

**Forslag**  
til

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

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

**§ 1**

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 210 af 27. januar 2022, som ændret senest ved lov nr. 911 af 21. juni 2022, foretages følgende ændringer:

1. I § 57 a, stk. 1, 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, kvalitetskrav hertil samt tilrettelæggelsen heraf i henhold til sundhedsydelse i lovens afsnit IX.  
*Stk. 2.* Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for regionsrådenes rådgivning mv. i forhold til kommunernes opgaver efter stk. 1.«
3. I § 119 indsættes efter stk. 2 som nyt stykke:  
»*Stk. 3.* Kommunalbestyrelsen tilbyder 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

## UDKAST

### *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 jf. stk. 1, som udføres i en fælles kommunal sygepleje, til de øvrige kommunalbestyrelser, som indgår i et givent tværkommunalt 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 procedurer og rammer for den i stk. 1 nævnte praksisplan.«

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 almen medicinske ydelser.

Stk. 6. Ønsker en læge at overtage en regionsdrevet praksis, 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. 7-13 bliver herefter stk. 8-15.

11. Overskriften før § 250 affattes således:

»Sygepleje«.

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

## UDKAST

I lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, jf. lovbekendtgørelse nr. 731 af 8. juli 2019 som ændret ved lov nr. 816 af 9. juni 2020, § 3 i lov nr. 1855 af 9. december 2020, § 1 i lov nr. 1185 af 8. juni 2021 og § 1 i lov nr. 478 af 26. april 2022, foretages følgende ændring:

1. I § 34 indsættes som *stk. 6*:

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

### § 3

*Stk. 1.* Loven træder i kraft den 1. juli 2023, jf. dog *stk. 2.*

*Stk. 2.* Denne lovs § 2 træder i kraft den 1. januar 2024.

### § 4

§ 2 finder ikke anvendelse på uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, som er påbegyndt eller besluttet fastlagt, herunder slået op til besættelse inden den 1. januar 2024. For sådanne uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen finder de hidtil gældende regler anvendelse.

### § 5

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.

# UDKAST

## *Bemærkninger til lovforslaget*

### *Almindelige bemærkninger*

#### Indholdsfortegnelse

- 1. Indledning**
- 2. Lovforslagets hovedpunkter**
  - 2.1. [Kvalitetsplanen]**
    - 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 kvalitetsstandarder]**
    - 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. Samarbejde
      - 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
  - 5.1. Forslag om indførelsen af en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen
  - 5.2. Forslag om regler om procedure og rammer for praksisplan for almen praksis
  - 5.3. Forslag om smidiggørelse af regulering af etablering og drift af regionsklinikker
  - 5.4. Forslag om særligt økonomisk vederlag
  - 5.5. Forslag om regler om fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen
  - 5.6. Implementeringskonsekvenser for det offentlige
6. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.
  - 6.1. Forslag om smidiggørelse af regulering af etablering og drift af regionsklinikker
  - 6.2. Øvrige dele af lovforslaget
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).

## UDKAST

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 sundhedsydelse.

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 ændringsforslag, som alle har til formål at understøtte bedre lægedækning i hele landet.

De to ændringsforslag til sundhedsloven om regionsklinikker og særligt vederlag skal styrke regionernes muligheder for og redskaber til at sætte målet 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.

Ændringslovforslaget til autorisationsloven skal som det tredje gøre det muligt at fastsætte kriterier for fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen.

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).

Endelig foreslås med lovforslaget en lovteknisk justering af reglerne om praksisplan for almen praksis.

## **2. Lovforslagets hovedpunkter**

### **2.1. [Kvalitetsplanen]**

#### 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 sundhedsydelse 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.

## UDKAST

Der er ikke andre kapitler inden for sundhedslovens afsnit IX om kommunale sundhedsydelse, som bemyndiger indenrigs- og sundhedsministeren til at udstede bindende krav til varetagelsen af kommunale sundhedsopgaver.

Det fremgår desuden 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 vedr. 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. Specialeplanlægningen 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 sundhedsydelse 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 opgaver 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 driftsherren 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 sundhedsreformen 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. Lovforslaget skal give hjemmel til, at der kan fastsættes forpligtende krav til bl.a. kommunernes sundhedstilbud samt rådgivning fra sygehusene som led i kvalitetsplanen.

Det vurderes, 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 fast-

## UDKAST

sætte kvalitetskrav og kvalitetsanbefalinger inden for områder udvalgt under kvalitetsplanen, jf. afsnit IX om kommunale sundhedsydelse, 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 mv. Dette skal bl.a. understøtte nytænkning af opgaveløsningen, så nye og bedre teknologier og behandlingsformer løbende tages i brug som en del af omstillingsprocessen. 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 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 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. Dels 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.

## UDKAST

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 mv. 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 forstås 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 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 sundhedsreformen 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 mv.

Ministeriet er i den forbindelse opmærksomt på, at det allerede er muligt at forpligte alment praktiserende læger til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med nationale faglige retningslinjer, jf. 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 m.v. i forhold til kommunernes opgaver 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 i relation til krav til indsatser og kvalitet i henhold til 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), tillæg A, side 3226 har bestemmelsen 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. Det fremgår videre, at kommunerne blev tildelt flere opgaver og et større ansvar i udførelsen af borger-nær behandling bl.a. som følge af kommunalreformen.

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

### 2.2.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

Partierne bag aftale om sundhedsreformen er enige om, at der med kvalitetsplanen i første omgang 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 mindre justeringer af § 119 og 138 for at tydeliggøre den kvalitetsudvikling, der allerede er sket på området.

For at styrke de kommunale akutfunktioner foreslås det endvidere at give kommunerne øgede muligheder for tværkommunalt samarbejde i den kommunale hjemmesygepleje. Det vil ske ved at udbrede muligheden for det tværkommunale samarbejde i hjemmesygeplejen til hele landet, som i dag indgår som en del af et frikommuneforsøg, hvor kommunerne kan oprette en fælles organisatorisk enhed på tværs af de kommuner, der indgår i det pågældende tværkommunale samarbejde om hjemmesygeplejen.

### 2.2.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås, at betegnelsen hjemmesygepleje ændres til kommunal sygepleje.

Forslaget vil indebære, at det tydeliggøres, at opgaverne 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 tilbyde 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), 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 formel kodificering 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 kommuner 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 i den kommunale sygepleje, bl.a. for at afbureaukratisere området til gavn for særligt akutsygeplejerskerne 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.

Ministeriet er i den forbindelse opmærksomt på, at frikommuneforsøget i Gentofte-, Gladsaxe-, og Rudersdal Kommune allerede nu har været positivt modtaget og netop viser mulighed for sparet sagsbehandlingstid og bidrager dermed til afbureaukratisering. Dette kommer til udtryk ved, at akutsygeplejersken ikke skal have accept af en sygeplejerske fra den respektive kommune, inden de må påbegynde en indsats over for borgeren. Dette bidrager 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 derfor at udbrede muligheden for det tværkommunale samarbejde i den kommunale sygepleje til hele landet, derved at kommunerne får mulighed for at oprette en fælles organisatorisk enhed 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 behandlingen for alle borgere, der modtager behandling i den kommunale sygepleje, herunder i akutfunktionen, uanset personalets ansættelseskom-

mune og borgerens bopælskommune inden for det givne tværkommunale samarbejde.

Det foreslås derfor, at kommunerne får mulighed for at delegere myndighedsopgaven i forbindelse med tildeling af kommunal sygepleje til borgere til de øvrige kommuner i en organisatorisk enhed, som udgør det givne tværkommunale samarbejde om kommunal sygepleje. Dette kan f.eks. være i de nye sundhedsklynger.

### **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 sundhedssamarbejdsudvalg 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 lovteknisk 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 evt. 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 vedr. 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 procedurer og 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 vurderes primært at have lovteknisk betydning, da der genindføres en bemyndigelse for indenrigs- og sundhedsministeren, som har været gældende frem til 1. juli 2022.

### 2.4.3 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 procedurer og rammer for praksisplan for almen praksis.

Det er hensigten, at nærmere regler om procedurer og rammer for praksisplanen for almen praksis vil blive fastsat ved ændring af BEK nr. 1248 af 05/09/2022, som herefter vil samle regler vedrørende sundhedssamarbejdsudvalg, 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 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 Overenskomsten for 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 alment medicinske 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 2.5 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 sundhedsreformen, 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 almen medicinske 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

## UDKAST

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 regionerne vil opleve, at reglerne er mere smidige.

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, hvoraf det fremgår, at hvis en læge ønsker at overtage en regionsklinik 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, men at de inden for rimelig tid vil skulle overdrage ydernummeret, hvis en praktiserende læge tilbyder 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.

Lægen, som ønsker at overtage ydernummeret, skal have mulighed for at overtage praksis på markedslignende vilkår. Det betyder, at regionsrådet vil skulle søge at indgå en aftale om overdragelse inden for en rimelig tid og under hensyntagen til, om der er tale om et 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 modtager mere end ét bud, bør regionen vurdere samtlige bud i henhold til hensynene beskrevet i forhold til overdragelsen samt andre, af regionen ud-

valgte, 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.

Regionerne er, jf. sundhedslovens § 60, stk. 1, ansvarlige 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 er retten 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 alment medicinske ydelser ved at udbyde drift af praksis, som hidtil har leveret alment medicinske ydelser.

### 2.6.1.2. Samarbejde

Regioners mulighed for at tilvejebringe og udleje lokaler, udstyr mv. 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 overenskomst, 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 evt. 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 for almen praksis

Overenskomstaftalen 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 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 lo-

kalaftaler, 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. Som det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget skal aftaler om samarbejdet med almen praksis aftales via overenskomstsyste­met og kan nu ikke ske f.eks. mellem de enkelte læger og regionen jf. Folketingstidende 2012-13, A, L 227 som fremsat, side 8.

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 sundhedsreformen er derfor enige om at styrke regionernes muligheder for og redskaber til at sætte målrettet 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.

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. 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 mv. 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 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 område med lægemangel om et særligt vederlag vil skulle indgås under hensyntagen til de gældende regler i Udbudsloven.

På længere sigt vurderes lægedækningsudfordringerne i almen praksis primært at være en fordelingsproblematik, hvorfor bestemmelsen 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 henholdsvis

- 1) Hovedstadsregionen og Region Sjælland
- 2) Region Syddanmark
- 3) Region Midtjylland og Region Nordjylland

## UDKAST

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 og speciallægeuddannelsen. Videre følger det af bekendtgørelsens § 7, at de regionale råd for lægers videreuddannelse løbende, på baggrund af Inspektorordningens evalueringer, vurderer de enkelte uddannelsesgivende enheders egnethed som uddannelsessted i turnusuddannelsen 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 enkelt 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 sundhedsreformen er bl.a. enige om at styrke fordelingen af uddannelsesstillinger i speciallægeuddannelsen til bl.a. lægedæk-

ningstruede 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 egen videreuddannelsesregion.

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.

Med den foreslåede ordning vil indenrigs- og sundhedsministeren således blive bemyndiget til at øve indflydelse på fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen og dermed på fordelingen af uddannelseslæger.

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 kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen.

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 sundhedsreformen – et sammenhængende, nært og stærkt sundhedsvæsen, 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.

## UDKAST

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 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 mv. i fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen. Ovennævnte opstilling af relevante hensyn er ikke nødvendigvis udtømmende, og vil herefter blive omtalt som uddannelseskapacitet- 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 uddannelseskapacitet- og uddannelseskvalitet mv.

Det må forventes, at der på det eksisterende grundlag indgår en række hensyn i de regionale videreuddannelsesråds fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen.

Det er Indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering, at uddannelseslæger generelt må forventes at have oparbejdet mindre klinisk rutine, faglig indsigt i specialet mv. 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 mv. En uddannelseslæges bidrag til opgavevaretagelsen i sundhedsvæsenet stiger dog i takt med gennemførelsen af speciallægeuddannelsen, og 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.

Den foreslåede ordning vil ikke finde anvendelse på uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, som inden den 1. januar 2024, er påbegyndt eller besluttet fastlagt, herunder slået op til besættelse. For sådanne uddannelsesforløb finder de hidtil gældende regler anvendelse.

Der henvises i øvrigt til bemærkningerne til § 2 og § 3, stk. 2-3.

### **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 sundhedsindsatsen på tværs af landet styrkes som en del af kvalitetsplanen. 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.

Lovforslagets del om regler om procedure og 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.

### **4. FN's Verdensmål**

Lovforslagets del om en national kvalitetsplan samt kvalitetskrav m.v. forventes på sigt at have en positiv konsekvens 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-smittomme sygdomme.

Forslagets dele om regler om procedure og rammer for praksisplan for almen praksis, særlig økonomisk 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 og delmål 3.8 og indikator 3.8.1 om dækningsgrad af essentielle sundhedssygdomme. 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**

#### **5.1. Forslag om indførelsen af en nationale kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen**

Lovforslaget vurderes ikke i sig selv at medføre varige økonomiske konsekvenser for kommuner og regioner. Der er med aftale om sundhedsreformen 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 concern, 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 sundhedsreformen 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.

#### **5.2. Forslag om regler om procedure og rammer for praksisplan for almen praksis**

Lovforslaget vurderes ikke i sig selv at medføre varige økonomiske konsekvenser for kommuner og regioner.

#### **5.3. Forslag om smidiggørelse af regulering af etablering og drift af regionsklinikker**

Lovforslaget vurderes ikke i sig selv at medføre varige økonomiske konsekvenser for kommuner og regioner.

#### **5.4. Forslag om særligt økonomisk vederlag**

Forslaget er udgiftsneutralt for staten.

Forslaget giver regionerne mulighed for, at regionerne kan indgå aftaler med enkelte lægepraksis om et særligt vederlag, hvor det er kritisk for at opret-

holde eller forbedre lægedækningen i område med lægemangel. Forslaget vurderes at være udgiftsneutralt for regionerne, idet der er ikke tilføres nye opgaver til regionerne, men alene nye muligheder for at få løst opgaven i lægepraksis/ almen praksis.

### **5.5. Forslag om regler om fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen**

Lovforslaget vurderes ikke at have økonomiske konsekvenser for staten.

Lovforslaget 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.

### **5.6. Implementeringskonsekvenser for det offentlige**

Lovforslaget vurderes ikke at have væsentlige administrative konsekvenser for det offentlige.

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

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

### **6.1. Forslag om smidiggørelse af regulering af etablering og drift af regionsklinikker**

Lovforslaget 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 væsentligt forbedret med ændringen.

### **6.2. Øvrige dele af lovforslaget**

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

## **7. Administrative konsekvenser for borgerne**

Lovforslaget vurderes ikke i sig selv at medføre administrative konsekvenser for borgerne.



## **8. Klimamæssige konsekvenser**

Lovforslaget vurderes ikke at have positive eller negative klimamæssige konsekvenser.

## **9. Miljø- og naturmæssige konsekvenser**

Lovforslaget vurderes ikke at have positive eller negative miljø- og 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 mv.: Danske Regioner, KL, Datatilsynet, Færøernes landsstyre, Det færøske sundhedsministerium, Naalakkersuisut (Grønlands landsstyre), Dansk Sygeplejeråd, Lægeforeningen, Praktiserende Lægers Organisation, Foreningen af Speciallæger, Yngre Læger, Danske Patienter, Danske Ældreråd, Diabetesforeningen, Gigtforeningen, Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Patientforeningen, Patientforeningen i Danmark, Ældresagen, Advokatrådet, Dansk Erhverv, Dansk Industri, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Danske Seniorer, Forbrugerrådet TÆNK, Sekretariat for lægelige videreuddannelse Øst, Sekretariat for den lægelige videreuddannelse Syd, Sekretariat for lægers videreuddannelse Nord, Foreningen af danske lægestuderende, Akademikerne, Dansk Sygepleje Selskab (DASYS), Dansk Kiropraktor Forening, Dansk Psykolog Forening, Dansk Psykoterapeutforening, Dansk Pædiatrisk Selskab, Danske Bioanalytikere, Danske Fodterapeuter, Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen, Fagbevægelsens Hovedorganisation, Farmakonomforeningen, FOA, Foreningen af Speciallæger, Jordemoderforeningen, Kost og Ernæringsforbundet, Kristelig Lægeforening, Ledernes Hovedorganisation, Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber, Socialpædagogernes Landsforbund, Alzheimerforeningen, Angstforeningen, Astma-Allergi Forbundet, Bedre Psykiatri, Danmarks Lungeforening, Dansk Handicap Forbund, Danske Handicaporganisationer, Depressionsforeningen, Det Sociale Netværk, Epilepsiforeningen, Hjernesagen, Hjerneskadeforeningen, Høreforeningen, Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (LMS), Psoriasisforeningen, Scleroseforeningen, Sjældne Diagnoser, Sundhed Danmark - Foreningen af danske sundhedsvirksomheder, Vaccinationsforum, Center for hjerneskade, Danmarks Optikerforening, Danmarks Tekniske Universitet, Dansk Arbejdsgiverforening, Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin, Dansk Samfundsmedicinsk Selskab

## UDKAST

(DASAMS), Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM), Dansk Selskab for Palliativ Medicin, Danske Universiteter, Foreningen af Døgn- og Dagtilbud for udsatte børn og unge, Foreningen af Kommunale Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedschefer i Danmark, Københavns Universitet, Syddansk Universitet, Tolkebureauernes Brancheforening, Aalborg Universitet, Aarhus Universitet

### 12. Sammenfattende skema

	Positive konsekvenser/mindreudgifter (hvis ja, angiv omfang/Hvis nej, anfør »Ingen«)	Negative konsekvenser/merudgifter (hvis ja, angiv omfang/Hvis nej, anfør »Ingen«)
Regionale konsekvenser	<p>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 sundhedsindsatsen på tværs af landet styrkes som en del af kvalitetsplanen. 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.</p> <p>Lovforslaget har til formål at sikre at alle har mulighed for at vælge en alment praktiserende læge. Lovforslaget har endvidere til formål at understøtte fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen til bl.a. lægedækningstruede områder, når dette er muligt.</p>	Ingen
Økonomiske konsekvenser for stat, kommuner og regioner		Forslaget om indførelsen af en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen vurderes ikke i sig selv at medføre varige økonomiske konsekvenser for kommuner og regioner.

## UDKAST

		<p>Der er med aftale om sundhedsreformen 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 sundhedsreformen afsat midler til indførelsen af kvalitetskrav og -anbefalinger til de to første indsatsområder i kvalitetsplanen.</p> <p>Forslaget om fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen vurderes ikke at medføre udgifter, idet ordningen vedrører fordeling og ikke antal af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen. Forslaget har dog potentiel betydning for fordelingen af uddannelsesforløb og dermed fordelingen af udgifter til uddannelse af speciallæger mellem regionerne. Lovforslaget i øvrigt forventes ligeledes at være udgiftsneutralt.</p>
<p>Implementeringskonsekvenser for stat, kom-</p>	<p>Ingen</p>	<p>Ingen</p>

## UDKAST

muner og regioner		
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet		<p>Lovforslaget forventes at medføre en begrænset effekt på det faktiske antal af udbudsklinikker.</p> <p>Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen har bemærket til den foreslåede ændring af § 227, stk. 5, at private virksomheder stilles dårligere, da driften af færre klinikker vil blive sat i udbud, hvis regionerne kan etablere og drive en regionsklinik uden at skulle foretage et forudgående udbud. Det vil begrænse private virksomheders mulighed for at påtage sig opgaven. Ministeriet forventer, at effekten på antallet af udbud med budgivere vil være begrænset, da der ikke ventes at være økonomisk incitament for regionerne til at undgå udbuddet og etablere og drive en klinik selv, hvis en anden aktør ønsker at gøre det på regionens vegne på en måde, som lever op til regionens krav. Ændringen forventes primært at have en effekt på antallet af udbud, hvor der ikke er aktører, som er interesserede i at byde på driften.</p> <p>Ved § 227, stk. 6, bemærker Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, at konkurrencen begrænses, når tidsbegrænsningen for en regionsdrevet klinik på 6 år frafalder, da der i så fald vil blive gennemført færre udbud. Ministeriet bemærker hertil at de privatpraktiserende lægers muligheder for at overtage regionsklinikker forbedres med ændringen.</p>

## UDKAST

		Tabet af konkurrenceelementet sker under hensyntagen til de aktuelle lægedækningsudfordringer, som eksisterer flere steder i Danmark i dag, og det faktum at regionsrådene i nogle tilfælde er nødsaget til selv at oprette og drive en klinik for at sikre tilstedeværelsen af et alment medicinsk tilbud.
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 principper for implementering af erhvervsrettet EU-regulering/ Går videre end minimumskrav i EU-regulering (sæt X)	Ja	Nej X

# UDKAST

## *Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser*

### *Til § 1*

#### Til nr. 1

I den gældende § 57, stk. 1, er der en henvisning til § 227, stk. 5 og 6.

I lovforslagets § 1, nr. 8, ophæves den gældende § 227, stk. 5, og i stedet indsættes nye stykker 5-7, med en deraf følgende rykning af de gældende stk. 6-13.

Som følge heraf foreslås det, at henvisningen til i § 57 a, stk. 1, ændres fra »§ 227, stk. 5 og 6,« til: »§ 227, stk. 5 og 8,«.

#### 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 desuden 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 vedr. 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 efter § 118 a indsættes et nyt § 118 b, hvori indenrigs- og sundhedsministeren efter *stk. 1* fastsætter nærmere regler for kommunalbestyrelser og regionsråd om indsatser, kvalitetskrav hertil samt tilrettelæggelsen heraf i henhold til sundhedsydelse i lovens afsnit IX.

Det foreslås videre i *stk. 2*, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for regionsråds rådgivning mv. i forhold til kommunernes opgaver efter *stk. 1*.

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 mv. Dette skal bl.a. understøtte nytænkning af opgaveløsningen, så nye og bedre teknologier og behandlingsformer løbende tages i brug som en del af omstillingsprocessen. 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 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. Dels 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 mv. 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



## UDKAST

sundhedsindsatser. Den nationale kvalitetsplan forstås 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 sundhedsreformen 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 mv.

Ministeriet er i den forbindelse opmærksomt på, at det allerede er muligt at forpligte alment praktiserende læger til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med nationale faglige retningslinjer, jf. sundhedslovens § 57 c. Det skønnes derfor ikke nødvendigt at lade den foreslåede bemyndigel-

## UDKAST

sesbestemmelse 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 m.v. i forhold til kommunernes opgaver 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 i relation til krav til indsatser og kvalitet i henhold til 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 tilbyder patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser i kommunen. Denne tydeliggør kommunernes forpligtelse til at tilbyde borgerne patientrettede forebyggelsestilbud målrettet dels borgere i risiko for at udvikle sygdomme og dels patienter, herunder patienter med f.eks. kroniske lidelser.

Den foreslåede ændring vil ikke indebære ændringer i praksis, men er således en formel kodificering 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 sundhedsfrem-

## UDKAST

mende 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

I lovforslagets § 1, nr. 3 indsættes i § 119 et nyt stykke 3, med en deraf følgende rykning af det gældende stk. 3 til stk. 4.

Som følge heraf foreslås det, at der i nyt *stk. 4*, ændres »stk. 1 og 2.« til: »stk. 1-3.«

Til nr. 5 og 6

Sundhedslovens kapitel 38 handler om den kommunale hjemmesygepleje.

Det følger af sundhedslovens § 138, at kommunalbestyrelsen har ansvar for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvi- sning til personer med ophold i kommunen.

Det foreslås i nr. 5, at kapitelo- verskriften til kapitel 38 ændres fra hjemmesygepleje til kommunal sygepleje.

Det foreslås i nr. 6, at i § 138, *stk. 1* og § 277, *stk. 11* ændres ordet hjemmesygepleje til sygepleje.

Den foreslåede ændring vil tydeliggøre, at opgaverne 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 ændringerne 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.

Forslaget er en konsekvens af forslaget i nr. 6, 8 og 11 og 12.

Til nr. 7

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

## UDKAST

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

Det foreslås, at der i § 138 indsættes et *stk. 2*, hvorefter kommunalbestyrelsen kan delegeres 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 delegeres 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 bevarer 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 etc. 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 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.

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

Til nr. 8

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

Det følger af sundhedslovens § 138, at kommunalbestyrelsen har ansvar for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvi sning til personer med ophold i kommunen.

Det foreslås i nr. 8, at ordet hjemmesygeplejerskeordning ændres til sygeplejeordning. Den foreslåede ændring vil tydeliggøre, at opgaverne 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 ændringerne 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.

Forslaget er en konsekvens af forslaget i nr. 5, 6, 11 og 12. 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 hjemmel til at udstede en bekendtgørelse om praksisplan ved en lovteknisk 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 procedurer og rammer for praksisplan for almen praksis.

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

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

Til nr. 10

Det fremgår af sundhedsloven, at regionerne har ansvaret for at sikre, at borgerne har adgang til at vælge en alment praktiserende læge.

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 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. Som det desuden fremgår af bemærkningerne til lovforslaget skal aftaler om samarbejdet med almen praksis aftales via overenskomstsystemet

## UDKAST

og kan ikke ske f.eks. mellem de enkelte læger og regionen jf. Folketingstidende 2012-13, A, L 227 som fremsat, side 8.

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 de almindelige bemærkninger pkt. 3.2.1.

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 skal have afsøgt, om det er muligt at afhænde ydernummeret til en læge med speciale i almen medicin efter overenskomstens øvrige bestemmelser, førend regionen afsøger 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 er dog stadig – i overensstemmelse med den hidtidige praksis på området – at regionernes forpligtelse efter § 57 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 kan oprette en klinik, som ikke er begrænset til en 6-årsperiode, og at regionen som konsekvens heraf ikke behøver at gennemføre et fornyet udbud eller forsøge at afsætte klinikken til en privatpraktiserende læge på ny efter 6 år.

## UDKAST

Det foreslås, at der i stedet indsættes et nyt § 227, *stk. 6*, hvorefter regionsrådet i stedet vil skulle overdrage praksis til en praktiserende læge, hvis en sådan ønsker at overtage praksis og drive den inden for overenskomsten.

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 skal have mulighed for at overtage klinikken på almindelige markedslignende vilkår, ligesom det f.eks. er tilfældet med nyoprettede ydernumre og licensklinikker efter overenskomsten. Regionerne har 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, skal det 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. 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.

En overdragelsesaftale skal udarbejdes med overdragelse inden for rimelig tid fra indgåelsen af aftalen. Med rimelig tid forstås det, at overdragelsen skal ske hurtigst muligt, men at der samtidig skal 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 kan også henvises til regionernes muligheder for at tilbyde de praksisansatte faste og forudsigelige arbejdsvilkår. Overdragelse forventes almindeligvis at kunne ske indenfor 12-18 måneder.

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*.



## UDKAST

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.

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 mv. 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, hvor det er kritisk for at opretholde eller forbedre lægedækningen i område lægemangel. Både i forhold til at tiltrække nye læger, 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.

Det særlige vederlag vil skulle ydes undtagelsesvist, i en tidsbegrænset periode og have en midlertidig karakter. Selvom der er fastsat en solnedgangsklausul på 10 år, er det ikke hensigten at vederlagene 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, som skal muliggøre, 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

## UDKAST

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 og 12

Det følger af sundhedslovens § 138, at kommunalbestyrelsen har ansvar for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvi sning til personer med ophold i kommunen.

Det foreslås i nr. 11, at overskriften før § 250 ændres fra Hjemmesygepleje til Sygepleje.

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

Den foreslåede ændring vil tydeliggøre, at opgaverne 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 ændringerne 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.

Forslaget er en konsekvens af forslaget i nr. 5, 6 og 8. Der henvises i øvrigt til pkt. 2.2 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

### *Til § 2*

Til nr. 1

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.

## UDKAST

Ligeledes følger det af § 5 i bekendtgørelse 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 og speciallægeuddannelsen. Der henvises i øvrigt til beskrivelse af gældende ret i pkt. 2.7.1.

Det foreslås, at der i autorisationsloven indsættes et nyt § 34, stk. 6, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren vil kunne fastsætte 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 sundhedsreformen – et sammenhængende, nært og stærkt sundhedsvæsen, 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 mv. 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 fordele 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.

Den foreslåede ordning, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren vil kunne fastsætte nærmere kriterier om fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, har ikke til hensigt at hindre, at uddannelsesforløb

## UDKAST

i speciallægeuddannelsen kan tilrettelægges efter øvrige gældende regler om speciallægeuddannelsen. Ligeledes bør den foreslåede ordning ikke implementeres på en måde, som tilsidesætter relevante faglige hensyn som f.eks. muligheden at opfylde relevante målbeskrivelser for de lægelige specialer.

### *Til § 3*

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

Det foreslås i *stk. 2*, at denne lovs § 2 træder i kraft den 1. januar 2024.

Det vil betyde, at kriterier om fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, som måtte blive opstillet på baggrund af den foreslåede ordning, vil 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 uddannelseskapacitet og uddannelseskvalitet mv. fra og med den 1. januar 2024.

### *Til § 4*

Det foreslås, at denne lovs § 2 ikke finder anvendelse på uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, som inden lovens ikrafttrædelse den 1. januar 2024 er påbegyndt eller besluttet fastlagt, herunder slået op til besættelse. For sådanne påbegyndte eller fastlagte uddannelsesforløb finder de hidtil gældende regler anvendelse.

Den foreslåede overgangsbestemmelse har til formål at sikre, 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 den foreslåede ordning.

### *Til § 5*

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, 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 afvigelser, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger.

## UDKAST

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

Den foreslåede ændring til autorisationsloven i lovforslagets § 2 vil kunne sættes i kraft for Færøerne med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger.

UDKAST

## Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

<i>Gældende formulering</i>	<i>Lovforslaget</i>
	<p style="text-align: center;"><b>§ 1</b></p> <p>I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 210 af 27. januar 2022, som ændret senest ved lov nr. 911 af 21. juni 2022, foretages følgende ændringer:</p>
<p><b>§ 57 a.</b> 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.</p>	<p>1. I § 57 a, stk. 1, ændres »§ 227, stk. 5 og 6,« til: »§ 227, stk. 5 og 8,«.</p>
	<p>2. Efter § 118 a indsættes:</p> <p style="padding-left: 2em;">»§ 118 b. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for kommunalbestyrelser og regionsråd om indsatser, kvalitetskrav hertil samt tilrettelæggelsen heraf i henhold til sundhedsydelse i lovens afsnit IX.</p> <p style="padding-left: 2em;"><i>Stk. 2.</i> Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for regionsrådenes rådgivning mv. i forhold til kommunernes opgaver efter stk. 1.«</p>

## UDKAST

<p><b>§ 119 ---</b>  <i>stk. 2.</i> Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.  <i>stk. 3.</i> 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.</p>	<p><b>3.</b> I § 119 indsættes efter stk. 2 som nyt stykke:          »Stk. 3. Kommunalbestyrelsen tilbyder patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser i kommunen.«          Stk. 3 bliver herefter stk. 4.  <b>4.</b> I § 119, stk. 3, der bliver stk. 4, ændres »stk. 1 og 2.« til: »stk. 1-3.«</p>
<p style="text-align: center;">Kapitel 38  Hjemmesygepleje</p>	<p><b>5.</b> <i>Overskriften</i> i Kapitel 38 affattes således:  »Kapitel 38 <i>Kommunal sygepleje</i>«</p>
<p><b>§ 138.</b> Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvi-ning til personer med ophold i kom-munen.</p> <p><b>§ 277. ---</b>  <i>Stk. 2.-10 ---</i>  <i>stk. 11.</i> 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.</p>	<p><b>6.</b> I § 138, stk. 1, og i § 277, stk. 11, ændres »hjemmesygepleje« til: »sygepleje«.</p>
<p><b>§ 138.</b> Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvi-ning til personer med ophold i kom-munen.</p>	<p><b>7.</b> I § 138 indsættes som <i>stk. 2</i>:          »Stk. 2. Kommunalbestyrelsen kan delegere ansvaret for tildeling af sygeplejen jf. stk. 1, som udføres i en fælles kommunal sygepleje, til de øvrige kommunalbestyrelser, som indgår i et givent tværkommunalt samarbejde.«</p>



## UDKAST

<p><b>§ 139.</b> Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om omfanget af og kravene til den kommunale hjemmesygeplejerskeordning.</p>	<p><b>8.</b> I § 139 ændres »hjemmesygeplejerskeordning« til: »sygeplejeordning«.</p>
<p><b>§ 206 a.</b> Det i § 204, stk. 2, nævnte udvalg skal i hver valgperiode udarbejde en praksisplan vedrørende almen praksis, der udgør en del af regionens sundhedsplan, jf. § 206. Praksisplanen skal revideres i valgperioden, hvis der sker væsentlige ændringer i dens forudsætninger. Praksisplanen skal inden den endelige vedtagelse forelægges for Sundhedsstyrelsen, som yder rådgivning vedrørende praksisplanens udformning.</p> <p><i>Stk. 2.-3. ---</i></p>	<p><b>9.</b> I § 206 a indsættes som <i>stk. 4</i>:  <i>»Stk. 4.</i> Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om procedurer og rammer for den i stk. 1 nævnte praksisplan.«</p>
<p><b>§ 227. ---</b>  <i>Stk. 2.-4.---</i>  <i>Stk. 5.</i> 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.</p>	<p><b>10.</b> § 227, <i>stk. 5</i>, ophæves, og i stedet indsættes:</p> <p><i>»Stk. 5.</i> 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 almen medicinske ydelser.</p> <p><i>Stk. 6.</i> Ønsker en læge at overtage en regionsdrevet praksis, 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.</p> <p><i>Stk. 7.</i> 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 etab-</p>

## UDKAST

	<p>lerings- eller praksispersonaleudgifter, som understøtter regionens forpligtigelse til at yde behandling hos praktiserende læge efter § 60, jf. § 57«</p> <p>Stk. 7-13 bliver herefter stk. 8-15.</p>
<p>Overskriften før § 250</p> <p style="text-align: center;"><i>Hjemmesygepleje</i></p>	<p><b>11.</b> <i>Overskriften</i> før § 250 affattes således:</p> <p style="text-align: center;">»Sygepleje«.</p>
<p><b>§ 250.</b> Opholdskommunen afholder udgifter til hjemmesygeplejeydelser efter § 138.</p>	<p><b>12.</b> I § 250 ændres »hjemmesygeplejeydelser« til: »sygeplejeydelser«.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>§ 2</b></p> <p>I lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, jf. lovbekendtgørelse nr. 731 af 8. juli 2019 som ændret ved lov nr. 816 af 9. juni 2020, § 3 i lov nr. 1855 af 9. december 2020, § 1 i lov nr. 1185 af 8. juni 2021 og § 1 i lov nr. 478 af 26. april 2022, foretages følgende ændring:</p>
<p><b>§ 34. ---</b></p> <p><i>Stk. 2.</i> 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 tilrettelæg-</p>	<p><b>1.</b> I § 34 indsættes som <i>stk. 6</i>:</p> <p style="padding-left: 2em;">»<i>Stk. 6.</i> Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, herunder hensyn til lægedækning, som i relevant omfang skal indgå i de regionale videreuddannelsesråds fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen jf. <i>stk. 2.</i>«</p>

## UDKAST

<p>gelse af uddannelsesforløb m.v. <i>Stk. 3-5. ---</i></p>	
	<p style="text-align: center;"><b>§ 3</b></p> <p><i>Stk. 1.</i> Loven træder i kraft den 1. juli 2023, jf. dog stk. 2.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Denne lovs § 2 træder i kraft den 1. januar 2024.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>§ 4</b></p> <p>§ 2 finder ikke anvendelse på uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, som er påbegyndt eller besluttet fastlagt, herunder slået op til besættelse inden den 1. januar 2024. For sådanne uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen finder de hidtil gældende regler anvendelse.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>§ 5</b></p> <p>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.</p>