
Indledning

De alment praktiserende læger er en grundsten i det danske sundhedsvæsen. De er både den primære indgang til sundhedsvæsenet for langt hovedparten af borgerne samtidig, med at 9 ud af 10 borgere færdigbehandles i almen praksis. Almen praksis er for mange garant for en tæt relation mellem læge og patient og et følgeskab, der varer ved igennem årene.

De alment praktiserende læger skal derfor fortsat udgøre rygraden og langt hovedparten af de almenmedicinske tilbud. De er kernen i sundhedsvæsenet med kontinuitet, lokal forankring og et nært kendskab til patienterne. Det er her, borgerne møder deres faste læge, og det er her, størstedelen af opgaverne skal løses.

I de kommende år stiger antallet af ældre og sårbare patienter og patienter med én eller flere kroniske sygdomme markant. Disse patienter vil i mange tilfælde have størst gavn af, at behandlingen er forankret i et almenmedicinsk tilbud, som kan sikre kontinuitet i relationen mellem læge og patient. Samtidig er der på tværs af landet en ulige adgang til almenmedicinske tilbud, hvor der er færrest læger i de områder, hvor der er det største behandlingsbehov. Den nuværende kapacitet og organisering af de almenmedicinske tilbud er ikke tilstrækkelig til at sikre den nødvendige udvikling på området.

Det følger derfor af Aftale om Sundhedsreformen 2024, at de almenmedicinske tilbud skal styrkes, udvikles og varetage flere af de opgaver, der i dag løses på sygehusene. Egen læge skal derfor i fremtiden spille en endnu mere markant rolle og varetage en endnu større del af behandlingen tæt på borgeren. De alment praktiserende læger vil som selvstændige erhvervsdrivende drive klinikkerne som private virksomheder med ansvar for drift, økonomi, personale og den daglige ledelse og organisering af arbejdet.

Samtidig er det afgørende, at adgangen til de almenmedicinske tilbud ikke deles op i et A- og B-hold. Alle borgere skal have let og lige adgang til et almenmedicinsk tilbud med høj tilgængelighed, uanset hvor i landet de bor.

Kapaciteten i det almenmedicinske tilbud skal derfor øges markant, så tilbuddet fortsat udgør grundstenen i det nære sundhedsvæsen. Målsætningen er, at der i 2035 skal være mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud. Aftalepartierne bag sundhedsreformen har prioriteret 2,4 mia. kr. årligt indfaset frem mod 2030 til udvikling af det nære sundhedsvæsen herunder almenmedicinske tilbud. Denne kapacitetsudvidelse betyder også, at der på sigt skal være flere læger med færre patienter tilknyttet i hele landet.

Andre klinikformer kan spille en vigtig, men supplerende rolle – særligt i områder med lægedækningsudfordringer, eller hvor ekstra kapacitet og opgaveløsning er nødvendig. De

andre klinikformer kan understøtte og aflaste, men ikke erstatte, den brede og stærke struktur af selvstændige lægeklinikker.

Omstillingen af sundhedsvæsenet og styrkelsen af de almenmedicinske tilbud indebærer, at både de praktiserende læger og regionerne får nye opgaver. Dette samarbejde skal understøttes af en hensigtsmæssig samarbejdsstruktur. Omstillingen medfører også et nyt og ændret samarbejde mellem de almenmedicinske tilbud og det øvrige sundhedsvæsen, hvor der også fremadrettet vil kunne indgås aftale om en række vilkår for alment praktiserende læger, selvom der med en ny, national opgavebeskrivelse, en national fordelingsmodel for lægekapaciteter og et nyt praksisklagenævn m.v. vil være et smallere aftalegrundlag end i dag.

Omstillingen medfører også, at regionernes kompetence til at udvikle det almenmedicinske tilbud styrkes. Regionsrådene får en vigtig rolle i at udvikle og sikre almenmedicinsk faglig ledelse i de almenmedicinske tilbud og for at koordinere samarbejdet mellem klinikker inden for regionens områder. De almenmedicinske klinikker vil være forpligtede til at bidrage til og deltage i dette samarbejde med regionen og det øvrige sundhedsvæsen. Regionsrådene skal bl.a. sikre dette i regi af sundhedsrådene, der skal drive den faglige udvikling i samspil med det øvrige sundhedsvæsen.

Samtidig forpligtes hver region til at sikre god lægedækning i hele regionen, ligesom hver region forpligtes til at understøtte rammerne for de almenmedicinske tilbuds opgavevaretagelse. Det indebærer bl.a., at sygehuse skal understøtte og stå til rådighed for de almenmedicinske tilbud i forhold til fx faglig sparring og konference. Øgede krav til tilgængelighed i de almenmedicinske tilbud vil også skulle følges af, at regionerne tilsvarende forpligtes til at sikre, at funktioner, der understøtter de almenmedicinske tilbud, tilsvarende er tilgængelige. Regionerne bliver ligeledes ansvarlige for at understøtte det tværsektorielle samarbejde, så de almenmedicinske tilbud indgår som en integreret del af det samlede sundhedsvæsen.

Omstillingen spiller en afgørende rolle for, at sundhedsvæsenet også i fremtiden kan bidrage til, at flere lever længere og i bedre sundhedstilstand. Derfor er det centralt at sikre gode rammer for alment praktiserende læger, så det fortsat er et attraktivt hverv. De alment praktiserende læger er som grundlæggende forudsætning selvstændigt erhvervsdrivende. Omstillingen skal derfor ske på et fagligt grundlag og i tæt dialog med de praktiserende læger. Regionernes styrkede ansvar for de almenmedicinske tilbud fremadrettet forudsætter ligeledes en fortsat tæt dialog og inddragelse af de praktiserende læger – bl.a. i regi af sundhedsrådene. Det betyder, at omstillingen til det nære sundhedsvæsen, herunder de almenmedicinske tilbud skal ske gradvist og i takt med kapacitetsudvidelsen.

Lovforslag om ny organisering af almen praksis

Regeringens Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Indførelse af national opgavebeskrivelse og basisfunktion for de almenmedicinske tilbud, aftale om vilkår for alment praktiserende læger, differentieret honorarstruktur, praksisklagenævn m.v.) har været i offentlig høring fra den 1. juli til den 21. august 2025.

Regeringen har noteret sig, at der generelt er stor opbakning til formålet med og hovedlinjerne i sundhedsreformen, herunder også at der både skal være flere læger i almenmedicinske tilbud og en bedre fordeling af læger i hele landet.

Regeringen har noteret sig, at der i lovforslaget er indeholdt konkrete uklarheder og uhensigtsmæssigheder. Derfor har regeringen valgt både at ændre og præcisere det lovforslag, som har været i høring, på en række punkter. Den fælles forståelse vil blive afspejlet i lovforslaget.

Opbakning til reformen af almenmedicinske tilbud

Med denne fælles forståelse mellem regeringen og PLO tilkendes en opbakning til intentionerne og ambitionerne i reformen af almen praksis, som er en afgørende del af Aftale om Sundhedsreform 2024.

Der er en fælles forståelse af, at de praktiserende læger skal spille en endnu større rolle fremover, hvor flere opgaver skal løses i det nære sundhedsvæsen, og hvor der skal være en let og lige adgang til et almenmedicinsk tilbud i hele landet. PLO forpligter sig hermed også til at understøtte, at de alment praktiserende læger også fremadrettet vil være hovedleverandør i det offentlige, almenmedicinske tilbud, hvilket også skal minimere mængden af private klinikker, der arbejder uden for den offentlige sygesikring og dermed forhindre, at patienterne opdeles i et A- og et B-hold ud fra deres økonomiske formåen.

Med den fælles forståelse tilkendes en forpligtelse til at understøtte og arbejde for fremdrift i implementeringen af reformen, samt at der er opbakning til at søge at indgå de nødvendige aftaler, som implementerer reformen, herunder i regi af RLTN. Der er enighed om, at regeringens lovforslag om de almenmedicinske tilbud, med de angivne præciseringer og justeringer, sætter en positiv retning for de almenmedicinske tilbud.

Fortsat et aftalebaseret system for de praktiserende læger

PLO og RLTN vil også fremadrettet kunne indgå aftale om en række vilkår for alment praktiserende læger, selvom der med en ny, national opgavebeskrivelse, en national fordelingsmodel for lægekapaciteter, og et nyt praksisklagenavn m.v. vil være et smallere aftalegrundlag end i dag.

Med lovforslaget ændres der således ikke på, at der også fremadrettet skal være et aftalebaseret grundlag for de alment praktiserende læger. Også udover de vilkår, der drejer sig om økonomi og honorarer.

Det vil indebære, at PLO og RLTN også fremadrettet fx vil kunne indgå aftale om vilkår, der vedrører praksisdrift fx klinikformer og selskabskonstruktioner, processer, hvor et ydernummer overgår til regionen, hvornår en læge har ret til at frasige patienter, og hvornår en læge kan gøre brug af vikarer og har ret til fravær.

Høj kvalitet, løbende efteruddannelse og relevant forskning er vigtige forudsætninger for udviklingen af almen praksis. Fremadrettet vil der være brug for, at områderne tilpasses en ny struktur og ansvarsfordeling samt den nationalt fastsatte opgavebeskrivelse og

basisfunktionen for de almenmedicinske tilbud, som vil skulle sætte retning for, hvad de almenmedicinske tilbud skal beskæftige sig med og skal prioritere. PLO vil således også fremadrettet kunne være aftalepart i forhold til efteruddannelse, forskning og kvalitet, inden for de nye rammer, som træder i kraft 1. januar 2027. Der henvises til afsnittet vedrørende *Fagligt råd for forskning, efteruddannelse og kvalitet* for nærmere beskrivelse heraf.

Med afsæt i den nationalt fastsatte basisfunktion vil PLO og RLTN derudover skulle aftale vilkår vedrørende økonomi for opgaverne i de almenmedicinske tilbud, der drives af alment praktiserende læger, der ejer et ydernummer. Lovforslaget ændrer således ikke ved det grundlæggende forhold, at der vil skulle aftales vilkår vedrørende økonomi for opgaverne i de almenmedicinske tilbud, der drives af en alment praktiserende læge, der ejer et ydernummer.

For at sikre et større lokalt råderum for at tilpasse opgaveløsningen efter lokale behov kan regionsrådet fortsat indgå lokale aftaler med de enkelte almenmedicinske tilbud.

Ved væsentligt ændrede krav i basisfunktionen til bl.a. basal tilgængelighed vil de økonomiske vilkår for de alment praktiserende læger skulle genforhandles. Det er dog centralt, at en ny, smallere aftale for de almenmedicinske tilbud er fleksibel, således at ændrede opgaver og justeringer i basisfunktionen eller øvrige krav, som udgangspunkt ikke automatisk forudsætter en genforhandling af de økonomiske vilkår.

Som en del af aftalegrundlaget vil PLO og RLTN derudover indgå en national aftale, der fastlægger den samlede økonomiske ramme for aktiviteten i klinikker, der drives af alment praktiserende læger, der ejer et ydernummer. Den økonomiske ramme vil som hidtil gælde kollektivt for de praktiserende læger, der ejer et ydernummer. De praktiserende læger vil inden for denne ramme skulle varetage deres opgaver og prioritere deres indsatser, så ressourcerne udnyttes bedst muligt til at sikre borgerne lægeydelser af høj kvalitet.

For at tage højde for situationer, hvor den aftalte økonomiske ramme overskrides, vil det være op til PLO og RLTN at indgå aftale om principper for modregning og øvrige kollektive konsekvenser af en overskridelse af den økonomiske ramme.

Fagligt råd for forskning, efteruddannelse og kvalitet

Fagligt Råd

Under den nuværende overenskomst for almen praksis er der aftalt faglige institutioner for forskning, efteruddannelse og kvalitet. Kvalitetsudvikling, lægernes efteruddannelse og forskning i almen medicin er vigtige forudsætninger for udviklingen af almen praksis, og fagets institutioner er værdifulde i det arbejde. Der er dog brug for en modernisering af områderne, så både efteruddannelse, kvalitet og forskning indpasses i en ny struktur og ansvarsfordeling, hvor regionerne har ansvaret for at sikre kvalitet og kompetencer i de almenmedicinske tilbud.

Samtidig skal områderne fremadrettet bringes i spil i forhold til udarbejdelsen og opfølgning på Sundhedsstyrelsens opgavebeskrivelse (inkl. basisfunktionen) for de almenmedicinske tilbud. For at sikre sammenhæng mellem Sundhedsstyrelsens arbejde samt kvalitet, efteruddannelse og forskning etableres et Fagligt Råd.

Fagligt Råd får til opgave dels at pege på, hvilke relevante kliniske retningslinjer der bør udarbejdes for at hjælpe almen praksis i arbejdet med at leve op til basisbeskrivelsen. Dels at pege på områder, hvorpå KiAP (Kvalitet i Almen Praksis) bør udarbejde kvalitetspakker til klyngernes arbejde, samt hvilke efteruddannelses tilbud der bør udarbejdes. Kliniske retningslinjer vil være input til både kvalitetsarbejdet og efteruddannelsesindsatser.

Det faglige råd består af 8 medlemmer, hvor 2 repræsentanter udpeges af henholdsvis DSAM, PLO og Danske Regioner, 1 medlem udpeges af Sundhedsstyrelsen, og 1 medlem udpeges af Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsstyrelsens repræsentant er formand for det faglige råd. I tilfælde af stemmelighed er formandens stemme afgørende.

5 mio. kr. fra de nuværende indbetalinger til Fonden for Almen Praksis anvendes til at finansiere det faglige råd og udarbejde kliniske retningslinjer (DSAM). Hvis midlerne ikke kan anvendes inden for to år, reduceres midlerne i efterfølgende år, så der ikke opbygges en formue i regi af rådet.

KiAP, kvalitetsudvikling og efteruddannelse

KiAP (Kvalitet i Almen Praksis) har fortsat til opgave at styrke kvalitetsarbejdet i almenmedicinske tilbud, understøtte det lægefaglige arbejde i klyngerne og i den enkelte klinik med data, værktøjer og vejledninger tilpasset hverdagen i klinikken.

Som i dag vil der være krav om, at alle praktiserende læger indgår i kvalitetsklynger med henblik på databaseret kvalitetsudvikling. Kvalitetsklyngerne vil fortsat være det trygge rum for praktiserende læger til gensidig dialog og udvikling. Samtidig skal kvalitetsklyngerne åbnes imod den faglige dialog og samarbejde med sygehusene/regionerne, herunder at klyngerne er et fagligt fællesskab, som kan bringes i spil bl.a. i forhold til den fælles dialog og udvikling af patientforløb mv.

Regionsrådet fastlægger de overordnede rammer for samarbejdet og den lokale organisering mellem klinikker i de almenmedicinske tilbud inden for regionens geografiske områder. De økonomiske elementer i relation til kvalitetsområdet (KiAP og midler til kvalitetsklynger) forhandles mellem PLO og RLTN.

Der skal fortsat være mulighed for både systematisk og selvvalgt efteruddannelse. Sundhedsrådene vil kunne pege på kurser under den systematiske efteruddannelse, som områdets eller udvalgte praktiserende læger bør deltage i af hensyn til at kunne bidrage til opgaver efter opgavebeskrivelsen (inkl. basisfunktionen).

Forhandlingsrummet

Tabt arbejdsfortjeneste og vilkår for at deltage i efteruddannelse aftales i den centrale rammeaftale. Derudover fastsættes økonomien til efteruddannelse i rammeaftalen.

For kvalitetsområdet aftales økonomiske elementer som midler til KiAP og midler til klyngernes arbejde.

Digitale løsninger, blandt andet af betydning for indretningen af lægepraksissystemerne, aftales forsat i regi af rammeaftalen.

De praktiserende læger skal fortsat have adgang til både systematisk og selvvalgt efteruddannelse. PLO's efteruddannelsessekretariat (PLO-E) vil fortsat kunne etablere efteruddannelsestilbud og have ansvaret for udbetaling af efteruddannelsesmidler til de praktiserende læger, med mindre andet aftales mellem RLTN og PLO.

De almenmedicinske forskningsenheder placeret på universiteterne, herunder satellitterne i Esbjerg og Køge, er støttet af midler fra overenskomsten mellem RLTN og PLO. Med sundhedsreformen forpligtes regionerne til at etablere flere ph.d.'er i almen medicin. Udbygning af forskningsmiljøer er et regionalt ansvar.

Danske Regioner og PLO/DSAM udvikler i fællesskab en governance for forskningsenhederne, idet finansiering til forskningsenhederne fra Overenskomst for almen praksis fortsat anvendes på området.

Bestyrelse

Midler til efteruddannelse, kvalitet og forskning forvaltes af en bestyrelse bestående af Danske Regioner og PLO, hvor der er delt formandskab mellem Danske Regioner og PLO. Bestyrelsen skal tilse, at midler afsat til klyngearbejdet, udbetaling af efteruddannelsesmidler mv. lever op til normer og regler for anvendelsen af offentlige midler. Der skal etableres særligt opsyn med udbetaling og anvendelsen af midler. Herunder skal bestyrelsen samt Sundhedsrådene kunne få oplyst kursusaktivitet for den systematiske efteruddannelse for den enkelte praktiserende læge og aggregerede oplysninger for den selvvalgte kursusaktivitet.

Bestyrelsen vil kunne afsætte midler til særlige indsatser for kvalitet, efteruddannelse og forskning efter indstilling fra parterne. Bestyrelsen kan også afsætte midler til digitale løsninger efter indstilling fra parterne. Bestyrelsen skal kunne etablere opsyn med, hvordan midlerne anvendes.

Regions- og udbudsklinikker

For at sikre ensartethed på tværs af klinikformer er det en væsentlig forudsætning, at regionerne sikrer, at udbuds- og regionsklinikker inkluderes i arbejdet med efteruddannelse og kvalitet.

Ny honorarstruktur

Med Aftale om Sundhedsreform 2024 er det fastlagt, at en ny, differentieret honorarstruktur for alment praktiserende læger bl.a. skal sikre sammenhæng mellem lægernes honorar og borgernes behandlingsbehov, herunder differentierede patienttal.

Der afsættes derfor i en overgangsfase i perioden 2027 til 2032 en samlet ramme med en faldende profil på i alt 482 mio. kr. for at kompensere for utilsigtet indtægtsnedgang for læger, som ikke har mulighed for at opretholde deres nuværende indtægt under den nye

honorarstruktur. Midlerne finansieres ved at omprioritere en del af aftaleøkonomiens ramme til udbygning af det regionale nære sundhedsvæsen og flere læger i de almenmedicinske tilbud og udfases frem mod 2032.

I takt med at midlerne udfases, vil de læger, som kompenseres økonomisk, skulle tage et større samlet ansvar for den enkelte patients forløb for at opretholde deres indtægt. Midlerne udfases, i takt med at opgavetilførslen og den deraf afledte samlede honorering pr. patient stiger, og modsvarer indtægtsnedgangen. Opgaverne tilføres i takt med, at der kommer flere læger i de almenmedicinske tilbud.

Overgangsperioden skal derfor ses i lyset af, at alle læger på sigt skal have mulighed for at varetage færre patienter, i takt med at de almenmedicinske tilbud styrkes, og målsætningen om at der kommer mindst 5.000 læger i de almenmedicinske tilbud frem mod 2035. Dette skal understøtte sundhedsreformens målsætning om markant flere læger, og særligt flere læger der, hvor patienterne har det største behandlingsbehov. Ifølge Aftale om Sundhedsreform 2024 prioriteres 2,4 mia. kr. årligt indfaset frem mod 2030 til udvikling af de nære og almenmedicinske tilbud, herunder til målsætningen om mindst 5.000 læger i de almenmedicinske tilbud i 2035. Den samlede økonomiske ramme udbygges dermed i takt med kapacitetsudbygningen i de almenmedicinske tilbud.

Det vil være et element i aftalen om en ny honorarstruktur mellem RLTN og PLO at nå til enighed om en konkret model for i en overgangsperiode at kompensere for utilsigtet indtægtsnedgang for læger, som ikke har mulighed for at opretholde deres nuværende indtægt under den nye honorarstruktur.

Den ny honorarstruktur for de alment praktiserende læger skal aftales mellem RLTN og PLO og træde i kraft senest den 1. januar 2027. Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil have en udførende rolle ift. udarbejdelse af oplæg til en model til en ny honorarstruktur til behandling i RLTN bl.a. igennem oprettelse af en referencegruppe, som PLO og Danske Regioner indgår i.

Den nye honorarstruktur skal understøtte den nationale fordelingsmodel. Herunder ved at sikre det økonomiske grundlag for lavere patienttal og ved at understøtte flere læger i områder, hvor borgernes behandlingsbehov er størst.

Den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion

Krav og opgaver m.v. til de almenmedicinske tilbud fastsættes i den nationale opgavebeskrivelse. Som en del af opgavebeskrivelsen fastsættes basisfunktion for de almenmedicinske tilbud, som alle klinikker som udgangspunkt skal leve op til. Det betyder, at mindre klinikker, særligt enkeltlægepraksis, i helt særlige tilfælde – og efter en konkret vurdering – vil kunne undtages enkelte krav i basisfunktionen. Sundhedsstyrelsen definerer de helt særlige undtagelser som led i deres arbejde med basisfunktionen.

Regionsrådet vil være forpligtet til at tilvejebringe og tilrettelægge de almenmedicinske tilbud i henhold til den nationale opgavebeskrivelse, herunder at fastlægge de overordnede rammer for samarbejdet mellem klinikker i de almenmedicinske tilbud og det øvrige sundhedsvæsen. Klinikker i de almenmedicinske tilbud vil være forpligtede til at udøve

deres virksomhed i overensstemmelse med krav og opgaver m.v. fastsat i basisfunktionen for de almenmedicinske tilbud.

Sundhedsstyrelsen gives kompetence til at fastlægge krav og opgaver m.v. i den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion, efter inddragelse af relevante faglige aktører i et rådgivende udvalg. Sundhedsstyrelsen vil desuden blive givet kompetence til fastsætte nærmere regler om den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion for de almenmedicinske tilbud samt regler for udarbejdelse og inddragelse. Basisfunktionen vil have virkning for alment praktiserende læger ved ikrafttrædelsen af en ny aftale med RLTN fra senest 1. januar 2027.

Sundhedsstyrelsens fastlæggelse og fremadrettede tilpasninger og opdateringer af den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion vil skulle ske med inddragelse af relevante faglige aktører for de almenmedicinske tilbud, heriblandt Praktiserende Lægers Organisation, lægefaglige selskaber så som Dansk Selskab for Almen Medicin, regioner, kommuner og patientforeninger m.fl. i et rådgivende udvalg.

I inddragelsen vil det rådgivende udvalg bl.a. skulle rådgive Sundhedsstyrelsen om indhold i og omfang af krav og opgaver, udviklingsområder og samarbejdsflader for de almenmedicinske tilbud samt bidrage til at kvalificere det faglige grundlag for den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion.

Fremadrettede tilpasninger og opdateringer af den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion vil skulle ske i tæt sammenhæng med udviklingen i kapacitet, ressourcer og kompetencer i tilbuddet, så der sikres en styret omstilling af opgaverne og en reel prioritering af opgaverne i tilbuddet, også ud fra et hensyn til at sikre prioritering, kvalitet og fokusering i opgavevaretagelsen i tilbuddet.

Det vil fremgå, at der fortsat vil skulle indgås en aftale om de økonomiske vilkår vedrørende krav og opgaver i opgavebeskrivelsen og basisfunktionen. Ændrede opgaver og justeringer eller øvrige krav vil som udgangspunkt ikke forudsætte en genforhandling af de økonomiske vilkår, medmindre der er tale om væsentlige forhold.

Det vil være det faglige råd for forskning, efteruddannelse og kvalitet, som vurderer, om der er tale om væsentlige justeringer, der vil skulle medføre genforhandling af de økonomiske vilkår.

Systematiske opdateringer af opgavebeskrivelsen og basisfunktionen udføres som udgangspunkt hvert 4. år med tilpasninger hvert 2. år.

I den nationale opgavebeskrivelse vil der blive stillet krav til regionernes forpligtelse til at sikre ydelser og opgaver i de almenmedicinske tilbud, som ligger ud over basisfunktionen, og som dermed ikke vil være krav til alle klinikker. De alment praktiserende læger forpligter sig kollektivt til varetagelsen af disse opgaver og funktioner, og i takt med at kapaciteten øges frem mod mindst 5.000 læger i de almenmedicinske tilbud i 2035, vil de praktiserende læger også få styrkede forudsætninger for at løfte denne forpligtelse. Et kollektivt bidrag fra

de praktiserende læger vil også reducere antallet af aktører, som patienten møder i sine forløb.

Åbningstider i de almenmedicinske tilbud

Basisfunktionen vil blandt andet omfatte krav til basal tilgængelighed for borgere, kommuner og andre aktører i de almenmedicinske tilbud, herunder åbningstider samt fysiske adgangsforhold m.v.

Basisfunktionen stiller krav om bl.a. basal tilgængelighed i de almenmedicinske tilbud. Kravene til basal tilgængelighed og åbningstid vil i den første version, som skal træde i kraft 1. januar 2027, afspejle nugældende krav til de alment praktiserende læger.

I takt med at kapaciteten i de almenmedicinske tilbud øges frem mod 2035, vil kravene til tilgængelighed, herunder basal tilgængelighed og åbningstid i basisfunktionen, i de almenmedicinske tilbud, skulle øges. Ved justeringer af kravene vil der skulle sikres balance mellem krav og kapacitet ved at tage højde for kapaciteten, leverandørsammensætningen i de almenmedicinske tilbud og generelle vilkår i klinikkerne. Samtidig skal der i fastlæggelsen tages hensyn til den samlede planlægning af sundhedsvæsenet og de almenmedicinske tilbuds funktion og opgaver heri.

Ved væsentligt ændrede krav til basal tilgængelighed vil de økonomiske vilkår skulle genforhandles for de alment praktiserende læger.

Øgede krav til tilgængelighed vil skulle følges af, at regionerne tilsvarende forpligtes til at sikre, at bl.a. de funktioner på sygehusene, som fx laboratorier, der understøtter de almenmedicinske tilbud i åbningstiden, ligeledes skal være tilgængelige.

Alle almenmedicinske tilbud er frit stillet i forhold til at tilbyde bedre tilgængelighed til klinikkens ydelser til borgere og sundhedsfaglige aktører, end det fremgår af basisfunktionen.

Krav om længere og mere fleksible åbningstider og tilgængelighed ud over basisfunktionen, jf. Aftale om Sundhedsreform, indgår i den nationale opgavebeskrivelse rettet mod regionsrådene, og vil således ikke være en del af basisfunktionen og dermed ikke gælde for alle klinikker.

Fastsættelse af minimumspatienttal i klinikkerne

Med lovpakke 1a er der indført nye, differentierede minimumspatienttal for klinikker i de almenmedicinske tilbud. Minimumspatienttallene fastlægges af regionsrådet med udgangspunkt i det af fordelingsmodellen udregnede behandlingsbehov i den enkelte klinik. I fastlæggelse af minimumspatienttallet er det afgørende, at regionsrådet igennem dialog inddrager lokale og kliniks-specifikke forhold, herunder blandt andet den enkelte kliniks nærmere forudsætninger for at levere en given kapacitet, når det endelige minimumspatienttal i klinikken fastsættes.

I situationer, hvor der i regionsrådets planlægning vil være lagt op til at fastsætte et minimumspatienttal for en klinik, der vil ligge væsentligt over det gældende og over klinikkens nuværende patienttal, forudsættes det, at regionsrådet først igennem dialog søger at aftale patienttallet frivilligt med klinikken ud fra en fælles forståelse af klinikkens samlede situation og muligheder. Hertil forudsættes det, at regionsrådet tager særlige hensyn til klinikker, der ligger i eller tæt op ad udsatte boligområder, da disse ofte vil være særligt sårbare over for modellens estimeringer af patienternes samlede behandlingsbehov.

Det behandlingsbehov, som lægges til grund for regionernes fastlæggelse af minimumspatienttallet, beregnes af den nationale fordelingsmodel for læger i de almenmedicinske tilbud. Den nationale fordelingsmodel beregner behandlingsbehovet i den enkelte klinik på baggrund af demografiske, socioøkonomiske og helbredsmæssige karakteristika for patienterne i den enkelte klinik, og på baggrund af det generelle sygdomsbillede i klinikkens område. Modellen er udarbejdet af Indenrigs- og Sundhedsministeriet i tæt samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen og under rådgivning af en ekspertgruppe.

Modellen opdateres løbende, hvilket skal muliggøre, at den med tiden kan tilpasses opgaveudviklingen i de almenmedicinske tilbud. En stigende prioritering af borgere med store behandlingsbehov skal derved i højere og højere grad afspejles i modellen. Fx skal modellen sikre endnu mere tid til personer med kronisk sygdom, når kronikerpakkerne implementeres, ved at lægerne som følge af en ændret opgavesammensætning bruger mere tid på patienter med kronisk sygdom. Hvis patienter med kronisk sygdom modtager mere behandling i de almenmedicinske tilbud, vil det medføre, at de vægtes tungere i modellen. Den enkelte læge vil derved få mere tid til patienterne med kronisk sygdom, da deres minimumspatienttal nedsættes.

Minimumspatienttallet revurderes i forbindelse med, at det beregnede behandlingsbehov for den enkelte klinik opdateres årligt. På sigt skal alle læger have mulighed for at varetage færre patienter i takt med, at de almenmedicinske tilbud styrkes.

Udover de årlige opdateringer af beregningerne evalueres modellen i 2027. Her vurderes det blandt andet, om modellen balancerer hensynet til både at give et godt indblik i behandlingsbehovet i den enkelte klinik, og hensynet til simplicitet.

Forhåndsgodkendelser sker på et sagligt, objektivt og transparent grundlag

Der er en fælles forståelse af, at regionsrådet skal godkende en køber af ydernummer.

Der er enighed om, at det skal være gennemsækeligt og transparent for parterne, hvilke elementer regionsrådet skal tillægge vægt i forbindelse med godkendelse af en ansøgning om en forhåndsgodkendelse.

Det skal derfor fremgå tydeligt af loven, hvilke kriterier der lægges vægt på ved vurderingen via en udtømmende liste. Kriterierne vil være objektive og transparente.

De elementer, der skal tillægges vægt, skal indgå i regionsrådets vurdering af, om det kan sandsynliggøres, at lægen vil efterleve gældende krav og regler. Idet regionsrådet vil skulle

inddrage straffeattest, retspraksis fra domstolene, Praksisklagenævnet, det tidligere Landssamarbejdsudvalg og autorisationsregisteret, foreslås det, at regionsrådet har 20 hverdage til behandlingen af en ansøgning om en forhåndsgodkendelse.

Regionernes adgang til relevante data og oplysninger

Der forventes i kommende reguleringer med forventet ikrafttrædelse fra 1. januar 2027, at blive foreslået regler, der skal sikre regionerne den adgang til data, som forudsættes nødvendig for at løfte og understøtte en udvidet opgave, herunder den faglige og ledelsesmæssige opgave for de almenmedicinske tilbud i regionsrådene, der foreslås i dette lovforslag. Det kunne bl.a. omfatte relevante data om økonomiske nøgletal, aktivitet og kvalitet på klinik niveau, oplysninger om virksomhedskonstruktion, bemanning og organisering af de enkelte klinikker m.v.

Et uafhængigt praksisklagenævn

Det er vigtigt, at det nye Praksisklagenævn og behandlingen af sagerne i praksisklagenævnet er uafhængigt af både regionerne og de praktiserende læger.

Det nye Praksisklagenævn vil derfor organisatorisk blive placeret i Nævnenes Hus. Nævnenes Hus har erfaring med at etablere og betjene nævn, og der vil med denne løsning sikres en uafhængig sekretariatsbetjening af nævnet.

Derudover vil udgifterne til Praksisklagenævnet og dets sekretariat afholdes inden for rammen af den afsatte økonomi i sundhedsreformen til regionerne. Der tages således ikke midler fra den økonomiske ramme for almen praksis til at finansiere nævnets virke.

Opsættende virkning for store tilbagebetalingskrav

Hvis en region mener, at en klinikejer har misligholdt gældende regler og krav i en sådan grad, at regionen finder anledning til at træffe afgørelse om nogle af de mest indgribende sanktioner overfor klinikken, som har betydning for driften af klinikken, får afgørelsen først virkning, når fristen for at klage er udløbet, eller når Praksisklagenævnet har givet regionen medhold i afgørelsen.

Hvis en region træffer afgørelse om at suspendere samarbejdet med en læge midlertidigt, opsiges samarbejdet med en læge eller udelukke en læge midlertidigt eller permanent fra at blive ansat i klinikker, der drives efter aftale med regionen, vil en klage over afgørelsen have opsættende virkning. Det betyder, at afgørelsen først effektueres, når klagefristen er udløbet, og en eventuel klage er blevet behandlet.

Praksisklagenævnet kan i særlige tilfælde tillægge en klage, over afgørelser om et påbud eller om pålæg om at tilbagebetale et honorar, opsættende virkning. En afgørelse om tilbagebetaling af honorarer, som samlet overstiger 15 pct. af en kliniks omsætning, vil være et eksempel på et særligt tilfælde, hvor afgørelsen først får virkning, når fristen for at klage er udløbet, eller når Praksisklagenævnet har givet regionen medhold i afgørelsen.

Hvis en klinik således har en samlet omsætning på 3 mio. kr. årligt, vil et tilbagebetalingskrav på over 450.000 kr. føre til, at kravet ikke kan eksekveres, før klagefristen er udløbet, eller en eventuel klage er blevet behandlet ved nævnet.

Klageadgang for lægerne

Afgørelser over for ejer/ejere af et almenmedicinsk tilbud kan påklages til den uafhængige klagemyndighed Praksisklagenævnet. Der kan klages over afgørelser i henhold til den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion, afgørelser om fastsættelse af patientantal, afgørelser om sanktioner, afgørelser om forhåndsgodkendelse samt afgørelser truffet i henhold til centrale aftaler og lokalaftaler.

Derudover kan en ejer af et almenmedicinsk tilbud (praktiserende læge eller ejer af en udbudsklinik) indgive en klage over en region til Praksisklagenævnet med påstand om, at regionen ikke har overholdt gældende aftaler, eller tidsfrist for at tage stilling til en ansøgning om en forhåndsgodkendelse. Praksisklagenævnet skal i disse sager vurdere, om lægen skal have medhold eller om sagen kan afvises. Praksisklagenævnet har mulighed for at give regionen et påbud om at bringe forholdene i orden, hvis nævnet finder, at klager skal have medhold.

I tilfælde af medhold får klager klagegebyret tilbage.