

Udskriftsdato: 19. december 2025

2022/2 LSF 103 (Gældende)

Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Rammer for en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen, smidiggørelse af regler for etablering og drift af regionsklinikker, mulighed for særligt vederlag til læger i områder med lægemangel og regler om fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen)

Ministerium: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Journalnummer: Indenrigs- og Sundhedsmin., j.nr. 2301764

Forslag

til

Lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

(Rammer for en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen, smidiggørelse af regler for etablering og drift af regionsklinikker, mulighed for særligt vederlag til læger i områder med lægemangel og regler om fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen)

§ 1

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 248 af 8. marts 2023, som ændret ved lov nr. 907 af 21. juni 2022, foretages følgende ændringer:

1. I § 57 a, stk. 1, 1. pkt., ændres »§ 227, stk. 5 og 6,« til: »§ 227, stk. 5 og 8,«.

2. Efter § 118 a indsættes i *kapitel 34*:

»§ 118 b. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for kommunalbestyrelser og regionsråd om indsatser, herunder om kvalitetskrav til og tilrettelæggelse af indsatserne i henhold til sundhedsydelserne i lovens afsnit IX.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for regionsrådenes rådgivning, sparring og vejledning i forhold til kommunernes indsatser efter stk. 1.«

3. I § 119 indsættes efter stk. 2 som nyt stykke:

»Stk. 3. Kommunalbestyrelsen etablerer patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser i kommunen.«

Stk. 3 bliver herefter stk. 4.

4. I § 119, stk. 3, der bliver stk. 4, ændres »stk. 1 og 2.« til: »stk. 1-3.«

5. *Overskriften* til kapitel 38 affattes således:

»Kapitel 38

Kommunal sygepleje«

6. I § 138, stk. 1, og § 277, stk. 11, ændres »hjemmesygepleje« til: »sygepleje«.

7. I § 138 indsættes som stk. 2:

»Stk. 2. Kommunalbestyrelsen kan delegere ansvaret for tildeling af sygeplejen efter stk. 1, som udføres i en fælles kommunal sygepleje, til de øvrige kommunalbestyrelser, som indgår i det pågældende tværkommunale samarbejde.«

8. I § 139 ændres »hjemmesygeplejerskeordning« til: »sygeplejeordning«.

9. I § 206 a indsættes som stk. 4:

»Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om rammer for praksisplanen efter stk. 1.«

10. § 227, stk. 5, ophæves, og i stedet indsættes:

»Stk. 5. I de tilfælde hvor regionsrådet ikke kan afsætte et ydernummer til en læge, som vil praktisere i henhold til stk. 1, 1. pkt., jf. § 60 stk. 1, kan regionen selv etablere og drive en klinik, som leverer almenmedicinske ydelser.

Stk. 6. Ønsker en læge at overtage en regionsdrevet praksis, som har været etableret i mindst 4 år, og som er oprettet efter stk. 5, med henblik på at praktisere efter stk. 1, 1. pkt., skal regionsrådet indgå aftale om overdragelse inden for rimelig tid.

Stk. 7. Regionsrådet kan i perioden fra den 1. juli 2023 til og med den 30. juni 2033 indgå aftaler, der supplerer aftaler indgået efter stk. 1, med indehaveren af et ydernummer i områder med lægemangel om et særligt vederlag af midlertidig karakter til kompensation for etablerings- eller praksispersonaleudgifter, som understøtter regionens forpligtigelse til at yde behandling hos praktiserende læge efter § 60, jf. § 57.«

Stk. 6-13 bliver herefter stk. 8-15.

11. Overskriften før § 250 affattes således:

»Sygepleje«

12. I § 250 ændres »hjemmesygeplejeydelser« til: »sygeplejeydelser«.

§ 2

I lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, jf. lovbekendtgørelse nr. 122 af 24. januar 2023, foretages følgende ændring:

1. I § 34 indsættes som stk. 6:

»Stk. 6. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om proces og kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen herunder om, at hensyn til lægedækning i relevant omfang indgår i de regionale videreuddannelsesråds fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, jf. stk. 2.«

§ 3

Loven træder i kraft den 1. juli 2023.

§ 4

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men § 2 kan ved kongelig anordning sættes helt eller delvis i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

Indholdsfortegnelse

- 1. Indledning**
- 2. Lovforslagets hovedpunkter**
- 2.1. Den nationale kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen**
 - 2.1.1. Gældende ret
 - 2.1.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
 - 2.1.3. Den foreslåede ordning
- 2.2. Forbedrede rammer for kommunernes opgavevaretagelse som led i indførelsen af kvalitetsstandards**
 - 2.2.1. Gældende ret
 - 2.2.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
 - 2.2.3. Den foreslåede ordning
- 2.3. Fælles visitation til den kommunale hjemmesygepleje og akutfunktioner**
 - 2.3.1. Gældende ret
 - 2.3.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
 - 2.3.3. Den foreslåede ordning
- 2.4. Praksisplan for almen praksis**
 - 2.4.1. Gældende ret
 - 2.4.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
 - 2.4.3. Den foreslåede ordning
- 2.5. Regionsklinikker**
 - 2.5.1. Gældende ret
 - 2.5.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
 - 2.5.3. Den foreslåede ordning
- 2.6. Særligt vederlag**
 - 2.6.1. Gældende ret
 - 2.6.1.1. Overenskomster og organisationsformer
 - 2.6.1.2. Regionernes samarbejde og planlægning i henhold til sundhedsloven
 - 2.6.1.3. Overenskomst for almen praksis
 - 2.6.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
 - 2.6.3. Den foreslåede ordning
- 2.7. Regler om fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen**
 - 2.7.1. Gældende ret
 - 2.7.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
 - 2.7.3. Den foreslåede ordning
- 3. Regionale konsekvenser, herunder landdistrikter**
- 4. FN's Verdensmål**
- 5. Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige**
- 6. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.**
- 7. Administrative konsekvenser for borgerne**
- 8. Klimamæssige konsekvenser**
- 9. Miljø- og naturmæssige konsekvenser**

- 10. Forholdet til EU-retten
- 11. Hørte myndigheder og organisationer
- 12. Sammenfattende skema

1. Indledning

Regeringen ønsker et velfungerende sundhedsvæsen af høj kvalitet, med tæt samspil og sammenhæng mellem det specialiserede sundhedsvæsen og det nære sundhedsvæsen. Regeringen vil derfor styrke det nære sundhedsvæsen og sikre, at alle har en læge tæt på.

Med lovforslaget ønsker regeringen at tage væsentlige skridt til at styrke det nære sundhedsvæsen til gavn for borgerne, hvilket også skal bidrage til at afhjælpe presset på det samlede sundhedsvæsen. Med lovforslaget vil regeringen desuden styrke incitamenterne for, at praktiserende læger kan etablere sig i områder med lægemangel og understøtte fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen.

Med lovforslaget foreslås ændringer af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (autorisationsloven).

Med lovforslaget tilvejebringes en juridisk ramme for en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen, idet der indføres hjemmel til at udstede bindende kvalitetskrav til opgavevaretagelsen som del af de kommunale sundhedsydelser.

En national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen skal sætte rammerne for den videre kvalitetsudvikling af det nære sundhedsvæsen i årene fremover og understøtte mere ensartet kvalitet i sundhedsindsatserne på tværs af landet. Dette for at skabe et bedre og mere sammenhængende sundhedsvæsen for den enkelte borger uanset, hvor man bor. Lovforslaget skal give hjemmel til, at der kan fastsættes forpligtende krav til bl.a. kommunernes sundhedstilbud samt rådgivning fra sygehusene som led i kvalitetsplanen. I takt med, at omstillingsprocessen skaber behov for yderligere tilpasninger af den nationale kvalitetsplan, herunder også lovgivningsmæssige tilpasninger, vil regeringen se positivt på dette.

Det foreslås desuden, at muligheden for tværkommunalt samarbejde om ydelserne i hjemmesygeplejen og de kommunale akutfunktioner styrkes som en del af lovforslaget. Dette som led i øgede kvalitetskrav og -anbefalinger for de kommunale akutfunktioner.

Med lovforslaget indføres også hjemmel til initiativer, der skal understøtte bedre lægedækning, herunder i områder med lægemangel.

Lægedækning er afgørende for et velfungerende sundhedsvæsen og sundhedsydelser tæt på borgerne i såvel almen praksis, i speciallægepraksis og på sygehusene. Omkring 600.000 borgere bor i dag i områder, der er kategoriserede som lægedækningstruede, hvor der er udfordringer med mangel på alment praktiserende læger, og 150.000 borgere er tilknyttet en udbuds- eller regionsklinik i stedet for en alment praktiserende læge. Der kan ligeledes være rekrutterings- og lægedækningsudfordringer inden for andre lægelige specialer og i visse dele af landet. Derfor er det vigtigt, at der er en hensigtsmæssig fordeling af lægelige ressourcer i hele landet. I nærværende lovforslag er der tre hovedpunkter, som alle har til formål at understøtte bedre lægedækning i hele landet.

De to forslag til ændringer af sundhedsloven om regionsklinikker og særligt vederlag skal styrke regionernes muligheder for og redskaber til at sætte målrettet ind i områder med lægemangel. For det første skal reglerne for, hvornår regionerne kan etablere egne klinikker smidiggøres. For det andet skal det være muligt for regionerne i områder med lægemangel at indgå aftaler med alment praktiserende læger om et særligt vederlag.

Forslag til ændring af autorisationsloven skal som det tredje gøre det muligt at fastsætte hhv. regler om proces for fastsættelse af kriterier og kriterier for fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen.

Størstedelen af lovforslaget implementerer dele af ”Aftale om Sundhedsreform” fra 20. maj 2022 (aftale indgået af Socialdemokratiet, Venstre, Socialistisk Folkeparti, Radikale Venstre, Enhedslisten, Det Konservative Folkeparti, Dansk Folkeparti, Nye Borgerlige, Liberal Alliance, Frie Grønne, Alternativet, Kristendemokraterne og Liselott Blixt på vegne af arbejdsfællesskabet af løsgængere (Bent Bøgsted, Hans Kristian Skibby, Karina Adsbøl, Marie Krarup og Lise Bech).

Derudover foreslås med lovforslaget, at kommunerne får mulighed for at delegere myndighedsopgaven i forbindelse med tildeling af kommunal sygepleje til de øvrige kommuner i en organisatorisk enhed, og at der genindføres en bestemmelse om rammer for praksisplan for almen praksis.

2. Lovforslagets hovedpunkter

2.1. Den nationale kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen

2.1.1. Gældende ret

Der findes ikke generelle regler i gældende lovgivning, der bemyndiger indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte forpligtende krav til bl.a. kommunernes sundhedstilbud efter sundhedslovens afsnit IX eller rådgivning fra sygehusene.

Der er dog på konkrete områder i sundhedsloven mulighed for at stille mere eller mindre eksplicitte krav til kvaliteten i sundhedsvæsenet, f.eks. til hjemmesygepleje efter § 139, til almen praksis efter § 57 og til specialeplanlægningen på sygehusene efter § 208.

Det fremgår af sundhedslovens § 118, at kommunalbestyrelsen har ansvaret for at tilvejebringe tilbud om sundhedsydelser efter lovens afsnit IX. Afsnittet omfatter bl.a. § 139, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren er bemyndiget til at kunne fastsætte nærmere regler om omfanget af og kravene til den kommunale hjemmesygeplejerskeordning. Denne konkrete bemyndigelsesbestemmelse vedrører dog alene hjemmesygeplejerskeordningen og er udmøntet i bekendtgørelse nr. 1601 af 21. december 2007 om hjemmesygepleje med efterfølgende ændringer, samt i vejledning nr. 102 af 11. december 2006 om hjemmesygepleje og vejledning nr. 9235 af 21. marts 2019 om vederlagsfri hjemmesygepleje ved kommunale akutfunktioner.

Der er ikke andre kapitler i sundhedslovens afsnit IX om kommunale sundhedsydelser, som bemyndiger indenrigs- og sundhedsministeren til at udstede bindende krav til varetagelsen af kommunale sundhedsindsatser.

Det fremgår af sundhedslovens § 57 c, at alment praktiserende læger er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med nationale faglige retningslinjer m.v. Ifølge bemærkningerne til bestemmelsen, jf. Folketingstidende 2012-13, A, L 227 som fremsat, side 14, skal de praktiserende læger udøve deres sundhedsfaglige virksomhed i overensstemmelse med bl.a. faglige retningslinjer og pakkeforløb vedrørende specifikke sygdomme. Den konkrete sundhedsfaglige behandling af en patient beror på en sundhedsfaglig vurdering under iagttagelse af autorisationslovens § 17, hvorefter en autoriseret sundhedsperson er forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelsen af sin virksomhed. Kravet i bestemmelsen om omhu og samvittighedsfuldhed medfører, at sundhedspersonen skal handle i overensstemmelse med den til enhver tid værende almindeligt anerkendte faglige standard inden for det pågældende område. Indholdet af den faglige norm fastlægges bl.a. gennem faglige vejledninger fra Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed, ligesom normen kan udledes af afgørelser fra Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med sundhedspersoner og gennem Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns praksis.

Endelig fremgår det af sundhedslovens § 208, at Sundhedsstyrelsen fastsætter krav til lands- og landsdelsfunktioner og placeringen af disse. Sundhedsstyrelsen fastsætter således krav til specialfunktioner på regionale og private sygehuse og godkender placeringen af specialfunktioner på sygehusene med den såkaldte specialeplanlægning. Formålet med specialeplanlægningen er at sikre høj faglig kvalitet i behandlingen og helhed i patientforløbene under hensyn til en effektiv ressourceudnyttelse. Specialplanlægningen skal fremme den nødvendige opbygning og vedligeholdelse af ekspertise, forskning og udvikling samt uddannelse med henblik på fortsat udvikling af sundhedsvæsenets ydelser. Endelig skal specialeplanlægningen tilgodese, at sundhedsydelser af høj faglig kvalitet og med effektiv ressourceudnyttelse leveres så tæt på patienten som muligt. Specialeplanlægningen skal samtidig sikre den nødvendige planlægning, koordination og samarbejde mellem sundhedsvæsenets parter.

For så vidt angår regionsrådenes rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsatser er der for den enkelte sundhedsperson en individuel forpligtelse til at udføre arbejdet fagligt forsvarligt, hvilket vil indebære at søge hjælp/rådgivning, hvis der er behov herfor. Rådgivning fra f.eks. læger (i regionerne) til f.eks. sygeplejersker og andre sundhedsfaglige faggrupper (i kommunerne) er allerede en del af sundhedsvæsenets praksis.

Det fremgår af sundhedslovens § 3 a, at regionsråd, kommunalbestyrelser og private virksomheder skal organisere deres behandlingssteder på en sådan måde, at sundhedspersoner, jf. § 6, er i stand til at varetage deres opgaver fagligt forsvarligt og overholde de pligter, som følger af lovgivningen. Det fremgår videre af sundhedslovens § 3 a, stk. 3, at regionsråd og kommunalbestyrelser skal sikre, at der på de enkelte behandlingssteder i relevant og nødvendigt omfang udarbejdes instrukser, som understøtter patientsikkerheden. Med dette forstås ikke alene instrukser af ledelsesmæssig organisatorisk karakter, men også instrukser af faglig karakter omhandlende ansvars- og kompetencefordeling mellem sundhedspersoner eller kliniske procedurer for korrekt faglig behandling, herunder arbejdsgange og -processer ved undersøgelse, behandling og pleje. Bestemmelsen regulerer ikke en pligt til at have specifikke instrukser, men derimod en overordnet pligt til, at driftsherre tager stilling til, hvorvidt der på det pågældende behandlingssted er behov for lokale instrukser.

Det fremgår af § 119, stk. 3, i sundhedsloven, at regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2, hvorefter kommunalbestyrelsen har ansvaret for at skabe rammer for en sund levevis og at etablere forebyggelse og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

2.1.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

Med "Aftale om Sundhedsreform" fra 20. maj 2022 blev aftalepartierne bl.a. enige om at indføre en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen, som skal sikre indførelsen af kvalitetsstandarder med konkrete kvalitetskrav og -anbefalinger til udvalgte sundhedsindsatser. Aftalepartierne ønsker en hjemmel til, at der kan fastsættes forpligtende krav til bl.a. kommunernes sundhedstilbud samt rådgivning fra sygehusene som led i kvalitetsplanen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderer, at denne del af aftalen kan implementeres ved at give indenrigs- og sundhedsministeren bemyndigelse til at fastsætte forpligtende krav til kommunernes sundhedstilbud samt rådgivning fra sygehusene som led i kvalitetsplanen.

2.1.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås, at der i sundhedslovens § 118 b, stk. 1, indsættes en bestemmelse, der giver indenrigs- og sundhedsministeren bemyndigelse til at fastsætte kvalitetskrav og kvalitetsanbefalinger inden for områder udvalgt under kvalitetsplanen, jf. afsnit IX om kommunale sundhedsydelser, som udføres af eller for kommuner og regioner.

Ved udmøntningen af bemyndigelsesbestemmelsen vil indenrigs- og sundhedsministeren anmode Sundhedsstyrelsen om at udvikle konkrete kvalitetsstandarder med kvalitetskrav og -anbefalinger i samarbejde med relevante aktører som en del af kvalitetsplanen.

Kvalitetsstandarderne kan f.eks. vedrøre krav og anbefalinger til den omfattede målgruppe, indsatser og tilrettelæggelsen heraf, kompetencer og uddannelse, udstyr, kvalitetssikring og registrering/monitorering, samarbejde med andre aktører, herunder rådgivning m.v. Dette skal bl.a. understøtte nytænkning af opgaveløsningen, så nye og bedre teknologier og behandlingsformer løbende tages i brug som en del af omstillingsprocessen og understøtte en effektiv brug af ressourcer. En evt. ændret opgavevaretagelse som en del af omstillingsprocessen vil kræve dialog og aftale mellem de involverede parter.

Med bemyndigelsesbestemmelsen vil der også kunne fastsættes forpligtende krav til kvaliteten af de kommunale sundhedstilbud som en del af en national kvalitetsplan. Nye nationale krav og anbefalinger til sundhedsindsatsen vil fortsat give mulighed for lokale tilpasninger i forbindelse med implementeringen, bl.a. i sundhedsklyngerne.

Med den nationale kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen forstås indførelsen af konkrete kvalitetskrav og -anbefalinger der skal bidrage til en styret og systematisk indsats – dette forankret i kvalitetsstandarder. Kvalitetsstandarderne kan både omfatte eksisterende sundhedsindsatser i det nære sundhedsvæsen for bl.a. at forebygge behovet for mere intensive indsatser på f.eks. de regionale sygehuse. Det kan derudover omfatte en indsats, hvor der kan ske en gradvis omstilling til, at flere opgaver løses i det nære sundhedsvæsen frem for f.eks. på sygehusene og sikre sammenhæng i indsatsen på tværs. Dette kan være opgaver som mere hensigtsmæssigt kan varetages tættere på borgeren, f.eks. i kommunalt regi, på tværs af flere kommuner eller i tværfaglige teams med speciallæger i almen medicin, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter m.v., eller af patienten selv.

Omstillingen kan omfatte krav til opgaveudvikling, tilgængelighed, samarbejde og opgavevaretagelse mellem kommuner, regioner og almen praksis, som samles i en eller flere kvalitetsstandarder på et givent område. Formålet er at sikre høj, ensartet og sammenhængende kvalitet i sundhedsindsatserne i det nære sundhedsvæsen for både somatiske og psykiatriske patienter.

Med det nære sundhedsvæsen forstås en samlet betegnelse for sundhedstilbud, der varetages uden for sygehusene i eller tæt på borgerens eget hjem f.eks. af kommuner, almen praksis, øvrige privatpraktiserende sundhedsprofessionelle, herunder privatpraktiserende speciallæger, udgående funktioner fra sygehusene m.v. eller varetages af borgeren selv f.eks. ved hjælp af digitale løsninger.

Den nationale kvalitetsplan skal fungere dynamisk og understøtte, at der løbende sker en udvikling og nytænkning af opgaveløsningen, så nye og bedre teknologier og behandlingsformer løbende tages i brug som en del af omstillingsprocessen i sundhedsvæsenet. Dette skal bidrage til at understøtte, at sundhedsvæsenet indrettes, så det bedst muligt tager hånd om befolkningens sundheds- og sygdomsmæssige problemstillinger. Sundhedsvæsenets rammer – strukturer, organisering og opgaveløsning – skal derfor løbende tilpasses, så det kan imødekomme ændringer i befolkningens behov for sundhedsindsatser. Den nationale kvalitetsplan er tænkt som drivkraft for en strukturel ændring af sundhedsvæsenet, hvor der bliver sat ramme og retning for en ændret opgaveløsning og omstilling af indsatserne uden for sygehusene, men fortsat med tæt sammenhæng i indsatsen på tværs af både kommunal-, praksis- og sygehussektor.

I takt med at kompetencerne opbygges i det nære sundhedsvæsen, kan de konkrete kvalitetsstandarder med krav og anbefalinger således understøtte en ændret opgaveløsning, såfremt en opgave mere hensigtsmæssigt kan løses på anden vis. Sundhedsstyrelsen vil få til opgave at rådgive ministeren om konkrete sundhedsopgaver, som fremadrettet kan løses mere hensigtsmæssigt inden for det nære sundhedsvæsen som en del af omstillingsprocessen. Det kan f.eks. være tilfælde, hvor der med fordel kan iværksættes tidlige og forebyggende indsatser i det nære sundhedsvæsen, som kan mindske eller fjerne behovet for mere behandlingskrævende indsatser på f.eks. sygehusene. En ændret opgaveløsning som en del

af omstillingsprocessen vil kræve dialog og aftale mellem de involverede parter, f.eks. kommuner og regioner.

Myndighedsansvaret vil fortsat være placeret i henholdsvis regioner og kommuner. Yderligere regulering af disse opgaver vil skulle fastsættes i en bekendtgørelse i medfør af den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse i sundhedslovens § 118 b.

Kommuner og regioner kan rette henvendelse til Sundhedsstyrelsen og få konkret rådgivning om tvivlsspørgsmål i forbindelse med implementering af kvalitetsstandarderne.

Forslaget om indførelsen af en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen skal ses i tæt sammenhæng med vedtagelsen af lov nr. 910 af 21. juni 2022 (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.), som trådte i kraft 1. juli 2022 (Folketingstidende 2021-22, A, L 191, som fremsat), der skal styrke samarbejdet på tværs af både kommuner samt kommuner og regioner. Med ”Aftale om Sundhedsreform” fra 20. maj 2022 er der desuden iværksat en række øvrige initiativer, som også skal understøtte omstillingsprocessen, og som forslaget om indførelsen af en national kvalitetsplan skal ses i sammenhæng med. Det drejer sig bl.a. om initiativerne om mere behandling i eget hjem, bedre data til kvalitetsudvikling af indsatser i det nære sundhedsvæsen samt initiativer om flere læger til almen praksis og bedre lægedækning m.v.

Ministeriet er i den forbindelse opmærksomt på, at alment praktiserende læger er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med de nationale faglige retningslinjer, der udstedes i medfør af sundhedslovens § 57 c. Det skønnes derfor ikke nødvendigt at lade den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse række ud over lovens afsnit IX om kommunale sundhedsydelser for at sikre rammerne for kvalitetsløft og sammenhæng på tværs af sektorerne.

Det foreslås endvidere, at der i sundhedslovens § 118 b, stk. 2, at indsætte en bemyndigelsesbestemmelse, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren kan fastlægge nærmere regler for regionsrådenes rådgivning, sparring og vejledning i forhold til kommunernes indsatser efter stk. 1.

Det foreslås med bestemmelsen, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at regionerne skal yde rådgivning i forbindelse med udførelsen af opgaver forankret i kvalitetsplanen. Dette kan være såvel rådgivning fra almen praksis som lægefaglig rådgivning eller rådgivning fra andre faggrupper med særlige kompetencer fra sygehusene. Rådgivningen skal understøtte, at opgaverne varetages på et fagligt sikkert grundlag. Det er således hensigten, at sundhedsfaglig rådgivning, sparring og vejledning både kan være i relation til en konkret patient eller vedrøre problemstillinger af mere generel karakter. Det kan f.eks. være i forbindelse med tilrettelæggelsen af tværgående patientforløb.

2.2. Forbedrede rammer for kommunernes opgavevaretagelse som led i indførelsen af kvalitetsstandarder

2.2.1. Gældende ret

Det fremgår af sundhedslovens § 119, stk. 1, om sundhedsfremme og forebyggelse, at kommunalbestyrelsen har ansvaret for at skabe rammerne for en sund levevis ved varetagelsen af sine opgaver. Det følger af stk. 2, at kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Ifølge bemærkningerne, jf. Folketingstidende 2004-05 (2. samling), tillæg A, side 3226 fremgår at kommunernes opgaver på det forebyggende og sundhedsfremmende område omfatter dels en indsats i forhold til kommunens indbyggere med henblik på at forebygge sygdom og ulykker (borgerrettet forebyggelse), dels en indsats med henblik på at forebygge, at sygdom udvikler sig yderligere og om at begrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer (patientrettet forebyggelse). Bestemmelsen har til formål at fastsætte et ansvar for kommunalbestyrelserne til at tilvejebringe sundhedstilbud i henhold til sundhedslovens afsnit IX om kommunale sundhedsydelser. De sundhedstilbud, man som borger oftest har brug for, er typisk af vejledende, rådgivende, sundhedsfremmende og forebyggende karakter. Med

kommunalreformen blev kommunerne tildelt flere opgaver og et større ansvar i udførelsen af borgernær behandling.

Efter § 138 i sundhedsloven er kommunerne ansvarlige for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenviisning til personer med ophold i kommunen.

Efter § 139 i sundhedsloven kan indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte nærmere regler om omfanget af og kravene til den kommunale hjemmesygeplejerskeordning.

2.2.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

Partierne bag "Aftale om Sundhedsreform" fra 20. maj 2022 er enige om, at der med kvalitetsplanen i første omgang skal iværksættes kvalitetsstandarder, der skal sikre en kvalitetsudvikling af hhv. de kommunale akutfunktioner som en del af hjemmesygeplejen samt de patientrettede forebyggelsestilbud til borgere med kroniske sygdomme, som reguleres i hhv. §§ 138 og 119 i sundhedsloven.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet finder det nødvendigt at foretage en tilføjelse til § 119 og mindre, tekstnære justeringer i § 138, stk. 1, § 139, § 277, stk. 11, og § 250 for at tydeliggøre den kvalitetsudvikling, der allerede er sket på området.

2.2.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås, at betegnelsen hjemmesygepleje ændres til kommunal sygepleje.

Forslaget vil indebære, at det tydeliggøres, at opgaveløsningen kan foregå uden for borgerens eget hjem f.eks. på kommunale klinikker, midlertidige pladser eller ved hjælp af digitale løsninger, hvor det vurderes mest hensigtsmæssigt.

Det foreslås desuden, at der i § 119 indsættes et nyt stk. 3, der tydeliggør kommunernes forpligtelse til at etablere borgerne patientrettede forebyggelsestilbud målrettet dels borgere i risiko for at udvikle sygdomme og dels patienter, herunder patienter med f.eks. kroniske lidelser.

Ifølge bemærkningerne, jf. Folketingstidende 2004-05 (2. samling), tillæg A, side 3226 til § 119, stk. 2, har det siden dens indførelse i sundhedsloven i 2005 været hensigten med bestemmelsen, at den skulle rumme både den forebyggende og sundhedsfremmende indsats for både borgere og patienter. Dette er allerede udmøntet i praksis, da kommunerne allerede har patientrettede forebyggelsestilbud til f.eks. patienter med visse kroniske sygdomme.

Tilføjelsen i § 119, stk. 3, er således en tydeliggørelse af allerede eksisterende praksis.

2.3 Fælles visitation til den kommunale hjemmesygepleje og akutfunktioner

2.3.1. Gældende ret

Efter § 138 i sundhedsloven er kommunerne ansvarlige for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenviisning til personer med ophold i kommunen.

Efter § 139 kan indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte nærmere regler om omfanget af og kravene til den kommunale hjemmesygeplejerskeordning. Bemyndigelsen er udmøntet ved bekendtgørelse nr. 1601 af 21. december 2007 om hjemmesygepleje, som ændret ved bekendtgørelse nr. 165 af 26. februar 2019.

Hjemmesygepleje skal efter gældende vejledning nr. 102 fra 11. december 2006 og vejledning nr. 9235 af 21. marts 2019 ydes til borgere i alle aldre med ophold i kommunen i tilfælde af akut eller kronisk sygdom, hvor sygeplejefaglig indsats er påkrævet.

Det fremgår af § 3, 1. pkt., i bekendtgørelse nr. 1601 af 21. december 2007 om hjemmesygepleje, at kommunalbestyrelsen kan tilrettelægge hjemmesygeplejen ved selv eller i samarbejde med andre kommu-

ner at ansætte sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og andet personale eller ved at indgå aftale med private leverandører om varetagelse af opgaver i hjemmesygeplejen. Kommunalbestyrelsen kan endvidere beslutte at tilrettelægge hjemmesygeplejen således, at kommunen både anvender egne ansatte og private leverandører ved udførelse af opgaverne, jf. § 3, 2. pkt., i bekendtgørelse om hjemmesygepleje.

Kommunalbestyrelsen skal sikre, at hjemmesygeplejen udføres af autoriserede sygeplejersker og andre personalegrupper med de nødvendige uddannelsesmæssige kvalifikationer efter Sundhedsstyrelsens nærmere retningslinjer, jf. § 4 i bekendtgørelse om hjemmesygepleje.

Ansvar for tildeling af hjemmesygepleje påhviler efter sundhedsloven kommunalbestyrelsen og kan således ikke overdrages til andre, herunder andre kommuner. Der er således ikke hjemmel i sundhedslovens § 138 til, at en kommunalbestyrelse eksempelvis delegerer tildeling af hjemmesygepleje til en anden offentlig myndighed, herunder en anden kommunalbestyrelse, jf. § 1, stk. 2, i bekendtgørelse om hjemmesygepleje og vejledning nr. 102 af 11. december 2006 om hjemmesygepleje.

2.3.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

Indenrigs- og Sundhedsministeriet finder det hensigtsmæssigt at give kommunerne øgede muligheder for tværkommunalt samarbejde om tildelingen af ydelser i den kommunale sygepleje, bl.a. for at afbureaukratisere området til gavn for særligt medarbejderne i de kommunale akutfunktioner, men også generelt i den kommunale sygepleje og visitationen. Dette skal bidrage til omstillingen til det nære sundhedsvæsen i takt med, at der bliver flere ældre og flere med kroniske sygdomme. Dette skal også ses i lyset af, at der forventeligt vil være behov for større grad af tværkommunalt samarbejde i fremtiden i takt med, at flere sundhedsopgaver varetages i kommunerne.

Muligheden for tværkommunal visitation har været en del af frikommuneforsøget, hvor Gentofte, Gladsaxe og Rudersdal Kommune indgik i et samarbejde. Ministeriet har i den forbindelse noteret sig, at frikommuneforsøget i de tre kommuner har været positivt modtaget, og evalueringen viser mulighed for sparet sagsbehandlingstid, hvilket kan bidrage til afbureaukratisering. Dette kommer til udtryk ved, at visitationsmedarbejderen ikke skal have accept af en medarbejder fra borgerens respektive kommune, inden der må påbegyndes en indsats over for borgeren, når flere kommuner samarbejder om varetagelsen af den kommunale sygepleje. Dette bidrager også til en styrkelse af de kommunale akutfunktioner som en del af den nationale kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen.

2.3.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås, at kommunerne får mulighed for at delegerer myndighedsopgaven i forbindelse med tildeling af kommunal sygepleje til borgere til de øvrige kommuner i en organisatorisk enhed, som udgør et givent tværkommunalt samarbejde om kommunal sygepleje. Dette kan f.eks. være i de nye sundhedsklynger. Dette er for at understøtte og udbrede muligheden for tværkommunalt samarbejde i den kommunale sygepleje.

Kommunerne får derved mulighed for at oprette en fælles organisatorisk visitationsenhed på tværs af de kommuner, der indgår i det pågældende tværkommunale samarbejde om den kommunale sygepleje. Det vil indebære, at alt personale vil kunne varetage tildeling og behandling for alle borgere, der modtager behandling i den kommunale sygepleje, herunder i akutfunktionen, uanset personalets ansættelseskommune og borgerens bopælskommune inden for det givne tværkommunale samarbejde.

2.4. Praksisplan for almen praksis

2.4.1. Gældende ret

I forbindelse med vedtagelsen af lov nr. 910 af 21. juni 2022 (Etablering af sundhedsklynger og sund-

hedssamarbejdsudvalg m.v.), som trådte i kraft 1. juli 2022 (Folketingstidende 2021-22, A, L 191, som fremsat) er indenrigs- og sundhedsministerens bemyndigelse til at udstede nærmere regler om praksisplan for almen praksis bortfaldet ved en fejl.

Bemyndigelsen fremgik før vedtagelsen af lov nr. 910 af 21. juni 2022 i § 204, stk. 5, hvoraf det fremgik, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om det i stk. 1 nævnte sundhedskoordinationsudvalg, herunder om sammensætning og formandskab m.v., det i stk. 2 nævnte praksisplanudvalg og det i stk. 3 nævnte patientinddragelsesudvalg. Bemyndigelsen har hidtil været udnyttet til at udstede bekendtgørelse nr. 256 af 19. marts 2014 om praksisplanudvalg for almen praksis.

Praksisplanen vedrørende almen praksis, som udarbejdes i henhold til sundhedslovens § 206 a, er et samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommune og almen praksis. Praksisplanen indeholder overvejelser om blandt andet kapacitet og fysisk placering af ydernumre. Ydernummeret er retten til at drive en almen praksis på nærmere fastsatte vilkår. Den konkrete udmøntning af praksisplanen forudsætter, at der indgås en underliggende aftale om eventuelle nye opgaver med de praktiserende læger, hvor implementering og ressourcer aftales.

Det følger af sundhedslovens § 206 a, at regionsrådet med inddragelse af kommunerne og almen praksis hver valgperiode skal udarbejde en praksisplan vedrørende almen praksis, der udgør en del af regionens sundhedsplan, jf. sundhedslovens § 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. Forud for udarbejdelse og revision af praksisplanen vedrørende almen praksis skal der gennemføres en høring blandt kommunerne og regionen samt en høring af de praksisser i regionen, der yder vederlagsfri behandling til personer, der er omfattet af sygesikringsgruppe 1, jf. sundhedslovens § 60, stk. 1. Planen skal inden vedtagelsen forelægges patientinddragelsesudvalget til høring efter sundhedslovens § 206 a, stk. 3.

2.4.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i forlængelse af vedtagelsen af lov nr. 910 af 21. juni 2022 (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.), som trådte i kraft 1. juli 2022 (Folketingstidende 2021-22, A, L 191, som fremsat) haft intention om at udstede en ny bekendtgørelse vedrørende sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsklynger, patientinddragelsesudvalg, sundhedsaftaler og praksisplan. Formålet er at samle reglerne herom i én bekendtgørelse, da reglerne i vid udstrækning er internt forbundne.

I forbindelse med forberedelsen af den nye bekendtgørelse er det imidlertid blevet klart, at der ikke er hjemmel til at udstede en bekendtgørelse om praksisplan, hvorfor bestemmelser herom ikke er medtaget i bekendtgørelse nr. 1248 af 5. september 2022.

Sundhedsloven indeholder således i dag ikke hjemmel til, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om rammer for praksisplanen, som lovforslaget lægger op til at give mulighed for. Hvis dette skal være muligt, vil en præcisering i form af en lovændring være nødvendig for at sikre, at hjemmelsgrundlaget er til stede.

Forslaget skal således genindføre en bemyndigelse for indenrigs- og sundhedsministeren, som har været gældende frem til 1. juli 2022.

2.4.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås, at der i lovens § 206 a indsættes et nyt stk. 4, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren vil blive givet bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler om rammer for praksisplan for almen praksis.

Det er hensigten, at nærmere regler om rammer for praksisplanen for almen praksis vil blive fastsat ved

ændring af bekendtgørelse nr. 1248 af 05/09/2022, som herefter vil samle regler vedrørende sundheds-samarbejdsudvalg, sundhedsklynger, patientinddragelsesudvalg, sundhedsaftaler og praksisplan.

2.5. Regionsklinikker

2.5.1. Gældende ret

Det fremgår af sundhedslovens § 227, stk. 5, at 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 6 år. Et regionsråd, der ønsker at fortsætte driften af praksis efter udløbet af 6-årsperioden, kan alene gøre dette, hvis det ikke er muligt at sælge ydernummeret til en læge efter stk. 2 eller afsætte driften via udbud efter stk. 3 og 4. Ved ydernummer forstås retten til at drive en almen praksis på nærmere –fastsatte vilkår. Det er alene speciallæger i almen medicin, der arbejder inden for overenskomsten om almen praksis, som kan eje et ydernummer.

Det fremgår af bestemmelsens bemærkninger, jf. Folketingstidende 2013-13, A, L 227 som fremsat, side 10, at der er tale om en undtagelsesbestemmelse. Dette fordi hjemlen til at etablere regionsdrevne klinikker alene kan anvendes under særlige omstændigheder. Den kan anvendes, hvis det ikke er muligt, ved anvendelsen af øvrige bestemmelser i ”Overenskomst om almen praksis” aftalt af Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation (herefter: overenskomst om almen praksis) på en tilfredsstillende måde, at etablere tilstrækkelig kapacitet til at sikre lægedækning til alle patienter. Den tilstrækkelige kapacitet skal f.eks. være forsøgt etableret hos de praktiserende læger. Når der skrives ”tilfredsstillende måde” henvises der til en for regionen tilfredsstillende måde, herunder også økonomisk tilfredsstillende. Nærmere om overenskomst om almen praksis følger i kommende afsnit.

Det følger af bestemmelsens forarbejder, jf. Folketingstidende 2012-13, A, L 227 som fremsat, side 13, at der åbnes op for nye organisationsformer i almen praksis bl.a. med det formål at sikre lægedækning i alle egne af landet. Det fremgår desuden, at reglerne for de nye organisationsformer, som etableres med lovforslaget, lægger op til at bevare de kendte former for almen praksis, samtidig med at nye organisationsformer afprøves. Med de nye organisationsformer menes der f.eks. udbudsklinikker og regionsklinikker.

I 2016 nedsatte den daværende regering Udvalg om Lægedækning i Hele Landet (”Lægedækningsudvalget”), som i 2017 kom med forslag til, hvordan der kunne skabes bedre lægedækning i hele Danmark. Lægedækningsudvalget anbefalede her, at regionerne fik mulighed for at kunne drive regionsklinikker i en længere periode end de daværende 4 år af hensyn til kontinuitet og mulighed for ansættelse af personale. På den baggrund blev perioden, en regionsklinik må drives, forlænget fra 4 år til 6 år med lov nr. 1374 af 4. december 2017 om bedre lægedækning ved udvidelse af perioden for regioners drift af almenmedicinske klinikker, forenklet overdragelse af ydernumre mellem læger og ændret opkrævning af gebyr for regionale sygehusenheder m.v.

Derudover kan regionsråd og kommunalbestyrelser efter sundhedslovens § 233 ansøge indenrigs- og sundhedsministeren om at godkende forsøgsordninger, som har til formål at fremme omstillingen i sundhedsvæsenet. Denne mulighed er blevet brugt til at søge dispensation fra den del af den gældende version af sundhedslovens § 227, stk. 5, som fastslår, at regionsrådet skal gennemføre et udbud, før en regionsklinik kan etableres.

Der henvises i øvrigt til bemærkningerne under punkt 2.6 til dette lovforslags § 1, nr. 10, om særligt vederlag.

2.5.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

Almen praksis udgør en central del af sundhedsvæsenet, og det er derfor essentielt, at alle borgere har adgang til et alment medicinsk tilbud af høj kvalitet. Det er forudsat i sundhedsloven, at dette tilbud som udgangspunkt eksisterer i form af en alment praktiserende læge, men udviklingen har vist, at der for nogle geografiske områder har været tale om omfattende og længerevarende udfordringer med at sikre tilstrækkeligt med læger.

Det fremgår af ”Aftale om Sundhedsreform” fra 20. maj 2022, at lovgivningen skal smidiggøres ved, at regionerne i lægedækningstruede områder kan vælge imellem at igangsætte et udbud til private leverandører eller oprette en regionsklinik, såfremt regionen har udtømt eksisterende muligheder inden for overenskomst om almen praksis, som f.eks. etablering af en PLO-klinik eller en licensklinik. Det fremgår endvidere, at tidsbegrænsningen på 6 år i sådanne tilfælde skal erstattes af et krav om, at ydernummeret vil skulle overdrages, såfremt der er en praktiserende læge, som ønsker at overtage behandlingen af patienterne inden for de muligheder, som findes i overenskomsten, herunder ved etablering af en licensklinik.

2.5.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås, at sundhedslovens § 227, stk. 5, affattes på ny således, at regionsrådet, i tilfælde hvor regionsrådet ikke kan afsætte et ydernummer til en læge, som vil praktisere efter overenskomsten, selv kan etablere og drive en klinik, som leverer almenmedicinske ydelser.

Forslaget vil indebære, at regionsrådet vil kunne etablere en regionsklinik uden at gennemføre et udbud efter stk. 3, først, og dermed vil have mulighed for at vælge imellem at etablere en regionsklinik eller sende et ydernummer i udbud i tilfælde, hvor det ikke er muligt at afsætte et ydernummer til en læge, som vil praktisere efter overenskomsten.

Regionen vil forudgående skulle afsøge muligheden for at afsætte ydernummeret til en alment praktiserende læge efter de muligheder, som er beskrevet i overenskomsten for almen praksis, herunder muligheden for etablering af licensklinikker.

Formålet med lovændringen er at gøre reglerne mere smidige for regionerne.

Forslaget vil endvidere indebære, at tidsbegrænsningen på 6 år bortfalder. Formålet med ændringen er blandt andet at styrke regionernes mulighed for at rekruttere personale til regionsklinikkerne samt at sikre kontinuitet i de almenmedicinske tilbud i områder præget af længerevarende udfordringer med at tiltrække alment praktiserende læger.

Det foreslås videre, at der indsættes et nyt stk. 6, hvorefter det fremgår, at hvis en læge ønsker at overtage en regionsklinik, som har været etableret i mindst 4 år, og som er oprettet efter stk. 5, med henblik på at praktisere efter stk. 1, 1. pkt., skal regionsrådet indgå aftale om overdragelsen inden for rimelig tid.

Den foreslåede ændring vil betyde, at regionsrådene kan oprette regionsklinikker uden tidsbegrænsning. Når klinikken har været etableret i mindst 4 år, vil regionen skulle iværksætte processen for overdragelse af ydernummeret inden for rimelig tid, hvis en praktiserende læge tilkendegiver ønske om at overtage ydernummeret og drive klinikken inden for overenskomsten.

Formålet hermed er, at den eksisterende model, hvor almen medicinske ydelser i hovedreglen leveres af alment praktiserende læger, som virker efter overenskomst, vil blive fastholdt og styrket.

Læger, som ønsker at overtage ydernummeret, skal have mulighed for at overtage praksis på markeds-lignende vilkår. Det betyder, at regionsrådet vil skulle iværksætte en proces for at afsætte ydernummeret til en praktiserende læge inden for en rimelig tid og under hensyntagen til, at der er tale om tilfredsstillende vilkår. Det må almindeligvis forventes, at overdragelse vil kunne ske inden for 12-18 måneder, såfremt overdragelsen kan ske, uden at dette vil resultere i, at urimelige økonomiske tab påføres enten regionerne eller den praktiserende læge og under hensyntagen til regionernes mulighed for at tilbyde de ansatte på regionsklinikkerne faste og forudsigelige arbejdsvilkår.

Hvis regionen oplever interesse for at overtage et eller flere ydernumre, som knytter sig til en regionsklinik, vil regionen skulle afsøge muligheden for at afsætte ydernummeret til læger, der ønsker at praktisere indenfor overenskomsten. Hvis regionen modtager mere end ét bud, bør regionen vurdere samtlige bud i henhold til hensynene beskrevet i forhold til overdragelsen samt andre, af regionen udvalgte, relevante forhold, og vælge det bud, som samlet set er mest fordelagtigt.

2.6. Særligt vederlag

2.6.1. Gældende ret

De lovgivningsmæssige rammer for regionernes ansvar for at tilvejebringe tilbud om almenmedicinske ydelser til borgerne er fastlagt i sundhedsloven.

Regionsrådet er, jf. sundhedslovens § 60, stk. 1, ansvarligt for at yde vederlagsfri behandling hos den valgte alment praktiserende læge til personer omfattet af sikringsgruppe 1. Til personer 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. Personer omfattet af sikringsgruppe 1 er tilmeldt en bestemt læge, og regionen betaler alle udgifter til behandling hos læge eller speciallæge. Personer omfattet af sikringsgruppe 2 er ikke tilmeldt en bestemt læge, men kan frit søge behandling hos læge, speciallæge, tandlæge, tandplejer og kiropraktor med samme tilskud fra regionen, som en gruppe 1-sikret person får til en tilsvarende behandling.

2.6.1.1. Overenskomster og organisationsformer

Regionerne opfylder myndighedsforpligtelsen i henhold til sundhedslovens § 60 om at tilvejebringe tilbud om behandling hos alment praktiserende læger via overenskomst om almen praksis, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1.

Det følger videre af sundhedslovens § 227, stk. 1, at vilkår, der er fastsat ved lov ikke kan fraviges ved overenskomster indgået med organisationer af sundhedspersoner repræsenterende almen praksis. Herved forstås i praksis en overenskomst indgået imellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og organisationer af sundhedspersoner, repræsenterende almen praksis.

Langt hovedparten af almenmedicinske ydelser til borgerne ydes af alment praktiserende læger, der arbejder inden for rammerne af overenskomsten om almen praksis.

Det er alene speciallæger i almen medicin, der arbejder inden for overenskomsten om almen praksis, som kan eje et ydernummer.

Det fremgår af § 227, stk. 2, at ydernumre fra praksis, der har leveret almen medicinske ydelser, kan overdrages mellem læger eller til regionsrådet. Ydernummeret giver ret til at drive en almen praksis på nærmere fastsatte vilkår. Desuden kan et regionsråd sælge nye ydernumre, som regionen har oprettet (0-ydernumre), og ydernumre fra eksisterende praksis som regionsrådet har opkøbt som led i praksisplanlægningen, til læger, som vil praktisere i henhold til sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1 (det vil sige i henhold til overenskomsten).

Videre kan regionen, jf. sundhedslovens § 227, stk. 3, 1. pkt., sikre tilbud om almenmedicinske ydelser ved at udbyde drift af praksis, som hidtil har leveret almenmedicinske ydelser.

2.6.1.2. Regionernes samarbejde og planlægning i henhold til sundhedsloven

Regioners mulighed for at tilvejebringe og udleje lokaler, udstyr m.v. til praktiserende sundhedspersoner er fastlagt i sundhedsloven. Det fremgår af sundhedslovens § 205 a, at et regionsråd kan tilvejebringe og udleje lokaler og udstyr m.v. til brug for virksomhed, der udføres af sundhedspersoner efter overens-

komst, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, virksomheder, der leverer almenmedicinske ydelser efter udbud, jf. sundhedslovens § 227, stk. 3, og andre leverandører af sundhedsydelser m.v. Således kan regionsrådet lovligt tilvejebringe og udleje lokaler og udstyr m.v. til bl.a. alment praktiserende læger.

Udlejning af lokaler og udstyr m.v. efter lovens § 205 a, stk. 1, skal, jf. lovens § 205 a, stk. 2, ske på markedsvilkår og i overensstemmelse med regionens sundhedsplan, jf. sundhedslovens § 206.

Regionsrådet skal i forhold til vurderingen af, om udlejningen sker på markedsvilkår foretage undersøgelser af værdien af udlejning af tilsvarende lokaler, løsøre m.v. Regionsrådet skal i den forbindelse udfolde rimelige bestræbelser med henblik på at fastsætte markedsvilkårene, herunder f.eks. konsultere ejendomsmæglere eller foretage undersøgelser for andre tilsvarende lejemål. Afgørelsen af, hvad markedsvilkår konkret indebærer, vil ofte bero på et skøn, og der må tilkomme regionsrådet en vis margin herfor.

I en situation hvor der er flere potentielle lejere til et lejemål, er regionsrådet forpligtet til at foretage udvælgelsen af den enkelte lejer på et sagligt grundlag. Det er desuden en betingelse, at eventuelle regionale udgifter vedrørende tilvejebringelse og udlejning af lokaler og udstyr m.v. afholdes inden for de ordinære regionale udgiftsrammer.

De lovgivningsmæssige rammer for planlægningen og samarbejdet med almen praksis fremgår af sundhedslovens afsnit XV.

Det følger her 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 bemærkningerne til sundhedslovens § 206 a, at praksisplanen vedrørende almen praksis, som udarbejdes i henhold til sundhedslovens § 206 a, er et samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommune og almen praksis. Den konkrete udmøntning af praksisplanen forudsætter, at der indgås en underliggende aftale om eventuelle nye opgaver med de praktiserende læger, hvor implementering og ressourcer aftales, jf. Folketingstidende 2021-22, A, L 191 som fremsat, side 6.

Det fremgår endvidere af bemærkningerne til sundhedslovens § 206 a, at kommende praksisplaner bl.a. vil kunne adressere spørgsmål om lægedækning, udviklingstiltag, tilgængelighed, kapacitet og almen praksis' rolle i det samlede sundhedsvæsen, jf. Folketingstidende 2021-22, A, L 191 som fremsat, side 6.

2.6.1.3. Overenskomst om almen praksis

Overenskomst om almen praksis fastsætter den praktiserende læges honorar for de almenmedicinske ydelser, som regionsrådet, jf. sundhedslovens § 60, stiller vederlagsfrit til rådighed for borgerne. Overenskomst om almen praksis fastsætter de generelle rettigheder og forpligtelser for almen praksis.

Det fremgår af overenskomsten, at et ydernummer kan tildeles en læge personligt uden mulighed for videresalg. Dette betegnes ydernummer på licens.

Regionen kan gøre brug af muligheden, når en kommune og/eller region stiller klinik til rådighed for lægen. Lægen driver herefter praksis efter overenskomstens regler og honorering, men betaler regionen et nærmere aftalt omkostningsbidrag efter de konkrete omstændigheder. Lægen kan overtage praksis på sædvanlige ejervilkår efter nærmere aftale med regionen om værdiansættelse, overtagelse m.v. Ophører lægen med at virke i praksis, tilfalder ydernummeret regionen.

Det følger af bemærkningerne til sundhedslovens § 227 stk. 1, jf. Folketingstidende 2012-13, A, L 227 som fremsat, side 22, at en række bestemmelser blev indført, som bindende vilkår, der ikke kan fraviges ved en overenskomst indgået imellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og organisationer

af sundhedspersoner, repræsenterende almen praksis. Derudover blev den regionale praksisplan etableret som ramme for de opgaver, som almen praksis skulle løse.

Overenskomstens parter blev på denne baggrund enige om at afskaffe § 2 i overenskomsten for almen praksis med overenskomstaftalen i 2014, hvori det fremgik, at der i tillæg til selve overenskomsten kunne ”indgås lokale aftaler som supplerer eller fraviger nærværende overenskomst”. Dette medførte, at overenskomstfravigende aftaler ikke længere kunne indgås som lokalaftaler, ligesom lokalaftaler ikke længere kunne indgås mellem enkelte læger og kommunen/regionen. Muligheden for at indgå lokalaftaler er ikke fuldstændig afskaffet, men væsentligt begrænset med afskaffelsen af § 2.

Regionale lægedækningstruede områder fastlægges i forbindelse med regionens praksisplan eller i forbindelse med udmøntningen af praksisplanen. Det fremgår af overenskomst om almen praksis, at almen praksis i disse lægedækningstruede områder har adgang til en række udvidede rettigheder, som gælder for alle praksis i områderne. Praksisplanerne udarbejdes en gang i hver valgperiode for regionsrådet hvert fjerde år.

Derudover kan et lægedækningstruet område fastlægges ud fra Danske Regioners landsdækkende, objektive model med på forhånd fastlagte kriterier for, hvad der udgør et lægedækningstruet område. Med udgangspunkt i denne model fastlægges de lægedækningstruede områder hvert tredje år og fastlåses i tre år. Det fremgår af overenskomst om almen praksis, at der etableres en central ordning vedrørende differentieret basishonorar blandt andet til fordeling blandt praktiserende læger beliggende i lægedækningstruede områder. Den landsdækkende model for lægedækningstruede områder har kun virkning i forhold til dette differentierede basishonorar.

Det følger endvidere af overenskomst om almen praksis § 14, stk. 1, at en praksis, der har minimum 1.600 patienter tilmeldt pr. lægekapacitet, har ret til straks at få lukket for tilgang. Overenskomstens bestemmelser vedrørende praksisstørrelse og øvre lukkegrænse indeholder ikke hjemmel til, at praksis, som tager flere end 1.600 patienter ind, stilles i en særlig position.

2.6.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

Til trods for overenskomstens bestemmelser om særlige muligheder i lægedækningstruede områder og mulighed for regions-/udbudsklinikker opleves der fortsat udfordringer med at tiltrække og rekruttere læger til visse områder af landet og dermed udfordringer med at sikre lægedækning. Omkring 600.000 borgere i Danmark bor i dag i områder med lægemangel.

Aftalepartierne bag ”Aftale om Sundhedsreform” fra 20. maj 2022 er derfor enige om at styrke regionernes muligheder for og redskaber til at sætte målet ind for at sikre flere læger i områder med lægemangel. Aftalepartierne er endvidere enige om, at dette blandt andet sikres ved, at regionerne får mulighed for i en tidsbegrænset periode og i visse områder med særligt store udfordringer med lægemangel at yde et særligt økonomisk tilskud i form af et særligt vederlag. Det fremgår af den politiske aftale, at dette f.eks. kan være i form af et særligt honorar til praktiserende læger, som ansætter praksispersonale for at tage imod væsentligt flere patienter. Derudover er aftalepartierne enige om, at styrke regionernes muligheder og redskaber ved at understøtte etableringen af 10 ny licensklinikker i samarbejde med regionerne og de praktiserende læger.

Det er Indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering, at en mulighed for at indgå aftaler om et særligt vederlag vil styrke regionernes muligheder for at opfylde deres myndighedsforpligtigelse i henhold til sundhedslovens § 60, jf. § 57, om at tilvejebringe tilbud om behandling hos alment praktiserende læger via den centrale overenskomst. Sundhedsloven indeholder i dag ikke hjemmel til, at der indgås aftale mellem regionen og den enkelte praksis om et særligt vederlag.

2.6.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås, at der i lovens § 227 indsættes et nyt stk. 7, hvorefter regionen i perioden den 1. juli 2023 til og med den 30. juni 2033 vil kunne indgå aftaler med indehaveren af et ydernummer i områder med lægemangel om et særligt vederlag i en tidsbegrænset periode. Indehavere af et ydernummer omfatter ligeledes læger med ydernummer på licens. Det særlige vederlag vil ligge ud over honorarer, der fremgår af overenskomst for almen praksis.

Forslaget vil indebære, at regionernes muligheder for at opfylde deres myndighedsforpligtigelse i henhold til sundhedslovens § 60, jf. § 57, om at tilvejebringe tilbud om behandling hos alment praktiserende læger via den centrale overenskomst, også i områder med lægemangel vil blive styrket. Det er således hensigten at styrke og supplere regionsrådets nuværende muligheder og redskaber som følger af sundhedslovens § 227, stk. 3 og 5, og § 205 a til at adressere lægedækningsproblematikker i områder med lægemangel.

Forslaget vil ikke give adgang til at fravige overenskomsten således, at den alment praktiserende læge, som indgår aftale om vederlaget med regionen, fratages forpligtelser.

Der er tale om indførelse af en mulighed, hvor hjemlen til at yde et særligt vederlag alene vil kunne anvendes i områder, hvor de almindelige mekanismer til at sikre lægedækning ikke er tilstrækkelige, og hvor det via praksisplanens indsatser ikke har været muligt at sikre en rimelig lægedækning i regionen, herunder ved at tiltrække og fastholde alment praktiserende læger med de muligheder, som overenskomsten stiller til rådighed. Vederlaget vil således alene kunne ydes med henblik på at sikre bedre lægedækning i områder med lægemangel.

Ved områder med lægemangel forstås geografiske områder, som vil kunne være kendetegnet ved bl.a. få praksishandler, høj andel af ældre læger, høj andel af patienter i regions- eller udbudsklinikker, tyngde af patienter med lav socioøkonomi i et bestemt geografisk område m.v. Derudover er områder med lægemangel ofte præget af usikkerhed omkring et langsigtet afkast ved klinikinvesteringer. Ved anvendelsen af hjemlen vil regionerne således skulle lægge sådanne faktorer til grund, når det vurderes, om der vil skulle ydes et særligt vederlag.

Det særlige vederlag til indehaveren af et ydernummer, herunder ydernummer på licens, vil skulle ydes undtagelsesvist og have en midlertidig karakter. Det særlige vederlag kan dække hhv. særlige etableringsudgifter, hvor regionen yder et særligt vederlag til at dække engangs- eller opstartsudgifter omkring etablering eller udvidelse af en praksis og håndtering af administrative opgaver i den forbindelse. Dertil kommer særlige praksispersonaleudgifter, hvor regionen yder et særligt vederlag i forbindelse med ansættelse af praksispersonale, som skal muliggøre, at en lægepraksis for en periode eller permanent øger sit patientoptag markant.

Regionernes aftaler med en indehaver af et ydernummer i et område med lægemangel om et særligt vederlag vil skulle indgås under hensyntagen til de gældende udbuds- og konkurrenceretlige regler.

På længere sigt vurderes lægedækningsudfordringerne i almen praksis primært at være en fordelingsproblematik, hvorfor bestemmelsen er gyldig i perioden fra den 1. juli 2023 til og med den 30. juni 2033 og indeholder en tidsbegrænsning.

2.7. Regler om fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen

2.7.1. Gældende ret

Det fremgår af § 34, stk. 1, i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (herefter autorisationsloven), at de pågældende regionsråd nedsætter 3 regionale videreuddannelsesråd for læger for 1) Hovedstadsregionen og Region Sjælland, 2) Region Syddanmark og 3) Region Midtjylland og Region Nordjylland.

Det følger af autorisationslovens § 34, stk. 2, at de regionale videreuddannelsesråd har til opgave at rådgive regionerne i forhold vedrørende den lægelige videreuddannelse og at træffe afgørelse vedrørende fordeling af uddannelsesforløb inden for regionen, godkendelse af uddannelsesafdelinger og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb m.v.

Det følger af § 5 i bekendtgørelse nr. 1706 af 20. december 2006 om de regionale råd for lægers videreuddannelse, at de regionale råd for lægers videreuddannelse, på baggrund af Sundhedsstyrelsens vejledninger, træffer afgørelser vedrørende fordeling af uddannelsesforløb inden for videreuddannelsesregionerne, godkendelse af uddannelsesafdelinger og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb i turnusuddannelsen (nu: klinisk basisuddannelse) og speciallægeuddannelsen. Videre følger det af bekendtgørelsens § 7, at de regionale råd for lægers videreuddannelse løbende vurderer de enkelte uddannelsesgivende enheders egnethed som uddannelsessted i turnusuddannelsen (nu: klinisk basisuddannelse) og i speciallægeuddannelsen. Videre følger det af bekendtgørelsens § 11, at de regionale råd for lægers videreuddannelse udmønter den regionale uddannelseskapacitet på baggrund af Sundhedsstyrelsens udmeldinger.

Det følger af § 3, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 458 af 25. april 2019 om speciallæger, at ansættelse i introduktionsforløb og hoveduddannelsesforløb sker efter opslag. Videre følger det af bekendtgørelsens § 5, at de regionale råd for lægers videreuddannelse godkender uddannelsesforløb samt tilrettelægger antallet af uddannelsesforløb ud fra Sundhedsstyrelsens oplysninger, jf. § 6. Det følger af bekendtgørelsens § 6, at Sundhedsstyrelsen, i dimensioneringsplanen, fastsætter årlige rammer for dimensionering af introduktions- og hoveduddannelsesforløb i hver enkel videreuddannelsesregion og for hvert enkelt speciale.

Det følger af § 3, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 96 af 2. februar 2018 om uddannelse af speciallæger, at de regionale råd for lægers videreuddannelse, inden for de af Sundhedsstyrelsen udmeldte rammer for dimensioneringen, godkender introduktions- og hoveduddannelsesforløb på baggrund af faglig indstilling. Videre følger det af bekendtgørelsens § 3, stk. 2, at de regionale råd for lægers videreuddannelse tilrettelægger uddannelsesforløb i form af ansættelse på uddannelsessteder.

2.7.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

Partierne bag "Aftale om Sundhedsreform" fra 20. maj 2022 er bl.a. enige om at styrke fordelingen af uddannelsesstillinger i speciallægeuddannelsen til bl.a. lægedækningstruede områder. Initiativet har til formål at understøtte bedre lægedækning.

Med de gældende regler har indenrigs- og sundhedsministeren ikke bemyndigelse til at opstille kriterier for fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen inden for hver af de tre videreuddannelsesregioner, idet de regionale videreuddannelsesråd blandt andet har til opgave at træffe afgørelse vedrørende fordeling af uddannelsesforløb inden for videreuddannelsesregionen.

Med henblik på at implementere initiativet er der behov for at bemyndige indenrigs- og sundhedsministeren til at kunne øve indflydelse på hvilke kriterier, der skal indgå i fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen.

Uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen udgøres af ansættelser i sundhedsvæsenet samt teoretiske kurser. Læger i uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen (uddannelseslæger) varetager således opgaver i sundhedsvæsenet samtidig med videreuddannelsen.

Der henvises i øvrigt til bemærkningerne til § 2.

2.7.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås, at der i § 34 indsættes et stk. 6, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges til at fastsætte regler om proces og kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen.

Kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen kan eksempelvis være lægedæk-

ning, patientsikkerhed, uddannelseskapalet, driftshensyn, uddannelseskvalitet med videre samt hensyn til den politiske intention i "Aftale om Sundhedsreform", herunder styrket fordeling af læger på tværs af landet.

Kriterier vil for eksempel kunne fastsættes på baggrund af fagligt oplæg fra Sundhedsstyrelsen med høring i Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse og indenrigs- og sundhedsministerens godkendelse. Nærmere regler om fastsættelse af kriterier, herunder proceduren for fastsættelse af kriterier, fastsættes ved bekendtgørelse.

Forslaget vil indebære, at indenrigs- og sundhedsministeren vil få mulighed for at påvirke fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen inden for hver af videreuddannelsesregionerne. Dermed vil indenrigs- og sundhedsministeren få mulighed for at påvirke fordelingen af lægelige ressourcer i sundhedsvæsenet.

Det må forventes, at der allerede på det eksisterende grundlag indgår en række hensyn i de regionale videreuddannelsesråds fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen. Det er Indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering, at det er væsentligt, at der fortsat kan tages regionale hensyn til relevante forhold, som for eksempel patientsikkerhed, drift, vagtplanlægning, kapacitet, uddannelseskvalitet, herunder supervisionskapacitet m.v. i fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen. Ovennævnte opstilling af relevante hensyn er ikke nødvendigvis udtømmende, og vil herefter blive omtalt som uddannelseskapalet- og uddannelseskvalitet m.v.

På den baggrund vurderes det hensigtsmæssigt, at fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen fortsat foretages i regi af de regionale videreuddannelsesråd efter en samlet afvejning af relevante hensyn foretaget af de regionale råd for lægers videreuddannelse.

Kriterier for fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, som måtte blive opstillet på baggrund af den foreslåede ordning, vil således skulle indgå i de regionale råd for lægers videreuddannelses konkrete fordeling og etablering af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen under hensyn til relevante forhold som for eksempel uddannelseskapalet- og uddannelseskvalitet m.v.

Det er Indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering, at uddannelseslæger generelt må forventes at have oparbejdet mindre klinisk rutine, faglig indsigt i specialet m.v. sammenlignet med speciallæger, hvormed uddannelseslægers bidrag til opgavevaretagelsen i sundhedsvæsenet alt andet lige må forventes at være begrænset i forhold til speciallægers bidrag. Det er derudover ministeriets forventning, at uddannelseslæger i nogen grad lægger beslag på speciallægers ressourcer/tid i forbindelse med supervision, undervisning, kompetencevurdering m.v. På samme måde må det forventes, at uddannelseslæger med forslaget fortsat i nogen grad vil lægge beslag på speciallægers ressourcer/tid.

En uddannelseslæges bidrag til opgavevaretagelsen i sundhedsvæsenet må dog, såvel under de hidtil gældende regler som med det foreslåede, forventes at stige i takt med gennemførelsen af speciallægeuddannelsen. Da læger i uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen er ansat i sundhedsvæsenet som led i speciallægeuddannelsen, vurderer Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at uddannelseslæger bidrager væsentligt til varetagelsen af de daglige kliniske opgaver i sundhedsvæsenet.

Der henvises i øvrigt til bemærkningerne til § 2 og § 3.

3. Regionale konsekvenser, herunder landdistrikter

Lovforslagets del om en national kvalitetsplan samt kvalitetskrav m.v. forventes at have positive regionale konsekvenser og en positiv påvirkning af landsdistriktsområder, da den nære sundhedsindsats på tværs af landet styrkes som en del af kvalitetsplanen. Det har til hensigt, at skabe et bedre og mere sammenhængende sundhedsvæsen for den enkelte borger uanset, hvor man bor. Dette forventes særligt at komme områder til gavn, hvor der i dag bor færre mennesker og kommunerne derfor ikke nødvendigvis tilbyder samme sundhedstilbud, som i områder med større befolkningsgrundlag. Kvalitetsplanen skal

samlet bidrage til at forebygge, at f.eks. kroniske sygdomme udvikler sig og bliver mere behandlingskrævende, og at man undgår mere behandlingskrævende indsatser, der kunne være forebygget. De første trin i kvalitetsplanen er udarbejdelse af kvalitetsstandarder for: 1) Styrkelse af de kommunale akutfunktioner og 2) Patientrettede forebyggelsestilbud for borgere med kroniske sygdomme.

Lovforslagets del om regler om rammer for praksisplan for almen praksis forventes ikke at have regionale konsekvenser.

Lovforslagets dele om lægedækning er hovedsageligt målrettet områder med lægedækningsudfordringer, hvilket i mange tilfælde vil være landdistrikterne. Formålet er at afhjælpe fordelingsudfordringer herunder at understøtte bedre lægedækning i blandt andet landdistrikterne og dermed bidrage til tilgængeligheden af sundhedsydelser, herunder læger i almen praksis og almenmedicinske tilbud, i områder med lægedækningsudfordringer i bl.a. landdistrikterne.

4. FN's Verdensmål

Lovforslagets del om en national kvalitetsplan samt kvalitetskrav m.v. forventes på sigt at medføre positive konsekvenser for verdensmålet for sundhed og trivsel (verdensmål 3), hvor kvalitetsplanen forventes at styrke de nære sundhedsindsatser og bl.a. bidrage til bedre forebyggelse og forværring af sygdom. Den positive påvirkning af de konkrete delmål vil afhænge af de kommende fokusområder i kvalitetsplanen, men der forventes en positiv påvirkning af f.eks. delmål 3.4 om forebyggelse og behandling af ikke-smitsomme sygdomme.

Forslagets dele vedrørende regler om rammer for praksisplan for almen praksis, særligt vederlag til praktiserende læger og fleksible rammer for etablering af regionsklinikker vurderes at understøtte FN's verdensmål 3: "Sikre et sundt liv for alle og fremme trivsel for alle aldersgrupper" herunder delmål 3.8 og indikator 3.8.1 om dækningsgrad af essentielle sundhedsydelser. Formålet med forslagets dele om kriterier for fordeling af uddannelsesstillinger i speciallægeuddannelsen er bl.a. at understøtte lægedækningen. På den baggrund vurderes forslaget at bidrage positivt til verdensmålet om "Sundhed og trivsel". Forslaget vurderes dog ikke at have væsentlige konsekvenser for opfyldelse af verdensmålet.

5. Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige

Overordnet set vurderes lovforslaget ikke at medføre økonomiske konsekvenser for det offentlige.

Der er med "Aftale om Sundhedsreform" fra 20. maj 2022 afsat 10,8 mio. kr. i 2022, 11,0 mio. kr. i 2023, 10,0 mio. kr. i 2024 og 8,7 mio. kr. årligt fra 2025 og frem til Indenrigs- og Sundhedsministeriets koncern, herunder til Sundhedsstyrelsens udarbejdelse af konkrete kvalitetskrav og -anbefalinger samt dataunderstøttelse fra Sundhedsdatastyrelsen.

Der kan dog være økonomiske og administrative konsekvenser for regioner og kommuner forbundet med at udmønte bemyndigelserne. Omfanget af disse økonomiske konsekvenser vil afhænge af den konkrete situation, hvor hjemlerne udmøntes, og dette vil blive drøftet og evt. aftalt med kommuner og regioner. Der er med "Aftale om Sundhedsreform" afsat midler til indførelsen af kvalitetskrav og -anbefalinger til de to første indsatsområder i kvalitetsplanen. Der er afsat 50 mio. kr. i 2022 og 125 mio. kr. årligt i 2023 og fremover til kommuner og regioner til kvalitetsstandarder målrettet de kommunale akutfunktioner. Der er desuden afsat 102,9 mio. kr. i 2023, 103,6 mio. kr. i 2024, 104,8 mio. kr. i 2025, 107,8 mio. kr. i 2026 og 127,4 mio. kr. i 2027 og 2028 og herefter 130,4 mio. kr. årligt fra 2029 og frem til kommunerne til kvalitetsstandarder målrettet patientrettet forebyggelse for borgere med kroniske sygdomme.

Det element i lovforslaget, der giver regionerne mulighed for at indgå aftaler med enkelte lægepraksis om et særligt vederlag, hvor det er kritisk for at opretholde eller forbedre lægedækningen i område med

lægemangel, vurderes at være udgiftsneutralt for regionerne, idet der er ikke tilføres nye opgaver til regionerne, men alene gives nye muligheder for at få løst opgaven i lægepraksis/almen praksis.

Elementet i lovforslaget om bemyndigelse til at kunne fastsætte regler om fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen kan eventuelt få betydning for fordelingen af udgifter mellem regionerne, da forslaget kan medføre ændringer i fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen mellem regionerne. Forslaget har dog ikke betydning for det samlede antal uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen og vurderes på den baggrund samlet set udgiftsneutralt.

Overordnet set vurderes lovforslaget ikke at have væsentlige implementeringskonsekvenser for det offentlige.

De 7 principper for digitaliseringsklar lovgivning har ikke relevans for lovforslaget.

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

Lovforslagets del om smidiggørelse af regulering for etablering og drift af regionsklinikker forventes at kunne medføre en nedgang i antallet af udbud af ydernumre efter § 227 stk. 5. Det kan få den effekt, at private virksomheder i mindre omfang end hidtil får mulighed for at byde på driften af en lægeklinik, såfremt regionerne vælger at etablere og drive en regionsklinik uden at foretage et forudgående udbud.

Ministeriet bemærker dog, at regionerne kan have økonomiske incitamenter til fortsat at benytte sig af udbud. Videre bemærkes, at de privatpraktiserende lægers muligheder for at overtage regionsklinikker vil være væsentligt forbedret med ændringen.

De øvrige elementer af lovforslaget vurderes ikke at medføre økonomiske eller administrative konsekvenser for erhvervslivet.

7. Administrative konsekvenser for borgerne

Lovforslaget vurderes ikke at medføre administrative konsekvenser for borgerne.

8. Klimamæssige konsekvenser

Lovforslaget vurderes ikke at have klimamæssige konsekvenser.

9. Miljø- og naturmæssige konsekvenser

Lovforslaget vurderes ikke at have miljø- eller naturmæssige konsekvenser.

10. Forholdet til EU-retten

Lovforslaget vurderes ikke at have EU-retlige aspekter.

11. Hørte myndigheder og organisationer m.v.

Et udkast til lovforslag har i perioden fra den 24. januar til den 22. februar 2023 været sendt i høring hos følgende myndigheder og organisationer m.v.:

Aalborg Universitet, Aarhus Universitet, Advokatrådet, Akademikerne, Alzheimerforeningen, Angstforeningen, Astma-Allergi Forbundet, Bedre Psykiatri, Center for Hjerneskode, Danmarks Optikerforening, Danmarks Tekniske Universitet, Dansk Arbejdsgiverforening, Dansk Erhverv, Dansk Handicap Forbund, Dansk Industri, Dansk Kiropraktor Forening, Dansk Psykolog Forening, Dansk Psykoterapeutforening, Dansk Pædiatrisk Selskab, Dansk Samfundsmedicinsk Selskab (DASAMS), Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM), Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medi-

cin, Dansk Selskab for Palliativ Medicin, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Dansk Sygepleje Selskab (DASYS), Dansk Sygeplejeråd, Danske Bioanalytikere, Danske Fodterapeuter, Danske Fysioterapeuter, Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter, Danske Regioner, Danske Seniorer, Danske Universiteter, Danske Ældreråd, Datatilsynet, Depressionsforeningen, Det Sociale Netværk, Diabetesforeningen, Epilepsiforeningen, Ergoterapeutforeningen, Fagbevægelsens Hovedorganisation, Farmakonomforeningen, FOA, Forbrugerrådet TÆNK, Foreningen af danske lægestuderende, Foreningen af Døgn- og Dagtilbud for udsatte børn og unge, Foreningen af Kommunale Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedschefer i Danmark, Foreningen af Speciallæger, Færøernes landsstyre, Gigtforeningen, Hjernesagen, Hjerneske-foreningen, Hjerteforeningen, Høreforeningen, Jordemoderforeningen, KL, Kost og Ernæringsforbundet, Kristelig Lægeforening, Kræftens Bekæmpelse, Københavns Universitet, Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (LMS), Ledernes Hovedorganisation, Lægeforeningen, Lungeforening, Naalakkersuisut (Grønlands landsstyre), Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber, Patientforeningen, Patientforeningen i Danmark, Praktiserende Lægers Organisation, Psoriasisforeningen, Scleroseforeningen, Sekretariat for den lægelige videreuddannelse Syd, Sekretariat for lægelige videreuddannelse Øst, Sekretariat for lægers videreuddannelse Nord, Sjældne Diagnoser, Socialpædagogernes Landsforbund, Sundhed Danmark - Foreningen af danske sundhedsvirksomheder, Syddansk Universitet, Tolkebureauernes Brancheforening, Vaccinationsforum, Yngre Læger og Ældre Sagen.

12. Sammenfattende skema

	Positive konsekvenser/min-dreudgifter (hvis ja, angiv omfang/Hvis nej, anfør »Ingen«)	Negative konsekvenser/merudgifter (hvis ja, angiv omfang/Hvis nej, anfør »Ingen«)
Økonomiske konsekvenser for stat, kommuner og regioner	Ingen	Overordnet set vurderes lovforslaget ikke at medføre økonomiske konsekvenser for det offentlige. Der er med "Aftale om Sundhedsreform" af 20. maj 2022 afsat 10,8 mio. kr. i 2022, 11,0 mio. kr. i 2023, 10,0 mio. kr. i 2024 og 8,7 mio. kr. årligt fra 2025 og frem til Indenrigs- og Sundhedsministeriets koncern, herunder til Sundhedsstyrelsens udarbejdelse af konkrete kvalitetskrav og –anbefalinger samt dataunderstøttelse fra Sundhedsdatastyrelsen. Der kan dog være økonomiske og administrative konsekvenser for regioner og kommuner forbundet med at dmønte myndighederne. Omfanget af disse økonomiske konsekvenser vil afhænge af den kon-

krete situation, hvor hjemlerne udmøntes, og dette vil blive drøftet og evt. aftalt med kommuner og regioner. Der er med "Aftale om Sundhedsreform" afsat midler til indførelsen af kvalitetskrav og -anbefalinger til de to første indsatsområder i kvalitetsplanen. Der er afsat 50 mio. kr. i 2022 og 125 mio. kr. årligt i 2023 og fremover til kommuner og regioner til kvalitetsstandarder målrettet de kommunale akutfunktioner. Der er desuden afsat 102,9 mio. kr. i 2023, 103,6 mio. kr. i 2024, 104,8 mio. kr. i 2025, 107,8 mio. kr. i 2026 og 127,4 mio. kr. i 2027 og 2028 og herefter 130,4 mio. kr. årligt fra 2029 og frem til kommunerne til kvalitetsstandarder målrettet patientrettet forebyggelse for borgere med kroniske sygdomme.

Det element i lovforslaget, der giver regionerne mulighed for at indgå aftaler med enkelte lægepraksis om et særligt vederlag, hvor det er kritisk for at opretholde eller forbedre lægedækningen i område med lægemangel, vurderes at være udgiftsneutralt for regionerne, idet der er ikke tilføres nye opgaver til regionerne, men alene gives nye muligheder for at få løst opgaven i lægepraksis/almen praksis.

Det element i lovforslaget om bemyndigelse til at kunne fastsætte regler om proces og kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen kan eventuelt

		få betydning for fordelingen af udgifter medføre ændringer i fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen mellem regionerne. Forslaget har dog ikke betydning for det samlede antal uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen og vurderes på den baggrund samlet set udgiftsneutralt. mellem regionerne, da forslaget kan
Implementeringskonsekvenser for stat, kommuner og regioner	Ingen	Overordnet set vurderes lovforslaget ikke at have væsentlige implementeringskonsekvenser for det offentlige. De 7 principper for digitaliseringsklar lovgivning har ikke relevans for lovforslaget.
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet	Regionerne kan have økonomiske incitamenter til fortsat at benytte sig af udbud. Lovforslaget forventes at kunne medføre, at de privatpraktiserende lægers muligheder for at overtage regionsklinikker vil være væsentligt forbedret med ændringen.	Lovforslaget forventes at kunne medføre en nedgang i antallet af udbud af ydernumre efter § 227 stk. 5. Det kan få den effekt, at private virksomheder i mindre omfang end hidtil får mulighed for at byde på driften af en lægeklinik, såfremt regionerne vælger at etablere og drive en regionsklinik uden at foretage et forudgående udbud. De øvrige elementer af lovforslaget vurderes ikke at medføre økonomiske eller administrative konsekvenser for erhvervslivet.
Administrative konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for borgerne	Ingen	Ingen
Klimamæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Miljø- og naturmæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Forholdet til EU-retten	Lovforslaget indeholder ingen EU-retlige aspekter	
Er i strid med de fem prin-	Ja	Nej

cipper for implementering af erhvervsrettet EU-regulering/ Går videre end minimumskrav i EU-regulering (sæt X)		X
---	--	---

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Til nr. 1

Det følger af sundhedslovens § 57 a, stk. 1, 1 pkt., at regionsrådet yder mod betaling behandling ved læge på regionsrådets egne klinikker etableret efter § 227, stk. 5 og 6, til personer fra andre EU-/EØS-lande, der ikke har bopæl her i landet.

Det foreslås, at henvisningen i § 57 a, stk. 1, 1. pkt., ændres fra »§ 227, stk. 5 og 6,« til: »§ 227, stk. 5 og 8,«.

Forslaget er en konsekvens af den foreslåede § 1, nr. 8, hvorefter den gældende § 227, stk. 5, ophæves, og der i stedet indsættes nye stykker 5-7, med en deraf følgende rykning af de gældende stk. 6-13.

Til nr. 2

Der findes ikke generelle regler i gældende lovgivning, der bemyndiger indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte forpligtende krav til bl.a. kommunernes sundhedstilbud efter sundhedslovens afsnit IX samt rådgivning fra sygehusene.

Der er dog på konkrete områder i sundhedsloven mulighed for at stille mere eller mindre eksplicitte krav til kvaliteten i sundhedsvæsenet, f.eks. i sundhedslovens § 139 om hjemmesygepleje, sundhedslovens § 57 om almen praksis og sundhedslovens § 208 om specialeplanlægningen på sygehusene.

Det fremgår af sundhedslovens § 57 c, at alment praktiserende læger er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med nationale faglige retningslinjer m.v. Ifølge bemærkningerne til bestemmelsen, jf. Folketingstidende 2012-13, A, L 227 som fremsat, side 14, skal de praktiserende læger udøve deres sundhedsfaglige virksomhed i overensstemmelse med bl.a. faglige retningslinjer og pakkeforløb vedrørende specifikke sygdomme. Den konkrete sundhedsfaglige behandling af en patient beror fortsat på en sundhedsfaglig vurdering under iagttagelse af autorisationslovens § 17, hvorefter en autoriseret sundhedsperson er forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelsen af sin virksomhed. Kravet i bestemmelsen om omhu og samvittighedsfuldhed medfører, at sundhedspersonen skal handle i overensstemmelse med den til enhver tid værende almindeligt anerkendte faglige standard inden for det pågældende område. Indholdet af den faglige norm fastlægges bl.a. gennem faglige vejledninger fra Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed, ligesom normen kan udledes af afgørelser fra Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med sundhedspersoner og gennem Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns praksis.

Endelig fremgår det af sundhedslovens § 208, at Sundhedsstyrelsen fastsætter krav til lands- og landsdelsfunktioner og placeringen af disse. Sundhedsstyrelsen fastsætter således krav til specialfunktioner på regionale og private sygehuse og godkender placeringen af specialfunktioner på sygehusene med den såkaldte specialeplanlægning. Formålet med specialeplanlægningen er at sikre høj faglig kvalitet i behandlingen og helhed i patientforløbene under hensyn til en effektiv ressourceudnyttelse.

Det foreslås, at der i sundhedslovens § 118 b, stk. 1, indsættes en bestemmelse, der giver indenrigs- og sundhedsministeren bemyndigelse til at fastsætte kvalitetskrav og kvalitetsanbefalinger inden for områder udvalgt under kvalitetsplanen, jf. afsnit IX om kommunale sundhedsydelser, som udføres af eller for kommuner og regioner.

Den foreslåede nye bestemmelse i sundhedslovens § 118 b, stk. 1, vil indebære, at indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges til at fastsætte kvalitetskrav og kvalitetsanbefalinger inden for områder udvalgt under kvalitetsplanen, jf. afsnit IX om kommunale sundhedsydelser, som udføres af eller for kommuner og regioner.

Den foreslåede indsættelse af § 118 b, stk. 1 vil medføre, at der vil skulle udstedes bekendtgørelse om kvalitetsplanen i overensstemmelse med beskrivelsen i disse lovbemærkninger. Der vil således skulle ske en yderligere regulering af det overordnede indhold i kvalitetsplanen.

Ved udmøntningen af bemyndigelsesbestemmelsen vil indenrigs- og sundhedsministeren anmode Sundhedsstyrelsen om at udvikle konkrete kvalitetsstandarder med kvalitetskrav og -anbefalinger i samarbejde med relevante aktører som en del af kvalitetsplanen. Kvalitetsstandarderne kan f.eks. vedrøre krav og -anbefalinger til den omfattede målgruppe, indsatser og tilrettelæggelsen heraf, kompetencer og uddannelse, udstyr, kvalitetssikring og registrering/monitorering, samarbejde med andre aktører, herunder rådgivning m.v. Dette skal bl.a. understøtte nytænkning af opgaveløsningen, så nye og bedre teknologier og behandlingsformer løbende tages i brug som en del af omstillingsprocessen og understøtte en effektiv brug af ressourcer. En evt. ændret opgavevaretagelse som en del af omstillingsprocessen vil kræve dialog og aftale mellem de involverede parter, f.eks. kommuner og regioner

Med bemyndigelsesbestemmelsen vil der også kunne fastsættes forpligtende krav til kvaliteten af de kommunale sundhedstilbud som den del af en national kvalitetsplan. Nye nationale krav og anbefalinger til sundhedsindsatsen vil fortsat give mulighed for lokale tilpasninger i forbindelse med implementeringen, bl.a. i sundhedsklyngerne.

Med den nationale kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen forstås en styret og systematisk indsats, der dels kan opstille bindende krav i konkrete kvalitetsstandarder til eksisterende sundhedsindsatser i det nære sundhedsvæsen for bl.a. at forebygge behovet for mere intensive indsatser på f.eks. de regionale sygehuse. Det kan derudover omfatte en indsats, hvor der kan ske en gradvis omstilling til, at flere opgaver løses i det nære sundhedsvæsen frem for f.eks. på sygehusene og sikre sammenhæng i indsatsen på tværs. Dette kan være opgaver som mere hensigtsmæssigt kan varetages tættere på borgeren, f.eks. i kommunalt regi, eller i tværfaglige teams med speciallæger i almen medicin, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter m.v., eller af patienten selv. Denne omstilling kan også omfatte krav til opgaveudvikling, tilgængelighed, samarbejde og opgavevaretagelse mellem kommuner, regioner og almen praksis, som samles i en eller flere kvalitetsstandarder på et givent område. Denne omstillingsproces foreslås understøttet af fagligt bindende kvalitetsstandarder med kvalitetskrav og -anbefalinger. Formålet er at sikre høj, ensartet og sammenhængende kvalitet i sundhedsindsatserne i det nære sundhedsvæsen for både somatiske og psykiatriske patienter.

Med det nære sundhedsvæsen forstås en samlet betegnelse for sundhedstilbud, der varetages uden for sygehusene i eller tæt på borgerens eget hjem f.eks. af kommuner, almen praksis, øvrige privatpraktiserende sundhedsprofessionelle, herunder privatpraktiserende speciallæger, udgående funktioner fra sygehusene m.v. eller varetages af borgeren selv f.eks. ved hjælp af digitale løsninger.

Den nationale kvalitetsplan skal fungere dynamisk og understøtte, at der løbende sker en udvikling og nytænkning af opgaveløsningen, så nye og bedre teknologier og behandlingsformer løbende tages i brug som en del af omstillingsprocessen i sundhedsvæsenet. Dette skal bidrage til at understøtte, at sundhedsvæsenet indrettes, så det bedst muligt tager hånd om befolkningens sundheds- og sygdomsmæssige problemstillinger. Sundhedsvæsenets rammer – strukturer, organisering og opgaveløsning – skal derfor

løbende tilpasses, så det kan imødekomme ændringer i befolkningens behov for sundhedsindsatser. Den nationale kvalitetsplan er tænkt som drivkraft for en strukturel ændring af sundhedsvæsenet, hvor der bliver sat ramme og retning for en ændret opgaveløsning og omstilling af indsatserne uden for sygehusene, men fortsat med tæt sammenhæng i indsatsen på tværs af både kommunal-, praksis og sygehussektor.

I takt med at kompetencerne opbygges i det nære sundhedsvæsen, kan de konkrete kvalitetsstandarder med krav og anbefalinger således understøtte en ændret opgaveløsning, såfremt en opgave mere hensigtsmæssigt kan løses på anden vis. Sundhedsstyrelsen vil få til opgave at rådgive ministeren om konkrete sundhedsopgaver, som fremadrettet kan løses mere hensigtsmæssigt inden for det nære sundhedsvæsen som en del af omstillingsprocessen. Det kan f.eks. være tilfælde, hvor der med fordel kan iværksættes tidlige og forebyggende indsatser i det nære sundhedsvæsen, som kan mindske eller fjerne behovet for mere behandlingskrævende indsatser på f.eks. sygehusene. En ændret opgaveløsning som en del af omstillingsprocessen vil kræve dialog og aftale mellem de involverede parter.

Myndighedsansvaret vil fortsat være placeret i henholdsvis regioner og kommuner. Yderligere regulering af disse opgaver vil skulle fastsættes i en bekendtgørelse i medfør af den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse i sundhedslovens § 118 b.

Kommuner og regioner kan rette henvendelse til Sundhedsstyrelsen og få konkret rådgivning om tvivlsspørgsmål i forbindelse med implementering af kvalitetsstandarderne.

Forslaget om at skabe rammerne for en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen skal ses i tæt sammenhæng med vedtagelsen af lov nr. 910 af 21. juni 2022 (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.), som trådte i kraft 1. juli 2022 (Folketingstidende 2021-22, A, L 191, som fremsat). Med "Aftale om Sundhedsreform" er der desuden iværksat en række øvrige initiativer, som også skal understøtte omstillingsprocessen, og som forslaget om at skabe rammerne for en national kvalitetsplan skal ses i sammenhæng med. Det drejer sig bl.a. om initiativerne om mere behandling i eget hjem, bedre data til kvalitetsudvikling af indsatser i det nære sundhedsvæsen samt initiativer om flere læger til almen praksis og bedre lægedækning m.v.

Ministeriet er i den forbindelse opmærksomt på, at alment praktiserende læger er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med de nationale faglige retningslinjer, der udstedes i medfør af sundhedslovens § 57 c. Det skønnes derfor ikke nødvendigt at lade den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse række ud over lovens afsnit IX om kommunale sundhedsydelser for at sikre rammerne for kvalitetsløft og sammenhæng på tværs af sektorerne.

Det foreslås endvidere, at der i sundhedslovens § 118 b, stk. 2 indsættes en bemyndigelsesbestemmelse, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren kan fastlægge nærmere regler for regionsrådenes rådgivning, sparring og vejledning i forhold til kommunernes indsatser efter stk. 1.

Dette medfører, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at regionerne skal yde rådgivning i forbindelse med udførelsen af opgaver forankret i kvalitetsplanen. Dette kan både være rådgivning fra almen praksis eller fra personalet på sygehusene, ligesom det ligeledes kan være både lægefaglig rådgivning eller rådgivning fra andre faggrupper med særlige kompetencer. Rådgivningen skal understøtte, at opgaverne varetages på et fagligt sikkert grundlag. Det er således hensigten, at sundhedsfaglig rådgivning, sparring og vejledning både kan være i relation til en konkret patient eller vedrøre problemstillinger af mere generel karakter. Det kan f.eks. være i forbindelse med tilrettelæggelsen af tværgående patientforløb.

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.1 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til nr. 3

Det følger af sundhedslovens § 119, at kommunalbestyrelsen har ansvaret for at skabe rammerne for en

sund levevis ved varetagelsen af sine opgaver. Det fremgår endvidere af § 119, stk. 2, at kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

Det foreslås, at der i § 119 indsættes et nyt *stk. 3* om, at kommunalbestyrelsen etablerer patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser i kommunen. Denne tydeliggør kommunernes indsatser i forhold til at etablere patientrettede forebyggelsestilbud målrettet dels borgere i risiko for at udvikle sygdomme og dels patienter, herunder patienter med f.eks. kroniske lidelser.

Den foreslåede ændring forventes ikke at medføre ændringer i praksis, men er en tydeliggørelse af allerede eksisterende praksis. Ifølge bemærkningerne til § 119, stk. 2, har det siden dens indførelse i sundhedsloven i 2005 været hensigten med bestemmelsen, hvilket også allerede er udmøntet i praksis, at den skulle rumme både den forebyggende og sundhedsfremmende indsatser for både borgere og patienter. Med et nyt selvstændigt stykke i § 119 tydeliggøres dette.

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.2 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til nr. 4

Det følger af sundhedslovens § 119, at kommunalbestyrelsen har ansvaret for at skabe rammerne for en sund levevis ved varetagelsen af sine opgaver. Det fremgår endvidere af § 119, stk. 2, at kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

Det foreslås i lovforslagets § 1, nr. 3, at der i § 119 indsættes et nyt *stk. 3* om, at kommunalbestyrelsen etablerer patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser i kommunen.

Som konsekvens heraf foreslås følgende rykning af det gældende *stk. 3* til *stk. 4*, og at det i nyt *stk. 4* ændres »*stk. 1* og *2.*« til: »*stk. 1-3.*«

Til nr. 5

Overskriften til sundhedslovens kapitel 38 er »Hjemmesygepleje».

Det foreslås, at kapiteloverskriften til kapitel 38 ændres fra hjemmesygepleje til kommunal sygepleje.

Den foreslåede ændring vil tydeliggøre, at opgaveløsningen kan foregå uden for borgerens eget hjem f.eks. på kommunale klinikker, midlertidige pladser eller ved hjælp af digitale løsninger, hvor det vurderes mest hensigtsmæssigt. Den foreslåede ændring medfører ikke ændringer i rammerne for varetagelsen af hjemmesygeplejen.

Til nr. 6

Det følger af § 138, at kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvielse til personer med ophold i kommunen.

Det følger af § 277, stk. 11, at beføjelser, som kommunalbestyrelsen har overladt til en selvejende institution med overenskomst med kommunalbestyrelsen om levering af hjemmesygepleje, jf. § 138, bevares efter de tidligere gældende regler.

Det foreslås, at i § 138, *stk. 1* og § 277, *stk. 11* ændres ordet hjemmesygepleje til sygepleje.

Den foreslåede ændring vil tydeliggøre, at opgaveløsningen kan foregå uden for borgerens eget hjem f.eks. på kommunale klinikker, midlertidige pladser eller ved hjælp af digitale løsninger, hvor det vurderes mest hensigtsmæssigt. Den foreslåede ændring medfører ikke ændringer i rammerne for varetagelsen af hjemmesygeplejen. Det står således fortsat kommunalbestyrelsen frit for at organisere arbejdet på den måde, man finder mest hensigtsmæssigt, herunder ansættelse af personalegrupper med de nødvendige uddannelsesmæssige kvalifikationer.

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.2 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til nr. 7

Efter § 138 i sundhedsloven er kommunerne ansvarlige for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenviisning til personer med ophold i kommunen.

Det foreslås, at der i § 138 indsættes et *stk.* 2, hvorefter kommunalbestyrelsen kan delegere ansvaret for tildeling af kommunal sygepleje, jf. stk. 1, som udføres i en fælles kommunal sygepleje til de øvrige kommunalbestyrelser, som indgår i et givent tværkommunalt samarbejde.

Forslaget vil medføre, at kommunerne fremover vil kunne delegere ansvaret for tildeling af kommunal sygepleje til de øvrige kommunalbestyrelser i det pågældende samarbejde.

Det vil betyde, at myndighedsopgaven i forbindelse med tildeling af kommunal sygepleje for borgere, der henvises til sygeplejefaglige indsatser, som udføres i den fælles kommunale akutfunktion, kan delegeres fra en kommunalbestyrelse til de øvrige kommunalbestyrelser i det pågældende tværkommunale samarbejde.

Tildeling af kommunal sygepleje til borgere vil med forslaget kunne foretages af den relevante medarbejder i den fælles kommunale sygepleje, uanset i hvilken af de deltagende kommuner i samarbejdet den pågældende medarbejder er ansat og uanset i, og hvilken af de deltagende kommuner i samarbejdet, borgeren har bopæl.

Med den foreslåede bestemmelse bevarer den enkelte kommunalbestyrelse myndighedsansvaret for den kommunale sygepleje som helhed og bevarer dermed også myndighedsansvaret for den del af den kommunale sygepleje, der henlægges til det fælles kommunale samarbejde. Borgerens bopælskommune bevarer således det endelige myndighedsansvar i forhold til løsning af opgaver i den kommunale sygepleje eller akutfunktionen, uanset at den konkrete tildeling af ydelser er foretaget af en medarbejder ansat i en af de øvrige kommuner i det pågældende samarbejde.

Idet den enkelte kommunalbestyrelse i det pågældende samarbejde vil bevare myndighedsansvaret for den kommunale sygepleje som helhed og dermed også bevarer myndighedsansvaret for den del af den kommunale sygepleje eller akutfunktion, der henlægges til det fælles kommunale samarbejde, vil hver enkelt kommunalbestyrelse i det pågældende tværkommunale samarbejde skulle fastlægge serviceniveau, sygeplejefaglige instrukser, vejledninger osv. for opgaver, der henlægges til det fælles kommunale samarbejde og fører tilsyn med udførelsen af opgaver i den kommunale sygepleje omfattet af samarbejdet.

Dette vil kunne foregå ved, at det fælles kommunale samarbejde bliver etableret som en fælles organisatorisk enhed, hvor alt personale kan varetage behandlingen for alle borgere, der modtager behandling i den kommunale sygepleje eller akutfunktionen, uanset personalets ansættelseskommune og borgerens bopælskommune. Ligeledes vil det foregå ved, at henvisning af borgere til det fælles kommunale samarbejde sker direkte til den pågældende funktion og altså uden om den evt. øvrige kommunale sygepleje og visitation i hver af de øvrige kommuner i det pågældende tværkommunale samarbejde. Et fælles kommunalt samarbejde om kommunal sygepleje eller akutfunktionen kan f.eks. have reference til en tværkommunal styregruppe, der tildeles arbejdsgiverbeføjelser, herunder instruktionsbeføjelser for medarbejderne i det pågældende samarbejde samt ansvar for, at der udarbejdes de fornødne vejledninger om procedurer, medicin håndtering, dokumentation m.v.

I den forbindelse forudsættes, at der, som grundlag for etablering af det fælles kommunale samarbejde om kommunal sygepleje eller dele heraf, udarbejdes fælles politisk, vedtagne visitationskriterier for de deltagende kommuner samt at der indgås en juridisk bindende samarbejdsaftale om etablering af det fælles kommunale samarbejde. Dette skal dog ske under hensyn til det fortsatte særskilte myndighedsansvar for de enkelte kommuner.

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.2 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til nr. 8

Efter § 139 kan indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte nærmere regler om omfanget af og kravene til den kommunale hjemmesygeplejerskeordning.

Det foreslås, at i § 139 ændres ordet ”hjemmesygeplejerskeordning” til ”sygeplejeordning”.

Det foreslås, at ordet hjemmesygeplejerskeordning ændres til sygeplejeordning. Den foreslåede ændring vil tydeliggøre, at opgaveløsningen kan foregå uden for borgerens eget hjem f.eks. på kommunale klinikker, midlertidige pladser eller ved hjælp af digitale løsninger, hvor det vurderes mest hensigtsmæssigt. Den foreslåede ændring medfører ikke ændringer i rammerne for varetagelsen af hjemmesygeplejen. Det står således fortsat kommunalbestyrelsen frit for at organisere arbejdet på den måde, man finder mest hensigtsmæssigt, herunder ansættelse af personalegrupper med de nødvendige uddannelsesmæssige kvalifikationer.

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.2 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til nr. 9

Det følger af sundhedslovens § 206 a, at regionsrådet med inddragelse af kommunerne og almen praksis hver valgperiode skal udarbejde en praksisplan vedrørende almen praksis, der udgør en del af regionens sundhedsplan, jf. sundhedslovens § 206. Praksisplanen vedrørende almen praksis, som udarbejdes i henhold til sundhedslovens § 206 a, er et samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommune og almen praksis.

Ved vedtagelse af lov nr. 910 af 21. juni 2022 er hjemlen til at udstede en bekendtgørelse om rammer for praksisplan ved en fejl blevet skrevet ud af loven.

Det foreslås, at der i lovens § 206 a genindføres hjemmel i *stk. 4*, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren vil blive givet bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler om rammer for praksisplan for almen praksis.

Forslaget forventes udmøntet således, at nærmere regler om rammer for praksisplanen for almen praksis vil blive fastsat ved ændring af bekendtgørelse nr. 1248 af 05/09/2022, som herefter vil samle regler vedrørende sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsklynger, patientinddragelsesudvalg, sundhedsaftaler og praksisplan.

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.4.1 i de almindelige bemærkninger.

Til nr. 10

Det fremgår af sundhedslovens § 60, stk. 1, at regionsrådet er ansvarligt for at yde vederlagsfri behandling hos den valgte alment praktiserende læge til personer omfattet af sikringsgruppe 1. Til personer 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. Personer omfattet af sikringsgruppe 1 er tilmeldt en bestemt læge, og regionen betaler alle udgifter til behandling hos læge eller speciallæge. Personer omfattet af sikringsgruppe 2 er ikke tilmeldt en bestemt læge, men kan frit søge behandling hos læge, speciallæge, tandlæge, tandplejer og kiropraktor med samme tilskud fra regionen, som en gruppe 1-sikret person får til en tilsvarende behandling. Regionerne opfylder myndighedsforpligtelsen i henhold til sundhedslovens § 60, jf. § 57, om at tilvejebringe tilbud om behandling hos alment praktiserende læger via overenskomst om almen praksis, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1.

Det følger videre af sundhedslovens § 227, stk.1, at vilkår, der er fastsat eller udstedt i medfør af en række af de bestemmelser, som er indført som bindende vilkår, ikke kan fraviges ved overenskomster indgået med organisationer af sundhedspersoner repræsenterende almen praksis. Herved forstås i praksis en overenskomst indgået imellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og organisationer af sundhedspersoner, repræsenterende almen praksis. Overenskomst om almen praksis fastsætter den prak-

tiserende læges honorar for de almenmedicinske ydelser, som regionsrådet, jf. sundhedslovens § 60, stiller vederlagsfrit til rådighed for borgerne og fastsætter de generelle rettigheder og forpligtelser for almen praksis. Overenskomsten giver ikke mulighed for, at indgå overenskomstfravigende aftaler som lokalaftaler, ligesom den heller ikke giver mulighed for, at lokalaftaler kan indgås mellem enkelte læger og kommunen/regionen.

Det fremgår af § 227, stk. 5, i sundhedsloven, at regionsrådet kan etablere en praksis, hvis det ikke har været muligt at afsætte drift af praksis til en privat leverandør eller hvis regionsrådet har forkastet et bud i medfør af § 227, stk. 4, 2. pkt. Heraf følger, at regionsrådet først kan etablere en regionsklinik, hvis det ikke har været muligt at afsætte denne i et udbud. Det fremgår det ligeledes af § 227, stk. 5, at regionsklinikken kan etableres i en periode på op til 6 år. Et regionsråd, der ønsker at fortsætte driften af praksis efter udløbet af 6-årsperioden, kan alene gøre dette, hvis det fortsat ikke er muligt at sælge ydernummeret til en læge efter stk. 2, eller afsætte driften via udbud efter stk. 3 og 4.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.2.1 i de almindelige bemærkninger.

Det foreslås, at der i sundhedsloven indsættes et nyt § 227, *stk. 5*, hvorefter regionsrådet fremadrettet vil kunne vælge mellem enten at udbyde driften af en klinik eller at oprette og drive en klinik selv, såfremt det ikke er muligt at afsætte et ydernummer til en læge, som vil praktisere inden for overenskomsten for almen praksis.

Hovedreglen er fortsat, at en almen praksis drives af en læge med speciale i almen medicin, der virker inden for overenskomst om almen praksis. Dette betyder, at regionen vil skulle have afsøgt, om det er muligt at afhænde ydernummeret til en læge med speciale i almen medicin efter overenskomstens øvrige bestemmelser, førend regionen vil kunne afsøge andre muligheder.

Hensynet bag lovændringen er, at der er udfordringer med lægedækningen i visse områder af landet, som ikke kan løses af de eksisterende markedsmekanismer for f.eks. praktiserende læger og private virksomheder, hvorfor aftaleparterne ønsker at styrke regionernes muligheder for og redskaber til at sikre, at alle borgere har adgang til behandling, jf. § 57. Udgangspunktet vil dog stadig være – i overensstemmelse med den hidtidige praksis på området – at regionernes forpligtelse efter § 57 vi skulle løses via de almindelige bestemmelser i overenskomster, som er indgået efter stk. 1, 1. punkt imellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og organisationer af sundhedspersoner om vilkårene for ydelser i praksissektoren.

Forslaget vil desuden indebære, at regionen vil kunne oprette en klinik, som ikke er begrænset til en 6-årsperiode, og at regionen som konsekvens heraf ikke vil skulle gennemføre et fornyet udbud eller vil skulle forsøge at afsætte klinikken til en privatpraktiserende læge på ny efter 6 år.

Det foreslås, at der i stedet indsættes et nyt § 227, *stk. 6*, hvorefter regionsrådet i stedet vil skulle iværksætte en proces for at afsætte praksis til en praktiserende læge, hvis en eller flere læger tilkendegiver ønske om at overtage praksis og drive den inden for overenskomsten. Regionsrådets forpligtelse efter det foreslåede stk. 6 træder i kraft efter, regionsklinikken har været etableret i mindst 4 år. Formålet med ændringen er at lette den administrative byrde forbundet med oprettelsen og driften af regionsklinikker samt at forbedre regionsrådenes mulighed for at rekruttere personale indenfor rimelig tid.

Den praktiserende læge vil få mulighed for at overtage klinikken på almindelige markedslignende vilkår, ligesom det f.eks. er tilfældet med nyoprettede ydernumre og licensklinikker efter overenskomsten. Regionerne vil få mulighed for at afvise et bud, hvis de ikke finder vilkårene tilfredsstillende. Det kan ligeledes indgå i overvejelserne, om det forventes, at lægen ønsker at overtage regionsklinikken med henblik på at eje ydernummeret i en længere periode. Hvis et bud afvises, vil det skulle ske baseret på en konkret vurdering, der bl.a. viser, at der ville være omfattende økonomiske tab forbundet med godkendelse af budet. Det skal dog ikke være til lægens ugunst i vurderingen af dennes bud, såfremt

regionen har investeret uforholdsmæssigt store beløb i forbindelse med etablering af den konkrete klinik, f.eks. ved at opføre nyt byggeri.

En overdragelsesaftale vil skulle udarbejdes med overdragelse inden for rimelig tid fra indgåelsen af aftalen. Med rimelig tid forstås det, at overdragelsen vil skulle ske hurtigst muligt, men at der samtidig vil skulle tages hensyn til regionens forhold. Regionens forhold kan eksempelvis være regionale sagsbehandlingstider, og forhold som skal afsluttes på en bestemt måde for at undgå unødige og betydelige økonomiske tab. Der vil også kunne henvises til regionernes muligheder for at tilbyde de praksisansatte faste og forudsigelige arbejdsvilkår. Overdragelse forventes almindeligvis at kunne ske indenfor 12-18 måneder.

Hvis regionen oplever interesse for at overtage et eller flere ydernumre, som knytter sig til en regionsklinik, vil regionen skulle afsøge muligheden for at afsætte ydernummeret til læger, der ønsker at praktisere indenfor overenskomsten. Hvis regionen modtager mere end ét bud, bør regionen vurdere samtlige bud i henhold til hensynene beskrevet i forhold til overdragelsen samt andre, af regionen udvalgte, relevante forhold, og vælge det bud, som samlet set er mest fordelagtigt.

De foreslåede ændringer til stk. 5 og indførelsen af stk. 6 vil medføre, at regionsrådet fremadrettet får bedre mulighed for at sikre borgerne et almenmedicinsk tilbud tættere på deres bopæl.

Det foreslås, at der i sundhedsloven indsættes et nyt § 227, stk. 7, hvorefter regionen i perioden fra den 1. juli 2023 til og med den 30. juni 2023 kan indgå aftaler med indehaveren af et ydernummer i områder med lægemangel om udbetaling af særligt vederlag, der supplerer aftaler indgået efter § 227, stk. 1.

Forslaget vil medføre, at regionerne vil kunne indgå aftaler med enkelte almene praksis om et særligt vederlag af midlertidig karakter ud over, hvad der er fastlagt og besluttet i overenskomsten for almen praksis i områder med lægemangel. Regionerne vil således blive givet et yderligere, supplerende redskab til at sikre lægedækning i områder med lægemangel.

Det er alene speciallæger i almen medicin, der arbejder inden for overenskomsten om almen praksis, som kan eje et ydernummer. Et ydernummer kan desuden tildeles en læge personligt på licens uden mulighed for videresalg, hvor lægen driver praksis efter overenskomstens regler og honorering, men betaler til regionen et nærmere aftalt omkostningsbidrag efter de konkrete omstændigheder.

Hjemlen til at yde et særligt vederlag vil alene kunne anvendes i områder, hvor de almindelige mekanismer til at sikre lægedækning ikke er tilstrækkelige, og hvor det via praksisplanens indsatser ikke har været muligt at sikre en rimelig lægedækning i regionen og rekruttere og fastholde alment praktiserende læger med de muligheder, som sundhedslovens bestemmelser og overenskomsten stiller til rådighed.

Områder med lægemangel er ofte kendetegnede af flere faktorer, såsom få praksishandler, høj andel af ældre læger, høj andel af patienter i regions- eller udbudsklinikker, høj andel af patienter med lav socioøkonomi i et bestemt geografisk område m.v. Derudover er områderne ofte præget af usikkerhed omkring et langsigtet afkast ved klinikinvesteringer. Ved anvendelsen af hjemlen vil regionerne således skulle lægge sådanne faktorer til grund, når det vurderes, om der vil skulle ydes et særligt vederlag.

En mulighed for at yde et særligt vederlag vil kunne være en midlertidig del af løsningen i situationer, hvor det kan være et kritisk redskab til at opretholde eller forbedre lægedækningen i område lægemangel. Både i forhold til at tiltrække nye læger, som led i etablering af en licensklinik, til aflastning af læger i eksisterende almene praksis i form af yderligere praksispersonale, og som en mulighed for at kunne udvide antallet af læger i den enkelte praksis eller for at udvide patientoptaget i en periode. Forslaget vil indebære, at regionernes muligheder for at opfylde deres myndighedsforpligtigelse i områder med lægemangel vil blive styrket. Det er således hensigten at styrke og supplere regionsrådets nuværende muligheder og redskaber som følger af sundhedslovens § 227, stk. 3 og 5, og § 205 a til at adressere lægedækningsproblematikker i områder med lægemangel.

Det særlige vederlag til indehaveren af et ydernummer, herunder ydernummer på licens, vil skulle ydes undtagelsesvist, i en tidsbegrænset periode og have en midlertidig karakter. Bestemmelsen er gyldig i perioden fra den 1. juli 2023 til og med den 30. juni 2033. Det er ikke hensigten, at vederlaget skal kunne ydes i en 10-årig periode. Vederlaget vil kunne dække særlige etableringsudgifter, hvor regionen vil kunne yde et særligt vederlag til at dække engangs- eller opstartsudgifter omkring etablering eller udvidelse af en praksis og håndtering af administrative opgaver i den forbindelse at en lægepraksis for en periode eller permanent øger sit patientoptag markant. Derudover vil det særlige vederlag kunne dække særlige praksispersonaleudgifter, hvor regionen vil kunne yde et særligt vederlag i forbindelse med ansættelse af praksispersonale, som skal muliggøre, at en lægepraksis for en periode eller permanent øger sit patientoptag markant.

I det tilfælde at vederlaget skal anvendes til andre ydelser end sundhedsydelser vil indkøb skulle ske på markedsvilkår og i øvrigt følge udbudsretlige regler.

Til nr. 11

Overskriften før § 250 er ”Hjemmesygepleje”

Det foreslås, at *overskriften* før § 250 ændres fra Hjemmesygepleje til Sygepleje.

Den foreslåede ændring vil tydeliggøre, at opgaveløsningen kan foregå uden for borgerens eget hjem f.eks. på kommunale klinikker, midlertidige pladser eller ved hjælp af digitale løsninger, hvor det vurderes mest hensigtsmæssigt. Den foreslåede ændring medfører ikke ændringer i rammerne for varetagelsen af hjemmesygeplejen.

Til nr. 12

Det følger af sundhedslovens § 250, at opholdskommunen afholder udgifter til hjemmesygeplejeydelser efter § 138.

Det foreslås, at i § 250 ændres hjemmesygeplejeydelser til sygeplejeydelser.

Den foreslåede ændring vil tydeliggøre, at opgaveløsningen kan foregå uden for borgerens eget hjem f.eks. på kommunale klinikker, midlertidige pladser eller ved hjælp af digitale løsninger, hvor det vurderes mest hensigtsmæssigt. Den foreslåede ændring medfører ikke ændringer i rammerne for varetagelsen af hjemmesygeplejen. Det står således fortsat kommunalbestyrelsen frit for at organisere arbejdet på den måde, man finder mest hensigtsmæssigt, herunder ansættelse af personalegrupper med de nødvendige uddannelsesmæssige kvalifikationer.

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.2 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til § 2

Til nr. 1

Det følger af § 34, stk. 1, i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, at de pågældende regionsråd nedsætter 3 regionale videreuddannelsesråd for læger for 1) Hovedstadsregionen og Region Sjælland, 2) Region Syddanmark og 3) Region Midtjylland og Region Nordjylland.

Efter den gældende § 34, stk. 2, i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed følger det, at de regionale videreuddannelsesråd har til opgave at rådgive regionerne i forhold vedrørende den lægelige videreuddannelse og at træffe afgørelse vedrørende fordeling af uddannelsesforløb inden for regionen, godkendelse af uddannelsesafdelinger og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb m.v.

Ligeledes følger det af § 5 i bekendtgørelse nr. 1706 af 20. december 2006 om de regionale råd for lægers videreuddannelse, at de regionale råd for lægers videreuddannelse, på baggrund af Sundheds-

styrelsens vejledninger, træffer afgørelser vedrørende fordeling af uddannelsesforløb inden for videreuddannelsesregionerne, godkendelse af uddannelsesafdelinger og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb i turnusuddannelsen (nu: klinisk basisuddannelse) og speciallægeuddannelsen. Der henvises i øvrigt til beskrivelse af gældende ret i pkt. 2.7.1 i de almindelige bemærkninger.

Det foreslås, at der i autorisationsloven indsættes et nyt § 34, stk. 6, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren vil kunne fastsætte regler om proces og kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen.

Forslaget vil indebære, at indenrigs- og sundhedsministeren fremadrettet vil kunne fastsætte regler om proceduren for fastsættelse af kriterier samt fastsætte konkrete kriterier for fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, som i relevant omfang vil skulle indgå i de regionale videreuddannelsesråds fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen. Dog vil udmøntningen, herunder fordelingen af uddannelsesforløb, fortsat skulle ske i regi af de regionale videreuddannelsesråd og efter en samlet afvejning af relevante hensyn foretaget af de regionale råd for lægers videreuddannelse.

Det er forventningen, at bemyndigelsen efter nyt § 34, stk. 6, vil blive udmøntet ved, at indenrigs- og sundhedsministeren anmoder Sundhedsstyrelsen om et fagligt oplæg til kriterier for fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen. Der vil eventuelt kunne foretages høring over et sådan fagligt oplæg i regi af Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse. Det vil være indenrigs- og sundhedsministeren, som endeligt fastsætter kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen.

Det er væsentligt, at den nærmere fastsættelse af kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, herunder proceduren for fastsættelse af sådanne kriterier, tilrettelægges under hensyntagen til de samlede og aktuelle behov på området, herunder øvrige regler om tilrettelæggelsen af speciallægeuddannelsen.

Kriterier vil kunne fastsættes for fordelingen af både introduktions- og hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen og på tværs af lægelige specialer, herunder almen medicin.

Kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen kan eksempelvis være lægedækning, patientsikkerhed, uddannelseskapacitet, driftshensyn, uddannelseskvalitet med videre samt hensyn til den politiske intention i "Aftale om Sundhedsreform" fra 20. maj 2022, herunder styrket fordeling af læger på tværs af landet. Nærmere kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen fastsættes ved bekendtgørelse.

Med formuleringen "i relevant omfang" menes dog, at de regionale videreuddannelsesråds konkrete fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen bør ske på baggrund af en samlet og afbalanceret afvejning af, hvordan uddannelsesforløb fordeles så hensigtsmæssigt som muligt. I en sådan afvejning bør der indgå overvejelser om relevante forhold, herunder eksempelvis uddannelseskapacitet- og uddannelseskvalitet m.v. samt eventuelle kriterier for fordeling af uddannelsesforløb. Udmøntningen af et givent kriterium bør således i videst muligt omfang afspejle det givne kriteriums intention, dog uden at øvrige relevante hensyn tilsidesættes på uhensigtsmæssig vis. Videre bør udmøntningen ske på en måde, så udmøntningen ikke i praksis bliver kontraproduktiv i forhold til hensigten med et givent/flere givne kriterium/kriterier. Den foreslåede ordning vil ikke ændre på, at det fortsat vil være de regionale videreuddannelsesråd, som fordeler uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen.

Med formuleringen "fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen" forstås fordelingen inden for hver af de tre videreuddannelsesregioner, og dermed som den konkrete etablering af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen inden for hver af de tre videreuddannelsesregioner, idet fordelingen af uddannelsesforløb på hver af de tre videreuddannelsesregioner fortsat fastsættes i Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplaner.

De regionale videreuddannelsesråd skal som udgangspunkt overveje de nærmere fastsatte kriterier for

fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen hver gang de regionale videreuddannelsesråd opslår uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen til besættelse. Der skal dog foretages en samlet og afbalanceret afvejning af kriterierne med henblik på en hensigtsmæssig fordeling af uddannelsesforløb.

Kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen kan ændres efter behov og efter indenrigs- og sundhedsministerens godkendelse. Dog bør det altid overvejes, om hensynet til ændringen af kriterier opvejer risikoen for forstyrrelser af driften og planlægningen af speciallægeuddannelsen og dermed sundhedsvæsenet.

Derudover vil der i forbindelse med fastsættelse eller ændring af kriterier for fordeling af uddannelsesforløb være opmærksomhed på at muliggøre en god implementeringsproces herunder rimelig tid til implementering.

Det foreslåede har ikke til hensigt at hindre, at uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen kan tilrettelægges efter øvrige gældende regler om speciallægeuddannelsen. Ligeledes bør det foreslåede ikke implementeres på en måde, som tilsidesætter relevante faglige hensyn som f.eks. muligheden for at opfylde relevante målbeskrivelser for de lægelige specialer.

Til § 3

Det foreslås, at loven skal træde i kraft den 1. juli 2023.

Med hensyn til § 2 er Indenrigs- og Sundhedsministeriet opmærksom på, at der er behov for rimelig tid til de regionale videreuddannelsesråd til at implementere kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, som måtte blive opstillet på baggrund af det i § 2 foreslåede.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet forventer, at § 2 vil blive udmøntet ved bekendtgørelser hhv. om regler for proces for fastsættelse af kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen og om kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen.

I forbindelse med udmøntningen af § 2 vil der indgå overvejelser om rimelig tid til implementering af kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen med henblik på at understøtte en god implementeringsproces, herunder at tilrettelæggelsen af og muligheden for at opslå og besætte uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, og dermed varetagelse af driften af sundhedsvæsenet, ikke hindres eller forsinkes som følge af det foreslåede.

Til § 4

Det foreslås, at loven ikke skal gælde for Færøerne og Grønland, men at lovens § 2 ved kongelig anordning helt eller delvis skal kunne sættes i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.

Det følger af sundhedslovens § 278, stk. 1, at loven ikke gælder for Færøerne og Grønland. Det følger dog af sundhedslovens § 278, stk. 2 og 3, at en række af lovens kapitler og bestemmelser ved kongelig anordning kan sættes helt eller delvis i kraft for Færøerne og Grønland med de ændringer, som de færøske og grønlandske forhold tilsiger.

De foreslåede ændringer til sundhedsloven i lovforslagets § 1 vedrører bestemmelser, der, efter sundhedslovens § 278, stk. 2 og 3, ikke kan sættes i kraft for Færøerne og Grønland, hvorfor lovforslagets ændringer til sundhedsloven ikke skal kunne sættes i kraft for Færøerne og Grønland.

Det fremgår af autorisationslovens § 97, at loven ikke gælder for Færøerne eller Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes helt eller delvist i kraft for Færøerne med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger.

Den foreslåede ændring til autorisationsloven i lovforslagets § 2 vil ved kongelig anordning kunne sættes helt eller delvis i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.

Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

Gældende formulering

Lovforslaget

§ 1

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 248 af 8. marts 2023, som ændret ved lov nr. 907 af 21. juni 2022, foretages følgende ændringer:

§ 57 a. Regionsrådet yder mod betaling behandling ved læge på regionsrådets egne klinikker etableret efter § 227, stk. 5 og 6, til personer fra andre EU-/EØS-lande, der ikke har bopæl her i landet. 1. pkt. finder tilsvarende anvendelse for personer fra Færøerne og Grønland, medmindre disse har ret til vederlagsfri behandling m.v. efter § 8 og § 80 eller regler fastsat i medfør heraf.

1. I § 57 a, stk. 1, 1. pkt. ændres »§ 227, stk. 5 og 6,« til: »§ 227, stk. 5 og 8,«.

2. Efter § 118 a indsættes:

»**§ 118 b.** Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for kommunalbestyrelser og regionsråd om indsatser, herunder om kvalitetskrav til og tilrettelæggelse af indsatserne i henhold til sundhedsydelse i lovens afsnit IX.
Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for regionsrådenes rådgivning, sparring og vejledning i forhold til kommunernes indsatser efter stk. 1.«

§ 119 ---

3. I § 119 indsættes efter stk. 2 som nyt stykke:

»**Stk. 3.** Kommunalbestyrelsen etablerer patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser i kommunen.«

Stk. 3 bliver herefter stk. 4.

4. I § 119, stk. 3, der bliver stk. 4, ændres »stk. 1 og 2.« til: »stk. 1-3.«

stk. 2. Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

stk. 3. Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2.

Kapitel 38

Hjemmesygepleje

§ 138. Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvi-
sning til personer med ophold i kommu-
nen.

§ 277. ---

Stk. 2. -10 ---

stk. 11. Beføjelser, som kommunalbestyrelsen har overladt til en selvejende institution med overens-
komst med kommunalbestyrelsen om levering af hjemmesygepleje, jf. § 138, bevares efter de tidli-
gere gældende regler.

§ 138. Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter læ-
gehenvi-
sning til personer med ophold i kommu-
nen.

§ 139. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om omfanget af og kravene til den kommu-
nale hjemmesygeplejerskeordning.

§ 206 a. Det i § 204, stk. 2, nævnte udvalg skal i hver valgperiode udarbejde en praksisplan ved-
rørende almen praksis, der udgør en del af regio-
nens 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 ved-
rørende praksisplanens udformning.

Stk. 2.-3. ---

§ 227. ---

Stk. 2.-4. ---

Stk. 5. Hvis der ikke er private leverandører, der deltager i udbud af drift af praksis foretaget i
henhold til stk. 3, eller regionsrådet har forkastet bud i henhold til stk. 4, 2. pkt., kan regionsrådet

5. Overskriften i Kapitel 38 affattes således:

»Kapitel 38

Kommunal sygepleje«

6. I § 138, *stk. 1*, og i § 277, *stk. 11*, ændres »hjemmesygepleje« til: »sygepleje«.

7. I § 138 indsættes som *stk. 2*:

»*Stk. 2.* Kommunalbestyrelsen kan delegeres ansvaret for tildeling af sygeplejen efter stk. 1, som udføres i en fælles kommunal sygepleje, til de øvrige kommunalbestyrelser, som indgår i det pågældende tværkommunale samarbejde.«

8. I § 139 ændres »hjemmesygeplejerskeordning« til: »sygeplejeordning«.

9. I § 206 a indsættes som *stk. 4*:

»*Stk. 4.* Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om rammer for praksisplanen efter stk. 1.«

10. § 227, *stk. 5*, ophæves, og i stedet indsættes:

»*Stk. 5.* I de tilfælde hvor regionsrådet ikke kan afsætte et ydernummer til en læge, som vil praktisere i henhold til stk. 1, 1. pkt., jf. § 60 stk. 1, kan regionen selv etablere og drive en klinik, som leverer almenmedicinske ydelser.

selv etablere en praksis i en periode på op til 6 år. Et regionsråd, der ønsker at fortsætte driften af praksis efter udløbet af 6-årsperioden, kan alene gøre dette, hvis det ikke er muligt at sælge ydernummeret til en læge efter stk. 2 eller afsætte driften via udbud efter stk. 3 og 4.

Stk. 6. Ønsker en læge at overtage en regionsdrevet praksis, som har været etableret i mindst 4 år, og som er oprettet efter stk. 5, med henblik på at praktisere efter stk. 1, 1. pkt., skal regionsrådet indgå aftale om overdragelse inden for rimelig tid.

Stk. 7. Regionsrådet kan i perioden fra den 1. juli 2023 til og med den 30. juni 2033 indgå aftaler, der supplerer aftaler indgået efter stk. 1, med indehaveren af et ydernummer i områder med lægemangel om et særligt vederlag af midlertidig karakter til kompensation for etablerings- eller praksispersonaleudgifter, som understøtter regionens forpligtigelse til at yde behandling hos praktiserende læge efter § 60, jf. § 57.«

Stk. 6-13 bliver herefter stk. 8-15.

Overskriften før § 250

Hjemmesygepleje

§ 250. Opholdskommunen afholder udgifter til hjemmesygeplejeydelser efter § 138.

11. *Overskriften* før § 250 affattes således:

»Sygepleje«.

12. I § 250 ændres »hjemmesygeplejeydelser« til: »sygeplejeydelser«.

§ 2

I lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, jf. lovbekendtgørelse nr. 122 af 24. januar 2023, foretages følgende ændringer:

§ 34. ---

Stk. 2. De regionale videreuddannelsesråd har til opgave at rådgive regionerne i forhold vedrørende den lægelige videreuddannelse og at træffe afgørelse vedrørende fordeling af uddannelsesforløb inden for regionen, godkendelse af uddannelsesafdelinger og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb m.v. *Stk. 3-5. ---*

1. I § 34 indsættes som *stk. 6*:

»*Stk. 6.* Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om proces og kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen herunder om, at hensyn til lægedækning i relevant omfang indgår i de regionale videreuddannelsesråds fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, jf. stk. 2.«

§ 3

Loven træder i kraft den 1. juli 2023.

§ 4

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men § 2 kan ved kongelig anordning sættes helt eller delvis i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.