



Høringsnotat: Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud m.v.)

1. Hørte myndigheder og organisationer m.v.

Et udkast til lovforslaget har i perioden fra den 5. februar 2025 til den 9. marts 2025 (33 dage) været i høring hos følgende myndigheder og organisationer mv.:

Danske Regioner, KL, Datatilsynet, 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, 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 (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, Akademikerne.

Lovforslaget har desuden været offentliggjort på Høringsportalen.

2. Modtagne høringsvar

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i forbindelse med høringen af lovforslaget fra den 5. februar 2025 til den 9. marts 2025 modtaget bemærkninger fra følgende myndigheder og organisationer m.v.:

Dansk Erhverv, Dansk Samfundsmedicinsk Selskab (DASAMS), Dansk Psykoterapeutforening, Danske Bioanalytikere, Danske Fysioterapeuter, Danske Patienter, Kommunernes Landsforening, Kost og Ernæringsforbundet, Kræftens Bekæmpelse, Københavns Universitet, Landdistrikternes Fællesråd, PLO-H samt Frederiksberg Kommune og Københavns Kommune, Ældre Sagen, Dansk Sygeplejeråd, Jordemoderforeningen, Praktiserende Lægers Organisation, Danske Regioner, Dansk Selskab for Folkesundhed, Forum for Yngre Almen Medicinere, Danske Ældreråd, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Sygepleje Selskab, Dansk Psykolog Forening, Diabetesforeningen, Aarhus universitet, Aalborg Universitet, Lægeforeningen.

Følgende myndigheder og organisationer m.v. har oplyst, at de ikke har bemærkninger til lovforslaget: Dansk Arbejdsgiverforening, Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM) og Ergoterapeutforeningen.

Følgende myndigheder og organisationer m.v. har oplyst, at de ikke ønsker at afgive bemærkninger til lovforslaget: Datatilsynet.

3. Generelt om høringsnotatet

De væsentligste bemærkninger til lovforslaget i de modtagne hørings svar gennemgås nedenfor. Indenrigs- og Sundhedsministeriets bemærkninger til hørings svarene er *kursiveret*.

I dette høringsnotat behandles alene bemærkninger, der vedrører lovforslaget om styrket almen medicin. Bemærkninger, der vedrører forslaget til overgangslov samt forslaget til lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love, vil blive behandlet i høringsnotater til disse lovforslag.

Høringsnotatet omfatter også justeringer, som Indenrigs- og Sundhedsministeriet har haft som følge af dialog med særligt PLO og Danske Regioner i forbindelse med høringsperioden, og som er gengivet i deres hørings svar.

Bemærkninger, der udtrykker grundlæggende enighed med lovforslaget eller ligger væsentligt uden for lovforslagets rammer og temaer, vil som udgangspunkt ikke blive gennemgået i høringsnotatet.

Det bemærkes, at der i hørings svarene generelt er udtrykt opbakning fra en lang række myndigheder og organisationer m.v. heriblandt Lægeforeningen, PLO, Danske Regioner, KL, Danske Patienter m.fl. til sundhedsreformens intentioner om at styrke det almenmedicinske tilbud og sikre, at alle borgere har en læge tæt på. Derudover er der udtrykt opbakning til lovforslagets overordnede formål fra flere myndigheder og organisationer m.v., heriblandt Danske Regioner, KL, Danske Patienter, Dansk Samfundsmedicinsk Selskab, Kræftens Bekæmpelse, Ældre Sagen m.fl.

4. Hørings svar om styrket almen medicin

4.1. National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud

4.1.1. Generelle bemærkninger

Dansk Erhverv finder det nødvendigt, at de offentlige myndigheder tager et større ansvar for den overordnede planlægning og kapacitetsstyring af det almenmedicinske område, da det er fastlåst i det tidligere overenskomstmonopol, som har gjort det vanskeligt bl.a. at fremme allokering af lægekapaciteter til områder, hvor patienternes behov er størst. Dansk Erhverv opfordrer til, at fordelingsmodellen løbende revideres for at sikre nye og innovative tiltag der kan bane vej for behandling af flere patienter.

Danske Patienter er grundlæggende positive omkring lovforslaget og ser sundhedsreformens initiativer som vigtige og nødvendige skridt i retning af et almenmedicinsk tilbud, som kan udvikle sig i takt med patienternes og det samlede sundhedsvæsens. De opfordrer derudover til, at patient- og pårørendeperspektivet tænkes ind som en central del af vidensgrundlaget.

Forum for Yngre Almenmedicinere (FYAM) bakker op om regeringens kurs om en styrket almen praksis. FYAM anfører, at primærsektoren lige nu varetager 90 % af alle sundhedsfaglige kontakter og er økonomisk effektiv. FYAM mener overordnet, at primærsektoren kan varetage flere opgaver, men at det kræver fokus på prioritering og fravalg af de unødvendige opgaver, idet der aktuelt er for mange opgaver i almen praksis, som praktiserende læger ikke bør skulle bruge tid på.

KL bakker om behovet for at styrke det almenmedicinske tilbud og ser positivt på intentionerne bag lovforslaget. KL anfører, at samarbejdet med det almenmedicinske er helt afgørende for kommunernes opgavevaretagelse på sundheds-, ældre- og socialområdet og er en forudsætning for at lykkes med en omstilling til det nære sundhedsvæsen. KL efterspørger en tydeligere beskrivelse af, hvilke mekanismer der skal sikre, at alle borgere får den rette behandling, oplever sammenhængende forløb, og at der er tilstrækkelig lægedækning af kommunale tilbud – såfremt kapaciteten i det almenmedicinske tilbud ikke stiger som forventet i takt med de nye opgaver og det øgede ansvar.

Praktiserende Lægers Organisation (PLO) anfører, at de støtter op om sundhedsreformens mål, herunder at styrke det nære sundhedsvæsen. PLO anfører, at lovforslaget bør udmøntes i overensstemmelse med de bagvedliggende intentioner i sundhedsreformen, herunder at fordelingen af antallet af patienter forsøges aftalt med klinikkerne.

PLO-H, Frederiksberg Kommune og Københavns Kommune bakker op om, at det almenmedicinske tilbud fremover skal varetage en styrket og udbygget rolle i sundhedsvæsenet og anerkender, at en national fordeling og styring af lægekapaciteter kan være vejen frem til at reducere ulighed i sundhed. De er dog stærkt bekymrede for, hvis en statslig administration på sigt vil føre til ringere lægedækning for københavnere og frederiksbergborgerne, da den nationale fordeling og styring ikke i tilstrækkelig grad tager højde for storbyernes forhold.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan til Dansk Erhvervs bemærkning oplyse, at den nationale fordelingsmodel evalueres i 2028.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan til Danske Patienter, FYAM og KL's bemærkning henvise til, at det er aftalt i Aftale om Sundhedsreform, at der skal fastlægges en national opgavebeskrivelse for det almenmedicinske tilbud, som bl.a. skal fastlægge og prioritere opgaverne i det almenmedicinske tilbud heriblandt lægedækning på kommunale tilbud. Desuden skal det fastlægges hvilke opgaver, som bedst varetages andre steder i sundhedsvæsenet. Et væsentligt hensyn i fastlæggelsen af opgavebeskrivelsen er, at der sikres balance mellem kapaciteten og opgaverne i det almenmedicinske tilbud samtidig med, at den nødvendige udvikling opnås. Opgavebeskrivelsen skal træde i kraft fra 2027 og vil således løbende skulle opdateres. Relevant viden fra patienter og pårørende inddrages i udarbejdelsen.

I relation til PLO's bemærkninger henviser Indenrigs- og Sundhedsministeriet til ministeriets bemærkninger under afsnit 4.1.3. nedenfor.

4.1.2. Regionsrådets planlægning og kapacitetsstyring i det almenmedicinske tilbud

Danske Regioner anfører, at det er vigtigt, at loven understøtter en vis fleksibilitet i ekstraordinære situationer, som kan være svære at forudse og planlægge efter, og at regionerne iht. regionale og lokale faktorer bør kunne træffe beslutninger, som afviger fra den nationale fordelingsmodel ift. kapacitetsniveauet i et område.

Danske Regioner foreslår desuden, at en kommende Sundhedslov indeholder en hjemmel til, at regionerne kan frikøbe et ydernummer, når en læge vælger at afhænde sin praksis. Muligheden skal kun bruges helt undtagelsesvist og i ekstraordinære situationer. Hjemlen vil kunne være et redskab i mange forskellige situationer, hvor der er behov for at frigøre kapacitet indenfor en på forhånd fastlagt ramme. Muligheden vil også kunne fremme muligheden for at etablere regionale klinikker i attraktive områder, fx

hvis regionen vurderer, der er behov for det. Det kunne f.eks. være ved behov for at etablere en udviklingsklinik.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at lovbemærkningerne på baggrund af Danske Regioners bemærkning er præciseret med et eksempel, så det fremgår, at et regionsråd i ekstraordinære situationer kan afvige fra det fastlagte antal lægekapaciteter, f.eks. ved pludselig høj befolkningsvækst i et lokalområde. Ministeriet bemærker, at der er tale om en mulighed for regionsrådet for afvigelse i ekstraordinære situationer, hvor regionsrådet ellers ikke kan leve op til sin myndighedsforpligtelse til at tilvejebringe et almenmedicinsk tilbud.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at regionerne allerede i dag har mulighed for at frikøbe et ydernummer på markedsvilkår, når en læge vælger at afhænde sin praksis. Det er desuden et væsentligt sigte bl.a. at give mulighed for flere og nye klinikformer med lovforslagets punkt om dette. Ministeriet finder, at en hjemmel som foreslået af Danske Regioner risikerer at skabe ulige konkurrencevilkår for private udbydere af almenmedicinske ydelser, herunder også for de alment praktiserende læger på overenskomst. Dertil skal ministeriet henvise til, at det af lovbemærkningerne til forslaget punkt om flere og nye klinikformer er tydeliggjort, at regionerne har adgang til, at etablere et fuldt almenmedicinsk tilbud, som dertil har et særligt fokus på en bestemt gruppe af de patienter, der er tilmeldt klinikken samt at etablere en særlig organisering af visse almenmedicinske ydelser. Der henvises til ministeriets bemærkninger under afsnit 4.3.2 nedenfor for en uddybning af ministeriets præcisering.

4.1.3. Regionsrådets kompetence til at fastlægge minimumspatienttal i klinikkerne

Danske Patienter anfører, at det er vigtigt, at der også fremadrettet er en vis fleksibilitet i forhold til at lukke for tilgang af nye patienter, hvor de praktiserende læger tages med på dialog om fastsættelsen af normtallet. Danske Patienter er enige i, at det er nødvendigt at prioritere adgangen for patienter med et stort behandlingsbehov, men opfordrer til, at konsekvensen af forslaget for raske og ressourcestærke patienter fremhæves mere eksplicit i bemærkningerne, og at det i forlængelse heraf gøres tydeligt, at der skal iværksættes tiltag, som kan kompensere for den dårligere tilgængelighed.

Danske Regioner anfører, at snitfladen mellem fordelingsmodellen og den regionale planlægningskompetence med fordel kan tydeliggøres i modellen. Det anføres, at det bør skrives klart i lovbemærkningerne, hvilket område, der er tale om, og hvem der har kompetencen, når det nævnes, at patientsammensætningen/ behandlingsbehovet i området skal indgå i beslutningen om fastsættelse af patienttal for den enkelte klinik.

Danske Regioner anfører, at der bør tages stilling til en overgangsperiode, fx på seks måneder, hvor øgningen af patientkapaciteten sker gradvist iht. klinikkerne. Dertil at der skal skabes hjemmel til at omfordele patienter, så praksis med høje patienttal aflastes i takt med, at der kommer flere læger til et område.

Danske Regioner anfører, at det er vigtigt, at loven understøtter en vis fleksibilitet i ekstraordinære situationer, som kan være svære at forudse og planlægge efter. Regionerne bør iht. regionale og lokale faktorer kunne træffe beslutninger, som afviger fra den nationale fordelingsmodel både ift. kapacitetsniveauet i et område og ift. klinikens åbne- / lukkegrænser – i såvel opadgående som nedadgående retning.

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) anfører, at de er bekymrede for kvaliteten i patientbehandlingen, hvis læger på baggrund af fordelingsmodellen pålægges et patienttal uden dialog med lægerne. De anfører, at intet lægehus bør kunne pålægges en længere patientliste, end lægerne vurderer, at de kan overkomme.

Diabetesforeningen bakker op om lovforslagets målsætninger om også at bruge aflønning og særlige ekstra vederlag som redskab til at sikre bedre lægedækning i dækningstruede områder.

Forum for Yngre Almen Medicinere (FYAM) anfører, at lægens smertegrænse for patienttal skal accepteres. FYAM anfører, at man bør interessere sig for hvilke faktorer der kan få den enkelte læge til at påtage sig en større patientpopulation. Derudover anfører FYAM, at demografien i et givent område ikke er et godt kvalitetsmål for en ny højere lukkegrænse, da der i store byer findes mange mindre områder, hvor populationens behov ikke kan defineres ud fra alder, køn og antal diagnoser bl.a. grundet for eksempel bekymring og psykisk mistrivsel.

Kræftens Bekæmpelse anfører, at det er vigtigt, at klinikker stadig kan søge om lukning af tilgang ved et lavere antal patienter eller et højere antal end lukkegrænsen. Kræftens Bekæmpelse vurderer, at det i værste fald kan medføre lukning af praksis og utilstrækkelig adgang til almenmedicinske tilbud for patienterne, hvis nogle klinikker uønsket får pålagt flere patienter, end det er muligt at håndtere.

Lægeforeningen udtrykker bekymringer over, at der etableres hjemmel til, at regionsrådet ensidigt kan fastlægge patientantallet, uden at regionsrådet forinden er forpligtet til at forsøge at indgå aftaler herom med klinikkerne. Lægeforeningen anbefaler, at det præciseres, at fastlæggelsen af patientantallet skal ske ved frivillige aftaler med klinikkerne.

Praktiserende Lægers Organisation (PLO) bemærker, at regionsrådet ikke ensidigt skal kunne fastlægge antallet af patienter en klinik som minimum skal have tilknyttet, før klinikken får ret til at lukke for tilgang af yderligere patienter uden forudgående dialog og aftale med klinikkerne. PLO anfører, at det kan få utilsigtede konsekvenser i form af mindre tid til patienterne og afgang fra faget før tid, som vil indebære en dårligere lægedækning. PLO anfører desuden, at der kan være faktiske forhold i klinikkerne, som ikke giver mulighed for at håndtere et højere patientantal. Regionsrådet skal derfor forsøge at fastlægge det differentierede patientantal ved aftale med klinikkerne.

PLO anbefaler derfor, at en differentiering indføres gradvist over en årrække med fuldstændig og ubetinget sikring af økonomien i klinikkerne således, at ingen klinikejere lider et økonomisk tab som følge af indgrebet.

PLO anfører, at sammenhængen mellem antallet af patienter og prioriteringen af opgaveløsningen ikke er blevet en del af lovforslaget. Det indebærer, at det vil være op til den enkelte praktiserende læge at prioritere opgaveløsningen i det omfang, hvor lægen tvinges til at have flere patienter. PLO anbefaler derfor, at differentieringen indføres sideløbende med, at der uddannes flere speciallæger i almen medicin, at almen praksis tilføres flere ressourcer, at sygehusene gradvist vendes udad, og at der sideløbende med differentieringen sker en prioritering af opgaveløsningen i almen praksis.

PLO-Hovedstaden, Frederiksberg og Københavns Kommune anfører, at en hævelse af det nuværende normtal udelukkende bør ske på frivillig basis i samråd med den praktiserende læge. Adgang til lægen skal også dække over muligheden for inden for rimelig tid at blive tilset af en praktiserende læge. De anfører derudover, at et differentieret patientantal skal tage højde for storbyernes vækst og sammensatte befolkningsgrupper, ligesom det må tilgodeses, at praktiserende læger i storbyerne grundet bygningsmassen har ringere mulighed for at udvide og derved muliggøre et større patientflow ved hjælp af aflastning fra praksispersonale.

Ældre Sagen opfordrer til, at det præciseres i lovforslaget, at behandlingsbehov skal forstås bredt som sundhedsbehov, der omfatter både udredning, forebyggelse, behandling, opfølgning og koordinering.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig PLO inklusive PLO-Hovedstaden, Frederiksberg og Københavns Kommune, Lægeforeningen, DSAM, FYAM, Kræftens Bekæmpelse og Danske Patienters bemærkninger om, at fastlæggelsen af patientantallet i den enkelte klinik skal ske efter dialog og aftale med klinikkerne. Dertil at Danske Regioner støtter op om, at der kan tages velbegrundede hensyn til klinikker. Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig desuden bemærkningerne fra PLO, DSAM og FYAM om konsekvenser for kvalitet i behandlingen, hvis lægerne pålægges et højere patienttal.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet er enig i, at mange læger allerede frivilligt varetager flere patienter, end normtallet på 1.600 patienter tilsiger og bemærker, og dette forventeligt også vil være ønsket for

mange klinikker i forhold til de minimumspatienttal, der vil udspringe af den nationale fordelingsmodel. Det er således også fremadrettet forventningen med lovforslaget, at et differentieret patienttal kan håndteres ved at regionerne bl.a. går i dialog med klinikkerne. Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at et væsentligt hensyn ved, at kompetencen til at fastlægge patientantallet i klinikkerne placeres hos regionsrådet frem for at lade fordelingsmodellen alene fastlægge patientantallet netop er, at regionsrådet kan tage hensyn til lokale forhold og inddrage kliniks-specifikke forhold.

For at tydeliggøre dette hensyn har Indenrigs- og Sundhedsministeriet således præciseret i lovbemærkningerne, at for at tage højde for lokale og kliniks-specifikke forhold vil regionsrådets fastlæggelse af minimumspatienttallet indebære et behov for dialog med enkelte klinikker med henblik på nærmere at afdække klinikernes forhold og kapacitet og afsøge løsninger i de tilfælde, hvor fordelingsmodellens minimumspatienttal giver udfordringer for klinikken. En løsning vil f.eks. kunne være om gradvis tilpasning af patienttallet over tid. I vurderingen af behovet for at pålægge en klinik en højere lukkegrænse vil regionsrådet kunne inddrage i hvilken udstrækning, der er andre klinikker i lokalområdet, der ønsker og allerede varetager flere patienter, end det fordelingsmodellen tilsiger. Dette vil dermed kunne reducere behovet for, at andre klinikker i området vil skulle øge patienttallet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har desuden præciseret, at 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 klinikens nuværende patienttal, forudsættes det, at regionsrådet først søger at aftale patienttallet frivilligt med klinikken ud fra en fælles forståelse af klinikens samlede situation og muligheder.

Ministeriet har på den baggrund videre præciseret i lovbemærkningerne, at hensigten er at sikre en effektiv tilpasning af lægedækningen på tværs af landet og inden for de enkelte sundhedsråd. Samtidig med at den konkrete, lokale udmøntning vil skulle ske hensigtsmæssigt og i et konstruktivt lokalt samspil med klinikkerne og inden for rammerne af regionsrådets kompetence og ansvar for planlægning og kapacitetsstyring af lægekapaciteten inden for et afgrænset geografisk område.

I relation til Danske Regioners bemærkning om en overgangsperiode af hensyn til klinikkerne henviser ministeriet til, at det er præciseret i lovbemærkningerne, at minimumspatienttallet først vil gælde, fra det tidspunkt regionsrådet fastlægger dette. Ikrafttrædelsen af lovforslaget giver dermed plads til, at regionerne kan gå i dialog med klinikkerne.

Hvad angår PLO's bemærkninger om hhv. en gradvis indfasning af det differentierede patienttal samt om indfasning parallelt med øvrige tiltag fra sundhedsreformen, henviser Indenrigs- og Sundhedsministeriet til reformens sigte med på kort sigt at sikre den nødvendige udvikling og en bedre fordeling af læger og styrke lægedækningen. Lovforslaget skal således bidrage til at målrette lægekapaciteten på kort sigt frem til, der kommer flere speciallæger i almen medicin bl.a. som følge af, at dimensioneringen af den lægelige videreuddannelse løbende er øget og øges yderligere med kommende dimensioneringsplan. Dertil henviser ministeriet til lovforslagets del om et midlertidigt økonomisk tillæg i 2025 og 2026, som skal kompensere læger, der får færre patienter på baggrund af fordelingsmodellen. Derudover henviser ministeriet til, at et væsentligt hensyn i sundhedsreformen bag en kommende ny honorarstruktur er at sikre sammenhæng mellem lægernes honorar og borgernes behandlingsbehov, så der sikres den nødvendige prioritering af patienter med størst behov.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet henviser desuden til ministeriets overvejelser i lovforslaget, hvor hensynet bag de differentierede patienttal baseret på patienternes behandlingsbehov er beskrevet nærmere. Med udgangspunkt i Aftale om Sundhedsreform er hensigten således at sikre, at indsatsen for de mest sårbare og syge borgere prioriteres, ved at der sker en bedre fordeling af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud nationalt, og så patienttallet som noget nyt bliver tilpasset sammensætningen af patienter og patienternes behandlingsbehov. Ministeriet henviser til, at det skal ses i sammenhæng med, at der samtidig med Aftale om Sundhedsreform 2024 er igangsat tiltag og afsat finansiering til at styrke kapaciteten i det almenmedicinske tilbud, så der i 2035 skal være mindst 5.000 læger. Således vil der på sigt skulle fordeles flere læger til alle dele af landet.

Ministeriet har på baggrund af Danske Regioners bemærkning om, at snitfladen mellem fordelingsmodellen og den regionale planlægningskompetence bør tydeliggøres, desuden præciseret i lovbemærkningerne, at regionsrådet vil skulle bruge det estimerede behandlingsbehov for patienterne i den enkelte klinik til at understøtte, at lægekapaciteten inden for sundhedsrådets geografiske områder fordeles proportionalt

I relation til Danske Regioners forslag om at skabes hjemmel til at omfordele patienter, så praksis med høje patienttal aflastes, finder Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at en sådan hjemmel til vil betyde væsentlige ændringer i de nuværende regler om borgernes ret ifm. valg af læge, som ligger uden for lovforslagets rammer. Ministeriet har dog gjort opmærksom på regionsrådets muligheder for at fremme en hensigtsmæssig omfordeling i lovbemærkningerne.

4.1.4. Midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel

Danske Regioner efterspørger i relation til hjemlen, hvornår et område defineres som værende ramt af lægemangel.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har på den baggrund præciseret lovbemærkningerne, så det fremgår, at det omfatter sundhedsråd, som får mulighed for at øge antallet af lægekapaciteter i 2025 og 2026 på baggrund af den nationale fordelingsmodel.

4.1.5. Øvrige bemærkninger

4.1.5.1. Sundhedsrådenes kompetence

Danske Regioner anfører, at det bør justeres i bemærkningerne, at opgaven med at håndtere sager om nedsat patienttal og flytning af praksis skal placeres entydigt centralt i regionsrådet frem for i sundhedsrådene under henvisning til regionens overordnede forsyningsforpligtelse og muligheden for at inddrage et helhedshensyn i beslutninger og sikre en ensartet administration.

KL anfører, at det i lovforslagene bør tydeliggøres, hvilke muligheder for indflydelse kommunerne (via sundhedsrådene) konkret har på planlægningen og udviklingen af det almenmedicinske tilbud, givet at det endelige ansvar og beslutningskompetence tilfalder regionsrådet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at kommunerne fortsat skal have en medindflydelse på det almenmedicinske tilbud. Ministeriet er enig i behovet for tværgående dialog og samarbejde, herunder mellem regioner og kommuner. Kommunale sundhedsopgaver som almen sygepleje og forebyggelse har en tæt sammenhæng til det almenmedicinske tilbud. Indenrigs- og Sundhedsministeriet henviser derfor til, at lovforslaget skal ses i sammenhæng med forslag til lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love. Med en ny organisering af det regionale sundhedsvæsen fra 1. januar 2027 vil regionsrådets planlægning og kapacitetsstyring af det almenmedicinske tilbud således som udgangspunkt ske i regi af de kommende sundhedsråd på vegne af regionsrådet, hvor kommunerne er repræsenteret. Ministeriet bemærker videre, at regionsrådet har det samlede ansvar i regionen for budget og fordeling af ressourcer, herunder den planlægning, der indebærer fordeling mellem sundhedsråd. I relation til fordeling og styring af lægekapaciteter fastsættes fordelingen mellem sundhedsråd dog af den nationale fordelingsmodel.

4.1.5.2. Praksisplan for almen praksis

Forum for Yngre Almenmedicinere anfører, at lovforslaget omfatter, at regionerne skal kunne styre praksisplanlægningen uden involvering af bl.a. PLO og anfører, at en aftalepartner som PLO er nødvendig for at opnå de relevante aftaler på medlemmernes vegne.

KL anfører, at de ser det som afgørende for udviklingen af det samlede nære sundhedsvæsen, at kommunerne, også i den nye forvaltningsstruktur, har tilstrækkelig indflydelse på planlægningen og udviklingen af det almenmedicinske tilbud.

PLO anfører, at det er væsentligt for et velfungerende almenmedicinsk tilbud fremadrettet, at der fortsat bliver mulighed for en formaliseret dialog og aftaler mellem aktørerne i det nære sundhedsvæsen; dels på regionalt niveau, dels inden for sundhedsrådenes virkeområder.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig bemærkningerne fra FYAM, KL og PLO. Ministeriet henviser til lovbemærkningerne, hvoraf det fremgår, at ophævelsen af praksisplanerne forudsætter, at regionerne i perioden fra den 1. juli 2025 til 31. december 2026 fortsat sikrer den relevante inddragelse af kommunerne i regionen, patientinddragelsesudvalget og de almenmedicinske tilbud.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker desuden, at lovforslaget skal ses i sammenhæng med forslag til lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love. Med en ny organisering af det regionale sundhedsvæsen fra 1. januar 2027 vil regionsrådets planlægning og kapacitetsstyring af det almenmedicinske tilbud således som udgangspunkt ske i regi af de kommende sundhedsråd på vegne af regionsrådet og den konkrete planlægning og kapacitetsstyring forventeligt kunne indgå som en del af de kommende nærsundhedsplaner, som de kommende sundhedsråd skal udarbejde.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at regionerne som led i deres betjening af sundhedsrådene har ansvaret for at inddrage sundhedsfaglig ekspertise m.v., når det er relevant. Det bemærkes videre, at ministeriet er enig i behovet for tværgående dialog og samarbejde. Et regionsråd kan vælge at etablere de samarbejdskonstruktioner- og fora m.v., som der lokalt vurderes behov for, men at der ikke fra statslig side indføres særskilte krav herom. Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker i den forbindelse, at et væsentligt sigte i aftalen om sundhedsreformen af den 15. november 2024 er at begrænse administrationsbehovet i sundhedsvæsenet, som bl.a. kommer til udtryk ved nedlæggelse af sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og kontaktudvalg.

4.1.5.3. Betydning for Overenskomst om almen praksis

Dansk Psykolog Forening anfører, at der er en risiko for en at svække aftalesystemet i praksissektoren, da kapaciteten mellem praksisorganisationer og Regionernes Lønnings- og Takstnævn i dag aftales. Der er mange parametre, udover parametre i den nationale fordelingsmodel, som bør ligge til grund for kapacitetsstyring, hvorfor dette fortsat bør aftales mellem parterne.

PLO anfører, at lovforslagets regulering af lukkegrænser er et indgreb i en eksisterende aftale mellem PLO og RLTN, der ændrer på de forudsætninger, hvorunder de praktiserende læger har erhvervet deres ydernumre.

I relation til bemærkningerne fra PLO og Dansk Psykolog Forening bemærker ministeriet, at lovforslaget skal ses i sammenhæng med øvrige tiltag i Aftale om Sundhedsreform om en ny styring og udvikling af det almenmedicinske tilbud, som er et centralt tema i reformen. Heriblandt en ny aftalemodel for alment praktiserende læger. Ministeriet gør opmærksom på, at der med tiltagene bevares et aftalebaseret grundlag, som fastlægger vilkårene for de alment praktiserende læger.

4.1.5.3. National fordelingsmodel for lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab (DASAM) foreslår at operationalisere og definere "behandlingsbehov", herunder om det vurderes ud fra livskvalitet, forbedring af funktionsevne eller antal gode leveår. Derudover opfordrer DASAM til, at man ved prioritering af sundhedsydelser på samfundsniveau, i langt højere grad anvender funktionsevne som styrende for de valgte prioriteringer

Diabetesforeningen lægger vægt på, at den konkrete fordelingsmodel for lægekapaciteter tager højde for den underbehandling, som findes i dag, og at modellen bliver fleksibel og kan tilpasses, når datagrundlaget for modellen vil ændres over tid fx pga. bedre lægedækning hen af vejen. Diabetesforeningen anfører, at der er behov for, at patientorganisationer inddrages tættere i arbejdet med at udforme og løbende tilpasse den konkrete nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter.

Dansk Erhverv opfordrer til, at modellen skabes på baggrund af et solidt datagrundlag i tæt dialog med alle relevante offentlige og private aktører, som har erfaring med behandling af de mest behandlingstunge patientgrupper.

Dansk Psykolog Forening finder, at en lignende fordelingsmodel, baseret på relevante parametre for behandlingsbehovet af psykisk lidelse, er relevant for den offentlige psykologordning.

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab (DASAMS) foreslår, at en præcis definition af begrebet "behandlingsbehov".

KL påpeger, at lægemanglen ikke udelukkende finder sted i yderområder, og at modellen skal kunne tage højde for, at der fx også kan være lægemangel i fx udsatte boligområder i eller nær de store byer.

Københavns universitet det sundhedsvidenskabelige fakultet anfører, at den nationale fordelingsmodel, herunder udregningen af patienternes teoretiske behandlingsbehov, sendes i høring, så fagkundskab fra f.eks. Institut for Folkesundhedsvidenskab kan informere og oplyse udviklingen på dette centrale område.

Ældre Sagen anfører, at de forudsætter, at alder indgår som et centralt parameter i modellen, da ældre i gennemsnit har større sundhedsbehov end yngre og opfordrer i øvrigt til transparens ved fastlæggelse og opdatering af modellen, herunder at datagrundlag og bagvedliggende beregninger lægges åbent frem, og at modellen sendes i offentlig høring.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig bemærkningerne til fordelingsmodellen og finder ikke, at de giver anledning til ændringer i lovforslaget, da lovforslaget ikke beskriver fordelingsmodellen og variable heri. Ministeriet bemærker, at den nationale fordelingsmodel er under fastlæggelse med inddragelse af faglige eksperter, og at der i arbejdet er inddraget variable, som tager højde for bl.a. visse somatiske og psykiske lidelser samt, socioøkonomiske og demografiske variable m.v. Ministeriet henviser til, at fordelingsmodellen udmøntes via bekendtgørelse, som sendes i offentlig høring forud for ikrafttrædelse 1. juli 2025.

4.2. Begrænsning i antal ydenumre ejet af én læge

4.2.1. Generelle bemærkninger

Danske Fysioterapeuter ser frem til, at skærpelsen af reglerne i det almenmedicinske tilbud kan føre til forhandlinger om en tilsvarende skærpelse af reglerne i praksisoverenskomsten på fysioterapiområdet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Danske Fysioterapeuters bemærkning.

4.2.2. Specifikke bemærkninger vedrørende begrænsning i antal ydenumre ejet af én læge

Dansk Erhverv er modstandere af en begrænsning i ydenumre ejet af én læge, da dette hæmmer muligheden for udbredelse af driftsoptimeringer eller forberedende tiltag i patientoplevelsen på tværs af klinikker. Dansk Erhverv peger på et behov for en modernisering af ydernummersystemet, så der åbnes for, at andre faggrupper eller aktører også vil have mulighed for at eje ydernummeret.

Danske Regioner stiller sig positivt over for at reducere antallet af klinikker, som én læge kan eje, til tre. Danske Regioner efterspørger, at det præciseres i lovforslaget, hvordan "en læge" forstås. Danske Regioner bemærker, at der samtidig er et behov for transparens om tilrettelæggelse i de almenmedicinske klinikker, herunder om de kontraktuelle aftaler mellem ejerlæge og leverandør. Danske Regioner efterspørger derfor, at loven bør understøtte en bedre transparens i forhold til bl.a. regnskabs og kontraktforhold i almenmedicinske tilbud, og at dette bør gælde uanset, hvor mange ydenumre en læge ejer.

Diabetesforeningen bemærker, at der i lovforslagets bemærkninger lægges særligt vægt på, at processer med udbud af almenmedicinske tilbud efter sundhedslovens § 227, stk. 3 og 4 skal tilrettelægges med særligt fokus på, at eventuelle bud kan sammenlignes med og vurderes på, hvad en offentligt drevet enhed vil koste. Diabetesforeningen efterspørger, at kvalitet for patienterne også bør tildeles en tilsvarende vægt, når bud på ydenumre vurderes.

Forum for Yngre Læger peger på, at det er bekymrende, at der i lovforslaget ikke står nævnt noget om kvalifikationer eller uddannelsesniveau for at kunne eje eller drive en klinik.

Praktiserende Lægers Organisation tilslutter sig begrænsningen i antallet af ydenumre, der kan ejes af én læge, men så gerne, at antallet blev reduceret yderligere. Derudover anbefaler PLO, at man 1) opstiller en grænse for antallet af kapaciteter inden for et ydernummer, 2) stiller krav om, at ydenumre og dertil knyttede kapaciteter skal befinde sig inden i en sådan geografisk nærhed af hinanden, at ejeren af ydenumrene har mulighed for at tage et personligt, sundhedsfagligt ansvar for patienterne i alle

klinikker, 3) der føres tilsyn med, at en ejer af mere end ét ydernummer tilmeldes lægevalgslisten i én af sine klinikker, og at lægen har sin hovedbeskæftigelse med fysisk fremmøde her. Derudover forudsætter PLO, at det som hidtil alene vil være speciallæger i almen medicin, der har adkomst til helt eller delvist at eje et ydernummer.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan ift. Praktiserende Lægers Organisations anbefaling om at opstille en grænse for antallet af kapaciteter inden for et ydernummer samt at der føres tilsyn med, at en ejer af mere end ét ydernummer tilmeldes lægevalgslisten i én af sine klinikker bemærke, at anbefalingerne ligger uden for rammerne af lovforslaget og det politiske mandat i forbindelse med Aftale om Sundhedsreform 2024. Fsva. anbefalingen om, at ydernumre og kapaciteter skal befinde sig inden for geografisk nærhed kan Indenrigs- og Sundhedsministeriet henvise til, aftalepartierne bag Aftale om Sundhedsreform er enige om, at der i sundhedsloven skal indføres krav om, at en speciallæge i almen medicin ved køb af et ydernummer forhåndsgodkendes af sundhedsmyndigheden ud fra en vurdering af, om det kan sandsynliggøres, at lægen vil efterleve gældende krav og regler. Ved læger der ejer flere ydernumre, er aftalepartierne enige om, at blandt andet den geografiske afstand mellem klinikker kan indgå i vurderingen. Ministeriet noterer sig således hensynet i det videre arbejde med en kommende lov om forhåndsgodkendelse, der forventes at træde i kraft fra 2027.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan ift. Danske Regioners kommentar om, at loven bør understøtte en bedre transparens i forhold til bl.a. regnskabs- og kontraktforhold i almenmedicinske tilbud, bemærke at, at forslaget ligger uden for rammerne af nærværende lovforslag. Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Danske Regioners efterspørgsmål i forbindelse med det videre arbejde med en forhåndsgodkendelse.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan ift. Praktiserende Lægers Organisation og Forum for Yngre Lægers bemærkning om, at der i lovforslaget ikke står nævnt noget om kvalifikationer og uddannelsesniveau for at kunne eje eller drive en klinik oplyse, at det forsat som hidtil alene vil være speciallæger i almen medicin, der vil kunne erhverve og eje et ydernummer. For at tydeliggøre dette hensyn har Indenrigs- og Sundhedsministeriet således præciseret dette i lovbemærkningerne.

Hertil kan Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærke, at ministeriet har præciseret forståelsen af "en læge", således at det er tydeliggjort i lovforslagets bemærkninger, at der fremadrettet ikke kan erhverves og ejes/medejes mere end tre ydernumre pr. læge i almen medicin, jf. efterspørgsel fra Danske Regioner.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig i den forbindelse Dansk Erhvervs forslag om, at der åbnes op for, at andre faggrupper eller aktører skal have mulighed for at eje et ydernummer. Ministeriet bemærker, at forslaget ligger uden for rammerne af lovforslaget og det politiske mandat i forbindelse med Aftale om Sundhedsreform 2024.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Diabetesforeningens bemærkning om, at kvalitet for patienter også bør tildeles vægt i forbindelse med udbudsprocesser for ydernumre. Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at der med den foreslåede ordning ikke ændres på sundhedslovens § 227, stk. 3 og 4. Forslaget ligger således uden for rammerne af nærværende lovforslag. Indenrigs- og Sundhedsministeriet henviser desuden til, at aftalepartierne bag Aftale om Sundhedsreform er enige om, at alle klinikker i det almenmedicinske tilbud fra 2027 skal efterleve en basisfunktion. Basisfunktionen skal ses i tæt sammenhæng med de gældende krav og regler, som aftalepartierne er enige om, regionsrådet fra 2027 skal sandsynliggøre i en forhåndsgodkendelse, at læger, der køber et ydernummer kan efterleve.

4.2.3. Øvrige bemærkninger vedrørende begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge

Dansk Erhverv foreslår, at der indføres en udfordringsret ved sundhedsrådenes etablering af nye tilbud i almen praksis. Udfordringsretten skal give private aktører forudsætningen for at kunne byde på opgaven på lige vilkår med regionsklinikkerne. Konkret skal udfordringsretten fungere således, at sundhedsrådene pålægges at udarbejde en budget- og driftsmodel, som skal udgøre det ønskede økonomiske- og kvalitetsmæssige grundlag for etableringen af en ny regionsklinik. Såfremt en eller flere private aktører vurderer at kunne løse opgaven bedre, skal disse have ret til at byde på opgaven på lige vilkår med regionsklinikken. Lige vilkår skal indbefatte anvendelse af kontrolbud og opgørelse af priser på baggrund af OECD's anbefalinger.

Ældre Sagen mener, at man bør bruge anledningen til at sikre en ordentlig og juridisk korrekt praksis for ikke-digitale borgere i forbindelse med lukning eller ændring af ydernumre. Tidligere har praksis været, at

en region ved en ny fordeling af patienter kan anvende en model for tildeling af læge, som udelukker de svageste patienter, da man opsiger alle patienter på et ydernummer på én gang og derefter åbner op for tilmelding efter først til mølle-princippet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig behovet fra Dansk Erhverv og Ældre Sagen. Ministeriet bemærker hertil, at forslagene ligger udenfor rammerne af nærværende lovforslag og det politiske mandat, der er givet i forbindelse med Aftale om Sundhedsreform 2024.

4.3. Flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud

4.3.1. Generelle bemærkninger

Dansk Erhverv stiller sig generelt positivt over for lovpakken. De opfordrer til, at offentlig-privat samarbejde bliver omdrejningspunktet for den nye struktur, så der ikke videreføres en struktur, hvor bestemte leverandører favoriseres, hvad end de er offentlige eller private.

Dansk Sygepleje Råd deler overvejelserne om, at der er behov for bedre at kunne tilpasse tilbuddene til lokale behov i forhold til f.eks. særlige patientgrupper. De henviser til, at de styrkede muligheder hos regionerne for at sammensætte og afprøve klinikformer bør være et godt afsæt til at lade sig inspirere af de gode erfaringer fra sygeplejerskeklinikkerne i udlandet.

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab finder forslaget om, at regionerne kan anvende forskellige klinikformer og leverandører samt tilpasse de almenmedicinske tilbud til særlige patientgrupper interessant. Dansk Samfundsmedicinsk Selskab anbefaler, at alle nye initiativer ledsages af systematiske evalueringer med henblik på at sikre, at der løbende laves de nødvendige justeringer, og at den genererede viden kan overføres og tilpasses andre kontekster.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet tager overstående bemærkninger til efterretning.

4.3.2. Specifikke bemærkninger vedrørende flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud

Dansk Erhverv deler opfattelsen af, at der bør sikres bedre muligheder for at etablere flere og nye klinikformer. Dansk Erhverv peger på, at lovforslaget lægger op til en direkte favorisering af offentlige regionsklinikker og advarer imod, at lovforslaget baner vejen for, at regionerne kan etablere regionsklinikker uden at spørge markedet og uden, at der tages højde for om regionen er i stand til at levere et tilbud i tilfredsstillende kvalitet på et ansvarligt økonomisk grundlag. Dansk Erhverv mener derfor ikke, at lovforslaget giver regionerne mulighed for at drive klinik på linje med udbudsklinikker og PLO-klinikker. Dansk Erhverv opfordrer derfor til, at den foreslåede ordning justeres, så private aktører sikres mulighed for at byde på opgaver i almen praksis på lige vilkår med regionerne.

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab Dansk Samfundsmedicinsk Selskab peger på, at det er afgørende at sikre, at kvalitet og patientsikkerhed opretholdes i afprøvningerne af nye klinikformer.

Dansk Psykolog Forening peger på, at etableringen af sundhedstilbud, som i dag varetages i praksissektoren, forsat skal ske efter eksisterende konkurrencelovgivning. Dansk Psykolog Forening peger derudover på en bekymring for, at der ansættes andre faggrupper med mindre erfaring og formelle kompetencer i regionsklinikker. Dertil peger Dansk Psykolog Forening på, at man risikerer, at regionsklinikker med centraliseret drift og kapacitet, øger den geografiske ulighed og fjerner nærhedsprincippet sammenlignet med den brede geografiske placering af ydernumre i dag.

Danske Patienter hilser den foreslåede ordning velkommen og opfordrer til, at det i den konkrete tilrettelæggelse af regionsklinikker bliver muligt for patienterne selv at vælge hvilken læge, de ønsker konsultation ved. Det giver patienten mulighed for selv at afveje hensynet mellem tilgængelighed og kontinuitet i den konkrete kontekst.

Danske Regioner finder det meget positivt, at lovforslaget lægger op til at fjerne begrænsninger for etableringen af regions- og udbudsklinikker. Danske Regioner peger på, at det er uklart om lovforslaget indebærer, at regionen kan vælge at hjemtage delopgaver, som ellers ligger i det almenmedicinske tilbud. Danske Regioner foreslår, at det tydeliggøres i lovgivningen, at regionerne kan drive delopgaver af de almen medicinske tilbud.

Kræftens Bekæmpelse støtter, at regionsrådet kan etablere og drive klinik, som leverer almenmedicinske ydelser. Kræftens Bekæmpelse bemærker, at det er afgørende, at der i etableringen af nye tilbud ikke går på kompromis med patientsikkerheden, kvaliteten og kontinuiteten i behandlingen. Derfor efterspørger Kræftens Bekæmpelse, at der ses på muligheder, som i videst muligt omfang sikrer, at patienterne ser den samme eller få læger.

Københavns Universitet bemærker, at det bør præciseres, at udbudsklinikker også skal levere data, så det kan sikres, at de kvalitetsmæssigt (struktur/bemanning, proces og resultater) er på niveau med andre klinikker.

Lægeforeningen finder det essentielt, at det af bemærkningerne fremgår, at etableringen af klinikker skal ske i henhold til øvrig lovgivning, som indebærer, at konkurrencereglerne skal iagttages, hvilket betyder, at private klinikker ikke må udsættes for konkurrenceforvridende tiltag.

Praktiserende Lægers Organisation bemærker, at det er afgørende, at regionsrådets tilrettelæggelse af praksisdrift skal foregå på åbne, objektive og ikke diskriminerende vilkår, der sikrer en fair og lige konkurrence mellem alle klinikformer. Endvidere bemærker PLO, at regionsrådets mulighed for at afprøve andre klinikformer ikke bør ske på bekostning af patienterne, og at lovforslaget derfor bør sikre, at nye klinikformer har samme høje kvalitet og patienttilfredshed som eksisterende. Kravene for alle klinikker bør af hensyn til patienterne være ens fra og med det tidspunkt, hvor de frit kan etableres.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets kan ift. Dansk Erhverv, Dansk Psykolog Forening, Lægeforeningen samt Praktiserende Lægers Organisations bemærkning om behovet for at understrege, at regionrådets etablering af almenmedicinske tilbud, herunder regionsklinikker, skal ske under iagttagelse af konkurrenceretlige regler henvise til, at det af lovforslagets bemærkninger er tydeliggjort, at det er et relevant hensyn, at regionsrådets tilrettelæggelse af praksisdrift skal foregå på åbne, objektive og ikke-diskriminerende vilkår, der understøtter en fair og lige konkurrence. Etableringen af klinikker skal således ske i henhold til øvrig lovgivning, heriblandt konkurrenceretlige regler.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan ift. Praktiserende Lægers Organisation, Dansk Samfundsmedicinsk Selskab og Kræftens Bekæmpelses bemærkning om, at det er afgørende, at der i etableringen af nye tilbud ikke går på kompromis med bl.a. patientsikkerheden og kvaliteten henvise til, at aftalepartierne bag Aftale om Sundhedsreform er enige om, at Sundhedsstyrelsen fra 2027 skal fastlægge en basisfunktion med beskrivelse af funktioner, opgaver, tilgængelighed, samarbejde og kompetencer, som alle klinikker – uanset klinikform – skal leve op til. Formålet er bl.a., at ensarte kvalitetsgrundlaget på tværs af klinikker.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan ift. Danske Regioners forslag om at tydeliggøre i lovgivningen, hvilken adgang regionerne har til at hjemtage og drive delopgaver af de almen medicinske tilbud henvise til, at det af lovforslagets bemærkninger er tydeliggjort, at den foreslåede ordning vil kunne anvendes af regionsrådet til at understøtte muligheden for at tilpasse det almenmedicinske tilbud til særlige patientgrupper, hvor målrettede tilbud og indsatser til at sikre lægehjælp til f.eks. sårbare borgere understøttes. Det vil indebære en adgang til, at regionerne vil kunne etablere et fuldt almenmedicinsk tilbud som er særligt indrettet til at imødekomme en bestemt målgruppe, som f.eks. hjemløse eller sårbare borgere med f.eks. kroniske eller psykiske lidelser eller andre grupper, som har særlige behov og som erfaringsmæssigt f.eks. har oplevet udfordringer med at bruge de eksisterende, traditionelle tilbud. Et sådant fuldt tilbud vil være det, borgeren er tilknyttet, og som vil kunne levere de ydelser, der indgår i den nationalt fastsatte basisfunktion. Derudover vil tilbuddet kunne indeholde særlige ydelser, der er tillæg til basisfunktionen. Dertil har ministeriet tydeliggjort i lovforslagets bemærkninger, at det også vil være muligt at etablere en særlig organisering af visse almenmedicinske ydelser. Det forudsættes dog, at borgerne fortsat sikres, at det almenmedicinske tilbud, de vælger, giver en samlet indgang til de ydelser, der er omfattet af basisfunktionen.

I relation til Københavns Universitets kommentar om at det bør præciseres, at udbudsklinikker skal levere data, så det kan sikres, at de kvalitetsmæssigt er på niveau med andre klinikker, bemærker ministeriet, at forslaget ligger udenfor rammerne af nærværende lovforslag. Ministeriet noterer sig Københavns Universitets bemærkning i forbindelse med ministeriets videre arbejde med Aftale om sundhedsreform 2024, hvor aftalepartierne også er enige om at give regionerne styrket kompetence til at lede og udvikle det almenmedicinske tilbud med fokus på bl.a. faglig udvikling.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan ift. Dansk Psykologforenings bekymring om, at regionsklinikker øger den geografiske ulighed og fjerner nærhedsprincippet sammenlignet med den brede geografiske placering af ydernumre i dag henvise til, at der med nærværende lovforslag også indføres en national model til fordeling af lægekapaciteter, der vil være styrende for den geografiske placering af regionsklinikker.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan ift. Danske Patienter og Kræftens Bekæmpelses opfordring til, at det i den konkrete tilrettelæggelse af nye almenmedicinske tilbud, herunder regionsklinikker, bliver muligt for patienterne selv at vælge hvilken læge, de ønsker konsultation ved og at der ses på muligheder, som i videst muligt omfang sikrer, at patienterne ser den samme eller få læger bemærke, at tilrettelæggelsen af, hvilken læge patienten kan få en konsultation hos ligger uden for rammerne af nærværende lovforslag. Det bemærkes, at alle klinikker efter de gældende regler skal tilbyde elektronisk tidsbestilling, hvilket betyder, at patienterne selv kan booke tid til konsultation hos den læge de ønsker i en klinik med flere læger.

4.3.3 Øvrige bemærkninger vedrørende flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud

4.3.3.1. Sammensætningen af faggrupper i regionsklinikker

Danske Bioanalytikere er positive overfor muligheden for, at regionerne får mulighed for at drive regionsklinikker, så længe at laboratoriekonsulentordningen, som gælder i alle almenmedicinske tilbud i dag, også bliver gældende i regionsklinikkerne. De mener, at det i regionsklinikker vil være oplagt at se på også at inddrage bioanalytikere i opgaveløsningen, da bioanalytikere kan løse mange af de opgaver, som fx vil ligge i kronikerpakker med monitorering og kronikerkontroller.

Jordemoderforeningen opfordrer til, at man tænker bredt i anvendelsen af de almenmedicinske tilbud og i dannelsen af de regionale klinikker. Jordemoderforeningen peger på, at man med fordel og ud fra et ressourceoptimerende perspektiv vil kunne ansætte jordemødre til at varetage en lang række opgaver vedrørende reproduktiv sundhed, familiedannelse og svangreomsorgen på de regionale klinikker, og som varetages af de alment praktiserende læger.

Dansk Psykoterapeutforening opfordrer til, at de regionale regionsklinikker ikke bør være omfattet af begrænsninger ifm. uddelegering af samtalerapi til relevante faggrupper, som tilfældet i dag er med klinikker, hvor lægerne virker efter Overenskomst om almen praksis.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig opfordringerne fra Danske Bioanalytikere, Jordemoderforeningen og Dansk Psykoterapeutforening. Ministeriet henviser til, at det er Regionerne, der har ansvaret for at drive regionklinikkerne, herunder træffe beslutning om den specifikke sammensætning af faggrupper.

4.3.3.2. Uddannelsesaspekter i relation til flere og nye klinikformer

Aarhus Universitet, Health bemærker, at uddannelsesperspektivet ikke er adresseret i lovforslaget. På universitet uddannes fremtidens læger, og dermed er medicinuddannelsen fødekæde til, at ambitionen med flere læger i det almenmedicinske tilbud kan lykkedes. Aarhus Universitet, Health adresserer derfor et behov for, at uddannelsesforpligtelsen i de nye almenmedicinske tilbud i regionerne fremgår af lovforslaget, således at enhederne kan være med til at løfte opgaven, samt have ressourcer til det.

Aalborg Universitet bemærker, at lovforslaget ikke forholder sig til, at der i driften også skal tilgodeses tid og ressourcer til uddannelse af fremtidens læger. Der mangler incitamentstruktur til at deltage i uddannelsen af flere læger. En uddannelse af flere læger vil forudsætte, at man sikrer, at en stigende andel af de praktiserende læger deltager i uddannelsen af ikke bare hoveduddannelseslæger, men i lige så høj grad medicinstuderende. Eksponering for specialet under medicinstudiet og den gode rollemodel har stor betydning for rekruttering til specialet. Aalborg Universitet bemærker endvidere at det ikke fremgår af lovforslaget hvilke ressourcer regionerne forventes at allokere til forsknings-, udviklings-, og kvalitetsprojekter i almen praksis.

Københavns Universitet bemærker, at det bør sikres, at nye klinikformer og leverandører også kan bidrage til den fortsatte videreuddannelse af læger i uddannelsesstillinger, så kommende speciallæger i almen medicin sikres faste tutorer over en årrække samt mulighed for at deltage i undervisning af medicinstuderende.

Indenrigs- og sundhedsministeriet noterer sig Københavns Universitets bemærkning om, at nye klinikformer og leverandører skal have adgang til at bidrage til videreuddannelsen af læger i uddannelsesstillinger. Ministeriet henviser desuden til, at aftalepartierne med Aftale om Sundhedsreform 2024 er enige om, at der skal igangsættes initiativer til yderligere at styrke den regionale forankring af medicinuddannelsen på Sjælland. Medicinuddannelsen i Køge skal understøtte, at flere læger på sigt arbejder i hele Østdanmark.

I relation til Aarhus- og Aalborg Universitets bemærkninger kan ministeriet henvise til, at uddannelsesaspekterne ligger uden for nærværende lovforslag, men at aftalepartierne med Aftale om Sundhedsreform 2024 er enige om, at Uddannelses- og Forskningsstyrelsen skal afsøge med universiteterne, om medicinuddannelsen kan tilpasses, så der på uddannelsen er større fokus på de almenmedicinske kompetencer.