

Udskriftsdato: 14. december 2025

2012/1 LSF 227 (Gældende)

**Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet
(Ændring af rammerne for almen medicinske ydelser m.v. i praksissektoren, herunder styrkelse af regionernes planlægnings- og styringsmuligheder, ensartet kvalitet, systematisk patientinddragelse, erstatningspligt m.v.)**

Ministerium: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Journalnummer: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse,
sagsnr. 1211467

Forslag

til

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

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

§ 1

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, som ændret bl.a. ved lov nr. 603 af 18. juni 2012 og 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, affattes således:

»Stk. 2. Regionsrådet har ansvaret for at sikre, at borgere kan modtage vederlagsfri sygebesøg i hjemmet.«

3. Efter § 57 indsættes før kapitel 14:

»§ 57 a. Regionsrådet fastsætter på baggrund af praksisplanen vedrørende almen praksis, jf. § 206 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. En indehaver af et ydernummer, 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. § 206 a.

Kapitel 13 a

Obligatoriske opgaver m.v. for alment praktiserende læger

§ 57 b. Alment praktiserende læger er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med nationale faglige retningslinjer m.v.

Stk. 2. Alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede personer, jf. § 60, stk. 1, er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med de sundhedsaftaler, der er indgået imellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen, jf. § 205, herunder følge forløbsprogrammer m.v.

§ 57 c. 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 personer, jf. § 60, stk. 1, skal offentliggøre de oplysninger om deres 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 efter stk. 2.

4. § 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.«

5. 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.«

6. I § 195 indsættes som stk. 2 og 3:

»Stk. 2. Det påhviler alment praktiserende læger, der yder behandling til gruppe 1-sikrede personer, jf. § 60, stk. 1, at give oplysninger om virksomheden til regionsrådene til brug for planlægning, kvalitets sikring og kontrol af udbetalte tilskud og honorarer, dog ikke oplysninger, der identificerer eller gør det muligt at identificere patienten.

Stk. 3. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om, hvilke oplysninger alment praktiserende læger skal give til regionsrådene efter stk. 2.«

7. I § 204 indsættes efter stk. 1 som nye stykker:

»Stk. 2. I hver region nedsættes et praksisplanudvalg, der består af 5 medlemmer udpeget blandt kommunalbestyrelsesmedlemmer fra kommunerne i regionen, 3 medlemmer fra regionsrådet og 3 medlemmer udpeget blandt alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede personer, jf. § 227, stk. 1, jf. § 60, stk. 1. 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 regionsrådet.

Stk. 3. I hver region nedsættes et patientinddragelsesudvalg, som sundhedskoordinationsudvalget, jf. stk. 1, og praksisplanudvalget, jf. stk. 2, systematisk inddrager i deres drøftelser. Patientinddragelsesudvalget består af repræsentanter, som er udpeget af patient- og pårørendeorganisationer.«

Stk. 2 bliver herefter stk. 4.

8. I § 204, stk. 2, der bliver stk. 4, indsættes efter »formandskab m.v.«: », det i stk. 2 nævnte praksisplanudvalg og det i stk. 3 nævnte patientinddragelsesudvalg.«

9. Efter § 206 indsættes:

»§ 206 a. Det i § 204, stk. 2, nævnte udvalg skal i hver valgperiode udarbejde en praksisplan vedrørende almen praksis, der udgør en del af regionens sundhedsplan, jf. § 206. Praksisplanen skal revideres i valgperioden, hvis der sker væsentlige ændringer i dens forudsætninger. Praksisplanen skal inden den endelige vedtagelse forelægges for Sundhedsstyrelsen, som yder rådgivning vedrørende praksisplanens udformning.

Stk. 2. Forud for udarbejdelse og revision af praksisplanen vedrørende almen praksis skal der gennemføres en høring blandt kommunerne i regionen, og praksisplanen skal inden vedtagelsen 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 i regionen, der yder vederlagsfri behandling til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, jf. § 60, stk. 1. Planen skal inden vedtagelsen forelægges patientinddragelsesudvalget, jf. § 204, stk. 3, til høring.«

10. Overskriften til kapitel 70 affattes således:

»Kapitel 70

Overenskomster, organisationsformer m.v.»

11. I § 227, stk. 1, indsættes som 2. pkt.:

»Vilkår, der er fastsat og udstedt i medfør af § 57 a, § 57 b, § 57 c, stk. 1 eller 2, § 195, stk. 2, § 204, stk. 2 eller 3, eller § 206 a eller regler udstedt i medfør af § 57 c, stk. 3, § 59, stk. 3 eller § 60, stk. 3, i denne lov som bindende vilkår, kan dog ikke fraviges ved overenskomster indgået med organisationer af sundhedspersoner repræsenterende almen praksis.«

12. I § 227 indsættes efter stk. 1 som nye stykker:

»Stk. 2. Ydernumre fra praksis, som har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1, og som regionsrådet har fået overdraget, kan regionsrådet sælge til læger, som vil praktisere i henhold til stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1. Regionsrådet kan endvidere sælge nye ydernumre, som regionen har oprettet, og ydernumre fra eksisterende praksis, som regionsrådet har opkøbt som led i praksisplanlægningen, til læger, som vil praktisere i henhold til stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1. Salg af ydernumre, jf. 1. og 2. pkt., kan ske til læger, som allerede har et ydernummer. En læge kan eje op til 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 hvor regionsrådet har fået overdraget ydernummeret. Regionsrådet kan desuden udbyde drift af praksis vedrørende nye ydernumre, som regionsrådet har oprettet. Regionsrådet kan endvidere som led i praksisplanlægningen opkøbe eksisterende ydernumre fra læger, der har ønsket at sælge, og udbyde driften af disse praksis.

Stk. 4. Udbud efter stk. 3 skal foregå på åbne, objektive og ikke diskriminerende vilkår og skal tilrettelægges på en sådan måde, at eventuelle bud kan sammenlignes med, hvad en offentligt drevet enhed vil koste. Regionsrådet har mulighed for at forkaste et bud, hvis omkostningerne er væsentligt 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. 3, eller regionsrådet har forkastet bud i henhold til stk. 4, 2. pkt., kan regionsrådet selv etablere en praksis i en periode på op til 4 år. Et regionsråd, der ønsker at fortsætte driften af praksis efter udløbet af 4-årsperioden, kan alene gøre dette, hvis det ikke er muligt at sælge ydernummeret til en læge efter stk. 2 eller afsætte driften via udbud efter stk. 3 og 4.

Stk. 6. Et regionsråd kan i tilfælde af akut opstået lægemangel i en kort periode etablere et midlertidigt alment medicinsk lægetilbud.«

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

13. § 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 og kommunernes tilskud, herunder regler om ydelsernes indhold og anvendelse og om udbetaling af honorarerne til sundhedspersonerne, om honorarstørrelserne på de enkelte ydelser, og om kørselsgodtgørelse til læger, der tilkaldes til de i § 59 omhandlede personer m.v. Ministeren kan endvidere fastsætte regler om, at honorarerne for de enkelte ydelser nedsættes i tilfælde af væsentligt øget aktivitet, der ikke er begrundet i et tilsvarende øget behov for sundhedsydelser. Ministeren kan fastsætte regler om den samlede økonomiske ramme for ydelserne samt regler om eventuel modregning i fremtidige honorarer ved overskridelse af denne ramme. Ministeren kan ligeledes fastsætte regler om, at hidtidige overenskomstfastsatte forpligtelser, knyttet til udbetaling af honorarer, skal være gældende, ligesom ministeren kan fastsætte regler om henvisning til behandling.«

14. Efter § 273 indsættes:

»§ 273 a. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan i forskrifter, der udstedes i medfør af § 57 c, stk. 3, og § 195, stk. 1 og 3, 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 ændret ved lov nr. 1257 af 18. december 2012 og § 2 i lov nr. 1401 af 23. december 2012, foretages følgende ændringer:

1. I § 29, stk. 1, nr. 5, 1. pkt., ændres »jf. dog stk. 2« til: »jf. dog stk. 3«.

2. I § 29 indsættes efter stk. 1 som nyt stykke:

»Stk. 2. Pligt til at yde erstatning efter dette kapitel har endvidere speciallægepraksisser med speciale i almen medicin, som ikke virker efter overenskomst, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, jf. § 60, stk. 1, for skader efter behandling, undersøgelse el.lign., som er betalt direkte uden om det offentlige sundhedsvæsen. Dog har den region, hvor speciallægepraksissen er beliggende, pligt til at yde erstatning for skader efter behandling, undersøgelse el.lign., som er udført efter sundhedslovens øvrige bestemmelser.«

Stk. 2 og 3 bliver herefter stk. 3 og 4.

3. I § 30, stk. 5, indsættes efter nr. 1, som nyt nummer:

»2) at den region, hvor den erstatningspligtige, jf. § 29, har bopæl eller hjemsted, udbetaler erstatning i tilfælde, hvor den erstatningspligtige ikke har tegnet forsikring efter stk. 2, idet regionen kan anlægge sag om regres mod den erstatningspligtige,«

Nr. 2 og 3 bliver herefter nr. 3 og 4.

4. I § 34, stk. 2, ændres »Danske Handicaporganisationer og Forbrugerrådet.« til: »Danske Handicaporganisationer, Forbrugerrådet og Danske Patienter.«

5. § 34, stk. 4, affattes således:

»Stk. 4. Ved afgørelsen af den enkelte sag skal nævnet sammensættes af:

- 1) formanden eller en næstformand,
- 2) 2 sagkyndige medlemmer udpeget af Sundhedsstyrelsen efter stk. 3 afhængigt af sagens faglige karakter,
- 3) 1 medlem udpeget af regionsrådene i forening,
- 4) 1 medlem udpeget af KL,
- 5) 1 medlem udpeget af Advokatrådet og
- 6) 2 medlemmer udpeget af Forbrugerrådet, Danske Handicaporganisationer og Danske Patienter i forening.«

§ 3

I lov nr. 1257 af 18. december 2012 om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (Private sygehuse, klinikker og speciallægepraksissers medfinansiering af patientskadeerstatningsordningen, vederlag og befordringsgodtgørelse til Forbrugerrådets og Danske Patienters repræsentanter i tandlægenævnene m.v.) foretages følgende ændring:

1. § 1, nr. 14, ophæves.

§ 4

Stk. 1. Loven træder i kraft den 1. september 2013, jf. dog stk. 2 og 3.

Stk. 2. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter tidspunktet for ikrafttrædelsen af § 1. Ministeren kan herunder fastsætte, at dele af § 1 træder i kraft på forskellige tidspunkter.

Stk. 3. § 2, nr. 4 og 5, og § 3 træder i kraft den 15. juli 2013.

Stk. 4. Indtil § 1 træder i kraft finder Overenskomst om almen praksis af 3. juni 1991, senest ændret ved aftale af 21. december 2010, fortsat anvendelse.

Stk. 5. Bilag 1 gælder indtil § 1 træder i kraft. Den økonomiske ramme svarer forholdsmæssigt til den periode, hvor økonomiprotokollatet, jf. bilag 1, er gældende.

Stk. 6. Den første praksisplan, jf. § 206 a, stk. 1, skal foreligge den 1. maj 2014.

§ 5

Stk. 1. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, jf. dog stk. 2.

Stk. 2. § 2 kan ved kongelig anordning helt eller delvist sættes i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

Indholdsfortegnelse

1. Indledning
2. Baggrund for lovforslaget
3. Lovforslagets hovedpunkter
 - 3.1 *Patientrettigheder i forbindelse med almen medicinske ydelser*
 - 3.1.1 *Gældende ret*
 - 3.1.2 *Overvejelser og lovforslag*
 - 3.2 *Planlægning og samarbejde vedrørende almen praksis*
 - 3.2.1 *Gældende ret*
 - 3.2.2 *Overvejelser og lovforslag*
 - 3.3 *Nye organisationsformer i almen praksis*
 - 3.3.1 *Gældende ret*
 - 3.3.2 *Overvejelser og lovforslag*
 - 3.4 *Kvalitet og indsigt i almen praksis*
 - 3.4.1 *Gældende ret*
 - 3.4.2 *Overvejelser og lovforslag*
 - 3.5 *Hjemlen til at fastsætte regler om vilkårene for ydelser i praksissektoren i en overenskomstløs periode*
 - 3.5.1 *Gældende ret*
 - 3.5.2 *Overvejelser og lovforslag*
 - 3.6 *Erstatningspligt efter lov om klage- og erstatningsansvar inden for sundhedsvæsenet*
 - 3.6.1 *Gældende ret*
 - 3.6.2 *Overvejelser og lovforslag*
 - 3.7 *Udnævnelse af medlemmer til Patientskadeankenævnet*
 - 3.7.1 *Gældende ret*
 - 3.7.2 *Overvejelser og lovforslag*
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
11. Bilag 1 og 2

1. Indledning

Hovedformålet med dette lovforslag er at etablere en overordnet lovgivningsramme, som skal sikre, at almen praksis – uden at de grundlæggende forudsætninger for drift af privat praksis ændres – også fremover udvikler sig i takt med det øvrige sundhedsvæsen. Målet er en lovgivningsmæssig ramme, der sikrer, at patienterne oplever kvalitet og sammenhæng i indsatsen, og at den enkelte læge fortsat føler

ejerskab og engagement i forhold til at bidrage til den fortsatte udvikling af sektoren i et stærkt fælles sundhedsvæsen.

Det foreslås således, at en række af de patientrettigheder, som i dag alene fremgår af en overenskomst mellem det offentlige og de alment praktiserende lægers organisation, fremover sikres i lovgivningen. Det foreslås desuden at give kommunerne og borgerne større indflydelse på planlægning af almen praksis og samtidig sikre, at regionerne har den nødvendige kompetence og dermed mulighed for at leve op til deres forpligtelse til planlægning og sikring af tilbud i hele det behandlende sundhedsvæsen.

Endvidere åbnes der op for nye organisationsformer i almen praksis bl.a. med det formål at sikre lægedækning i alle egne af landet. Det foreslås i den forbindelse, at læger, der arbejder inden for rammerne af en overenskomst, kan eje op til 6 ydernumre, og at regionerne på nærmere fastsatte vilkår kan udbyde driften af klinikker til private aktører eller, såfremt dette ikke løser et lægedækningsproblem, i en begrænset periode selv kan drive almen medicinske klinikker.

Herudover sikrer lovforslaget, at regionerne får øget viden om virksomheden på praksisområdet til brug for deres planlægning, kvalitetssikring og kontrol, idet det fastslås, at alment praktiserende læger skal stille oplysninger om deres virksomhed til rådighed for regionerne.

Det foreslås, at loven træder i kraft den 1. september 2013, dog således at ministeren for sundhed og forebyggelse – for så vidt angår lovens centrale dele – fastsætter det nærmere tidspunkt for lovens ikrafttrædelse, der dog senest kan være den 1. september 2014. Reglerne vil hermed kunne træde i kraft sammen med en ny overenskomst om almen praksis. Det indgår i lovforslaget, at den gældende Overenskomst om almen praksis forlænges, indtil der er indgået en ny overenskomst, dog ikke længere end til den 1. september 2014.

2. Baggrund

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* danskernes 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 – i mange tilfælde alle spiller en rolle i den enkelte patients forløb. Den praktiserende læge spiller her 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.

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.

Evaluerings af kommunalreformen

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

I udvalgets afrapportering, Evaluering af kommunalreformen, marts 2013, konstateres det bl.a., at de sundhedstilbud, der hænger sammen med borgerens hverdag, med kommunalreformen kom 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 offentliges muligheder for at beskrive 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.

OECD's analyse vedrørende 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 flermandspraksis frem for i solopraksis. Endvidere påpeges det, at der ikke er tilstrækkelig viden om kvaliteten i almen praksis, ligesom de data, der rent faktisk findes, ikke nyttiggøres i tilstrækkeligt omfang.

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, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 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.

Nedsættelse af udvalg vedrørende almen praksis

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 i 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 nedsætter regeringen et udvalg, hvor de relevante myndigheder, eksterne parter og faglige miljøer, herunder repræsentanter for de alment

praktiserende læger, arbejder videre med modeller, der sikrer, at almen praksis også fremover udvikler sig i takt med det øvrige sundhedsvæsen og ikke mindst inden for nogle rammer, hvor den enkelte læge fortsat føler ejerskab og engagement i forhold til den fortsatte udvikling af sektoren. De praktiserende læger vil blive repræsenteret ved både Praktiserende Lægers Organisation og Dansk Selskab for Almen Medicin. Udvalget skal blandt andet pege på, hvorledes registrering, dataadgang og -deling, it-kommunikation m.v. bedst understøtter udviklingen i almen praksis og sammenhængen til det øvrige sundhedsvæsen. Udvalget skal endvidere se på, hvorvidt den nuværende samarbejdsorganisation, hvor samarbejdsudvalgene har afgørelseskompetencen i forhold til lægers overholdelse af overenskomsten, bedst muligt understøtter ønsket om effektiv ressourceanvendelse og -styring.

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. 5, bemyndiges ministeren for sundhed og forebyggelse til at fastsætte regler om borgernes ret til almenmedicinske ydelser. Bemyndigelsen vil blive anvendt til at fastsætte regler, der svarer til reglerne i §§ 2- 4 i den gældende bekendtgørelse om behandling hos læge i praksissektoren om gruppe 1-sikrede personers ret til vederlagsfri behandling hos den valgte alment praktiserende læge m.v., og i Overenskomst om almen praksis, med de modifikationer, der følger af, at det med vedtagelsen af dette lovforslag bliver muligt at vælge en læge, der ikke arbejder efter Overenskomst om almen praksis.

Ministeren bemyndiges endvidere til at fastsætte regler om lægevalg m.v., jf. forslaget til § 1, nr. 4. Bemyndigelsen vil blive anvendt til at fastsætte bestemmelser vedrørende borgernes valg af læge, der svarer til de regler, der i dag fremgår af bekendtgørelse om behandling hos læge i praksissektoren og af Overenskomst om almen praksis med de modifikationer, der følger af, at det med vedtagelsen af dette lovforslag bliver muligt at vælge en læge, der ikke arbejder efter Overenskomst om almen praksis, jf. dog nedenfor om afstandskriterierne.

Bemyndigelserne vil således ikke blive anvendt til at fastsætte regler, udover ovenstående.

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 15 kilometers (5 km i hovedstadsområdet) grænse vil blive opretholdt, dog således, at det vil blive muligt for borgerne at vælge en læge udenfor denne grænse, imod at frskrive sig kravet på hjemmebesøg af den valgte læge. Der vil således ikke blive fastsat regler, der udvider den enkelte læges forpligtelser i denne henseende, ligesom de i overenskomsten aftalte regler for lukkegrænser m.v. selvfølgelig skal iagttages.

Der henvises i øvrigt til bemærkningerne til dette lovforslags § 1, nr. 4 og 5.

3.2 Planlægning og samarbejde vedrørende almen praksis

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 sundhedsydelse 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 regionsrådet 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 ske via f.eks. sundhedskoordinationsudvalget eller

mellem de enkelte læger og kommunen, men skal aftales via overenskomssystemet. Og lægerne er med den gældende landsoverenskomst ikke forpligtet til 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 aftalt 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 justeres samarbejds- og planlægningssystemet for almen praksis. Praksisplanen vedrørende almen praksis, som skal udarbejdes i henhold til § 206 a, som affattet ved lovforslagets § 1, nr. 9, bliver således et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommune og almen praksis, der beskriver, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen samt indeholder 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. I praksisplanen defineres således rammen for de opgaver, som ønskes løst af almen praksis. Den konkrete udmøntning af denne ramme forudsætter fortsat, at der indgås en underliggende aftale med de praktiserende læger, hvor implementering og ressourcer aftales.

Med lovforslaget etableres et nyt udvalg, praksisplanudvalg, jf. § 204, stk. 2, som affattet ved lovforslagets § 1, nr. 7, der skal forestå udarbejdelsen af praksisplanerne for almen praksis. Udvalget skal bestå af 5 medlemmer fra kommunalbestyrelserne i regionen, 3 regionsrådsmedlemmer og 3 medlemmer udpeget blandt de læger, der virker efter overenskomst i regionen. 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. Almen praksis er som nævnt direkte repræsenteret i udvalget. Derudover forudsættes det, at de enkelte alment praktiserende læger, der virker efter overenskomst, høres i denne proces. Praksisplanudvalget inddrager den nødvendige fagkundskab. Dette kan ske ved, at praksisplanudvalget systematisk inddrager rådgivning fra fagpersoner, der repræsenterer almen praksis (Dansk Selskab for Almen Medicin og Praktiserende Lægers Organisation), relevante sygehusspecialer og kommuner, som man har gjort for at kvalificere arbejdet i sundhedskoordinationsudvalgene.

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 det myndighedsansvarlige regionsråd.

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, herunder almen praksis, stadig vil være repræsenteret i sundhedskoordinationsudvalget.

Det forudsættes, at der også fremover i hver kommune vil være nedsat et kommunalt-lægeligt 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 overgået til praksisplanudvalget eller i øvrigt reguleret i loven. Som ovenfor nævnt forudsættes det dog fortsat, at der indgås underliggende aftaler, jf. § 227, stk. 1, om den konkrete udmøntning, ligesom der vil skulle indgås aftaler med grupper af sundhedspersoner repræsenterende almen praksis, jf. § 227, stk. 1, på de områder, som ikke er reguleret i loven, og hvor der er behov for aftaleregulering.

Samarbejdsudvalgene vil således fortsat være forum for drøftelser og dialog vedrørende almen praksis og udviklingen i almen praksis, ligesom samarbejdsudvalget fortsat vil være et forum vedrørende de spørgsmål, som er reguleret i overenskomsten og ikke i lovgivningen. Dette indebærer f.eks. også, at overenskomstens system for håndtering af sager vedrørende enkeltlæger, skal håndteres indenfor rammerne af det system, som overenskomsten foreskriver på de punkter, der er omfattet af overenskomsten.

Den endelige beslutningskompetence vedrørende spørgsmål, der er reguleret i loven, tilfalder således den myndighedsansvarlige region, hvorimod afgørelser i relation til spørgsmål, der er reguleret indenfor det aftalebaserede system, afgøres inden for dette system.

Det skal bemærkes, at regeringen i regi af Sundhedsstyrelsen vil nedsætte en arbejdsgruppe, som skal udarbejde principper og vejledninger om udarbejdelsen af praksisplaner. Hensigten er at udarbejde et samlet materialesæt, som skal understøtte kommuner, regioner og de praktiserende lægers arbejde med praksisplaner. Arbejdsgruppen vil bestå af relevante interessenter, herunder repræsentanter for de alment praktiserende læger. Arbejdet skal ses som led i den rådgivningsforpligtelse, som Sundhedsstyrelsen har i forbindelse med udarbejdelsen af henholdsvis sundhedsplaner og specialeplaner.

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. Og det gælder patienters 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. 3, som affattet ved lovforslagets § 1, nr. 7, 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 pårørendeorganisationer 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 personer 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, kiropaktorer, 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.

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

Det fremgår af Overenskomst om almen praksis, at samarbejdsudvalget skal udarbejde en praksisudviklingsplan, som skal ligge inden for rammerne af regionens sundhedsplan og 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 tages hensyn 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/praksisdel, 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 samarbejdspaksis 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 såkaldte satellitpraksis, som er et supplement til det primære konsultationssted.

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 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 arbejdsmængde 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. Regionen 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 efter planen er inddelt i. Dette er oftest pr. kommune. En læge, der har fået et ydernummer, skal ansøge samarbejdsudvalget, hvis denne ønsker at flytte sin praksis – også indenfor området. Det er også tilfældet, hvor regionen har udbudt ydernumre til besættelse i en by – f.eks. »Åbenrå by« eller »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: Regionen får overdraget et ydernummer, som indehaveren ikke har kunnet 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 varetage af lægebetjeningen uden for dagtiden og i weekender og helligdage etablerer de alment praktiserende læger vagtordninger. Regionen 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. Lægevagtordningerne er organiseret forskelligt i de fem regioner. Den overordnede regionale organisering af lægevagtordningen 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 sundheds-væsenet, 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 personer 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 – efter forslaget også fremover kunne sælge ydernummeret til en læge, der ønsker at praktisere indenfor overenskomsten. Den enkelte læge, der ønsker at sælge sin praksis, kan således også fremover helt frit vælge, om vedkommende ønsker at sælge sit ydernummer til en anden læge, der ønsker at overtage dette.

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, f.eks. i forbindelse med, at en læge, der ønsker at ophøre med at praktisere, ikke har kunnet sælge ydernummeret til en anden læge, kan regionsrådet, jf. § 227, stk. 2, som affattet ved lovforslagets § 1, nr. 12, 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 i forhold til den gældende ordning 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, der virker indenfor overenskomsten, 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. Opkøb af praksis kan alene ske på frivillig basis, dvs. regionen har ikke forkøbsret til ydernummeret, og loven vil heller ikke hjemle ret til ekspropriation af et eksisterende ydernummer.

Regionsrådet skal tilrettelægge udbuddet på en sådan måde, at det eventuelle bud vil kunne sammen-

lignes 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. Regionsrådet kan alene foretage udbud af driften af praksis. Der er således ikke tale om, at regionsrådet i denne forbindelse kan sælge et ydernummer til en leverandør, der virker udenfor overenskomsten.

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 til en læge, der vil virke inden for overenskomsten, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, eller afprøve udbudsmodellen igen. Klinikken skal være regnskabsmæssigt adskilt fra regionsrådets øvrige drift.

Tilrettelæggelsen af mulighederne for at afsætte ydernumre efter ovenstående retningslinjer lægger grundlæggende op til at bevare de kendte former for 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 m.v. om arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Det gælder f.eks. i forhold til pakkeforløb for kræft- eller hjertepatienter, retningslinjer for ambulant 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.

Den gældende bestemmelse i § 195 vedrører 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 (*International Classification of Primary Health Care*) 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.

Desuden skal lægerne i medfør af overenskomsten anvende det såkaldte datafangstmodul og de indikatorsæt, der er udviklet for diagnoserne: KOL, astma, kroniske muskel- og skeletlidelser, knogleskørhed (osteoporose), hjerte-karsygdomme, cancer, diabetes og ikke-psykotiske psykiske lidelser.

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).

Videregivelse af helbredsoplysninger er reguleret i sundhedslovens kapitel 9. Loven regulerer både sundhedspersoners videregivelse af helbredsoplysninger til sundhedspersoner og sundhedspersoners videregivelse til bl.a. myndigheder, organisationer og privatpersoner. Reglerne suppleres af persondatalovens regler om behandling af personlige oplysninger, som endvidere regulerer ikke-sundhedspersoners adgang til at videregive helbredsoplysninger, herunder ansatte i den regionale administration. For sådanne ikke-sundhedspersoners vedkommende, der virker i den offentlige forvaltning, finder de almindelige tavshedspligtsregler i straffelovens § 152 og §§ 152 c - 152 f og forvaltningslovens kapitel 8 anvendelse.

Alment praktiserende lægers videregivelse af oplysninger om deres virksomhed, der ikke identificerer eller gør det muligt at identificere den enkelte patient, falder uden for persondatalovens anvendelsesområde, idet loven alene omfatter behandling af personoplysninger, jf. lovens § 1, stk. 1. Det vil sige information om en identificeret eller identificerbar fysisk person.

Det fremgår af den gældende Overenskomst om almen praksis, 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 lovforlaget 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 den foreslåede bestemmelse i § 57 b, at alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede personer, skal udøve deres virksomhed i overensstemmelse med nationale faglige retningslinjer 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 m.v. vedrørende specifikke sygdomme. Heri ligger også, at lægerne skal anvende centralt fastsatte pakkeforløb, f.eks. de såkaldte kræftpakker m.v. 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. § 57 b, stk. 2, 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. De opgaver, som beskrives f.eks. i et forløbsprogram, og som dermed er rammen om de praktiserende lægers forpligtelse, vil for de læger, som virker inden for overenskomsten, jf. 227, stk. 1, skulle følges op af en underliggende aftale om vilkårene for at følge denne forpligtelse.

Endvidere foreslås det i sundhedslovens § 195, stk. 2, at indføre en pligt for alment praktiserende læger, der yder behandling til gruppe 1-sikrede personer, til at afgive oplysninger om deres virksomhed til regionsrådene til brug for planlægning, kvalitetssikring og kontrol af udbetalte tilskud og honorarer. Det præciseres dog, at de oplysninger, der således vil skulle videregives, ikke må identificere eller gøre det muligt at identificere den enkelte patient. Det vil således ikke være muligt – på baggrund af de oplysninger, som de alment praktiserende læger skal give til regionsrådet – at kontrollere, om en ydelse til en konkret identificeret eller identificerbar patient er afregnet korrekt. Derimod vil oplysninger godt kunne anvendes til at kontrollere afregninger foretaget af en bestemt lægepraksis på et aggregeret niveau. Videregivelsen af oplysninger efter § 195, stk. 2, skal ske efter regler, der fastsættes af ministeren for sundhed og forebyggelse, idet ministeren vil fastsætte regler om, at lægerne skal stille data, der er tilvejebragt på baggrund af kodning af nærmere opregnede henvendelser til almen praksis og datafangst, til rådighed for regionerne.

Det bemærkes dog, at der ved udtrykket »identificerbar person« forstår en person, der direkte eller indirekte kan identificeres, fx ved et identifikationsnummer eller et eller flere elementer, der er særlige for en given persons fysiske, fysiologiske, psykiske, økonomiske, kulturelle eller social identitet. Oplysninger om patienter, der videregives til regionerne, vil som nævnt ikke kunne identificere eller gøre det muligt at identificere den enkelte patient. Kodning af oplysninger foretaget af lægen i den enkelte praksis vil dog i de tilfælde, hvor der er tale om enkeltmandsejede virksomheder, eller interessentskaber hvor interessenterne er fysiske personer, identificere den enkelte læge. Det er ministeriets vurdering, at disse oplysninger kan videregives til regionsrådene på person-identificerbart niveau, da det er nødvendigt af hensyn til offentlig myndighedsudøvelse med bl.a. sundhedsplanlægning, kvalitetssikring og kontrol, jf. persondatalovens § 6, stk. 1, nr. 6.

Det foreslås samtidig i en ny bestemmelse i sundhedslovens § 57 c, stk. 1, at pålægge alment praktiserende læger, der yder behandling til gruppe 1 sikrede personer, at foretage kodning af henvendelser til almen praksis og anvende datafangst efter regler, der fastsættes af ministeren for sundhed og forebyggelse. Ministeren vil i den forbindelse fastsætte regler om, at de alment praktiserende læger skal foretage kodning af henvendelser vedrørende diagnoserne KOL, astma, kroniske muskel- og skeletlidelser, knogleskørhed (osteoporose), hjerte-karsygdomme, cancer, diabetes og ikke-psykotiske psykiske lidelser – svarende til den nuværende forpligtelse efter Overenskomst om almen praksis. Der vil desuden blive stillet krav om, at lægen anvender de indikatorsæt i datafangst, der er udviklet for de pågældende diagnoser. Endelig vil det på sigt – og efter indstilling fra det faglige selskab – kunne blive aktuelt at

udvide forpligtelsen til at kode henvendelser til almen praksis til at omfatte andre typer af diagnoser. Der henvises i øvrigt til de specielle bemærkninger til § 57 c, stk. 3, (lovforslagets § 1, nr. 3).

Det foreslås endvidere i § 57 c, stk. 2, at de alment praktiserende læger skal have pligt til at offentliggøre oplysninger om praksis, der er relevante i forbindelse med borgernes valg af læge, jf. § 59, stk. 1. Formålet er at give borgeren et mere optimalt grundlag for valg af læge. Der vil i forbindelse med en nærmere udmøntning af bestemmelsen blive fastsat 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. 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 praksissektorumråder, 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.

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 og 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 de privat praktiserende sundhedspersoners 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 foreligger 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 Erstatningspligt efter lov om klage- og erstatningsansvar inden for sundhedsvæsenet

3.6.1 Gældende ret

Det fremgår bl.a. af klage- og erstatningslovens § 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 erstatninger for 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.

3.6.2 Overvejelser og lovforslag

Med den oven for anførte ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, som træder i kraft den 1. juli 2013, 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 sundhedsydelser af høj kvalitet.

De alment praktiserende lægepraksisser 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 behandlingskapacitet, og det er på den baggrund fundet rimeligt, at det offentlige betaler for patientskaderne.

Forudsætningen for, at regionerne har erstatningspligten, er således knyttet til, at lægerne leverer sundhedsydelser på det offentliges regning, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, jf. § 60, stk. 1, som er hjemmel til overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og organisationer af sundhedspersoner, der repræsenterer almen praksis. Alment praktiserende læger, der evt. ikke virker efter overenskomsten, kan efter ministeriets vurdering, ikke længere anses for at være en del af det offentlige sundhedsvæsen.

Regeringen finder det således helt naturligt, at alment praktiserende lægepraksisser ikke længere skal have patientskadeerstatninger 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 speciallægepraksisser med speciale i almen medicin, som ikke virker efter overenskomsten, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, jf. § 60, stk. 1, 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.

For sundhedsydelser, der ydes i medfør af sundhedsloven, vil det fortsat være regionerne, der skal afholde erstatningerne. Det gælder fx vederlagsfri forebyggende helbredsundersøgelser samt vejledning om svangerskabshygiejne til kvinder ved graviditet, jf. § 61 og svangerskabsforebyggende metoder, jf. § 62 samt forebyggende helbredsundersøgelser til børn, jf. § 63.

3.7 Udnævnelse af medlemmer til Patientskadeankenævnet

3.7.1 Gældende ret

Patientskadeankenævnet blev oprettet i forbindelse med etablering af Patientskadeerstatningssystemet 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.

3.7.2 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), som træder i kraft den 1. juli 2013, 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 den vedtagne lov 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 speciallægepraksisser med speciale i almen medicin, som ikke virker efter overenskomsten, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, jf. § 60, stk. 1. Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at opgøre regionernes mindreudgifter.

Regionsrådene skal fremover give tilladelse til flytning af praksis ejet af indehavere af ydernumre.

Lovforslaget vil medføre begrænset meradministration for regionerne i forbindelse med nedsættelse af praksisplanudvalg og udarbejdelse af praksisplaner, herunder med inddragelse af patient- og pårørende og de enkelte praksis. Der vil endvidere være begrænset meradministration for regionerne i forbindelse med udarbejdelse af udbudsmateriale, vurdering af indkomne tilbud, opgørelse af hvad det ville koste selv af drive praksis, hvis regionerne vælger at anvende udbudsmuligheden.

5. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet

Lovforslaget medfører, at speciallægepraksisser med speciale i almen medicin, som ikke virker efter overenskomsten, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, jf. § 60, stk. 1, bliver pålagt at finansiere de patientskader, 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 usikkert, hvor mange speciallægepraksisser med speciale i almen medicin, der vil omfattes af lovforslagets § 2, nr. 1.

Pligten til fremover at dele kodede data, jf. lovforslagets § 1, nr. 6, vil evt. kræve tilpasning af lægernes it-systemer. Det er ikke muligt på nuværende tidspunkt at opgøre eventuelle udgifter herved.

Indehavere af ydernumre, der ønsker at flytte deres praksis, skal indhente regionsrådets tilladelse.

Efter forslaget skal alment praktiserende læger, der yder behandling til gruppe 1-sikrede fremover dele de data, der følger af kodningsforpligtelsen med regionsrådene. De administrative konsekvenser forventes at blive yderst begrænsede, når it-systemerne er blevet tilrettet.

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

Et udkast til lovforslag har været i høring hos følgende myndigheder og organisationer m.v.:

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 Videnskabsetiske 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, Hjerteforeningen, 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 selvskade, Landsforeningen SIND, Lægeforeningen, Lægemiddelindustriforeningen (LIF), Organisation af Lægevidenskabelige Selskaber, Patientforeningen i Danmark, Patientforsikringen, Patientombuddet, Pharmadanmark, 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 uden om det offentlige sundhedsvæsen udført af speciallægepraksisser med speciale i almen medicin, som ikke virker efter overenskomsten, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, jf. § 60, stk. 1. Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at opgøre regionernes mindreudgifter.	Regionsrådene skal fremover give tilladelse til flytning af praksis ejet af indehavere af ydernumre. Lovforslaget vil medføre begrænset meradministration for regionerne i forbindelse med nedsættelse af praksisplanudvalg og udarbejdelse af praksisplaner, herunder med inddragelse af patient- og pårørende og de enkelte praksis. Der vil endvidere være begrænset meradministration for regionerne i forbindelse med udarbejdelse af udbudsmateriale, vurdering af indkomne tilbud, opgørelse af hvad det ville koste selv af drive praksis, hvis regionerne vælger at anvende udbudsmuligheden.
Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	Lovforslaget medfører, at speciallægepraksisser med speciale i almen medicin, som ikke virker ef-

		ter overenskomsten, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, jf. § 60, stk. 1, bliver pålagt at finansiere de patientskader, 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 usikkert, hvor mange speciallægepraksisser med speciale i almen medicin, der vil omfattes af lovforslagets § 2, nr. 1. Pligten til fremover at dele de kodede data, jf. lovforslagets § 1, nr. 6, vil evt. kræve tilpasning af lægernes it-systemer. Det er ikke muligt på nuværende tidspunkt at opgøre eventuelle udgifter herved. Indehavere af ydernumre, der ønsker at flytte deres praksis, skal indhente regionsrådets tilladelse. Efter forslaget skal alment praktiserende læger, der yder behandling til gruppe1-sikrede fremover dele de data, der følger af kodningsforpligtelsen med regionsrådene. De administrative konsekvenser forventes at blive yderst begrænsede, når it-systemerne er blevet tilrettet.
Miljømæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for borgerne	Ingen	Ingen
Forholdet til EU-retten	Lovforslaget indeholder ikke 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. 12 (sundhedslovens § 227, stk. 2-6).

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, dens indhold og kvalitet, 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, f.eks. ved sikring af løbende produktivetsforbedringer.

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

Muligheden for at etablere og drive regionale klinikker, som den fremgår af den nuværende affattelse af sundhedslovens § 57, stk. 2, blev hjemlet ved lov nr. 603 af 18. juni 2012. Bestemmelsen i § 57, stk. 2, i den nuværende affattelse, 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. 12.

Der foreslås en ny affattelse af § 57, stk. 2, som indebærer, at det vil fremgå af loven, at regionsrådet har ansvaret for at sikre, at borgere kan modtage vederlagsfri sygebesøg i hjemmet. For at regionsrådet kan løfte denne forpligtelse, skal der foreligge en aftale med praktiserende læger om den konkrete udmøntning af forpligtelsen.

Til nr. 3 (sundhedslovens § 57 a - c)

Lovforslagets § 57 a regulerer den fysiske placering af praksis, hvorfra der i henhold til et ydernummer ydes vederlagsfri behandling til personer omfattet af sikringsgruppe 1, jf. § 60, stk. 1.

Om begrebet ydernummer kan der henvises til afsnit 3.3.1. Om praksisplanen kan der henvises til afsnit 3.2.2.

Det følger af stk. 1, at det fremover vil være regionsrådet, der på baggrund af praksisplanen beslutter placeringen af de klinikker mv., hvorfra der i henhold til et ydernummer ydes vederlagsfri behandling til personer omfattet af sikringsgruppe 1.

Bestemmelsen indebærer, at regionsrådet for så vidt angår nyoprettede ydernumre, jf. § 227, stk. 2, og ydernumre, som er overdraget eller opkøbt af regionen, jf. § 227, stk. 2, beslutter fra hvilken lokalitet (matrikelnummer), praksis skal udøves. Den beslutning, som regionsrådet træffer, vil være bindende for erhververen, herunder senere erhververe, af det pågældende ydernummer.

Bestemmelsen giver derimod ikke adgang til (mod indehaverens ønske) at træffe beslutning om at flytte en allerede etableret praksis. Dette gælder både for så vidt angår praksis, der er etableret på tidspunktet for ikrafttræden af bestemmelsen, og for praksis, der i medfør af bestemmelsen er blevet placeret efter en beslutning fra regionsrådet, men hvor regionsrådet senere måtte finde det hensigtsmæssigt at flytte praksis. Hvis regionsrådet ønsker at flytte en sådan allerede etableret praksis, må det således ske efter aftale med indehaveren af ydernummeret.

Det følger af stk. 2, at indehavere af ydernumre, der ønsker at flytte praksis, skal indhente regionsrådets godkendelse. Godkendelse skal meddeles, hvis flytningen af praksis ikke ændrer forudsætningerne for praksisplanen eller er i strid med denne, jf. § 206 a.

Bestemmelsen indebærer, at indehavere af ydernumre, der ønsker at flytte deres praksis fra en lokalitet (matrikelnummer) til en anden lokalitet (matrikelnummer), skal indhente regionsrådet godkendelse forud for flytningen af praksis.

Bestemmelsen gælder både for praksis, der er etableret på tidspunktet for ikrafttræden af bestemmelsen, og for praksis, der er etableret efter dette tidspunkt.

Bestemmelsen indebærer endvidere, at regionsrådet vil være forpligtet til at meddele godkendelse, hvis den flytning af praksis, som indehaveren ønsker, ikke ændrer forudsætningerne for praksisplanen eller er i strid med denne, jf. § 206 a.

Regionsrådets godkendelse af en flytning eller afslag herpå vil være en afgørelse i forvaltningsretlig forstand. Regionen skal således bl.a. i tilfælde af afslag konkret begrunde over for indehaveren af ydernummeret, at flytningen enten ændrer forudsætningerne for praksisplanen eller er i strid med denne.

Ud over de tilfælde, hvor regionsrådet vil være forpligtet til at godkende en flytning, vil regionsrådet også i andre tilfælde være berettiget (men ikke forpligtet) til at meddele en godkendelse til flytning af en praksis. Det drejer sig bl.a. om tilfælde, hvor hensynet til indehaveren af ydernummeret – eller en potentiel erhverver af dette – med vægt taler herfor, og hvor borgernes adgang til de sundhedsydelser, som praksis leverer, fortsat kan tilgodeses efter flytningen – eventuelt hos en anden praksis.

Det forudsættes i den forbindelse, at regionen i tilfælde, hvor en indehaver af et ydernummer har disponeret i tillid til en i henhold til § 8 i Overenskomst om almen praksis tidligere meddelt tilladelse til flytning, godkender flytningen.

I forslaget til § 57 b, *stk. 1*, fastlægges, at alment praktiserende læger er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med nationale faglige retningslinjer 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. § 17 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. 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. Forpligtelsen vedrører alene nationale retningslinjer, der er udstedt af de centrale statslige sundhedsmyndigheder, hvorfor der vil være tale om retningslinjer, som er udarbejdet i et tæt samarbejde med de faglige miljøer, herunder med almen medicinsk ekspertise.

Det fremgår af forslaget til § 57 b, *stk. 2*, at de alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede patienter, jf. § 60, *stk. 1*, 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. Sundhedsaftalerne udarbejdes i sundhedskoordinationsudvalgene bl.a. efter forslag fra praksisplanudvalg og kommunalt-lægelige udvalg. Almen praksis er også repræsenteret i alle disse udvalg.

De opgaver, som beskrives f.eks. i et forløbsprogram, og som dermed er rammen om de praktiserende lægers forpligtelse, vil for de læger, som virker inden for overenskomsten, jf. § 227, stk. 1, skulle følges op af en underliggende aftale om vilkårene for at følge denne forpligtelse.

Med den foreslåede bestemmelse i sundhedslovens § 57 c, *stk. 1*, forankres den alment praktiserende læges overenskomstmæssige forpligtelse til at foretage kodning af henvendelser til almen praksis og anvende datafangst direkte i lovgivningen.

Det foreslås endvidere i § 57 c, *stk. 2*, at pålægge de alment praktiserende læger at offentliggøre oplysninger om praksis, der er relevante i forbindelse med borgernes valg af læge.

Det foreslås samtidig i § 57 c, *stk. 3*, at bemyndige ministeren for sundhed og forebyggelse til at fastsætte nærmere regler om kodning efter stk. 1, herunder om de konkrete typer af henvendelser til almen praksis, der skal kodes, og om anvendelse af datafangst. Der vil i medfør af den foreslåede bemyndigelse til ministeren blive stillet krav om, at der foretages kodning af henvendelser vedrørende diagnoserne KOL, astma, kroniske muskel- og skeletlidelser, knogleskørhed (osteoporose), hjerte-karsygdomme, cancer, diabetes og ikke-psykotiske psykiske lidelser i lovgivningen – svarende til det i overenskomsten aftalte. Der vil desuden blive stillet krav om, at lægen anvender de indikatorsæt i datafangst, der er udviklet for de pågældende diagnoser.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse hæfter sig ved, at parterne bag overenskomsten om almen praksis har tilkendegivet, at man er enige om, at resultaterne af dataindsamling for kodede henvendelser skal danne grundlag for en senere aftale om udvidelse af kodningsforpligtelsen.

Det vil således på sigt – og efter indstilling fra det faglige selskab – kunne blive aktuelt at udvide forpligtelsen til at kode henvendelser til almen praksis til at omfatte andre diagnoser end de i overenskomsten aftalte. For læger, der virker efter overenskomst, jf. § 227, stk. 1, vil der skulle indgås en efterfølgende aftale om implementering.

Det foreslås desuden, at ministeren for sundhed og forebyggelse i medfør af den foreslåede bestemmelse i § 57 c, *stk. 3*, fastsætter nærmere regler om offentliggørelse af oplysninger om praksis efter § 57 c, *stk. 2*. Denne bemyndigelse 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 også vil blive fastsat regler om.

Til nr. 4 (sundhedslovens § 59, stk. 3)

Bemyndigelsen i sundhedslovens § 59, *stk. 3*, vil i den foreslåede affattelse blive anvendt til at fastsætte bestemmelser vedrørende borgernes valg af læge, der svarer til de regler for valg af læge, der fremgår af § 1 i den gældende bekendtgørelse om behandling af læge i praksissektoren, som har hjemmel i den gældende bemyndigelsesbestemmelse i sundhedslovens § 59, *stk. 3*. Bemyndigelsen vil endvidere blive anvendt til at fastsætte regler, der svarer til de gældende bestemmelser om valg af læge i Overenskomst om almen praksis, med de modifikationer, der følger af, at det med vedtagelsen af dette lovforslag bliver muligt at vælge en praksis/klinik, der ikke virker efter Overenskomst om almen praksis, jf. dog nedenfor om afstandskriterierne.

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 15 kilometers (5 km i hovedstadsområdet) grænse vil blive opretholdt, dog således, at det vil blive muligt for borgerne at vælge en læge udenfor denne grænse, idet borgerne i disse tilfælde dog ikke vil have krav på hjemmebesøg af den valgte læge.

Der vil således ikke blive fastsat regler, der udvider den enkelte læges forpligtelser i denne henseende, ligesom de i overenskomsten aftalte regler for lukkegrænser m.v. selvfølgelig skal iagttages.

Bemyndigelsen vil ikke herudover blive anvendt til at fastsætte regler.

Til nr. 5 (sundhedslovens § 60, stk. 3)

Ministeren for sundhed og forebyggelse vil anvende bemyndigelsen til at fastsætte regler, der svarer til reglerne i §§ 2-4 i den gældende bekendtgørelse om behandling hos læge i praksissektoren, om at gruppe 1-sikrede personer har ret til vederlagsfri behandling hos den valgte alment praktiserende læge m.v. og i Overenskomst om almen praksis, med de modifikationer, der følger af, at det med vedtagelsen af dette lovforslag bliver muligt at vælge en praksis/klinik, der ikke virker efter Overenskomst om almen praksis.

Bemyndigelsen vil ikke herudover blive anvendt til at fastsætte regler.

Til nr. 6 (sundhedslovens § 195, stk. 2 og 3)

Den foreslåede bestemmelse i § 195, stk. 2, indfører en pligt for alment praktiserende læger, der yder behandling til gruppe 1-sikrede personer, til at afgive oplysninger om deres virksomhed til regionsrådene til brug for planlægning, kvalitetssikring og kontrol af udbetalte tilskud og honorarer. Pligten til at videregive oplysninger omfatter dog ikke oplysninger, der identificerer eller gør det muligt at identificere den enkelte patient. Oplysninger om den enkelte patient, der vil være at betragte som personoplysninger i persondatalovens forstand, jf. persondatalovens § 3, nr. 1, vil således ikke skulle videregives efter den foreslåede bestemmelse.

Det foreslås samtidig i en ny bestemmelse i sundhedslovens § 195, stk. 3, at bemyndige ministeren for sundhed og forebyggelse til at fastsætte nærmere regler om, hvilke konkrete typer af oplysninger, som lægerne i medfør af den foreslåede § 195, stk. 2, skal stille til rådighed for regionsrådene. Ministeren vil med hjemmel i den foreslåede bemyndigelse fastsætte regler om, at de alment praktiserende læger skal stille de data, som er tilvejebragt på baggrund af kodning af henvendelser til almen praksis og datafangst, til rådighed for regionerne.

Bestemmelsen skal ses i sammenhæng med den foreslåede bestemmelse i § 57 c, stk. 1, der pålægger alment praktiserende læger, der yder behandling til gruppe 1 sikrede personer, at foretage kodning af henvendelser til almen praksis og anvende datafangst.

Den foreslåede bemyndigelse i § 195, stk. 3, vil således blive anvendt til at fastsætte regler om, at de alment praktiserende læger, for så vidt angår de i § 57 c, stk. 1, omhandlede henvendelser til almen praksis, skal stille registrerede oplysninger om antallet af patientkontakter til rådighed for regionerne, bl.a. med hensyn til oplysninger om henvendelsesårsag, aktivitet, ydelse, viderehenvisning og medicinforbrug. Oplysningerne vil ikke identificere eller gøre det muligt at identificere den enkelte patient.

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 undgå overlappende funktioner.

Det er Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses vurdering, at en sådan videregivelse og anvendelse af data, der ikke må indeholde oplysninger om en identificeret eller identificerbar patient, falder uden for persondatalovens anvendelsesområde.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.4 i de almindelige bemærkninger.

Til nr. 7 (sundhedslovens § 204, stk. 2 og 3)

Med den foreslåede bestemmelse i § 204, *stk. 2*, foreslås, at der i hver region nedsættes et praksisplanudvalg, der skal forestå udarbejdelsen af udkast til praksisplaner vedrørende almen praksis, jf. § 206 a. Praksisplanudvalget består af repræsentanter fra regionsrådet, repræsentanter fra kommunalbestyrelserne i regionen og repræsentanter for de privatpraktiserende læger, der virker efter overenskomst, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, jf. § 60.

Udvalget består af 5 medlemmer, udpeget blandt kommunalbestyrelsesmedlemmer fra kommunerne i regionen (i praksis af kommunekontaktrådet), 3 medlemmer fra regionsrådet og 3 medlemmer udpeget blandt de privatpraktiserende læger.

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

I forslaget § 204, *stk. 3*, 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 inden for 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. 8 (sundhedslovens § 204, stk. 2, der bliver stk. 4)

Med den foreslåede ændring udvides bemyndigelsen i den gældende bestemmelse i sundhedslovens § 204, stk. 2, som efter forslaget bliver stk. 4, til også at omfatte praksisplanudvalget og patientinddragelsesudvalget. Ministeren for sundhed og forebyggelse vil bl.a. anvende bemyndigelsen til at fastsætte nærmere regler om proceduren for udpegning af medlemmer til de 2 udvalg, beslutningsproceduren i udvalgene og samspillet imellem de forskellige udvalg.

Til nr. 9 (sundhedslovens § 206 a)

Praksisplanen vedrørende almen praksis, som skal udarbejdes i henhold til § 206 a, bliver et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj imellem region, kommune og almen praksis, der beskriver, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernumre. Praksisplanen vedrører således både den fysiske planlægning, herunder spørgsmålet om sikring af lægedækning i alle egne af regionen, og den indholdsmæssige del i relation til f.eks. sundhedsaftaler om udskrivningsforløb for ældre medicinske patienter.

For så vidt angår den fysiske planlægning, skal der beskrives en plan for sikring af den nødvendige lægedækning i alle egne af regionen, herunder for så vidt angår kapacitet og tilgængelighed.

Planen skal endvidere bl.a. forholde sig til den strukturelle udvikling og opgavevaretagelse i almen praksis under hensyntagen til udviklingen i det samlede sundhedsvæsen.

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. Praksisplanen vil fremover være den ramme, der sikrer kommunernes indflydelse på decentrale aftaler med de praktiserende læger samt sikrer grundlaget for sundhedsaftalers (om f.eks. indlæggelse/udskrivning og forløbsprogrammer) gennemførelse og dermed tilgodeser behovet for samarbejde med almen praksis på konkrete områder. I praksisplanen defineres således rammen for de opgaver, som skal løses af almen praksis.

Den konkrete udmøntning af denne ramme forudsætter fortsat, at der indgås en underliggende aftale med de praktiserende læger. I den forbindelse skal bemærkes, at dette må antages at forudsætte, at den centralt forhandlede overenskomst om almen praksis i højere grad end i dag skal suppleres af decentrale aftaler indgået efter forhandlinger imellem regionen/kommuner og almen praksis. Dette forudsætter, at en større andel af den samlede økonomiske ramme for sektoren kan udmøntes decentralt.

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 inden for 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 § 206 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 arbejder efter overenskomsten, jf. § 227, stk. 1, jf. § 60. Den enkelte praksis får i forbindelse med høringen mulighed for at give udtryk for praksis' planer for den kommende periode, herunder i relation til det øvrige behandlende sundhedsvæsen.

Praksisplanen for almen praksis bliver som nævnt en del af regionens sundhedsplan. Det fremgår af sundhedslovens § 206, stk. 2, at regionsrådet forud for regionsrådets behandling af forslag til sundhedsplan skal indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning, ligesom regionsrådet i henhold til § 206, stk. 4, skal indsende planen og senere ændringer heri til Sundhedsstyrelsen.

Den rådgivning, som Sundhedsstyrelsen skal yde i henhold til den foreslåede bestemmelse, skal finde sted umiddelbart forud for den endelige vedtagelse af praksisplanen.

Til nr. 10 (overskriften til kapitel 70)

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. 12 nedenfor.

Til nr. 11 (sundhedslovens § 227, stk. 1)

Det følger af den eksisterende bestemmelse i sundhedsloven § 227, at Regionernes Lønnings- og Takstnævn afslutter overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkårene for ydelser i praksissektoren, herunder almen praksis.

Med den foreslåede bestemmelse fastsættes, at vilkår, der er fastsat eller udstedt i medfør af en række af de bestemmelser, som foreslås indført med dette lovforslag som bindende vilkår, ikke kan fraviges ved en overenskomst indgået imellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og organisationer af sundhedspersoner, repræsenterende almen praksis. Det drejer sig efter den foreslåede bestemmelse om vilkår, der er fastsat eller udstedt i medfør af § 57 a, § 57 b, § 57 c, stk. 1 eller 2, § 195, stk. 2, § 204, stk. 2 eller 3, eller § 206 a eller regler udstedt i medfør af § 57 c, stk. 3, § 59, stk. 3, eller § 60, stk. 3.

Til nr. 12 (sundhedslovens § 227, stk. 2 -6)

Ydernumre, der hidrører fra praksis, som hidtil har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, og som regionsrådet har fået overdraget, skal regionsrådet ifølge forslaget til § 227, stk. 2, kunne 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.

Efter den gældende ordning er der mulighed for, at et ydernummer kan være bemandet med flere lægekapaciteter, således at det antal patienter, der er tilknyttet ydernummeret, kan være større, end hvis der kun er én læge tilknyttet ydernummeret. I forbindelse med den foreslåede bestemmelse i § 227, stk. 2, 4. pkt., forudsættes det, at der alene er tilknyttet én lægekapacitet til hver af de op til 6 ydernumre, som en læge kan eje.

Bestemmelsen regulerer alene forholdene i forbindelse med overdragelse fra regionen til en yder, der ønsker at praktisere inden for 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, f.eks. 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.

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 hvor regionsrådet har fået overdraget ydernummeret. Regionsrådet kan desuden foretage offentligt udbud af drift af praksis vedrørende nye ydernumre, som regionen har oprettet. Endelig kan regionsrådet som led i praksisplanlægningen opkøbe eksisterende praksis og udbyde driften af disse.

Regionsrådet kan alene foretage udbud af driften af praksis. Der er således ikke tale om, at regionsrådet i denne forbindelse kan sælge et ydernummer til en leverandør, der virker uden for overenskomsten, og som på denne måde kunne få ret til videresalg.

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.

Opkøb af praksis, jf. stk. 2 og 3, kan alene ske på frivillig basis, dvs. regionen har ikke forkøbsret til ydernummeret, og loven vil heller ikke hjemle ret til ekspropriation af et eksisterende ydernummer. En praktiserende læge, som ønsker at afhænde sit ydernummer, vil med den foreslåede ordning – som i dag – fremover kunne sælge ydernummeret til en læge, der ønsker at praktisere inden for overenskomsten. Den enkelte læge, der ønsker at sælge sin praksis, kan således også fremover helt frit vælge, om vedkommende ønsker at sælge sit ydernummer til en anden læge, der ønsker at overtage dette.

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.

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 inden for de overenskomstmæssige rammer, jf. § 227, stk. 1, 1. punktum, jf. § 60, stk. 1.

I *stk. 6* lægges der op til, at et regionsråd i tilfælde af pludselig opstået lægemangel i en kort periode kan etablere en midlertidig praksis. Muligheden kan eksempelvis være relevant, hvis en praktiserende læge bliver ramt af sygdom eller af andre årsager må lukke eller nedbringe antallet af tilmeldte patienter til praksis, og lægen ikke har været i stand til at rekruttere en kvalificeret vikar med kort varsel. Muligheden for at etablere et midlertidigt tilbud efter stk. 6 kan først bringes i anvendelse, hvis det ikke inden for

det korte varsel på anden vis har været muligt for regionen at sikre lægedækning i det pågældende lokalområde, herunder ved at benytte evt. overkapacitet i andre praksis i det pågældende område.

Regionsrådet skal sikre – både ved udbud af drift af praksis og ved etablering af et midlertidigt tilbud – at den sundhedsfaglige virksomhed er i overensstemmelse med god almenmedicinsk praksis, og at der sikres bemanning med en læge med speciallægeuddannelsen i almen medicin. Regionsrådet kan sikre den rette bemanning ved i udbudsmaterialet at betinge sig dette og på midlertidige tilbud, som regionsrådet selv driver, ved at ansætte speciallæger i almen medicin.

Regionsrådet skal ved udbud af drift af praksis og ved etablering af midlertidigt tilbud tilmed sikre, at vinderen af udbud ikke driver eller er knyttet til en virksomhed, der har tilladelse efter § 7, stk. 1 eller § 39, stk. 1, i lov om lægemidler. Herved sikres det, at lægemiddelvirksomheder ikke kan drive klinikker, der leverer almen medicinske ydelser. Dette svarer til det gældende princip i apotekerlovens § 3, stk. 2, hvorefter den, der udøver læge- eller tandlægevirksomhed, som udgangspunkt ikke må drive eller være knyttet til en lægemiddelvirksomhed.

Til nr. 13 (sundhedslovens § 229)

Hjemlen til at fastsætte regler i en overenskomstløs periode vedrører alle de praksisområder, som Regionernes Lønnings- og Takstnævn 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 forelægger 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 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.

Til nr. 14 (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 gældende lovs § 195 (der med dette lovforslag bliver til § 195, stk. 1) og de foreslåede bestemmelser i § 57 c, stk. 3, og § 195, stk. 3.

Det gøres således muligt at straffe overtrædelse af regler om:

- Pligt for alment praktiserende læger til at foretage kodning af henvendelser til almen praksis, anvende datafangst og offentliggøre oplysninger om deres praksis udstedt efter den foreslåede bestemmelse i § 57 c, stk. 3.
- Pligt for regionsråd, kommunalbestyrelser, praktiserende sundhedspersoner og de private personer eller institutioner, der driver sygehuse m.v. til at give oplysning om virksomheden til centrale sundhedsmyndigheder udstedt efter gældende lovs § 195 (der med dette lovforslag bliver til § 195, stk. 1).
- Pligt for alment praktiserende læger til at give visse oplysninger om deres virksomhed til regionsrådene til brug for planlægning, kvalitetssikring og kontrol af udbetalte tilskud og honorarer udstedt efter den foreslåede bestemmelse i § 195, stk. 3.

Til § 2

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

Der er tale om en konsekvensrettelse som følge af, at der med lovforslagets § 2, nr. 2, i § 29 efter stk. 1, indsættes et nyt stk. 2. Stk. 2 og 3 bliver derefter stk. 3 og 4.

Til nr. 2 (§ 29, stk. 2)

Private sygehuse, klinikker og speciallægepraksisser (uden speciale i almen medicin) bliver med ændringen af § 29, stk. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (lov nr. 1257 af 18. december 2012) pr. 1. juli 2013 forpligtet til selv at finansiere eventuelle erstatninger som følge af patientskader i forbindelse med visse typer af behandling, undersøgelse el.lign. Det var tidligere regionerne, som skulle finansiere patientskaderne. Der henvises til de almindelige bemærkninger afsnit 3.6.1.

Med dette lovforslags § 2, nr. 1, foreslås det, at også speciallægepraksisser med speciale i almen medicin, som ikke virker efter overenskomsten, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, jf. § 60, stk. 1, bliver pålagt at finansiere de patientskader, der sker i forbindelse med deres behandling, undersøgelse el. lign. af patienter betalt direkte uden om det offentlige sundhedsvæsen. Erstatningspligten skal være dækket af en forsikring. Dermed er det ikke længere den region, hvor den alment praktiserende læge har sin praksis beliggende, som er erstatningsansvarlig for patientskaderne.

Det er alene speciallægepraksisser med speciale i almen medicin, som ikke virker inden for overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og organisationer af sundhedspersoner repræsenterende almen medicin, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, jf. § 60, stk. 1, der omfattes af erstatnings- og forsikringspligten. Sådanne praksisser kan således ikke anses for at være en del af det offentlige sundhedsvæsen, hvorfor det er regeringens opfattelse, at det er helt naturligt, at sådanne praksisser – på linje med andre privatpraktiserende speciallægepraksisser, klinikker og privathospitaler – selv skal finansiere erstatning for egne patientskader.

Der stilles ikke krav om, at der er tale om ydelser, der udføres af en læge. Hvis f.eks. en fysioterapeut eller sygeplejerske udfører behandling, undersøgelse el.lign., og dette medfører en skade, vil denne skulle erstattes af speciallægepraksissen med speciale i almen medicin.

For øvrige sundhedsydelser, der ydes i medfør af konkrete bestemmelser i sundhedsloven af speciallægepraksisser med speciale i almen medicin, fx vederlagsfri forebyggende helbredsundersøgelser til gravide, vejledning om svangerskabsforebyggende metoder og forebyggende helbredsundersøgelser til børn, jf. sundhedslovens §§ 61 – 63, vil evt. skader fortsat blive dækket af den region, hvor lægepraksissen er beliggende, uanset at den pågældende praksis ikke virker efter overenskomst.

Til nr. 3 (§ 30, stk. 5)

Med denne bestemmelse foreslås det, at regionerne hæfter for patientskadeerstatninger i de tilfælde,

hvor den erstatningspligtige efter lovens § 29, stk. 2, ikke har tegnet forsikring, jf. lovens § 30, stk. 1. Det betyder, at patienten får udbetalt sin erstatning på trods af den manglende forsikringsdækning, og at regionen efterfølgende vil kunne anlægge regressag mod skadevolderen.

Overtrædelse af forsikringspligten i lovens § 30, stk. 1, kan efter § 62 straffes med bøde.

Til nr. 4 (§ 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.

Af § 34, stk. 2 fremgår det, at 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, Advokatrådet, Danske Handicaporganisationer og Forbrugerrådet.

Som konsekvens af, at Danske Patienter, jf. lovforslagets § 2, nr. 5, bliver repræsenteret i Patientskadeankenævnet, skal Danske Patienter således også formelt have kompetencen til at udpege medlemmerne. På den baggrund omfattes Danske Patienter af bestemmelsen i § 34, stk. 2.

Til nr. 5 (§ 34, stk. 4)

Bestemmelsen i § 34, stk. 4, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet fastsætter sammensætningen af Patientskadeankenævnet ved afgørelser af den enkelte sag.

Med vedtagelsen af lov nr. 1257 af 18. december 2012 om klage og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet bliver Danske Patienter pr. 1. juli 2013 repræsenteret i Patientskadeankenævnet. Det fremgår af bemærkninger til det daværende lovforslag (L31), at der beskikkes samme antal medlemmer efter indstilling fra henholdsvis Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter og Forbrugerrådet. Med ændringen skal der således udpeges 9 medlemmer til Patientskadeankenævnet, men der skal alene deltage 8 medlemmer i nævnsmøderne. De medlemmer, som er udpeget af Danske Handicaporganisationer, Forbrugerrådet og Danske Patienter, skiftes således til at deltage på nævnsmøderne med 2 medlemmer.

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

Med bestemmelsen ophæves § 1, nr. 14, i lov nr. 1257 af 18. december 2012 om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Som det fremgår af dette lovforslags § 2, nr. 5, som affatter lovens § 34, stk. 4, på en ny måde, indebærer ændringen, at Danske Patienter, som forudsat i vedtagelsen af lov nr. 1257 af 18. december 2012 om ændring af lov om klage og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, bliver repræsenteret i Patientskadeankenævnet.

Da § 1, nr. 14, i lov nr. 1257 af 18. december 2012 først træder i kraft den 1. juli 2013, er det af lovtekniske årsager nødvendigt at ophæve bestemmelsen og erstatte den med en ny affattelse af hele § 34, stk. 4, jf. dette lovforslags § 2, nr. 5.

Til § 4

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

Det følger af stk. 2, at ministeren bemyndiges til at fastsætte, hvornår bestemmelserne, fastsat i lovfor-

slagets § 1, træder i kraft, og at ministeren kan fastsætte, at dele af § 1 træder i kraft på forskellige tidspunkter.

Ikrafttrædelsesbestemmelsen giver mulighed for, at parterne får god tid til at indgå en ny overenskomst, der tager højde for de nye reguleringsmæssige rammer. Ministeren vil anvende bemyndigelsen til at sætte hele § 1 i kraft senest den 1. september 2014.

Denne fleksible mulighed for at sætte § 1 i kraft vil f.eks. blive anvendt, hvis der mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og organisationer af sundhedspersoner, repræsenterende almen lægehjælp, indgås en overenskomst indenfor de nye reguleringsmæssige rammer, som kan træde i kraft før den 1. september 2014, således at § 1 træder i kraft fra det tidspunkt, hvor den nye overenskomst kan have virkning.

De elementer i lovforslagets § 1, som er nødvendige med henblik på at forberede, at en ny overenskomst kan virke inden for de nye reguleringsmæssige rammer, f.eks. etableringen af praksisplanudvalgene, jf. § 204, stk. 2, som affattet ved lovforslagets § 1, nr. 7, forudsættes sat i kraft forud for ovenstående elementer.

Det foreslås i stk. 4, at de vilkår for lægehjælp i almen praksis, som i dag fremgår af Overenskomst om almen praksis, herunder de gældende honorarer med aftalte reguleringer, varsler og Profylakseaftalen, videreføres uændret, indtil loven i sin helhed træder i kraft. Forlængelsen af overenskomsten ved lov indebærer, at de rettigheder og pligter – såvel individuelle som kollektive – der følger af overenskomsten, er gældende i forlængelsesperioden, herunder overenskomstens bestemmelser om varsler ved praksisophør, jf. §§ 19 og 20 i overenskomsten.

Tilsvarende følger det af overgangsbestemmelsen, at den økonomiske ramme m.v., som fremgår af bilag 1, jf. forslaget til stk. 5, skal være 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 økonomiprotokollat til Overenskomst om almen praksis, udløb den 30. marts 2013 og var begrænset til en fikseret tidsperiode. Den økonomiske ramme, der vil være gældende i den periode, hvor den økonomiske ramme fastlægges i henhold til stk. 5, skal svare til en forholdsmæssig del af den ramme, som var fastsat i økonomiprotokollatet.

Det følger af forslaget til stk. 6, at den første praksisplan, jf. § 206 a, stk. 1, som affattet ved lovforslagets § 1, nr. 9, skal foreligge senest den 1. maj 2014. Denne bestemmelse skal ses i lyset af, at kendskab til indholdet i praksisplanerne har betydning for de aftaler, som indgås med de praktiserende læger om vilkårene for de ydelser, som lægerne leverer. Hvis der efterfølgende, dvs. efter, at den første praksisplan er udformet, sker væsentlige ændringer i dens forudsætninger, skal planen revideres, jf. § 206 a.

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, jf. stk. 4, og økonomiprotokollatet, jf. stk. 5, dog kun frem til det af ministeren fastsatte ikrafttrædelsestidspunkt.

Endelig foreslås det i stk. 3, at lovforslagets § 2, nr. 4 og 5, og § 3 træder i kraft den 15. juli 2013. Det indebærer, at Danske Patienter fortsat som forudsat i lov nr. 1257 af 18. december 2012 bliver repræsenteret i Patientskadeankenævnet, og fra den 15. juli 2013 formelt kan udpege medlemmerne.

Til § 5

Bestemmelsen fastsætter lovens territoriale gyldighedsområde og indebærer, at de ændringer af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, der følger af lovforslagets §§ 2 og 3, ved kongelig anordning helt eller delvist kan sættes i kraft for Færøerne med de ændringer, som de særlige færøske forhold tilsiger.

Økonomiprotokollat af 21. december 2010

Den økonomiske ramme inden for almen lægegerning er de samlede udgifter i årsopgørelsen vedr. 2010. Rammen omfatter alle udgifter i dag- og vagttid inkl. basishonorering og profylaktiske ydelser. Udgifter vedr. § 2-aftaler er 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)
- 106 mio. kr. pr. 1. april 2011 og yderligere 108 mio. kr. fra 1. april 2012 (beløbet er opgjort i 1. april 2011 niveau).

Udgiftsudviklingen inden for overenskomstens område følges af parterne gennem kvartalsvise opgørelser.

Hvis de årlige udgifter til almen lægegerning overstiger den aftalte ramme, er parterne enige om, at der med virkning fra 1. oktober efter opgørelsen foreligger, sker en modregning i reguleringsprocenten. Modregningen skal give compensation 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.

I helt særlige tilfælde kan der mellem de centrale parter aftales en korrektion af rammen. Det kan eksempelvis skyldes ekstraordinær sygelighed og større strukturelle ændringer samt ændringer som følge af lovgivning.

Der er ikke fastsat nogen økonomisk ramme for perioden efter 31. marts 2013.

Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

Gældende formulering

Lovforslaget

§ 1

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, som ændret bl.a. ved lov nr. 603 af 18. juni 2012 og senest ændret ved lov nr. 361 af 9. april 2013, foretages følgende ændringer:

§ 57. Regionsrådet har ansvaret for at tilvejebringe tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner efter afsnit V.

Stk. 2. 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.

1. I § 57, *stk. 1*, indsættes efter »tilvejebringe«: »og sikre«.

2. § 57, *stk. 2*, affattes således:

»*Stk. 2.* Regionsrådet har ansvaret for at sikre, at borgere kan modtage vederlagsfri sygebesøg i hjemmet.«

3. Efter § 57 indsættes før kapitel 14:

»**§ 57 a.** Regionsrådet fastsætter på baggrund af praksisplanen vedrørende almen praksis, jf. § 206 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. En indehaver af et ydernummer, 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. § 206 a.

Kapitel 13 a

Obligatoriske opgaver m.v. for alment praktiserende læger

§ 57 b. Alment praktiserende læger er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med nationale faglige retningslinjer m.v.

Stk. 2. Alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede personer, jf. § 60, stk. 1, er

forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med de sundhedsaftaler, der er indgået imellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen, jf. § 205, herunder følge forløbsprogrammer m.v.

§ 57 c. 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 personer, jf. § 60, stk. 1, skal offentliggøre oplysninger om deres 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 efter stk. 2.«

§ 59. Personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, skal vælge alment praktiserende læge og meddele det til kommunen.

Stk. 2. Personer mellem 15 og 18 år kan vælge alment praktiserende læge uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver eller værge.

Stk. 3. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om valg af alment praktiserende læge.

§ 60. Regionsrådet yder vederlagsfri behandling hos den valgte alment praktiserende læge til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1.

Stk. 2. 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.

4. § 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.«

5. I § 60 indsættes som *stk. 3*:

»*Stk. 3.* Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om gruppe 1-sikrede per-

soners ret til vederlagsfri behandling hos alment praktiserende læge.«

§ 195. 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.

§ 204. 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.

6. I § 195 indsættes som stk. 2 og 3:

»*Stk. 2.* Det påhviler alment praktiserende læger, der yder behandling til gruppe 1-sikrede personer, jf. § 60, stk. 1, at give oplysninger om virksomheden til regionsrådene til brug for planlægning, kvalitetssikring og kontrol af udbetalte tilskud og honorarer, dog ikke oplysninger, der identificerer eller gør det muligt at identificere patienten.

Stk. 3. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om, hvilke oplysninger alment praktiserende læger skal give til regionsrådene efter stk. 2.«

7. I § 204 indsættes efter stk. 1 som nye stykker:

»*Stk. 2.* I hver region nedsættes et praksisplanudvalg, der består af 5 medlemmer udpeget blandt kommunalbestyrelsesmedlemmer fra kommunerne i regionen, 3 medlemmer fra regionsrådet og 3 medlemmer udpeget blandt alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede personer, jf. § 227, stk. 1, jf. § 60, stk. 1. 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 regionsrådet.

Stk. 3. I hver region nedsættes et patientinddragelsesudvalg, som sundhedskoordinationsudvalget, jf. stk. 1, og praksisplanudvalget, jf. stk. 2, systematisk inddrager i drøftelserne i disse udvalg. Pa-

Stk. 2. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om det i stk. 1 nævnte sundhedskoordinationsudvalg, herunder om sammensætning og formandskab m.v.

tientinddragelsesudvalget består af repræsentanter, som er udpeget af patient- og pårørendeorganisationer.«

Stk. 2 bliver herefter stk. 4.

8. I § 204, stk. 2, der bliver stk. 4, indsættes efter »formandskab m.v.«: », det i stk. 2 nævnte praksisplanudvalg og det i stk. 3 nævnte patientinddragelsesudvalg.«

9. Efter § 206 indsættes:

»§ 206 a. Det i § 204, stk. 2, nævnte udvalg skal i hver valgperiode udarbejde en praksisplan vedrørende almen praksis, der udgør en del af regionens sundhedsplan, jf. § 206. Praksisplanen skal revideres i valgperioden, hvis der sker væsentlige ændringer i dens forudsætninger. Praksisplanen skal inden den endelige vedtagelse forelægges for Sundhedsstyrelsen, som yder rådgivning vedrørende praksisplanens udformning.

Stk. 2. Forud for udarbejdelse og revision af praksisplanen vedrørende almen praksis skal der gennemføres en høring blandt kommunerne i regionen, og praksisplanen skal inden vedtagelsen 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 i regionen, der yder vederlagsfri behandling til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, jf. § 60, stk. 1. Planen skal inden vedtagelsen forelægges patientinddragelsesudvalget, jf. § 204, stk. 3, til høring.«

10. *Overskriften* til kapitel 70 affattes således:

Kapitel 70

»Kapitel 70

Overenskomster m.v.

Overenskomster, organisationsformer m.v.«

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

11. I § 227, stk. 1, indsættes som 2. pkt.:

»Vilkår, der er fastsat og udstedt i medfør af § 57 a, § 57 b, § 57 c, stk. 1 eller 2, § 195, stk. 2, § 204, stk. 2 eller 3, eller § 206 a eller regler udstedt i medfør § 57 c, stk. 3, § 59, stk. 3, eller § 60, stk. 3, i denne lov om bindende vilkår, kan dog ikke fraviges ved overenskomster indgået med organisationer af sundhedspersoner repræsenterende almen praksis.«

12. I § 227 indsættes efter stk. 1 som nye stykker:

»Stk. 2. Ydernumre fra praksis, som har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1, og som regionsrådet har fået overdraget, kan regionsrådet sælge til læger, som vil praktisere i henhold til stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1. Regionsrådet kan endvidere sælge nye ydernumre, som regionen har oprettet, og ydernumre fra eksisterende praksis, som regionsrådet har opkøbt som led i praksisplanlægningen, til læger, som vil praktisere i henhold til stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1. Salg af ydernumre, jf. 1. og 2. pkt., kan ske til læger, som allerede har et ydernummer. En læge kan eje op til 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 ydernummeret. Regionsrådet kan desuden udbyde drift af praksis vedrørende nye ydernumre, som regionsrådet har oprettet. Regionsrådet kan endvidere som led i praksisplanlægningen opkøbe eksisterende praksis fra læger, der har ønsket at sælge, og udbyde driften af disse.

Stk. 4. Udbud efter stk. 3 skal foregå på åbne, objektive og ikke diskriminerende vilkår og skal

tilrettelægges på en sådan måde, at eventuelle bud kan sammenlignes med, hvad en offentligt drevet enhed vil koste. Regionsrådet har mulighed for at forkaste et bud, hvis omkostningerne er væsentligt 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. 3, eller regionsrådet har forkastet bud i henhold til stk. 4, 2. pkt., kan regionsrådet selv etablere en praksis i en periode på op til 4 år. Et regionsråd, der ønsker at fortsætte driften af praksis efter udløbet af 4-årsperioden, kan alene gøre dette, hvis det ikke er muligt at sælge ydernummeret til en læge efter stk. 2 eller afsætte driften via udbud, efter stk. 3 og 4.

Stk. 6. Et regionsråd kan i tilfælde af akut opstået lægemangel i en kort periode etablere et midlertidigt almen medicinsk lægetilbud.«

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

Stk. 2. 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 Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab nedsatte nævn.

Stk. 3. Inden der afsluttes overenskomster 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 amtskommunerne, 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.

13. § 229 affattes således:

§ 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 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.

»**§ 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 og kommunernes tilskud, herunder regler om ydelsernes indhold og anvendelse og om udbetaling af honorarerne til sundhedspersonerne, om honorarstørrelserne på de enkelte ydelser, og om kørselsgodtgørelse til læger, der tilkaldes til de i § 59 omhandlede personer m.v. Ministeren kan endvidere fastsætte regler om, at honorarerne for de enkelte

ydelser nedsættes i tilfælde af væsentligt øget aktivitet, der ikke er begrundet i et tilsvarende øget behov for sundhedsydelser. Ministeren kan fastsætte regler om den samlede økonomiske ramme for ydelserne samt regler om eventuel modregning i fremtidige honorarer ved overskridelse af denne ramme. Ministeren kan ligeledes fastsætte regler om, at hidtidige overenskomstfastsatte forpligtelser, knyttet til udbetaling af honorarer, skal være gældende, ligesom ministeren kan fastsætte regler om henvisning til behandling.«

14. Efter § 273 indsættes:

»§ 273 a. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan i forskrifter, der udstedes i medfør af § 57 c, stk. 3, og § 195, stk. 1 og 3, 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 ændret ved lov nr. 1257 af 18. december 2012 og § 2 i lov nr. 1401 af 23. december 2012, foretages følgende ændringer:

§ 29. Pligt til at yde erstatning efter dette kapitel har:
[...]

1. I § 29, stk. 1, nr. 5, 1. pkt., ændres »jf. dog stk. 2« til: »jf. dog stk. 3«.

2. I § 29 indsættes efter stk. 1 som nyt stykke:

»Stk. 2. Pligt til at yde erstatning efter dette kapitel har endvidere speciallægepraksisser med speciale i almen medicin, som ikke virker efter overenskomst, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, jf. § 60, stk. 1, for skader efter behandling, undersøgelse el.lign., som er betalt direkte uden om det offentlige sundhedsvæsen. Dog har den region, hvor speciallægepraksisser beliggende, pligt til at yde erstatning for skader efter behandling, undersøgelse el.lign., som er udført efter sundhedslovens øvrige bestemmelser.«

Stk. 2 og 3 bliver herefter stk. 3 og 4.

§ 30. Krav om erstatning efter dette kapitel skal være dækket af en forsikring i et forsikrings-selskab, jf. dog § 31, stk. 1.

[...]

Stk. 5. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter bestemmelser om forsikringspligtens gennemførelse, herunder minimumsbetingelser for forsikringsselskaberne tegning af forsikringer omfattet af dette kapitel. Ministeren fastsætter herunder bestemmelser om,

1) at forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af dette kapitel, i fællesskab yder erstatning i tilfælde af overtrædelse af stk. 1.

3. I § 30, *stk. 5*, indsættes efter nr. 1, som nyt nummer:

»2) at den region, hvor den erstatningspligtige, jf. § 29, har bopæl eller hjemsted, udbetaler erstatning i tilfælde, hvor den erstatningspligtige ikke har tegnet forsikring efter stk. 2, idet regionen kan anlægge sag om regres mod den erstatningspligtige,«

Nr. 2 og 3 bliver herefter nr. 3 og 4.

§ 34. Ministeren for sundhed og forebyggelse nedsætter et patientskadeankenævn, der består af en formand og et af ministeren for sundhed og forebyggelse fastsat antal næstformænd og beskikkede medlemmer.

Stk. 2. 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 og Forbrugerrådet.

[...]

Stk. 4. Ved afgørelsen af den enkelte sag skal nævnet sammensættes af:

- 1) formanden eller en næstformand,
- 2) 2 sagkyndige medlemmer udpeget af Sundhedsstyrelsen efter stk. 3 afhængigt af sagens faglige karakter
- 3) 1 medlem udpeget af regionsrådene i forening,
- 4) 1 medlem udpeget af KL,

4. I § 34, *stk. 2*, ændres »Danske Handicaporganisationer og Forbrugerrådet.« til: »Danske Handicaporganisationer, Forbrugerrådet og Danske Patienter.«

5. § 34, *stk. 4*, affattes således:

»*Stk. 4.* Ved afgørelsen af den enkelte sag skal nævnet sammensættes af:

- 1) formanden eller en næstformand,
- 2) 2 sagkyndige medlemmer udpeget af Sundhedsstyrelsen efter stk. 3 afhængigt af sagens faglige karakter,
- 3) 1 medlem udpeget af regionsrådene i forening,
- 4) 1 medlem udpeget af KL,

- 5) 1 medlem udpeget af Advokatrådet,
 - 6) 1 medlem udpeget af Forbrugerrådet og
 - 7) 1 medlem udpeget af Danske Handicaporganisationer.
- [...]

14. § 34, stk. 4, nr. 5-7, ophæves, og i stedet indsættes:

- »5) 1 medlem udpeget af Advokatrådet og
- 6) 3 medlemmer udpeget af Forbrugerrådet, Danske Handicaporganisationer og Danske Patienter.«

14. § 34, stk. 4, nr. 5-7, ophæves, og i stedet indsættes:

- »5) 1 medlem udpeget af Advokatrådet og
- 6) 3 medlemmer udpeget af Forbrugerrådet, Danske Handicaporganisationer og Danske Patienter.«

- 5) 1 medlem udpeget af Advokatrådet og
- 6) 2 medlemmer udpeget af Forbrugerrådet, Danske Handicaporganisationer og Danske Patienter i forening.«

§ 3

I lov nr. 1257 af 18. december 2012 om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (Private sygehuse, klinikker og speciallægepraksissers medfinansiering af patientskadeerstatningsordningen, vederlag og befordringsgodtgørelse til Forbrugerrådets og Danske Patienters repræsentanter i tandlægenævnene m.v.) foretages følgende ændring:

- 1. § 1, nr. 14, ophæves.

§ 4

Stk. 1. Loven træder i kraft den 1. september 2013, jf. dog stk. 2 og 3.

Stk. 2. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter tidspunktet for ikrafttrædelsen af § 1. Ministeren kan herunder fastsætte, at dele af § 1 træder i kraft på forskellige tidspunkter.

Stk. 3. § 2, nr. 4 og 5, og § 3 træder i kraft den 15. juli 2013.

Stk. 4. Indtil § 1 træder i kraft finder Overenskomst om almen praksis af 3. juni 1991, senest

ændret ved aftale af 21. december 2010, fortsat anvendelse.

Stk. 5. Bilag 1 gælder indtil § 1 træder i kraft. Den økonomiske ramme svarer forholdsmæssigt til den periode, hvor økonomiprotokollatet, jf. bilag 1, er gældende.

Stk. 6. Den første praksisplan, jf. § 206 a, stk. 1, skal foreligge den 1. maj 2014.

§ 5

Stk. 1. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, jf. dog stk. 2.

Stk. 2. § 2 kan ved kongelig anordning helt eller delvist sættes i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.