning og investering i det almen medicinske tilbud, som der lægges op til med sundhedsreformen. Regionerne har brug for data som grundlag for beslutninger om tilrettelæggelse af de sundhedsfaglige tilbud til borgerne, og det er en forudsætning for faglig udvikling og opfølgning. Derudover handler det også om at kunne bruge data i den faglige dialog mellem region/sundhedsråd og de praktiserende læger i det pågældende område om særlige indsatser og opgavevaretagelse, herunder rationel farmakoterapi. I en kommende aftale om ny honorarstruktur for det almen medicinske tilbud forventes det også, at data og adgang hertil kommer til at spille en større rolle, både i forhold til differentiering af honorering og regionernes opfølgning på aktiviteten. Det er derfor vigtigt, at lovgivningen kommer til at understøtte disse behov.

Danske Regioner imødeser fortsat dialog i forbindelse med de kommende reguleringer om regionernes adgang til data.

***Bemærkninger vedr. aftale om økonomiske forhold og øvrige vilkår for det almenmedicinske tilbud***

Danske Regioner bakker op om, at der med den foreslåede ordning fortsat vil være et aftalebaseret grundlag, hvor der indgås aftale med den centrale forhandlingspart for de alment praktiserende læger, der primært regulerer de økonomiske vilkår for klinikker, der drives af almen praktiserende læger, der ejer et ydernummer.

Danske Regioner læser lovforslaget således, at den centrale aftale og nye honorarstruktur skal have fokus på de økonomiske vilkår for varetagelsen af de opgaver og forpligtelser, der er omfattet af den nationalt fastsatte basisfunktion samt øvrig national lovregulering af det almen medicinske tilbud.

Det er essentielt, at man med reformen sikrer et reelt mere smidigt aftalesystem, hvor der ikke skal forhandles om den faglige opgave i det almen medicinske tilbud i den centrale aftale, men alene om de økonomiske vilkår for de praktiserende lægers opgaver, der følger af basisfunktionen samt evt. øvrige opgaver i henhold til den nationale opgavebeskrivelse.

Tilsvarende bør det heller ikke være nødvendigt for regionerne at indgå lokale aftaler for at sikre varetagelsen af opgaver i det almen medicinske tilbud, der følger af basisfunktionen, da der hermed opstår risiko for, at der ikke kan opnås en bred aftale med alle aktører under det almen medicinske tilbud, samt at der kommer for store variationer i det tilbud, som borgerne oplever.

Danske Regioner bakker op om, at man fastholder et aftalesystem, således at der fortsat er en tilbagevendende dialog og enighed om, at sammenhængen mellem den samlede opgaveløsning i det almen medicinske tilbud og den afsatte økonomi.

Danske Regioner bemærker i den forbindelse, at det også kan være relevant at aftale vilkår relateret til basisfunktionen, som ikke vedrører direkte honorering, så som tabt arbejdsfortjeneste ved deltagelse i efteruddannelse.

Danske Regioner finder det positivt, at det i lovbemærkningerne fremhæves, at den nye aftalemodel skal være fleksibel, og en ny honorarstruktur simpel, så der inden for den centrale aftale er rum for løbende faglig udvikling, samtidigt med at der sikres gode og stabile rammer for klinikdriften. Det skal også ses i sammenhæng med, at man med indførsel af en national opgavebeskrivelse og basisfunktion skal sikre tydelighed om prioriteringer og retning for det almen medicinske tilbud i takt med at der kommer flere læger i det almen medicinske tilbud, og de muligheder for omstilling af det nære sundhedsvæsen, som det medfører.

Danske Regioner er som nævnt enig i, at det kan være relevant, at de centrale parter indgår aftaler om øvrige vilkår for det almen medicinske tilbud, men Danske Regioner finder, at det er vigtigt at understrege, at en national aftale om øvrige vilkår ikke bør være en forudsætning for, at den enkelte region eller det almen medicinske tilbud kan varetage deres opgaver i henhold til opgavebeskrivelsen og basisfunktionen.

Danske Regioner bakker ligeledes op om, at de centrale parter har mulighed for at indgå supplerende aftaler vedr. økonomiske vilkår for specifikke opgaver, som ikke er omfattet af basisfunktionen, og dermed ikke forventes varetaget af alle praktiserende læger. Det skal også ses i sammenhæng med, at det er erfaringen, at lokale forhandlinger ofte medfører variationer i aftalerne, og dermed også kan medføre forskelle i det endelige tilbud til borgerne samt organiseringen heraf.

Danske Regioner er ligeledes enig i, at der er behov for en ny honorarstruktur for det almen medicinske tilbud som beskrevet i lovforslaget, herunder at honoreringen differentieres i overensstemmelse med den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter, at honorarstrukturen er enkel at håndtere for både region og lægen samt at honorarstrukturen understøtter en prioriteret og fokuseret opgaveløsning i det almenmedicinske tilbud.

Danske Regioners klare ønske er, at der mellem parterne kan opnås enighed om en ny honorarstruktur, således at en aftale er på plads i god tid før den 1. januar 2027.

### ***Forslag om tilslutningskontrakter***

Danske Regioner foreslår, at det bliver muligt for regionerne at indgå tilslutningsaftaler med alle klinikker, der virker under det almen medicinske tilbud.

Tilslutningsaftalen skal samlet set overfor lægen beskrive krav, vilkår og forudsætninger på tværs af love, aftaler samt basisfunktionen, og fungere som det formelle grundlag for samarbejdet og evt. opfølgning ved tvister m.v..

Tilslutningsaftalen skal også være en hjælp for den praktiserende læge og skabe information og forståelse om forventninger til tilbuddet i en situation, hvor der ikke længere er en samlet overenskomst, hvor lægen kan slå relevante bestemmelser op.

Såfremt en klinik har misligholdt aftaler eller overtrådt de nationale krav til det almen medicinske tilbud jf. lovforslagets § 276 b, og det i yderste tilfælde vurderes nødvendigt for regionen at opsiges samarbejdet, vil tilslutningskontrakten ligeledes også kunne være det juridisk grundlag for opsigelsen.

Tilslutningsaftalen skal have form af et kort standardiseret dokument, der som udgangspunkt er ens for alle klinikker, der indgår i regionens almen medicinske tilbud, og derfor som udgangspunkt ikke skal forhandles individuelt. Tilslutningsaftalen vil kunne suppleres af en udvidet lokalaftale-del, hvis der bliver behov for at aftale ekstraopgaver med klinikken, fx en plejehjemslægefunktion, som ikke er omfattet af basisfunktionen. Ligeledes kan det være relevant at aftale overgangsordninger eller særlige vilkår fx for sololæger i slutningen af karrieren.

### ***Bemærkninger vedr. etableringen af almenmedicinske tilbud***

Danske Regioner bakker op om, at regionerne kan sikre almenmedicinske tilbud med afsæt i tre forskellige tilgange, der leverer almenmedicinske ydelser, via hhv. salg af ydernumre (såkaldte "0-ydernumre"), udbud af driften af ydernumre eller ved selv at etablere og drive klinikker.

Danske Regioner finder, at almen medicinske ydelser overvejende skal leveres af praktiserende læger, der driver klinikker som selvstændige virksomheds-ejere, men regions- og udbudsklinikker er, og vil fortsat være, et nødvendigt supplement, fx når det ikke er muligt at rekruttere tilstrækkeligt med praktiserende læger, er behov for en platform for udviklingsarbejde, eller hvor der er behov for et specialiseret tilbud, som ikke på en hensigtsmæssig måde kan varetages af en almen praksis. Ligeledes kan der fremover fortsat være behov for at regionen stiller licensklinikker til rådighed, for at understøtte praktiserende læger i driften af klinikker, samt understøtte lægedækningen i lægedæknings-truede områder.

Det er ligeledes positivt, at det fremgår af lovforslaget, at der ved udbud af ydernumre kan lægges vægt på kvalitative kriterier, hvilket også svarer til den typiske praksis i dag. Danske Regioner bemærker, at det ikke tilsvarende fremgår, at regionerne også kan lægge vægt på kvalitative kriterier i forbindelse med salg/afsættelse af ydernumre, hvilket Danske Regioner også finder hensigtsmæssigt.

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

### ***Bemærkninger vedr. forhåndsgodkendelse af læger ved erhvervelse af et ydernummer***

Danske Regioner bakker op om, at denne funktion ikke længere skal varetages af Praktiserende Lægers Organisation, og at regionerne fremover får til opgave at forhåndsgodkende ydere, idet det er hensigtsmæssigt at der gives et øget

indblik i, og indflydelse på, hvilke praksisydere der leverer almenmedicinske ydelser. Ligeledes er det positivt at der stilles klare krav til ejerlægens hovedbeskæftigelse ved køb af et ydernummer, og at en bedømmelse skal ske efter formelle og objektive kriterier, som skal afspejle de gældende krav og regler. I den forbindelse afventes en nærmere beskrivelse af basisfunktionen, som er en del af de krav og regler som det skal sandsynliggøres at lægerne kan og vil efterleve. Danske Regioner bakker op om hensigten med forhåndsgodkendelsen, men ønsker dog også at henlede opmærksomheden på at der vil være tale om en vurdering som *sandsynliggør* efterlevelsen af gældende regler, og at det dermed ikke vil være muligt at identificere problematiske ydere i alle tilfælde. For at regionerne kan løfte opgaven med forhåndsgodkendelser i forbindelse med køb og salg af klinikker, er det et væsentligt element at regionerne får adgang til oplysninger om, hvilke læger der er pålagt alvorlige sanktioner i andre regioner, da dette har betydning for grundlaget for forhåndsgodkendelser. Dette bør sikres i forbindelse med indretningen af Praksisklagenævnet.

Som det fremgår af afsnit 3.4.3.4. i lovforslaget, foreslås der en sagsbehandlingsfrist på 10 hverdage. Danske Regioner finder denne frist for kort, og henstiller til at den bør udvides. Dette er af hensyn til regionens arbejdsopgave med forhåndsgodkendelsen, som kan variere betragteligt ud fra den enkelte ansøgers forhold, herunder indhentelse af supplerende oplysninger som fx børneattest og straffeattest. Som beskrevet i afsnit 3.4.3. kan der være parametre som varierer alt efter ansøgers omstændigheder. Det er således nødvendigt at sikre tilstrækkelig sagsbehandlingstid til en fyldestgørende vurdering af ansøgeren. Danske Regioner bakker i øvrigt op om at en forhåndsgodkendelse bør ske hurtigst muligt.

### **Bemærkninger vedr. Praksisklagenævnet**

Danske Regioner bakker op om, at der oprettes et nyt uafhængigt nævn med beslutningskompetence til at træffe endelige afgørelser ved uenighed mellem myndighed og praktiserende læger i det almenmedicinske tilbud. Det følger naturligt i forlængelse af, at regionerne med lovforslaget får en klar hjemmel til at pålægge sanktioner på et forvaltningsretligt grundlag. Danske Regioner finder det hensigtsmæssigt at regionernes afgørelser skal træde i stedet for det nuværende paritetiske system, og at det uafhængige tvistløsningsnævn fremover skal fungere som direkte klageinstans for regionale afgørelser.

Danske Regioner finder, at det er positivt at det i lovforslagets bemærkninger fremgår tydeligt at Praksisklagenævnet skal fungere uafhængigt, herunder også de medlemmer der udpeges efter indstilling fra det almenmedicinske tilbud og Danske Regioner. Det er således hensigtsmæssigt at der i udkastet til lovforslaget fremgår at det er på baggrund af personlige kompetencer og ekspertise at sagkyndige udpeges, for at sikre belysning af saglige og faglige forhold i nævnets afgørelser. I den forbindelse bemærkes det at der i nævnets

indretning skal sikres uvildighed og uafhængighed, således at rammeaftalens parter – typisk RLTN og PLO – ikke indgår i sagsbehandlingen eller sekretariatsbetjeningen. Dette bør afspejles gennemgående i organiseringen af nævnet. Danske Regioner finder det dermed uhensigtsmæssigt at det med lovforslaget foreslås at Danske Regioner skal etablere et sekretariat til betjening af Praksisklagenævnet.

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

Den beskrevne model, hvor klager indgives til regionen, som har mulighed for at revurdere, findes også fornuftig. Derudover at afgørelser truffet af nævnet ikke kan indbringes for anden myndighed, men alene for domstolene. Af lovforslagets punkt 13 med forslag til sundhedslovens § 233 b, stk. 4, fremgår det imidlertid, at søgsmål til prøvelse af klagenævnets afgørelser skal anlægges mod vedkommende region inden 6 måneder efter, at klagenævnets afgørelse er modtaget. Paragraffen er dog alene rettet mod en eventuel modpart, og kan i dens nuværende form tolkes som om, at det alene er modparten, der kan indgive søgsmål – og dermed ikke regionen. Dette findes uhensigtsmæssigt, da der formentlig vil være tilfælde, hvor en region er uenige i en afgørelse truffet af Praksisklagenævnet.

Som anført tidligere, bør det sikres, at viden om afgørelser fra Praksisklagenævnet kommer til regionernes kendskab i forbindelse med opgaven med forhåndsgodkendelse, da der ellers er en risiko for at opgaven ikke kan varetages på et oplyst grundlag. Ligeledes bør det understøttes at sekretariatet for Praksisklagenævnet kan afsende og modtage digital post fra alle involverede, fx via E-Boks, eller andre relevante, sikre kommunikationskanaler. Dette bør sikres i den efterfølgende fastsættelse af reglerne for Praksisklagenævnets administration og virksomhed, som benævnt i § 233 b, stk. 5.

Danske Regioner forstår lovforslaget således at det alene er tvister vedrørende beslutninger og afgørelser truffet af regionsrådet overfor privatpraktiserende læger i almen medicin, som ejer og driver et ydernummer som kan indklages til Praksisklagenævnet, og at patienter dermed ikke har adgang til at klage over fx en læges frasigelse af patienten, til Praksisklagenævnet. Det er dermed forventningen at regionerne håndterer denne type serviceklager udenom det nye tvistløsningssystem. Hvis dette ikke er tilfældet, bør det i lovforslaget tydeliggøres. I forlængelse heraf kan der med fordel anvendes et andet begreb end "klage" når det på s. 66 anføres, at regionen fortsat skal give adgang til, at patienter og

kommuner kan klage over service. Hvis patienter og kommuner i stedet "indberetter" mangler ved servicen, kan regionen følge op med dialog/rådgivning/henstilling mv., forinden der om nødvendigt fastsættes sanktioner. Klagesager følger en anden proces.

Derudover bemærkes det at vedrørende frasigelse af patienter, så kan to parter ikke indgå aftale med bindende virkning for en 3. part (en borger), hvis det aftalte har negative konsekvenser. Derfor skal en eventuel mulighed for at kunne frasige sig enkelte patienter fremgå af lovgivning.

Danske Regioner bakker op om de beskrevne sanktionsmuligheder, herunder muligheden for at suspendere eller opsige samarbejdet med ejere af et almenmedicinsk tilbud. Det bemærkes dog at det bør tilføjes lovgivningen at lægen er ansvarlig for at skaffe læge-vikarer, og, hvis samarbejdet opsiges permanent, at afhænde klinikken til en læge, der kan overtage, på samme måde, som det i dag er beskrevet i overenskomstaftalen.

Slutteligt bemærkes det, at når regionerne som foreslået får til opgave med at følge op på faglighed og kvalitet, er det vigtigt at skabe tydelighed om, hvornår hhv. regionerne, Styrelsen for Patientklager og Styrelsen for Patientsikkerhed har kompetencerne til at følge op og sanktionere.

Danske Regioner ser frem til den kommende bekendtgørelse vedrørende Praktisklagenævnet, hvor det forventes at detaljerne omkring nævnet udfoldes yderligere. Herunder kan nævnes yderligere specificering af hvad der kan indklages til nævnet, administrative sagsgange for modtagelse og behandling af klager, med meget videre. Danske Regioner ønsker dog at bemærke at de 20 hverdage til genvurdering af en indklaget afgørelse som beskrevet i § 233 b, ikke er tilstrækkeligt. Dette gør sig særligt gældende hvis der ifm. klagen indgår nye oplysninger, hvorfor fristen ønskes udvidet.