

Ovennævnte falder uden for DA's virkefelt, og vi ønsker ikke at afgive bemærkninger.

Med venlig hilsen

Jeanet Danneberg Jepsen
Ledelsessekretær



Vester Voldgade 113
1552 København V
Direkte +45 33 38 92 76
Mobil +45 29 20 02 76
Mail jdj@da.dk
Web da.dk

Denne mail er tilsigtet en bestemt modtager og kan indeholde fortrolige oplysninger. Er du ikke den rette modtager, beder vi dig om at orientere os ved at besvare denne mail og derefter slette den. Det er ikke tilladt at beholde, kopiere, videresende eller bruge oplysninger fra denne mail, hvis du ikke er den rette modtager.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

Den 7. marts 2025

Høringssvar fra Dansk Erhverv – Høring over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud)

Dansk Erhverv takker for at deltage i høring over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal af ydernumre ejet af én læge og flere og flere klinikformer i det almenmedicinske tilbud).

Generelle bemærkninger

Dansk Erhverv stiller sig generelt positivt over for lovpakken, da mange af forslagets konkrete elementer baner vejen for en stærk almenmedicinsk sektor, der kan bidrage til at gøre sundhedsvæsenet mere robust. Efter Dansk Erhvervs opfattelse er almen praksis en særdeles afgørende indgang til sundhedsvæsenet, som kan bidrage til at sikre både en bedre behandling og forebyggelse i fremtidens sundhedsvæsen, som vil være præget af flere patienter med kroniske sygdomme, multisyge patienter og ældre patienter, som lever længere.

Dansk Erhverv 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. I stedet kan offentlig-privat samarbejde bane vejen for at skabe nye klinikformer og innovative samarbejdsmodeller, som netop bringer det almenmedicinske område tættere på patienterne.

Derfor er det et generelt problem, at der i lovpakken lægges op til en direkte favorisering af offentlige regionsklinikker. Hvis lovpakken vedtages som fremsat, vil regionerne/sundhedsrådene fremover kunne oprette egne klinikker uden foregående udbud. Dette ser vi i Dansk Erhverv som et meget alvorligt problem, da det giver regionerne mulighed for at kortslutte enhver form for konkurrence og kvalitetsudvikling med henblik på at tilgodese egne klinikker, uden at der er dokumentation for, at det kommer patienterne til gode. Dansk Erhverv opfordrer derfor kraftigt til, at den foreslåede ordning ”3.1. Flere og nye klinikformer” justeres, så private aktører sikres mulighed for at byde på opgaver i almen praksis på lige vilkår med regionerne. Dette vil også indfri forslagets ambition om at *side stille* regionsklinikker med øvrige klinikformer.

Specifikke bemærkninger

3.1. National model til fordeling af lægekapaciteter

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 længe har fremstået fastlåst i det tidligere overenskomstmonopol, som har gjort det vanskeligt at fremme nye klinikformer, samarbejdsmodeller og allokering af lægekapaciteter til de områder, hvor patienternes behov for en praktiserende læge er størst.

Dansk Erhverv opfordrer dog til, at fordelingsmodellen løbende revideres. Ikke blot efter ændrede geo- og demografiske behov, men også med udgangspunkt i udviklingen af tilbuddene på det almenmedicinske område, hvor nye og innovative tiltag kan bane vejen for behandling af flere patienter. Derfor er det afgørende, at fordelingsmodellen er dynamisk således, at lægekapaciteterne konstant fordeles efter, hvor behandlingsbehovene er størst.

Behov for fair og lige konkurrence

Dansk Erhverv bemærker, at det er regionsrådene og de enkelte forretningsudvalg, der har ansvaret for at sætte de overordnede rammer vedrørende økonomi og vilkår for private leverandører. Dansk Erhverv finder det afgørende, at disse vilkår fremmer en fair og lige konkurrence mellem offentlige og private leverandører. Dette kan sikres ved for eksempel anvendelse af kontrolbud og/eller vurdering af tilbudsgiveres pris på baggrund af OECD's anbefalinger om prissætning.

Lige rammer for samarbejde med praksissektoren i sundhedsrådene

Dansk Erhverv noterer sig, at sundhedsrådene også skal behandle sager, der vedrører den lokale planlægning af praksissektoren, som omfatter andre grupper end praktiserende læger. Dette gælder blandt andet speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer og fodterapeuter. Dansk Erhverv opfordrer til, at sundhedsrådene sikrer repræsentation fra alle relevante aktører i planlægningen af praksissektoren, så eventuelle fora for samarbejde og kvalitet ikke domineres af eller har bestemmende flertal fra enkeltaktører eller standsforeninger, som det tidligere er set i lignende samarbejdskonstellationer.

3.1.3.2. Minimumsantal patienter i den enkelte klinik i det almenmedicinske tilbud

Dansk Erhverv bakker op om, at grænsen på 1600 patienter pr. lægekapacitet ophæves, da det kan give et større incitament for praktiserende læger til at arbejde i lægedækningstruede områder. Dansk Erhverv støtter desuden, at ophævelsen af minimumsgrænsen skal understøttes af en genarbejdet model til vurdering af de enkelte patientgruppers behandlingsbehov. 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 Erhverv bemærker, at der i lovgivningen er lagt op til en vis fleksibilitet, hvilket også må forstås som gældende for loft for maksimalt antal af patienter i den enkelte klinik. Principielt fin-

der Dansk Erhverv det dog unødvendigt med et loft for maksimal kapacitet, da det fjerner incitamentet til at foretage innovative og effektiviserende tiltag i form af for eksempel længere åbningstider, kortere ventetider eller lign, som kan sikre flere patienter bedre adgang til almen praksis.

3.2. Begrænsning i ydernumre ejet af én læge

Dansk Erhverv er modstandere af en begrænsning i ydernumre ejet af én læge, da dette hæmmer muligheden for udbredelse af driftsoptimeringer eller forbedrende tiltag i patientoplevelsen på tværs af klinikker. Dansk Erhverv bemærker, at Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen har udgivet en rapport om den tandplejefaglige branche, der blandt andet konkluderer, at begrænsningen i ydernumre som en tandlæge må eje (to), kan gøre det sværere at høste stordriftsfordele på tværs af klinikker.¹ Med reformens ønske om at fremme nye klinikformer taget i betragtning, fremstår det derfor kontraproduktivt at begrænse i antallet af ydernumre, som én læge må eje.

Behov for modernisering af ydernummersystem i almen praksis

Dansk Erhverv mener, at der er behov for en modernisering af ydernummersystemet, så der åbnes for, at andre faggrupper eller aktører også vil have mulighed for at eje ydernummeret. Dette bør suppleres med et lovgivningsmæssigt krav om, at klinikken ansætter en virksomhedsansvarlig sundhedsperson, hvis opgave er at sikre, at klinikken lever op til regionerne/sundhedsrådenes krav til faglige og kvalitetsmæssige standarder og parametre.

Dansk Erhverv ønsker, at det afklares, hvilke regler for ejerskab af ydernumre, der omfatter større enheder, som for eksempel sundhedshuse. Dansk Erhverv opfordrer også på dette område til, at der sikres større muligheder for ejerskab af ydernumre for sundhedshuse, så det omfatter andre aktører end specifikke fagpersoner.

3.1. Flere og nye klinikformer

Regionsklinikker bør ikke favoriseres

Dansk Erhverv deler opfattelsen af, at der bør sikres bedre muligheder for at etablere flere og nye klinikformer. Forslagets indhold er dog i modstrid med dette ønske, da det udelukkende baner vejen for, at regionerne kan etablere deres egne tilbud i almen praksis uden at spørge markedet. Dansk Erhverv mener derfor ikke, at lovforslaget giver regionerne mulighed for at drive klinik på linje med udbudsklinikker og PLO-klinikker. Tværtimod favoriserer den nye lovgivning regionklinikker, som kan blive ”den lette politiske løsning”, når sundhedsrådene skal etablere nye tilbud i almen praksis, da en etablering af regionsklinikker kan finde sted, uden der tages højde for, om regionen er stand til at levere et tilbud i tilfredsstillende kvalitet på et ansvarligt økonomisk grundlag.

Dansk Erhverv advarer mod denne udvikling. En undersøgelse fra Dansk Erhverv har tidligere vist, at regionsklinikker er dyrere end andre klinikformer.² Ligeledes scorer regionsklinikkerne i

¹ Microsoft PowerPoint - 20211218 Tandlægeoplæg_final (hjemmesiden).pptx

² Analyse: Udbudsklinikker er billigere end regionsklinikker

Sundhedsstrukturkommissionens rapport, meget lavt på kvalitetsparametre som blandt andet tilgængelighed.³ Det bør også bemærkes, at regionerne også på andre områder har haft store udfordringer med at drive egen virksomhed på sundhedsområdet. Senest udtalte Rigsrevisionen kritik af regionernes drift af ambulancer.⁴

Forslag til ændring af lovtekst

Dansk Erhverv foreslår, at lovteksten ændres, så det fremgår tydeligt, at regionsrådet/sundhedsrådet har mulighed for at indgå aftaler med private leverandører på lige fod med etablering af regionsklinikker. Dette bør formuleres således:

“Med den foreslåede ordning får regionsrådet mulighed for at indgå aftaler med private leverandører eller drive regionsklinikker på lige fod med klinikker etableret af alment praktiserende læger.”

Det anbefales, at ovenstående lovtekst tilpasses den nationale opgavebeskrivelse og nye honorar-model for almen praksis, når disse lovgrundet for disse er på plads.

Udfordringsret for private aktører

Derudover foreslår Dansk Erhverv, 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.

Ovenstående vil bidrage til at sidestille offentlige og private leverandører. Samtidig vil etablering af en budget- og driftsmodel bidrage til at sikre et retvisende billede over de reelle udgifter til det almenmedicinske område og ydermere kunne anvendes som værktøj til monitorering af, om de valgte leverandører holder sig indenfor de aftalte økonomiske og kvalitetsmæssige rammer. Endeligt vil det også kunne skabe et retvisende sammenligningsgrundlag af driften i de forskellige klinikformer.

Dansk Erhverv stiller sig naturligvis til rådighed for yderligere bemærkninger

Med venlig hilsen

Katrina Feilberg
Branchedirektør

³ Sundhedsstrukturkommissionens rapport side 117

⁴ Beretning om drift af ambulancer i regionerne | Rigsrevisionen

Dansk Psykolog Forenings høringssvar af udkast til forslag om ændring af sundhedsloven (lovforslag om styrket almen medicin)

Dansk Psykolog Forening har den 11. februar 2025 modtaget høring af udkast til 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).

Dansk Psykolog Forening takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Dansk Psykolog Forening imødeser sundhedsaftalen og den markante omstilling af sundhedsvæsenet, som blandt andet skal sikre, at det primære sundhedsvæsen styrkes og tager større ansvar for flere patienter, både igennem en styrket forebyggelse og behandling. Dansk Psykolog Forening er enig i at der skal sikres løsninger, der vil skabe og understøtte et sammenhængende og nært sundhedsvæsen med mere social og geografisk lighed.

Dansk Psykolog Forening har følgende bemærkninger til udkast til 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).

Sundhedsråd

Dansk Psykolog Forening ser positivt på etableringen af de 17 sundhedsråd, som blandt andet skal sikre langt bedre sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenet og sundhedsindsatser i regioner, kommuner og praksissektor, samt øvrige tilbud. Derudover ser vi det som en nødvendig styrkelse af det nære sundhedsvæsen – herunder også det nære mentale sundhedsvæsen.

Dansk Psykolog Forening noterer, at i udkastet til forslag om lovændringen fremgår, at planlægningskompetencen, den lokale planlægning, dialog og tilrettelæggelse, i høj grad vil foregå i sundhedsrådene inden for overordnede rammer, vedrørende blandt andet økonomi og vilkår med private leverandører af almenmedicinske tilbud fastsat af regionsrådet under hensyn til den nationale fordelingsmodel.

Det fremgår yderligere, at sundhedsrådene skal behandle sager, der vedrører den lokale planlægning af praksissektoren, som bl.a. omfatter praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer, fodterapeuter m.fl. samt at rammer for lokale aftaler på praksisområdet med økonomiske implikationer i forhold til honorering forudsættes som udgangspunkt at ligge under forretningsudvalget, som har det umiddelbare ansvar for tværgående økonomiske forhold.

Dansk Psykolog Forening gør opmærksom på, at sundhedsrådene har et betydeligt fremtidigt arbejde med, at sikre varetagelsen af samarbejdet med og imellem sundhedspersoner - herunder psykologer - med ydernummer i praksissektoren og sekretariatsbetjening af praksissektorens samarbejdsudvalg og andre samarbejdsfora med henblik på at sikre en geografisk og lige adgang til behandling samt udarbejdelse af praksisplaner.

National fordelingsmodel af kapaciteter og lukkegrænser

Dansk Psykolog Forening bemærker, at den nationale fordelingsmodel vil fastsætte den overordnede nationale fordeling af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, ud fra befolkningens behandlingsbehov inden for et afgrænset geografisk område. Dansk Psykolog Forening finder, at en lignende model, baseret på relevante parametre for behandlingsbehovet af psykisk lidelse, er relevant for den offentlige psykolog-

ordning. Det er vigtigt, at planlægning, herunder antallet af ydernumre samt fordelingen af ydernummerpsykologers geografiske placering, sker ud fra et hensyn til, hvordan efterspørgslen fordeler sig i by og land. Der er behov for, at psykologordningen i højere grad afspejler sygdomsbilledet i befolkningen, hvor flere har behov for behandling samt sikre, at der ikke opstår regionale forskelle i adgangen til psykologbehandling.

Dansk Psykolog Forening anerkender det politiske ønske om en national fordelingsmodel. Vi vil dog samtidig henlede opmærksomheden på, at der er en risiko for en at svække aftalesystemet i praksissektoren. I dag aftales kapaciteten mellem praksisorganisationer og regionernes lønnings- og takstnævn. Der er mange parametre, udover parametre i den nationale fordelingsmodel, som bør ligge til grund for kapacitetsstyring, hvorfor dette fortsat bør aftales mellem parterne.

Dansk Psykolog Forening noterer, at det nærmere indhold og udmøntning af den nationale fordelingsmodel, og herunder blandt andet regionernes planlægning af det almenmedicinske tilbud i overensstemmelse hermed, vil blive fastsat ved bekendtgørelse. Dansk Psykolog Forening ser frem til at modtage denne bekendtgørelse i høring.

Regionsklinikker §227

Dansk Psykolog Forening noterer, at regeringen med sundhedsaftalen ønsker at fjerne de nuværende lovgivningsmæssige barrierer for at bruge andre permanente klinikformer end alment praktiserende læger, dette for at lette adgangen til behandling, tilpasse tilbuddene til særlige patientgrupper og give borgerne flere reelle valgmuligheder.

Dansk Psykolog Forening vurderer, at etablering af sundhedstilbud, som i dag varetages i praksissektoren, fortsat skal ske efter eksisterende konkurrencelovgivning. Det fremgår af lovforslaget, i det sammenfattende skema s.39, at etablering af klinikker ikke må være offentligt konkurrenceforvridende.

Dansk Psykolog Forening er bekymret for, om regionernes styring af behandlingsindsatser i fx en regionsklinik vil medføre en dårligere kvalitet for patienterne, da det erfaringsmæssigt har været svært at rekruttere fastansatte på ordinære ansættelsesbetingelser med samme kompetenceniveau, som sundhedspersoner med ydernummer har i dag, og man kan derfor være bekymret for, at der ansættes andre faggrupper med mindre erfaring og formelle kompetencer. Dertil kan man risikere, at regionsklinikker, med centraliseret drift og kapacitet, øger den geografiske ulighed og fjerner nærhedsprincippet sammenlignet med den brede geografiske placering af ydernumre i dag.

Overordnet set vil det være dyrere for samfundet at drive fx regionsklinikker, end at honorere de privatpraktiserende i praksissektoren med ydernummer, da der vil være udgifter til administration og faste udgifter til medarbejderne, herunder bl.a. pension, barsel, ferie, efteruddannelse mv., som det offentlige ikke finansierer i dag.

Honorarstruktur

Dansk Psykolog Forening noterer, at på længere sigt skal en ny honorarstruktur med differentierede honorarer for de alment praktiserende læger træde i kraft fra 1. januar 2027, dette som led i en ny og smalere central rammeaftale for de praktiserende læger, og at en ny honorarstruktur skal understøtte sammenhængen mellem lægernes honorar og borgernes sundhedstilstand og behandlingsbehov.

Dansk Psykolog Forening er opmærksom på, at det vil medføre u hensigtsmæssigheder at adskille den faglige opgavebeskrivelse fra vilkår og økonomi, i honorarsystemet, i aftalesystemet.

Det nære sammenhængende sundhedsvæsen

Det almen medicinske tilbud har i dag en nøglefunktion som behandler og gatekeeper til det resterende sundhedsvæsen

En del af opgaveomlægningen til almen praksis omfatter et styrket samarbejde mellem almen praksis og øvrige sundhedspersoner med ydernummer. Dansk Psykolog Forenings vurdering er derfor, at almen praksis, men også den resterende praksissektor, skal styrkes. Psykologordningen spiller en stor rolle ift. at behandle mistrivsel, psykisk lidelse og forebygge yderligere forværring, en opgave som almen praksis i langt større omfang skal kunne henvise borgere til. Dansk Psykolog Forening mener, at også kapaciteten, adgangen til og behandlingsmulighederne i den offentlige psykologordning bør styrkes og udvides. Det skal sikre, at flere borgere med psykisk lidelse eller kriser/traumer, der påvirker deres funktionsniveau, kan få rette behandling til rette tid.



25. februar 2025

Høring vedrørende lovforslag om styrket almen medicin

Dansk Psykoterapeutforening takker for muligheden for at afgive høringssvar til [lovforslaget om styrket almen medicin](#), herunder især ændringerne vedrørende flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud.

Efter Dansk Psykoterapeutforenings opfattelse er det vigtigt, at friheden til at drive permanente lægeklinikker for regionerne også omfatter en frihed fra begrænsningerne i overenskomsten mellem PLO og Danske Regioner for så vidt angår ydelser, brug af bestemte medarbejdergrupper m.v. i klinikkerne.

De regionale lægeklinikker bør dermed frit kunne tilrettelægge ydelser, deres indhold og brug af medarbejdergrupper m.v.

I dag må privatpraktiserende speciallæger (i denne sammenhæng psykiatere og børne- og ungdomspsykiatere), psykiatriske afdelinger, kommunale forvaltninger m.v. frit ansætte relevant personale, herunder ansætte og bruge Dansk Psykoterapeutforenings medlemmer - psykoterapeuter MPF - som behandlere, mens der i PLO-overenskomsten er et forbud mod at den praktiserende læge uddelegerer samtaleterapi til relevant personale. [Se her](#), hvor det fremgår, at ydelsen samtaleterapi SKAL leveres af en læge jf. PLO-aftalen.

Denne regel findes som nævnt ikke på andre områder og er efter Dansk Psykoterapeutforenings opfattelse en meget uhensigtsmæssig begrænsning, der ikke er begrundet i patientsikkerhed, da flere andre faggrupper end praktiserende læger udøver psykoterapi.

Dertil kommer, at psykoterapi er en faglighed i sig selv, der kræver en specialiseret uddannelse, som kun få praktiserende læger har.

Derfor bør de regionale lægeklinikker ikke være omfattet af denne type begrænsninger.

På vegne af Dansk Psykoterapeutforening

Pia Clementsen

Formand

Vibeke Lubanski

Sekretariatschef



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Borgernær sundhed

Sagsnr. 2024-11081

Høringssvar fra Dansk Selskab for Folkesundhed

8. marts 2025

Indsendt pr. mail til sum@sum.dk
CC. annb@sum.dk og gkh@sum.dk

Høringssvar vedrørende forslag til lov om ændring af sundhedsloven

(National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud)

Dansk Selskab for Folkesundhed (DSFF) vil gerne takke for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende lovforslaget om national fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge samt flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud.

Fordele ved lovforslaget:

DSFF ser positivt på lovforslaget, idet det understøtter en bedre fordeling af lægekapaciteter og dermed kan bidrage til at mindske geografiske sundhedsforskelle. Vi vil særligt fremhæve følgende fordele:

- **Bedre fordeling af læger:** Sikrer, at udsatte områder med stor sygdomsbyrde får flere ressourcer, hvilket vil forbedre sundhedsbetjeningen i disse områder.
- **Styrket behandlingskvalitet:** Patienter med størst behov får mere tid med deres læge, hvilket kan forbedre behandlingsforløbene.
- **Reducering af geografiske sundhedsforskelle:** Sikrer, at kvaliteten af sundhedsydelser ikke afhænger af borgerens bopæl.
- **Forbedret samarbejde:** Styrkelse af sammenhængen mellem almen praksis, kommunale sundhedscentre og hospitaler kan give mere helhedsorienterede patientforløb.

Forslag til forbedringer:

For at sikre, at den fremtidige sundhedslov ikke blot fokuserer på behandling, men også aktivt understøtter forebyggelse, foreslår DSFF følgende:

- **Forebyggelsessamtaler som en integreret del af patientforløbet.**
 - Krav om tæt og forpligtende samarbejde mellem almen praksis og kommuner i områder med høj sygdomsbyrde for at styrke helhedsorienterede indsatser. Dette kan understøttes af formaliserede samarbejdsaftaler mellem almen praksis og kommuner/regioner.
 - Krav om, at almen praksis aktivt henviser patienter til relevante forebyggelsestilbud.
 - Fokus på tidlig opsporing af sygdom og systematiske sundhedstjek i samarbejde med region og kommuner, understøttet af en passende honorering for almen praksis.

Ved at inkludere disse elementer i en fremtidig sundhedslov vil vi kunne skabe et sundhedsvæsen, der ikke alene behandler sygdom, men også aktivt forebygger og fremmer sundhed for alle borgere uanset social





Dansk Selskab for Folkesundhed

og geografisk baggrund. Et øget fokus på folkesundhedsinitiativer i praksissektoren vil desuden kunne aflaste hospitalerne og på sigt spare sundhedsvæsenet for betydelige udgifter.

Vi ser frem til det videre arbejde med lovforslaget og står til rådighed for yderligere dialog.

Med venlig hilsen

Christina Bjørk Petersen
Forperson Dansk Selskab for Folkesundhed



Høring over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud)

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) takker for muligheden for at afgive høringssvar til revideret bekendtgørelse om specialuddannelse i kræftsygepleje. Vi har sendt høringsanmodningen til vores medlemmer og har modtaget svar fra Uddannelsesrådet under DASYS og FS for psykiatriske sygeplejersker.

Uddannelsesrådet

- Generelt er der for ensidige fokus på lægedækning. Et godt og nødvendigt fokus, men det kan ikke stå alene.
- Uden samtidig fokus på de kommunale sygeplejersker og hvordan disse indgår i et:
- Stærkere diagnostisk beredskab hos de svækkede, syge, skrøbelige ældre/borgere – i et samspil mellem effektiv tidlig opsporings data ved sygeplejerskerne og hurtig diagnostik og behandling ved lægerne
- Mere lige adgang til sundheds for de svageste gruppe, ældre med svækkelser og sygdom, psykisk syge og mennesker med misbrug og social udsathed. Uanset hvor meget egen læge udnævnes til tovholder, så vil denne gruppe borgere slet ikke eller sparsomt henvende sig hos lægen. Det er de kommunale sygeplejersker, der i tæt samarbejde med deres kolleger i hjemmeplejen, kan sikre denne borgergruppes adgang til sundhed og de indsatser, der knytter sig til forebyggelse og sundhedsfremme.
- Hvis ønsker om effekt på de demografiske udfordringer og sundhedsvæsenets mere effektive håndtering af en voksende gruppe borgere med multisygdom og svækkelse, så skal de kommunale sygeplejersker skrives ind som part i indsatserne. Og deres nøglerolle være veldefineret via lovgivningsteksten.

FS psykiatriske sygeplejersker

- I punktet på side 5 der starter med Læger i områder med mange borgere med stort behandlingsbehov ...
- Selskabet vil gerne have tilføjet, at der med fordel styrke det nære sundhedsvæsen, ved at ansætte sygeplejersker, og benytte sig af sygeplejerskerne udvidende virksomhedsfelt. En styrkelse, kan ske ved at lade antallet at opjustere hvor mange patienter en læge må have, i forhold til hvor mange sygeplejersker der er ansat, som kan tage sig af forløbsprogrammer.
- Dertil ser vi i selskabet, det som helt naturligt, at der sker udvidelse af det nære sundhedsvæsen ved også at inddrage sygeplejersker der har specialist viden inden for det psykiatriske felt, som en del af udvidelsen af lægepraksisser. Og derfor kunne lukning af tilgang for nye nye patienter ændres ved både at have somatiske, såvel som sygeplejersker med psykiatrisk viden ansat.
- Vi ser det som naturligt at de kan varetage patienter der har lettere psykiatriske sygdomme, så som let til moderat depression, belastningsreaktioner, angst i mild grad, pårørende samtaler ect

- Dertil ser vi i FSPS, at sygeplejersker kan være en bindeleddet i forhold til Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling til sikre et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen med mere lighed, og som er nært og bæredygtigt (side 6 i høringen). Sygeplejersker kan med fordel ansættes hos privat praktiserende læger med det formål at være tværgående og tovholder når patienter visiteres videre eller benytter sig af andre dele sundhedsvæsenet.
- Derfor anbefaler vi overordnet set at antallet af sygeplejersker hos privat praktiserende læger kan bidrage til at en lægepraksis kan holde åbent for indtag af nye patienter - og dermed også styrke det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Med venlig hilsen

DASYS; Dansk Sygeplejeselskab



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Høringssvar til udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (lovforslag om styrket almen medicin)

Dansk Sygeplejeråd takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (lovforslag om styrket almen medicin).

Overordnet ser Dansk Sygeplejeråd positivt på en reformering af det almenmedicinske tilbud, som vi mener, har potentiale til at give mere ensartede tilbud, en stærkere styring og bedre sammenhæng til resten af sundhedsvæsenet.

For at indfri det fulde potentiale kræver det, at man også indtænker sygeplejerskerne i det almenmedicinske tilbud i udviklingen. Det er Dansk Sygeplejeråds primære opmærksomhedspunkt og omdrejningspunkt for høringssvaret, som ikke derudover indeholder tekstnære bemærkninger til lovudkastet.

Tiltrængt nytænkning rummer et endnu større potentiale

I det almenmedicinske tilbud er ca. 2.700 sygeplejersker beskæftiget, hvilket gør dem til den næststørste faggruppe efter de praktiserende læger, som udgør ca. 3.500.

Sygeplejerskerne spiller en væsentlig rolle i sikringen af høj kvalitet i de sygeplejefaglige opgaver som for eksempel blodprøvetagning, vaccinationer og stressamtaler.

Når det almenmedicinske tilbud derfor fremover skal "varetagelse en styrket og udbygget rolle i sundhedsvæsenet" (s. 4), så bør det tænkes med, hvordan alle relevante faggrupper kan bidrage til den udvikling.

Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
DK-1250 København K

mandag-torsdag 9.00-16.00
fredag 9.00-15.00

Tlf: +45 33 15 15 55

www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

Det gælder eksempelvis, når regeringen og aftalepartierne bag sundhedsreformen (2022 og gentaget i 2024) har sat et konkret mål om at øge antallet af praktiserende læger til 5.000 i 2035. Her bør antallet af sygeplejersker i almen praksis følge en tilsvarende udvikling.

Sygeplejersker i særlige roller frigiver lægekapacitet og styrker kvaliteten

Det fremgår af den politiske aftale om en sundhedsreform, at regeringen og aftalepartierne ønsker at styrke indsatsen særligt for mennesker med kronisk sygdom og multisygdom. Det skal bl.a. ske gennem pakkeforløb til mennesker med f.eks. KOL og diabetes.

For at indfri disse ambitioner, skal sygeplejerskerne i almen praksis tænkes med. De vil i høj grad kunne medvirke til at løfte kvaliteten for netop denne type af patienter, som ofte har komplekse forløb, hvor sygeplejersker har kompetencer til f.eks. at koordinere på tværs af sektorer og myndigheder.

Hvis sygeplejerskerne blev bragt mere selvstændigt i spil, f.eks. med udvidede beføjelser til sygeplejersker med special- eller videreuddannelse, ville det samtidig kunne frigive lægekapacitet, der ville skabe bedre rum til, at lægerne kan fokusere på den lægefaglige udredning, diagnosticering og behandling.

Særligt har sygeplejersker med videreuddannelse som Advanced Practice Nurse (APN) eller specialuddannelsen i borgernær sygepleje potentiale til at påtage sig særlige roller og et udvidet ansvar i det almenmedicinske tilbud.

De har kompetencer, der gør dem i stand til at arbejde helhedsorienteret med patienten, forebygge sygdom og sikre sammenhæng i komplekse patientforløb.

I lande som Irland, England og Holland har man i mange år satset på APN-sygeplejersker for bl.a. at reducere unødvendige indlæggelser og bruge ressourcerne bedre i et samlet sundhedsvæsen.

I Danmark har uddannelsen eksisteret siden 2019, og de første APN-sygeplejersker dimitterede i 2021. Erfaringerne er positive, men udbredelsen halter bagefter.

Ved at investere i special- og videreuddannelse for sygeplejersker i det almenmedicinske tilbud, vil man kunne nå endnu videre i den ønskede udvikling. Det vil kunne aflaste lægerne og styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom eller multisygdom, som sundhedsreformen særligt har til hensigt at løfte.

Nytænkning af klinikformer bør udvides

Dansk Sygeplejeråd vil særligt gerne kvittere for lovforslagets tredje hovedpunkt (§ 227 i sundhedsloven) om at fjerne de begrænsninger, som i dag hæmmer regionernes muligheder for at etablere og drive permanente regionale almenmedicinske tilbud, som iflg. lovforslagets bemærkninger vil give regionerne bedre muligheder for at "afprøve nye klinikformer" (s. 28).

I Dansk Sygeplejeråd deler vi overvejelserne i de indledende bemærkninger (s. 6) om, at der er behov for bedre at kunne tilpasse tilbuddene til lokale behov i forhold til f.eks. særlige patientgrupper samt, at adgangen til tilbuddene lettes.

I den forbindelse vil Dansk Sygeplejeråd pege på potentialet ved sygeplejerskeklinikker eller såkaldte "walk-in" klinikker, som man kender fra lande som USA og England, og som mange steder drives af APN-sygeplejersker.

I en sygeplejerskeklinik varetager sygeplejersker selvstændigt hele patientforløb og udfører sygeplejeopgaver inden for eksempelvis sårpleje, kroniske sygdomsforløb, vaccinationer, livsstilsvejledning og forebyggende sundhedsindsatser. Klinikken fungerer i tæt samarbejde med de praktiserende læger, men sygeplejerskerne har en selvstændig rolle i at håndtere og følge op på patientforløb.

Denne type klinikker kan bl.a. bidrage til at aflaste presset på det almenmedicinske tilbud og øge kvaliteten og tilgængeligheden for patienterne (f.eks. uden tidsbestilling).

I aftalen om en sundhedsreform fremgår det, at lovforslaget om nye klinikformer skal understøtte de patientgrupper, som "erfaringsmæssigt har oplevet udfordringer med at bruge de eksisterende, traditionelle tilbud". Man kunne forestille sig, at adgangen for denne type patienter ville blive lettet ved eksempelvis muligheden for at møde op uden forudgående tidsbestilling i en sygeplejerskeklinik.

Nytænkningen bag forslaget og de heraf styrkede muligheder hos regionerne for at sammensætte og afprøve klinikformer bør således være et godt afsæt til at lade sig inspirere af de gode erfaringer fra sygeplejerskeklinikkerne i udlandet.

Dansk Sygeplejeråd står til rådighed for en evt. uddybning og dialog om bemærkningerne.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Kristina Robins', written over a light yellow rectangular background.

Kristina Robins
2. næstforkvinde i Dansk Sygeplejeråd

Høringssvar på Lovforslag om styrkelse af almen medicin

Danske Ældreråd takker for muligheden for at afgive høringssvar til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (lovforslag om styrket almen medicin)

Ambitionerne om at skabe et stærkt og balanceret sundhedsvæsen, der er tættere på borgerne, kan vi kun være enige i er nødvendige. Det kræver en styrkelse af almen praksis, men også nogle nye rammer og incitamenter, så de lægefaglige kompetencer er til rådighed dér, hvor behovet er.

Demografien tegner et billede af, at flere og flere ældre bor uden for de større byer og har langt til lægehjælp, herunder både til praktiserende læge og når behovet for speciallæge opstår. Det er problematisk, hvis syge og svækkede ældre ikke ses af en læge, når behovet er tilstede. Og det kan få både kortvarige og langvarige konsekvenser for den enkelte, men også være urentabelt i et samfundsperspektiv.

Derfor er der brug for, at ressourcerne fordeles bedre på tværs af landet, så alle ældre har lige muligheder og adgang til lægehjælp i det almen medicinske tilbud - uanset om man bor i en større by eller et yderområde.

Danske Ældreråd bakker således op om, at fordelingen af lægekapaciteter skal ske efter en national fordelingsmodel, så patienttallet i den enkelte praksis bliver tilpasset behandlingsbehovet i det givne område.

Danske Ældreråd vil ikke kommentere nærmere på ny honorarstruktur, men er enig i, at der bør være incitamenter, som understøtter sammenhæng mellem lægernes honorar og borgernes sundhedstilstand og behandlingsbehov i områder med lægemangel.

Inger Møller Nielsen

Formand

Trine Toftgaard Lund

Direktør

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

09/03/25

Høringssvar til udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud)

Danske Bioanalytikere takker for muligheden for at kommentere på fremsendte lovforslag. Vi vil i høringssvaret udelukkende forholde os til den del af lovforslaget, som vedrører nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud.

Hovedbudskaber

- 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. Det er nødvendigt for at sikre kvaliteten af de diagnostiske ydelser.
- Det vil i regionsklinikker 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.

Bioanalytikere fra sygehuslaboratorierne indgår i dag i faste samarbejder med alle almenmedicinske tilbud via laboratoriekonsulentordningen, hvor de understøtter kvalitets sikring og -udvikling af diagnostik foretaget i almen praksis. Laboratoriekonsulentordningen er i dag en del af overenskomsten for almen praksis, og det er derfor vigtigt, at det også blive gældende i nye regionsklinikker, selvom de ikke følger overenskomst for almen praksis. Ellers vil man få forskellige standarder og kvalitet i de diagnostiske ydelser på tværs af almen praksis og regionsklinikker.

I Danske Bioanalytikere ser vi desuden en mulighed for at inddrage bioanalytikere i opgaveløsningen i nye regionsklinikker. Bioanalytikere arbejder allerede i almen praksis, hvor de især arbejder med de diagnostiske ydelser, kronikermonitorering, praksismanagement, akkreditering og almene opgaver som sårpleje, øreskylning og forbindelsesskift.

Sekretariatet
Peter Bangs Vej 7A, 3 etage
2000 Frederiksberg
Tlf: 4422 3246
dbio@dbio.dk
www.dbio.dk
Jyske Bank
5043-1308159

Når det almenmedicinske tilbud, herunder regionsklinikker, skal varetage kronikerindsatser med de kommende kronikerpakker, vil det være oplagt at inddrage bioanalytikere i den opgavevaretagelse. Bioanalytikere er eksperter i at vejlede kroniske patienter i at foretage egne løbende målinger og stå for kronikermonitoring.

Venlig hilsen

Martina Jürs
Forkvinde, Danske Bioanalytikere

Bitten Kaanbjerg Kristensen
Næstformand, Danske Bioanalytikere



Sundheds- og Indenrigsministeriet

Slotsholmsgade 10-12

DK-1216 København K

Høringssvar til høring over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud)

Dato:

24-02-2025

Email:

jpv@fysio.dk

Tlf. direkte:

3341 4608

Danske Fysioterapeuter takker for udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud).

Danske Fysioterapeuter bemærker, at det indgår i overvejelserne bag lovforslaget, at de nuværende muligheder for, at en læge kan eje op til seks ydernumre, i visse tilfælde har rejst tvivl om, hvorvidt ejerlægen i praksis kan overholde og efterleve Overenskomsten om almen praksis og øvrige regler for praksis-driften i alle klinikkerne, herunder om ejerlægen kan føre kontrol hermed.

Med Aftalen om en sundhedsreform af 15. november 2024 blev aftalepartierne derfor enige om at begrænse antallet af ydernumre, som kan ejes af én læge i det almenmedicinske tilbud fra de nuværende seks til tre. Aftalepartierne har med forslaget om at begrænse antallet af ydernumre, som én læge kan eje, ønsket at sikre, at sundhedskoncerner ikke overtager kontrollen med ydernumre i almen praksis.

Lovforslaget skal hertil ses i sammenhæng med Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling om at begrænse antallet af ydernumre, som en læge kan eje. Dette ligeledes med henblik på at vanskeliggøre sundhedskoncernernes de facto overtagelse af kontrollen indenfor den del af det almenmedicinske tilbud, som er reguleret ved overenskomst.

Danske Fysioterapeuter er helt enige i intentionen bag dette initiativ.

Danske Fysioterapeuter har i forbindelse med de seneste forhandlinger om fornyelse af praksisoverenskomsterne på fysioterapiområdet ligeledes problematiseret, at ejerskab af flere forskellige klinikker indebærer en risiko

for, at ejer ikke kan sikre tilstrækkelig faglig og økonomisk ansvarlighed i driften af de enkelte klinikker, ligesom det indebærer en risiko for at sundhedskoncerner i realiteten vil overtage kontrollen af en del af det fysioterapeutiske tilbud i praksissektoren.

Overenskomstens parter blev med den nye overenskomst i 2023 enige om at begrænse antallet af klinikker, som kan ejes af samme fysioterapeut, til 6, ligesom det var kendt fra almen lægeoverenskomsten. Danske Fysioterapeuter tilkendegav dog i aftalen, at foreningen i overenskomstperioden ville arbejde for yderligere begrænsninger i mulighederne for koncentration af ejerskab.

Danske Fysioterapeuter ser derfor frem til, at skærpelsen af reglerne på almen lægeområdet kan føre til forhandlinger om en tilsvarende skærpelse af reglerne i praksisoverenskomsten på fysioterapiområdet.

Det vil sige, at det kan aftales, at det fremover kun vil være muligt for en eksisterende ejer eller medejer af en fysioterapeutklinik at blive ejer eller medejer af yderligere en klinik, hvis ejeren i forvejen ejer færre end 3 klinikker med ydernummer.

Desuden er det vigtigt, at reglen i fysioterapioverenskomsten om ejerskab ved klinikker i praksisformen Aps ændres, så den svarer til reglen i almen lægeoverenskomsten. Nemlig at klinikken (anpartskapitalen) skal være ejet 100% af en ejer med ydernummer. Ellers vil der stadig være en åben mulighed for at omgå de skærpede regler, og derfor fortsat risiko vedr. sikring af faglig og økonomisk ansvarlighed på klinikkerne samt risiko for at sundhedskoncerner i realiteten vil overtage kontrollen af en del af det fysioterapeutiske tilbud i praksissektoren.

-0-

Danske Fysioterapeuter har ikke yderligere bemærkninger til høringen og står naturligvis til rådighed, hvis ministeriet ønsker vores høringssvar uddybet.

Med venlig hilsen

Jeanette Præstegaard

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

E-mail: sum@sum.dk, cc: annb@sum.dk og gkh@sum.dk

Høringssvar vedr. udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (National fordeling og styring af det lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud)

Danske Patienter takker for muligheden for at afgive høringssvar til det fremsendte udkast til forslag til lov om national fordeling og styring af det almenmedicinske tilbud mv.

Lovforslaget er en del af den første lovpakke til udmøntning af sundhedsreformsaftalen fra november 2024, og med forslaget implementeres en række forslag, som skal bidrage til en samlet styrkelse af det almenmedicinske tilbud, herunder lige adgang til behandling på tværs af landet.

Danske Patienter er grundlæggende positive omkring lovforslaget. Vi mener, at sundhedsreformens initiativer er vigtige og nødvendige skridt i retning af et almenmedicinsk tilbud, som kan udvikle sig i takt med patienternes og det samlede sundhedsvæsens behov – og som dermed kan komme flere patienter til gode.

National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud

Med lovforslaget gives indenrigs- og sundhedsministeren hjemmel til at fastsætte en national model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud. Modellen skal tage højde for forskellige landsdeles patientsammensætning og deres behandlingsbehov, således at der er flere læger til færre patienter med større behov for behandling. Det er positivt, at der fra nationalt hold sker en fordeling af lægekapaciteterne, så de områder, hvor patienterne har størst behandlingsbehov – og hvor det typisk har været sværere at tiltrække læger – får mere attraktive vilkår for lægernes virksomhed. Forslaget er af nogle blevet udlagt som tvang af lægerne. Det mener vi langt fra. Der er derimod tale om en styringsmekanisme, som sikrer, at lægerne søger derhen, hvor behovet og stillingerne er – præcis som i det øvrige jobmarked.

I dag kan en lægepraksis lukke for optag af nye patienter, når der er tilknyttet 1.600 patienter pr. lægekapacitet. Med lovforslaget vil der fremover ikke være en fast grænse, men patienttallet i den enkelte klinik skal derimod differentieres ud fra patientsammensætningen i klinikken og i området. Det er regionsrådet, som med udgangspunkt i den

Dato:
7. marts 2025

Danske Patienter
Kompagnistræde 22, 1. sal
1208 København K

Tlf.: 33 41 47 60

www.danskepatienter.dk

E-mail:
jk@dankepatienter.dk

Cvr-nr: 31812976

Side 1/3

ationale fordelingsmodel fastsætter det antal af patienter, en klinik som minimum skal have tilknyttet, før klinikken har ret til at lukke for tilgang af nye patienter. Danske Patienter mener, at dette er en nødvendig mekanisme, som vil sikre, at alle patienter i et område får adgang til et almenmedicinsk tilbud.

Side 2/3

Det fremgår af lovforslaget, at der også fremadrettet vil være en vis fleksibilitet i forhold til at lukke for tilgang af nye patienter. En klinik kan således søge om godkendelse om lukning ved et lavere antal patienter, hvis der er et ønske herom. Det er vigtigt, at denne fleksibilitet videreføres, så man ikke risikerer, at praktiserende læger føler sig tvunget til at optage flere patienter end de kan varetage. Dette er ikke i nogens interesse – hverken patienters, lægers eller myndigheders. Danske Patienter har derfor tiltro til, at regionsrådene går til opgaven på en balanceret og inddragende måde, hvor de praktiserende læger tages med på dialog om fastsættelsen af normtallet.

En naturlig følge af det nye differentierede normtal er, at nogle læger – formentlig særligt i de større byer, hvor behandlingsbehovet er mindre – skal optage flere patienter, end de har i dag. Det betyder, at mens nogle patienter vil få nemmere adgang til et almenmedicinsk tilbud, end de har i dag, vil andre patienter få dårligere tilgængelighed. Danske Patienter er enige i, at det er nødvendigt at prioritere adgangen for patienter med et stort behandlingsbehov, hvis vi skal komme den alt for store ulighed i sundhed til livs. Derfor bakker vi op om både intentionerne bag forslaget og den foreslåede ændring. Vi vil dog påpege, at borgere uden et stort behandlingsbehov også har behov for at kunne komme til praktiserende læge, og at det for denne gruppe af og til også kan være nødvendigt med en konsultation uden lang ventetid. Almen praksis er indgangen til det øvrige sundhedsvæsen, og den praktiserende læge skal derfor være tilgængelig for alle – også de *'raske og ressourcestærke'*, som kun af og til har behov for sundhedsfaglig hjælp. Danske Patienter opfordrer til, at konsekvensen af forslaget for denne gruppe af 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. Det kan for eksempel være ved ansættelse af mere hjælpepersonale i klinikker med et højt patienttal.

Flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud

Med lovforslaget fjernes de nuværende begrænsninger for at etablere og drive permanente regionale almenmedicinske tilbud. Det indebærer blandt andet, at regionen ikke er forpligtet til at afsøge, om en praktiserende læge ønsker at overtage et ydernummer efter overenskomsten, før der kan etableres en regionsklinik, ligesom regionsklinikkerne ikke længere nødvendigvis er midlertidige, men kan etableres med et permanent sigte.

Danske Patienter har længe argumenteret for, at det skulle være muligt at etablere permanente alternativer til overenskomstbaserede almenmedicinske tilbud. Derfor hilser vi naturligvis den foreslåede ændring meget velkommen. Regionsklinikkerne har i en årrække været et godt alternativ for de (yngre) læger, der ønsker at arbejde inden for almen medicin, men som ikke nødvendigvis ønsker at være selvstændigt erhvervsdrivende. Vi har en stærk tro på, at ansættelse i

en regionsklinik vil blive endnu mere attraktivt for en stor gruppe af læger, når regionsklinikken ikke anses som en midlertidig nødløsning, men som et reelt alternativ til de klassiske klinikformer.

Også blandt patienterne er der forskellige præferencer, når det kommer til det almenmedicinske tilbud. Mens nogle synes, det er vigtigere at kunne få en hurtig tid end at komme til den samme læge hver gang, vægter andre kontinuitet over tilgængelighed. Det gør sig særligt gældende for mennesker med kronisk sygdom, langvarig sygdom og sårbare patientgrupper. Der bør være opmærksomhed på, hvordan kontinuiteten kan fastholdes i de nye organiseringsformer særligt for denne gruppe – og på, hvordan alle patienter sikres adgang til det almenmedicinske tilbud, som bedst imødekommer den enkeltes præferencer. Her er det bl.a. positivt, at det bliver muligt for patienter aktivt at vælge tilmelding hos en regionsklinik.

Side 3/3

For at sikre, at regionsklinikkerne imødekommer forskellige patienters forskellige præferencer, opfordrer vi til, at det i den konkrete tilrettelæggelse af regionsklinikkerne bliver muligt for patienterne selv at vælge hvilken læge, de ønsker konsultation ved – som det er muligt i de fleste kompagniskabspraksis i dag. Det giver patienten mulighed for selv at afveje hensynet mellem tilgængelighed og kontinuitet i den konkrete kontekst.

Planlægning og udmøntning af øvrige initiativer om det almenmedicinske tilbud

Det fremgår af lovforslaget, at den nationale fordelingsmodel skal udarbejdes under inddragelse af eksperter. Danske Patienter opfordrer til, at patient- og pårørendeperspektivet tænkes ind som en central del af vidensgrundlaget og stiller sig gerne til rådighed for arbejdet.

Vi ser desuden frem til at følge og bidrage til arbejdet vedr. en ny styring af det almenmedicinske tilbud, som skal træde i kraft 1. januar 2027. Her er det væsentligt, at en bred vifte af relevante interessenter – herunder repræsentanter for patienter, praktiserende læger og andre faggrupper – bliver inddraget i det forberedende arbejde.

Med venlig hilsen



Morten Freil
Direktør



Indenrigs- og Sundhedsministeriet

sum@sum.dk

cc annb@sum.dk og gkh@sum.dk

EMN-2023-00716
1759077

Høringssvar vedr. udkast til Lovforslag vedr. ændring af Sundhedsloven (national fordeling og styring af lægekapaciteter i det almen medicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almen medicinske tilbud)

Danske Regioner fremsender hermed høringssvar til lovforslaget om at ændre Sundhedsloven vedr. det almene medicinske område. Danske Regioner ser meget positivt på, at der med den politiske aftale om sundhedsreform tages det første skridt til at skabe rammerne for et fagligt styrket og mere koordineret almen medicinsk tilbud til alle borgere i landet.

Regionerne stiller sig positivt overfor indholdet i lovforslaget, herunder at den overordnede kapacitetsstyring fremadrettet sker i henhold til en model baseret på objektive kriterier, som skal sikre en mere hensigtsmæssig fordeling af praktiserende læger både på landsplan og regionalt.

Med henblik på at sikre, at lovforslaget indfrier de overordnede formål, har Danske Regioner nogle opmærksomhedspunkter, som gennemgås nedenfor, bl.a. om lidt mere tydelighed på visse områder. Dette skal ikke tage fokus fra, at der generelt er stor opbakning til indholdet i lovforslaget.

National model for fordelingen af lægekapaciteten

Af bemærkningerne til lovforslaget fremgår det, at den nationale fordelingsmodel som udgangspunkt vil fordele lægekapaciteter inden for det geografiske område under det enkelte sundhedsråd. Det fremgår desuden, at den nationale fordelingsmodel vil skulle sætte rammerne for en fordeling af læger i det almenmedicinske tilbud, der afspejler de geografiske forskelle i befolkningens behandlingsbehov. Behandlingsbehovet vil i modellen blive estimeret inden for et afgrænset geografisk område med afsæt i blandt

andet befolkningens demografiske, socioøkonomiske og sundhedsmæssige karakteristika. Den nationale fordelingsmodel vil således skulle ligge til grund for en bedre og mere ligelig lægedækning i det almenmedicinske tilbud hele landet.

Danske Regioner finder det meget positivt, at lovforslaget lægger op til, at fordelingen af kapaciteten af læger mellem geografiske områder i landet skal baseres på sygdoms-tyngden hos befolkningen i områderne. Dette vil skabe lighed i det tilbud, som borgeren har mulighed for at benytte på tværs af landet. Og det vil være udgangspunktet for, at lægen tidsmæssigt kan prioritere de mest behandlingskrævende patienter. I den videre udmøntning bør der ses på, hvilke forhold der kan begrunde, at regionen fraviger den beregnede fordeling ud fra en konkret vurdering.

Det kompetencemæssige forhold mellem regionsråd og sundhedsråd

I lovforslaget beskrives kompetenceforholdet mellem sundhedsråd og regionsråd. Det fremgår, at regionsrådet i en ny organisering vil have det samlede ansvar for sundhedsplanlægningen og ressourcefordelingen i regionen. Det fremgår endvidere, at sundhedsrådene i enhver henseende er undergivet regionsrådets instruktioner og beslutninger, og at det således vil være op til regionsrådet at beslutte, hvilke sagstyper under sundhedsrådene, som skal forelægges regionsrådet og/eller forretningsudvalget.

Danske Regioner bakker op om, at regionsrådet indenfor den nationalt givne ramme, får kompetencen i forhold til den regionale planlægning og fordeling af kapaciteten, mens Sundhedsrådene indenfor den af regionsrådet givne ramme, forestår den nærmere lokale planlægning, dialog og tilrettelæggelse.

Det fremgår af lovforslaget, at klinikker der ønsker et lavere antal patienter pr. kapacitet end lukkegrænsen, fortsat skal søge om godkendelse i Samarbejdsudvalget for almen praksis indtil 1. januar 2027, hvorefter det er sundhedsrådet, der skal ansøges. For en god ordens skyld og under henvisning til regionens overordnede forsyningsforpligtelse og muligheden for at inddrage et helhedshensyn i beslutninger og sikre en ensartet administration er det vigtigt, at kompetencen til at udstikke rammerne for også denne opgave med at håndtere sager om nedsat patienttal og flytning af praksis placeres entydigt centralt i regionsrådet – og ikke alene i det enkelte sundhedsråd. Hvis kompetencen til at dispensere for åbne-/lukkegrænser placeres i det enkelte sundhedsråd, vil det stride mod den planlægningskompetence, der er placeret hos regionsrådet.

Fordeling af lægekapacitet på tværs af geografiske områder og minimumsantal patienter i den enkelte klinik

Lovforslaget lægger op til, at de såkaldte åbne-/lukkegrænser for patientoptag i de enkelte klinikker fremadrettet skal afspejle patienttyngden i praksis. Danske Regioner er enig i, at der mellem læger skal være forskel i lukkegrænser, særligt henset til at der kan være betydelige forskelle i det tidsforbrug, der er behov for til den enkelte patient. Danske Regioner finder det afgørende, at en model for differentieret patienttal på et senere

tidspunkt følges af en tilsvarende model for differentieret basishonorar, så honorering, patienttal og tidsforbrug følges ad i højere grad end det sker på nuværende tidspunkt. Det bør i den henseende være de samme parametre, der ligger til grund for henholdsvis fordeling af kapacitet, patienttal og basishonorar.

Der er flere punkter i lovforslaget, hvor det stadig er uklart, hvilke rammer der er for styring af kapaciteten. Lovforslaget lægger op til på den ene side at styrke den regionale myndighedskompetence i forhold til kapacitet. Fx vedrørende beslutninger om lukkegrænser, som fremadrettet besluttet af regionen. På den anden side skal fordelingen af læger ligge indenfor rammerne af en national fordelingsmodel, hvor fordelingen skal ske "under hensyn til den nationale fordelingsmodel". Snitfladen mellem fordelingsmodellen og den regionale planlægningskompetence kan med fordel tydeliggøres.

Det kan også tydeliggøres, hvad det betyder, når det under lovbemærkningerne fremgår, at regionen ved fastlæggelse af den enkelte kliniks lukkegrænse "skal lægge vægt på patienternes behandlingsbehov i området og i klinikken". Det forventes, at den nationale fordelingsmodel netop lægger vægt på behandlingsbehovet hos borgerne. Såfremt dette skal vurderes forskelligt, afhængigt af den sammenhæng, hvori det anvendes, bør dette beskrives nærmere. I lovbemærkningerne nævnes også, at patientsammensætningen/behandlingsbehovet i *området* skal indgå i beslutningen om fastsættelse af patienttal for den enkelte klinik. Det er uklart, hvordan et sådant område defineres, og hvem der har kompetencen til det.

Behov for at kunne afvige fra den nationale fordelingsmodel i ekstraordinære situationer

Danske Regioner vurderer, 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. klinikkens åbne- / lukkegrænser - i såvel opad- og nedadgående retning. Lovgivningen kan med fordel definere og eksemplificere, hvilke situationer, som er ekstraordinære. Hændelser og situationer, som ikke umiddelbart kan forudses, og hvor der kan være behov for at afvige fra en model baseret på behandlingsbehov. Det kunne være, hvis mange læger er tæt på pensionsalderen, pludseligt ophør af klinik eller høj befolkningsvækst i et lokalområde. Danske Regioner bidrager gerne med yderligere eksempler. Det fremgår allerede af lovbemærkningerne på s. 21, at modellen fortsat skal rumme en vis fleksibilitet. Danske Regioner bakker op om, at det også fra 2027 er mulighed for at tage hensyn til visse individuelle og velbegrundede forhold i fastlæggelse af lukkegrænsen. Danske Regioner forstår i den henseende, at lovforslaget hjemler, at regionen både kan fastlægge, hvornår lægen *kan* lukke for tilgang (nedre lukkegrænse) og grænsen for hvornår lægen *skal* lukke for tilgang (øvre lukkegrænse).

Lægges der en stram kapacitetsstyring ned over områder, hvor der er en god lægedækning og hvor praksis kan sælges uden problemer, kan det hæmme regionernes muligheder for at skabe lægedækning via et regionalt tilbud eller en anden leverandørform.

Danske Regioner foreslår, at en kommende Sundhedslov indeholder en hjemmel til, at regionerne kan frikøbe et ydernummer, når en læge vælger at afhænde sin praksis. Aktuelt kan regionen godt købe ydernumre, men kun hvis lægen vælger at sælge til regionen. En sådant frikøb af praksis skal tage udgangspunkt i markedsprisen. Muligheden skal kun bruges helt undtagelsesvist og i ekstraordinære situationer, og det skal ikke påvirke de nuværende regler for opslag af ydernumre, herunder at ydernumre, som ikke kan afhændes falder tilbage til regionen som såkaldte 0-ydernumre. Hjemlen vil kunne være et redskab i mange forskellige situationer, hvor der er behov for at frigøre kapacitet indenfor en på forhånd fastlagt ramme. Fx er sundhedsrådenes geografiske område i nogle situationer af en størrelse, hvor et byområde kan "trække den samlede kapacitetsfordeling op", selvom der kan være dårlig dækning i et andet lokalområde indenfor sundhedsrådet. Her vil man ikke kunne udvide kapaciteten, men det kan være relevant at omfordele den. 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.

Danske Regioner og regionerne ser frem til at blive inddraget i processen vedrørende udmøntning af loven, hvor en række detailforhold om den fremadrettede administration og styring af området konkretiseres. Både før og under denne proces er der brug for, at der skabes adgang til data- og beregningsgrundlag for den nationale fordelingsmodel.

Implementering og overgang til en ny model for kapacitetsstyring

I henhold til lovforslaget bemyndiges ministeren til at fastlægge den nationale model ved en bekendtgørelse, som først fremsættes i april, når modellen skal træde i kraft 1. juli 2025. Det giver meget kort tid til at implementere modellen i regionerne. Der bør derfor overvejes at definere en overgangsperiode.

For de klinikker der skal øge deres patienttal, bør der tages hensyn til, at lægerne kan have brug for tid til at ansætte personale og udvide de fysiske rammer, idet der nogle steder, særligt i bynære områder, kan være lokalemæssige udfordringer, hvis en praksis skal håndtere flere patienter. Der bør derfor tages stilling til en overgangsperiode, fx på seks måneder, hvor øgningen af patientkapaciteten sker gradvist.

Det fremgår af lovbemærkningerne på s. 46, at en klinik, der får tilladelse til at lavere patienttal ikke kan fraskrive sig patienter som følge af en lavere lukkegrænse. Danske Regioner bakker op om dette, da man ellers risikerer at forværre lægedækningen, hvis der ikke samtidigt rekrutteres flere læger.

Der bør imidlertid være opmærksomhed på Bekendtgørelse om valg og skift af læge (bek.nr. 605 af 4/6 2024), idet der er flere patientgrupper (børn, samlevende mm.), der fortsat har ret til at blive tilmeldt klinikken, selv om der er lukket for tilgang af patienter. Der kan derfor blive tilmeldt patienter, selvom lægen har lukket for tilgang, og der kan

gå lang tid, før patienttallet falder. Lovforslaget begrænser heller ikke klinikkernes mulighed for at køre videre med det nuværende patienttal eller evt. et højere, da der er tale om et minimumstal. Med afsæt i et økonomisk perspektiv er der risiko for, at de læger som driver praksis i områder med en overvægt af behandlingskrævende patienter, vil modsætte sig en udvikling, hvor de skal have færre patienter, da de i en ny honorarstruktur – alt efter patientsammensætningen – kan forvente at få en øget indtjening ved at beholde eller øge antallet af tilmeldte patienter.

Danske Regioner foreslår, at der i takt med, at der kommer flere læger til et område skabes hjemmel til at omfordele patienter, så praksis med høje patienttal aflastes. Dette med henblik på at sænke patienttallet pr. læge, frigive mere af lægens tid til de mest sårbare og syge borgere, samt gøre det muligt for nye læger at etablere sig.

Hjemmel til at yde honoreringsmæssigt tilskud i lægedækningstruede områder

Tiltag om lukkegrænser og kapacitetsstyring er store skridt på vejen mod en bedre lægedækning, men gør det ikke alene i forhold til at rekruttere et tilstrækkeligt antal læger i alle dele af landet. Det er nødvendigt at supplere de i loven indførte styringsmuligheder med tiltag, der kan sikre rekruttering af læger, for ellers vil et lavere patienttal som nævnt kun medvirke til at forstærke lægedækningsproblemerne. Derfor bakker Danske Regioner op om, at lovforslaget indebærer, at der i en midlertidig periode indsættes en hjemmel i Sundhedsloven til at yde honoreringsmæssigt tilskud praktiserende læger, og at der også er afsat økonomi i en midlertidig periode til at styrke lægedækningen. Regionerne ser flere muligheder for brug af øremærkede midler, fx investeringer i at etablere faglige miljøer i områder, der ligger med en afstand til de store universitetsbyer.

Det bemærkes, at det jf. side 16 i lovbemærkningerne fremgår, at der kan ydes økonomisk tilskud til enkelte læger i lægedækningstruede områder. Det er ikke nærmere beskrevet, hvornår et område defineres som værende ramt af lægemangel. Skal dette alene forstås som et område, hvor der er ubesatte kapaciteter i forhold til det antal, som er fastsat efter den nationale fordelingsmodel? Hvis ikke, bør det præciseres, hvilke forudsætninger der skal gøre sig gældende i et område, for at det kan karakteriseres som værende ramt af lægemangel, eller om det er op til regionsrådet selv at vurdere i forbindelse med plankompetencen.

Begrænsning i antallet af ydernumre én læge kan eje

Muligheden for at en læge kan eje flere ydernumre kan være medvirkende til at sikre bedre lægedækning. Der har været sager fremme i offentligheden om, at nogle af disse klinikker ikke har kunne tilvejebringe den ønskede kontinuitet i patientbehandlingen, samtidig med at der ikke har været tilstrækkelige med muligheder for regionerne til at få indblik i virksomhedens forhold. Danske Regioner bakker op om at ændre bestemmelsen, så antallet af klinikker, en læge kan eje, reduceres til tre. Danske Regioner vurderer dog også, at der er brug for transparens om tilrettelæggelse i de almen medicinske klinikker, herunder om de kontraktuelle aftaler mellem ejerlæge og leverandør. Lo-

ven bør derfor understøtte en bedre transparens i forhold til bl.a. regnskabs- og kontraktforhold i almen medicinske tilbud. Det bør gælde uanset, hvor mange ydernumre, en læge ejer.

Det bør endvidere præciseres i loven, hvordan "en læge" skal forstås. Hvis en læge skal forstås bogstaveligt, så vil klinikker med en flerhed af læger, fx et kompagniskab på tre læger, hver især kunne eje op til tre ydernumre. Dvs. i eksemplet med tre læger vil de tilsammen kunne eje ni ydernumre. Forstås en læge, som en flerhed af læger der sammen ejer en praksis, og dermed sammen kan drive andre praksis, får loven en anden betydning. Den præcise forståelse af dette bør udspecificeres. Typisk forstås udtrykket "lægen" i overenskomstsammenhæng, som de læger der ejer et ydernummer, men dette er ikke konsekvent beskrevet i overenskomsten.

Flere og nye klinikformer i det almen medicinske tilbud

Det er meget positivt, at lovforslaget lægger op til at fjerne begrænsninger for etableringen af regions- og udbudsklinikker.

I lovbemærkningerne nævnes, at den nye tilrettelæggelse af kapacitetsstyring skal ses i sammenhæng med, at regionerne gives udvidet ledelses- og planlægningskompetence af det almenmedicinske tilbud, herunder muligheder for at benytte flere og nye klinikformer som led i en ny styring af det almenmedicinske tilbud. Det fremgår endvidere, at regionen kan etablere tilbud, der er målrettet fx de kommunale senge, plejehjem og botilbud. Endeligt fremgår, at forslaget medfører, at regionsrådet får mulighed for at afprøve nye klinikformer, hvor det almen medicinske tilbud kan tilpasses og målrettes særlige patientgrupper (s. 51).

Danske Regioner foreslår, at det tydeliggøres i lovgivningen, at regionerne kan drive delopgaver af de almen medicinske tilbud. I lovforslaget fremgår det fx, at gruppe 1-sikrede skal kunne vælge de regionale almenmedicinske tilbud som deres lægetilbud, samt at regionsklinikker på længere sigt skal efterleve krav, der stilles med hjemmel i lov ved en national fastlagt opgavebeskrivelse. Det er dermed uklart, om lovforslaget indebærer, at regionen kan vælge at hjemtage delopgaver, som ellers ligger i et almen medicinsk tilbud, jf. den nationalt fastlagte opgavebeskrivelse.

Der er behov for at loven understøtter fleksibilitet i forhold til nedenstående to scenarier:

- hvis regionen vælger at hjemtage en *opgavemæssig del* af det almen medicinske tilbud uden at etablere et fuldt almen medicinsk tilbud, dvs. patienten skal ved siden af have egen læge.
- Hvis regionen vælger at etablere et fuldt almen medicinsk tilbud til en bestemt *målgruppe*, fx hjemløse, uden at patienterne også skal have en anden "egen læge", som patienten er tilmeldt ved siden af.

I nogle situationer kan regionerne have behov for at oprette klinikker eller lægedækning målrettet afgrænsede almen medicinske opgaver, og det kan derfor være hensigtsmæssigt, at patienten beholder egen læge. Derved vil tilbuddet afvige fra den nationalt fastlagte opgavebeskrivelse i det almen medicinske tilbud. Lovforslaget bør sikre, at regionerne opgavemæssigt kan understøtte regionalt lægedækkede sundheds- og omsorgs-pladser eller andet som supplerer det almen medicinske tilbud, og som reelt erstatter en opgave, almen medicinske læger varetager i dag.

I andre situationer kan der være behov for at etablere et fuldt almen medicinsk tilbud til en bestemt målgruppe, fx plejehjemsbeboere eller til hjemløse. Flexklinikken på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital i Region Hovedstaden er et eksempel på et alment medicinsk tilbud til socialt udsatte, der aktuelt er finansieret af en regional bevilling. Her er der ikke "åbent for tilgang for alle" som i andre praksis, og der er desuden et krav om at patienterne fortsat *også* er tilmeldt hos egen læge, jf. gældende lovgivning og overenskomst.

Regionerne opfordrer til, at loven giver den fornødne fleksibilitet. Det er vigtigt, at hjemlen fremgår mere tydeligt af selve lovteksten, og ikke kun i lovbemærkningerne.

Økonomiske konsekvenser

De midlertidige midler som er afsat i 2025 og 2026 erstattes fra 2027 af differentieret honorering. Det bemærkes, at den økonomiske støtte målrettet bedre lægedækning kan have fordelingsmæssige konsekvenser for regionerne fra 2027, idet lægedækningsproblemerne ikke er geografisk jævnt fordelt, og den nationale fordelingsmodel forudsætter, at der sker en omfordeling af væksten i læger og senere hen af midler til praktiserende læger.

Med venlig hilsen



Anders Kühnau
Formand, Danske Regioner



Mads Duedahl
Næstformand, Danske Regioner



D. 6. marts 2025

Høringssvar fra Dansk Samfundsmedicinsk Selskab vedrørende Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (lovforslag om styrket almen medicin)

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab (DASAMS) takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende forslaget til lov om ændring af sundhedsloven, der omhandler national fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge samt introduktion af flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud.

DASAMS repræsenterer samfundsmedicinske læger som arbejder på mange forskellige niveauer af det danske sundhedsvæsen og besidder viden om sundhedsvæsenets organisering, patientsikkerhed, kvalitet, samarbejde på tværs af sektorer, ulighed i sundhed, socialmedicin, rehabilitering og sundhedsplanlægning.

DASAMS har følgende bemærkninger til de tre hovedpunkter i lovforslaget:

1. Juridisk ramme for en national fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud

DASAMS anerkender intentionen om at lade "behandlingsbehov" være styrende for fordelingen af lægekapaciteten. Særligt set i lyset af der samtidig lægges op til, at det almenmedicinske tilbud i højere grad skal prioritere indsatsen og ressourcerne for de mest sårbare og syge borgere, hvor behovet er størst. Dette stemmer godt overens med selskabets samfundsmedicinske perspektiv, om at sikre at der tilbydes tilstrækkelige differentierede sundhedstilbud for at sikre mest mulig lighed i sundhed for samfundets sårbare grupper. Vi bakker derfor op om forslaget om at læger i områder med mange borgere med stort "behandlingsbehov" har færre patienter og på sigt modtager et højere honorar pr. patient end læger, der behandler mindre syge borgere.

Dog bemærker vi, at begrebet "behandlingsbehov" ikke er klart defineret i det fremlagte lovforslag. For at operationalisere dette foreslår vi en præcis definition af "behandlingsbehov", herunder om det vurderes ud fra livskvalitet, forbedring af funktionsevne eller antal gode leveår. Vi vil opfordre til, at man ved prioritering af sundhedsydelser på samfundsniveau, i langt højere grad anvender funktionsevne som styrende for de valgte prioriteringer. Som tidligere fremført i høringssvar vedr.

Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering i august 2024, bør det primære formål med al form for forebyggelse, behandling og rehabilitering fra et samfundsmedicinsk ståsted altid være patientens livskvalitet samt mulighed og evne til at fungere i sit liv. Indsatser i sundhedsvæsenet bør derfor have som primært formål at sikre bedst mulig opretholdelse eller udvikling af patientens funktionsevne.



Under alle omstændigheder vil vi forvente at de kriterier, der kommer til at blive lagt til grund for en sådan vurdering også kommer ud i en bred offentlig høring.

Herudover vil vi bemærke, at der parallelt med dette initiativ også er brug for at der tages overordnet stilling til hvad der *ikke* længere skal laves i almen praksis, når der skal være bedre plads til og mulighed for at give ydelser til patienter med de største behov i hele landet.

2. Begrænsning af antal ydernumre pr. læge

DASAMS støtter forslaget om at reducere antallet af ydernumre, én læge i det almenmedicinske tilbud må have, fra seks til tre, og kunne også støtte et lavere antal ydernumre pr. læge hvis ønsket er kontinuitet i den enkelte praksis.

3. Introduktion af forskellige klinikformer og leverandører

Vi finder forslaget om, at regionerne kan anvende forskellige klinikformer og leverandører samt tilpasse de almenmedicinske tilbud til særlige patientgrupper, interessant. Initiativet er interessant da det åbner op for muligheden for at afprøve, om alternative kliniktyper kan være mere fordelagtige for særligt sårbare patienter. Hvis dette gøres på den rigtige måde ser vi at det kan have potentiale for at bidrage til øget lighed i sundhed.

Det er dog afgørende at sikre, at kvalitet og patientsikkerhed opretholdes i enhver form for sådan afprøvning. Derfor anbefaler vi, at alle nye initiativer ledsages af systematiske evalueringer, så det kan sikres at der løbende kan laves nødvendige justeringer og at den genererede viden kan overføres og tilpasses til andre kontekster.

Afslutningsvis ser DASAMS positivt på de foreslåede ændringer i sundhedsloven og anerkender deres potentiale til at styrke det almenmedicinske tilbud i Danmark. Vi opfordrer til, at implementeringen af disse tiltag sker med fokus på klare definitioner, kvalitetssikring og løbende evaluering for at sikre de bedst mulige sundhedsydelser for alle borgere – med særligt fokus på at sikre at også de meste sårbare grupper i det danske samfund får tilbud, der er tilrettelagt til dem.

Vi gør samtidig opmærksom på at sundhedsvæsenet må ses som et sammenhængende kompleks system, hvilket betyder at organisatoriske ændringer i en del af systemet vil påvirke andre dele af systemet. Denne opmærksomhed bør derfor indgå i enhver form for planlægning, implementering og effekt-evaluering af sådanne organisatoriske ændringer i sundhedssystemet.

Med venlig hilsen

Ane Bonnerup Vind

Forperson Dansk Samfundsmedicinsk Selskab (DASAMS)

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Fra: Amalie Bytofte (amaliebytofte@hotmail.com)
Titel: Lovforslag om styrket almen medicin
Sendt: 05-03-2025 10:57

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til rette vedkommende

DASEM takker for muligheden for at komme med høringssvar.

Vi har gennemgået materialet og har ingen kommentarer for nuværende. DASEM ser frem til samarbejdet og en fortsat involvering omkring de akutte patienter.

På vegne af DASEM

Dbh

Amalie Bytofte

Faglig Sekretær, FU, DASEM

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

7. marts 2025

Høringssvar til Lovforslag om styrket almen praksis

Indenrigs- og Sundhedsministeriet udsendte d. 7. januar 2025 høring vedr. forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud) (herefter 'Lov om styrket almen praksis'). Diabetesforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Styrket almen praksis er en hjørnesten i sundhedsreformens ambitioner om bedre behandling af kronisk sygdom

I dag oplever mennesker med kronisk sygdom meget stor forskel i behandlingen afhængig af ydernummer og postnummer. Ligeledes oplever kronisk syge at deres behandling ikke koordineres på tværs af behandlere - fx på tværs af almen praksis og sygehuse, speciallæger eller forebyggende tilbud. Eksempelvis oplever kun 25 procent af mennesker med type 2-diabetes, at andre behandlere er blevet informeret om deres sygdomssituation fra deres faste behandler, som typisk er almen praksis.

Samlet set betyder manglen på sammenhæng i kroniske patienters forløb, at forværring og følgesygdomme i dag ikke forebygges, fanges og behandles i tide. Det medfører et unødvendigt pres på det samlede sundhedsvæsen – et pres der kan mindskes ved at løfte kvaliteten med en systematisk indsats tidligt i et forløb med kronisk sygdom.

Med indførelse af kronikerpakker tages der nu hånd om denne meget væsentlige udfordring. Men Diabetesforeningen ser også sundhedsreformens styrkelse af almen praksis som helt afgørende for at indfri ambitionerne med kronikerpakker.

Diabetesforeningen bakker derfor også op om alle de tre hovedformål med *Lovforslaget om styrket almen praksis*; dvs. national fordeling og styring af lægekapaciteter, begrænsning af antal ydernumre per læge og større fleksibilitet til oprettelse af flere forskellige klinikformer for at sikre tilstrækkelig kapacitet i det almenmedicinske tilbud i hele landet.

Derudover har Diabetesforeningen udvalgt nogle få punkter i lovforslaget, som vi har uddybende bemærkninger til herunder.

National model for fordeling og styring af lægekapaciteter skal tage højde for patienternes behov

Set fra et patientperspektiv er det væsentligt, at den konkrete fordelingsmodel for fordeling af lægekapaciteter, som indføres i forlængelse af lovændringen, ikke alene baserer sig på det i dag kendte forbrug af sundhedsydelser, men også tager højde for, hvor meget behandling/kontakt til almen medicinske tilbud en given population forventes at have, baseret på deres sundhedsmæssig tilstand, demografi, uddannelsesniveau mv.

Én af de store udfordringer, som sundhedsreformen skal sigte på at løse, er, at mange med kronisk sygdom i dag ikke får tilstrækkelig god og sammenhængende behandling i bl.a. almen praksis. Det vil sige, at der i dag foregår underbehandling af visse grupper af borgere, herunder mange med kronisk

sygdom. Denne eksisterende ulighed i sundhed og forbruget af sundhedsydelser bør ikke smitte af på modellen for fremtidig fordeling af lægekapaciteter.

Diabetesforeningen lægger derfor 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. Vi ser derfor også positivt på, at modellen vedligeholdelses løbende (jf. lovforslaget side 32, bemærkning 6).

Patienternes perspektiv skal inddrages mere systematisk

Samtidig ser Diabetesforeningen et behov for, at patientorganisationer inddrages tættere i arbejdet med at udforme og løbende tilpasse den konkrete nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter. Jf. lovforslaget side 22, bemærkning 3.1.3.3 er modellen for nuværende under udarbejdelse af en ekspertgruppe, mens patienter og parter ikke inddrages i udformningen af modellen formelt og systematisk.

Vores opmærksom herpå skal også ses i sammenhæng med, at sundhedsrådene fra 2027 og frem overtager planlægningskompetencen ift. bl.a. det almenmedicinske tilbud inden for deres geografiske område (jf. lovforslaget side 44, bemærkninger til §1) - og det faktum, at patienter og pårørende ikke er sikret en formel og systematisk inddragelse i sundhedsrådenes beslutninger.

Jf. Diabetesforeningens høringssvar på udkast til lovforslag til lov om en ny regional forvaltningsmodel m.v., så finder Diabetesforeningen det afgørende, at patienter og pårørende sikres en både formel og reel mulighed for indflydelse, når sundhedsvæsenets retning sættes, og når beslutninger omsættes til praksis, der påvirker behandlingsmuligheder og -kvalitet.

Kvalitet for patienterne skal også veje tungt, når bud på ydernumre vurderes

Diabetesforeningen bemærker, at der i lovforslagets bemærkninger (side 27, bemærkning 3.3.1): lægges særlig 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 bemærker, at kvalitet for patienterne også bør tildeles en tilsvarende vægt, når bud på ydernumre vurderes.

Differentieret aflønning skal understøtte behovstyret behandling

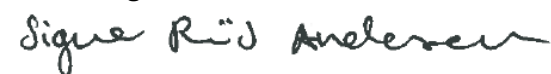
Diabetesforeningen bakker op om lovforslagets målsætninger om også at bruge aflønning og særlige ekstra vederlag som redskab til at sikre bedre lægedækning i dækningstruede områder. Ligeledes bakker Diabetesforeningen op om, at en ny honorarstruktur for almen praksis i højere grad skal afspejle sygdomsbyrden i populationen for den enkelte klinik.

Diabetesforeningen bidrager gerne til det videre arbejde

Diabetesforeningen bidrager gerne med viden fra patientperspektivet til det videre arbejde med at implementere lovgivningen om en styrket almen praksis, herunder til udformning af den konkrete nationale model for fordeling af lægekapaciteter.

Skulle ovenstående medføre spørgsmål eller ønske om yderligere drøftelse, står vi naturligvis til rådighed.

Med venlig hilsen



Signe Riis Andersen

Politisk Chef i Diabetesforeningen

København, den 9. marts 2025

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Høringssvar vedr. udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud)

Tak for muligheden for at afgive høringssvar på lovforslaget, der kaldes "lovforslag om styrket almenmedicin". Det lover godt, men titlen på selve lovforslaget er imidlertid med lidt andet indhold.

I bemærkningerne til lovforslaget fremgår det, at:

- regionsrådets planlægning af det almenmedicinske tilbud inden for et afgrænset geografisk område skal ske i overensstemmelse med den nationale fordeling og styring af lægekapaciteter.
- regionsrådet i planlægningen og kapacitetsstyringen af lægekapaciteter skal fastlægge antallet af patienter, en klinik som minimum skal have tilknyttet, før klinikken får ret til at lukke for tilgang af yderligere patienter, på baggrund af patienternes behandlingsbehov og den nationale fordelingsmodel.

DSAM bifalder princippet om det differentierede normtal og den differentierede lukkegrænse.

Der er læger i mange dele af landet, der må arbejde under vanskelige forhold med en population med stort behandlingsbehov og sommetider også et mangelfuldt omgivende sundhedsvæsen. Vi bifalder fra DSAM's side, at disse praksis skal have mulighed for at lukke ved et lavere listetal end de nuværende 1.600, og at dette sker med økonomisk kompensation.

Vi er fra DSAM's side bekymrede for kvaliteten i patientbehandlingen, hvis andre læger på den baggrund pålægges et patienttal, der overstiger det, som de kan magte. Vi vil advare imod en rigid styring af lukkegrænserne, hvis det foregår uden dialog med lægerne. Intet lægehus bør kunne pålægges en længere liste, end lægerne vurderer, at de kan overkomme.

Den læge, der i dag har lukket for tilgang ved 1.600 patienter, har vurderet, at vedkommende ikke kan levere en tilstrækkelig omhyggelig og samvittighedsfuld indsats til flere patienter end dette.

I Norge og Sverige har man politisk besluttet, at normtallet i gennemsnit ikke skal være over 1.200 patienter. Noget lignende har man planlagt i Danmark, men først gældende fra 2035.

DSAM har bidraget i ekspertgruppen for den nationale fordelingsmodel. Selvom ekspertgruppens anbefaling til model inddrager både socioøkonomi, demografi og sygdomme, kan en sådan model ikke tage højde for alt. Der kan være forhold ved populationen eller ved lægen, der kan have betydning for, hvor mange patienter lægen kan varetage, og dette tager modellen ikke i betragtning.

Eksempler på forhold i forhold til populationen, som udfordrer lægen og som fordelingsmodellen ikke tager højde for:

- Udsatte boligområder med relativt få ældre (Gellerup, Vollsmose). Disse områder ligger typisk i de store byer, hvor middellevetiden gennemsnitligt er høj, hvilket desværre hæver lukkegrænsen også i disse områder, da middellevetid udregnes på kommuneniveau. Områderne har i dag i forvejen rekrutteringsproblemer, som vil forværres hvis lukkegrænsen hæves. *Se forklaring nederst i dokumentet.
- Et nødlidende omgivende sundhedsvæsen med mangel på FAPS eller på sygehuslæger kan betyde, at den praktiserende læge tager sig af flere (og mere komplicerede ting) end læger med velfungerende primær og sekundær sektor.
- Langt til nærmeste sygehuse betyder ofte, at patienterne fravælger henvisning til videre behandling og indlæggelse, og det i stedet varetages af egen læge.
- Lokale institutioner fra amternes tid, som har tiltrukket særlige grupper som f.eks. patienter med svær psykisk sygdom, der har stort behov for opsporing og behandling af fysiske sygdomme.
- Lokalt "egnspræg" fx ophobning af familier med visse arvelige sygdomme.
- Områder hvor der er mange familier med børn og unge med trivselsproblemer.
- Høj andel af stress, angst, depression, ADHD/ADD blandt tilflyttende unge i uddannelsesbyer.
- En sololæge får med årene ofte en selekteret population af syge, der behøver en fast læge. Sygdommene i populationen vil selvfølgelig påvirke lukkegrænsen for denne læge, men kun i det omfang, at de pågældende sygdomme og tilstande indgår i beregningsgrundlaget, for ikke alle sygdomme indgår i modellen.

Eksempler på forhold ved lægen, der nedsætter arbejdskapaciteten:

- Aldersrelateret nedsat arbejdshastighed. Der tales meget om seniorpolitik på hele arbejdsmarkedet for at fastholde ældre medarbejdere, og her er det vigtigt ikke at skræmme gode kollegaer væk pga. ændringer i lukkegrænser.
- Nynedsatte læger står over for en stor både organisatorisk og faglig opgave, og de mangler patientkendskab, som kommer i løbet af det første 3-5 år.
- Sygdom hos lægen.

- Sygdom i lægens familie.
- Andre private forpligtelser eller kriser.
- Stress og udbændthed som er meget udbredt blandt praktiserende læger, og især hvis de har mange multisygge patienter (**Workload and GP burnout: a survey and register-based study in Danish general practice - Aarhus Universitet**)
- Fagligt/fagpolitisk arbejde, mange kollegaer har relevante opgaver i fagligt regi som kommunale konsulenter, praksiskonsulenter på sygehuse, undervisere, kvalitetskonsulenter, supervisorer, undervisere af studerende på alle niveauer, aktivitet i faglige råd, grupper og fora.
- Forskning/undervisningsforpligtelser både i egen praksis og central deltagelse.
- Verserende klagesager som fylder både fagligt og emotionelt.
- Lægevagtsforpligtelse (gælder kun Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark).

Hvis lukkegrænsen øges, og lægen har nogle af ovenstående belastninger, kan det føre til, at lægen forlader praksis, og på den måde øges lægemanglen.

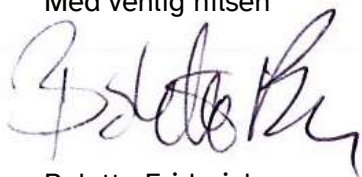
Der er imidlertid også læger, der i dag har meldt sig til betydelig mere end de minimale 1.600 patienter. Det ser ud til, at fordelingsmodellen ikke rammer helt ved siden af i den henseende. Der er en tendens til, at de kommuner, hvor borgerne har et lavt behandlingsbehov, jf. fordelingsmodellen, også er de kommuner, hvor lægerne også tager flere patienter. Der er 70% af klinikkerne på landsplan, der har meldt sig frivilligt til højere lukkegrænse end påkrævet. Dette kan skyldes populationer med mindre lægebehov, organisering i den enkelte klinik, lokale aftaler eller kollegialitet.

I ekspertgruppen har DSAM fremlagt data, der sammenholder det gennemsnitlige patienttal i kommunerne med den beregnede gennemsnitlige lukkegrænse. Tallene viser, at der kun er 6 kommuner, der ser ud til at få problemer. Altså at lægerne tilsammen har påtaget sig et mindre antal patienter, end fordelingsmodellen samlet set vil pålægge dem. Det drejer sig om en kommune i Region Nordjylland, en i Region Sjælland og fire i Region Hovedstaden.

Hvad årsagen er i disse kommuner, vides ikke, men det formodes, at der vil kunne findes lokale løsninger i disse kommuner i samarbejde med almen praksis.

Det er dog af stor betydning for DSAM, at det skrives ind i lovteksten, at ingen læge kan pålægges en højere lukkegrænse (udover 1.600), end hvad vedkommende selv har meldt ind.

Med venlig hilsen



Bolette Friderichsen
Formand for DSAM

*** Forklaring:**

På lokalt niveau (formentlig enten kommune eller sogn) afgøres, hvor mange læger der skal være i et givet område ud fra vægtede patientpopulation. Heri indgår demografi, socioøkonomi og sygelighed med mange underoverskrifter. Dernæst afgøres lukkegrænsen for den enkelte klinik ud fra samme kriterier.

Dvs. en klinik i fx Gellerup bliver selvfølgelig krediteret for lav socioøkonomi (bl.a. uddannelse, arbejdsmarked og etnicitet) og høj sygelighed, selvom gennemsnitsalderen er lavere end andre steder.

Men i demografi indgår altså også middellevetid i pågældende kommune. Lige netop den parameter kan ikke opgøres i mindre enheder af statistiske grunde. Det er godt, at den indgår, for en 70-årig i Nysted er ikke det samme som en 70-årig i Rudersdal. Middellevetiden kompenserer for dette.

Men bagsiden er, at udsatte boligområder, der typisk ligger i store "sunde" byer med høj middellevetid, skal have flere patienter.

Altså: Lægen i Gellerup får tildelt en højere lukketal på middellevetids-parameteren, fordi borgerne i Risskov lever længere.

Man kan sige: En fordel for lægerne på Langeland, på Mors og i Nysted, men en ulempe for Gellerup og Vollsmose.

Ergoterapeutforeningen har ikke bemærkninger til høringen

Med venlig hilsen

Ulla Garbøl
Chefkonsulent



Ergoterapeutforeningen

Nørre Voldgade 90, 2

DK-1358 København K

Tlf: +45 88 82 62 70

Direkte: +45 53 36 49 25

etf.dk

[Oplysninger om Ergoterapeutforeningens behandling af dine personoplysninger](#)

København, d. 7. februar 2025

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Høringssvar vedr. udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (lovforslag om styrket almen praksis)

Forum for Yngre Almenmedicinere (FYAM) er et udvalg under Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), som repræsenterer 1.600 kommende praktiserende læger fra hele landet. Vi takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende udkast til forslag om en styrket almen praksis.

FYAM anerkender behovet for udkastet, med et fokus på at sikre lægedækning og et almenmedicinsk tilbud til alle mennesker i Danmark.

Vi bakker op om Regeringens kurs om en styrket almen praksis. Primærsektoren varetager lige nu 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, og den prioritering ønsker vi også en politisk opbakning til. Der er aktuelt for mange opgaver i almen praksis som praktiserende læger ikke bør skulle bruge tid på, og for mange unødvendige eller skadelige undersøgelser som kun bidrager til overdiagnostik.

FYAM er bekymret for, at regionsrådene alene vil have ansvaret for kapacitetsstyring af lægekapaciteter

I den gældende lovgivning er der hidtil ikke en national styring med lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud. Regionerne har rollen som ansvarlig myndighed og har til opgave at fastlægge en praksisplan, der tilvejebringer den nødvendige lægekapacitet i hele landet. Hidtil har denne praksisplan været udarbejdet i et samarbejde med relevant aftalepartner Praktiserende Lægers Organisation (PLO).

Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser om lovforslaget, ønsker man at kunne styre praksisplanen uden øvrige aftalepartnere. Uden relevant erfaring om drift af lægepraksis giver det i vores optik ikke mening. Folkevalgte politikere kan udtale sig om økonomi og politik, men ikke om drift af lægeklinikker. Vi mener, at en aftalepartner som PLO er nødvendig for at opnå de relevante aftaler på medlemmernes vegne.

FYAM anerkender behovet for lægedækning, men vi mener, at opjustering i kapacitet bør ske frivilligt - ikke med tvang!

I den gældende lovgivning er der en aktuel minimumsgrænse for patientadgang på 1.600 patienter per ydernummer, hvor det er muligt at have åbent for patienttilgang indtil lægen vælger at lukke for yderligere tilgang, når denne oplever at kapaciteten er nået. Det, mener vi, er en fornuftig tilgang, som vi ønsker skal fortsætte. Der foreligger aktuelt en økonomisk gulerod for de læger, som ønsker - og har mulighed - for at påtage sig et ekstra ansvar og den ekstra arbejdsbyrde, som flere patienter vil medføre.

Ifølge lovforslaget ønsker Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at Regionsrådet skal kunne bestemme nye lukkegrænser for patientadgang, og at det dermed ikke længere skal være op til den enkelte praktiserende læge hvor stor en arbejdsbyrde, man som læge ønsker i sin praksis. Det mener vi er et fejlskud.

FYAM ser meget positivt på det differentierede patientantal, når der tales om færre patienter i en kapacitet med mange syge patienter, da disse ofte kræver mere omsorg, udredning og behandling. Dette vil øge rekrutteringen til praksis i områder med stor sygdomsbelastning, og give patienter med et større behov en bedre behandling.

Der lægges op til, at de differentierede patienttal ved en ny model også skal kunne føre til højere lukkegrænser i nogle områder, defineret ud fra populationen i lægens optageområde. Dette vil vi gerne advare imod.

I de store byer findes mange mindre områder, hvor populationens behov ikke kan defineres ud fra alder, køn og antal diagnoser. I områder med mange 'raske' borgere ses mange kontakter til de praktiserende læger grundet for eksempel bekymring og psykisk mistrivsel. Dertil dækker mange praktiserende læger større områder, der strækker sig over flere bydele og derfor også populationer. Derfor mener vi ikke, at demografien i et givent område er et godt kvalitetsmål for en ny højere lukkegrænse.

Allerede i dag påtager mange læger i mindre belastede områder sig en større patientpopulation end de påkrævede 1600. Derfor mener vi at man bør interessere sig for hvilke faktorer der kan få den enkelte læge til at påtage sig en større patientpopulation, frem for at indføre højere lukkegrænser blindt. Andre læger har ikke kapacitet til at påtage sig en højere patientpopulation. Her skal lægens smertegrænse for patienttal skal accepteres, både for at fastholde en høj faglighed i almen praksis, og for ikke at skubbe pressede praktiserende læger ud af faget.

FYAM anerkender, at der er mangel på praktiserende læger, men vi frygter, at en model hvor vi påtvinges merarbejde, vil få alvorlige konsekvenser - både for klinikkens eksistensgrundlag såvel som for rekrutteringen af kommende almenmedicinere. Vi tror, at de praktiserende læger, som har overskud til flere patienter, allerede har åbnet op for tilgang på grund af den

eksisterende økonomiske gulerod. Vi forventer, at et øget pålagt patientantal vil medføre øget ventetid for patienterne ift. at blive tilset i de almenmedicinske tilbud.

Vi forventer også, at et øget arbejdspress vil presse de praktiserende læger i en grad, der kan resultere i, at klinikken må sælges, og den praktiserende læge i stedet søger andre karriereveje eller går tidligere på pension end planlagt. Konsekvensen for dette vil være, at vejen mod de mindst 5000 praktiserende læger kun bliver længere.

FYAM støtter rekrutteringen til det almenmedicinske tilbud og forpligter sig til at bidrage til lægedækningen i Danmark

Vi mener, at fremtidig rekruttering til det almenmedicinske speciale vil blive udfordret, hvis der fastsættes unødvendigt høje krav til patientantal i nogle af landets områder. Tillige frygter vi, at de aktuelle rekrutteringsindsatser ikke vil blive indfriet, hvis lovforslaget bliver vedtaget i sin aktuelle form.

Vi frygter, at lovforslaget medfører et væsentligt øget arbejdspress, som vil påvirke arbejdsglæden og trivslen signifikant blandt nuværende og kommende praktiserende læger, formentlig til en så alvorlig grad, at tendensen til udbrændthed blandt praktiserende læger vil stige yderligere fra de allerede bekymrende tendenser i PLO's seneste trivselsundersøgelse (1). Vi er bekymrede for, at hvis udbrændtheden bliver for stor, søger lægerne andre karrieremuligheder i stedet, hvilket vil efterlade specialet udhulet og patienterne uden egen læge.

FYAM mener i stedet, at der bør tilstræbes uddannelse af flere speciallæger hurtigt, for at opnå den nødvendige lægedækning. Til inspiration har vi skabt '*FYAM's 7 bud på rekruttering og lægedækning*' (2), som er en række af konkrete og håndholdte tiltag, som vil kunne indføres på kort sigt for at opnå målet om en læge til alle mennesker i Danmark inden 2035. Med disse tiltag mener vi, at vi kan bidrage til lægedækningen i alle kanter af Danmark.

FYAM ser positivt på en begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge

Vi mener, at det er meget fornuftigt at begrænse, hvor mange ydernumre én læge kan eje, for at mindske antallet af stråmandsklinikker.

PLO's undersøgelse om patienttilfredshed (3) taler for sig selv, når den viser en langt større patienttilfredshed blandt patienter i en praksis drevet i overenskomst med PLO, sammenlignet med udbuds- og koncernklinikker. Når man tillægger den seneste forskning, der viser effekten af kontinuitet (4), er effekten af én fast læge af grundlæggende betydning for patientens senere risiko for sygdom, indlæggelse og død.

Vores medlemmer ønsker at eje egen praksis, og vi ser ikke behov for flere eller nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud

Ifølge lovforslaget ønsker ministeriet, at der er behov for flere og nye klinikformer for at sikre lægedækningen. Dette er på baggrund af, at det i nogle områder er svært at tiltrække tilstrækkelig lægelig arbejdskraft, men desværre er overvejelserne også set i lyset af en misforståelse hos Indenrigs- og Sundhedsministeriet, som vi her vil forsøge at rette op på.

Der nævnes i overvejelserne fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at udfordringerne skyldes de yngre lægers ønske om fleksibilitet, og at *“en del af de yngre læger ønsker ikke nødvendigvis at binde sig økonomisk og påtage sig det driftsansvar, som det indebærer at nedsætte sig som praktiserende læge efter overenskomsten.”* Denne antagelse vil vi udfordre, da det ikke er repræsentativt for vores medlemmers - de kommende praktiserende lægers - ønsker.

FYAM's seneste medlemsundersøgelse blandt alle landets hoveduddannelseslæger i almen medicin (5) bekræfter nemlig, at hele 73% af de kommende praktiserende læger forventer at eje egen klinik inden for 5 år efter endt uddannelse. Af de resterende ønsker blot 1% at arbejde i en koncernklinik. Ligeledes ønsker kun 1% at arbejde på hospitalet, mens ingen ønsker at arbejde i en regionsklinik. Det sidste fåtal af de kommende praktiserende læger ønsker at arbejde i medicinalindustrien, i lægevagten eller som ledere i sundhedsvæsenet – alle meget relevante og vigtige arbejdspladser for almenmedicinere og for patienterne.

Afslutningsvis er vi bekymrede for, at der ikke i lovforslaget står nævnt noget om kvalifikationer eller uddannelsesniveau for at kunne eje og drive en klinik. FYAM fastholder, at kun læger bør kunne eje og drive lægeklinikker i Danmark for at sikre høj lægefaglig standard, patientsikkerhed og kvalitetssikring i landets praksis.

Med venlig hilsen,

På vegne af FYAM udvalget under Dansk Selskab for Almen Medicin

Malene Lindholmer Nepper
Formand for FYAM

Daniel Staal Nyboe
Næstformand for FYAM

Referencer

- 1: Alment praktiserende lægers psykiske arbejdsmiljø og jobtilfredshed (2023)
<https://laeger.dk/media/gpel2txu/alment-praktiserende-laegers-psykiske-arbejdsmiljoe-og-jobtilfredshed-2023.pdf>
- 2: FYAM's 7 bud på rekruttering og lægedækning (2025)
<https://content.dsam.dk/guides/fyam/fyams-7-bud-pa-rekruttering-og-laegedaekning.pdf>
- 3: Kombination af små og store praksis sikrer tilgængelighed og lægehuse tæt på borgerne (2024)
<https://laeger.dk/media/vhxdmos/plo-analyse-praksistyper-i-almen-praksis-okt24.pdf>
- 4: Continuity in general practice as a predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out-of-hours services: registry-based observational study in Norway (2021)
<https://bjgp.org/content/bjgp/early/2021/08/26/BJGP.2021.0340.full.pdf>
- 5: FYAM's medlemsundersøgelse (2023)
https://content.dsam.dk/guides/fyam/fyam-undersogelsen-2023_rapport_fuld_faerdig.pdf



København, den 9. marts, 2025

Att:

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Fremsendt pr mail til sum@sum.dk

Cc annb@sum.dk, ghk@sum.dk

Jordemoderforeningens høringssvar vedrørende: Høring over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud)

Jordemoderforeningen takker for fremsendelse af høringsmateriale vedrørende ovenstående høring.

Lovforslaget rummer en reform at det almenmedicinske tilbud, der gennem en række elementer skal være med til at sikre en bedre og mere ligelig fordeling af læger på tværs af landet samtidig med, at regionerne skal have styrkede muligheder for at tilpasse tilbuddet lokalt, og at antallet af ydernumre ejet af en læge skal begrænses.

Det forudses, at flere vil få brug for pleje og behandling, mens der er risiko for, at der kommer til at mangle medarbejdere i sundhedsvæsenet.

Sundhedsreformen har som et væsentligt formål at sikre, at ressourcerne indenfor sundhedsvæsenet anvendes bedst muligt og samtidig sikre, at uligheden i sundhed reduceres.

Jordemoderforeningen hilser det velkomment, at man med lovudkastet tager initiativ til at imødekomme de demografiske udfordringer, som man står overfor. Der lægges i lovforslaget op til, at regionerne skal have mere fleksible rammer for at kunne tilbyde tilstrækkelig lægedækning i en tid, hvor opgaverne for de alment praktiserende læger bliver tiltagende komplekse. Dette vil man blandt andet gøre gennem muligheden for at etablere regionale almenmedicinske tilbud.

I dag varetages en række af de undersøgelser, der knytter an til seksuel og reproduktiv sundhed, familiedannelse, graviditet og barsel i almen praksis, hos den praktiserende læge.

Det kræver viden om seksuel sundhed, reproduktive forhold, graviditet, fødsel og barsel, nærvær, kontinuitet og tryghed.

Det er dog i høj grad viden og kompetencer, som jordemødre også besidder, eller som de med en beskeden grad af efteruddannelse kan komme til at besidde. Jordemoderforeningen opfordrer derfor til, at man tænker bredt i anvendelsen af det almenmedicinske tilbud og i dannelsen af regionale klinikker. Man vil med fordel kunne ansætte jordemødre til at varetage en lang række opgaver vedrørende netop reproduktiv sundhed, familiedannelse og svangreomsorgen på de regionale klinikker, og dermed samtidig frigøre ressourcer til, at den praktiserende læge kan varetage den stigende grad af komplekse patientgrupper, som fremtidens sundhedsvæsen ser ind i.

Jordemoderforeningen stiller sig naturligvis gerne til rådighed for at uddybe ovennævnte.

Med venlig hilsen



Lis Munk

Forkvinde for Jordemoderforeningen

Høringssvar fra KL vedrørende lovforslag om styrket almen medicin

KL takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende forslag til lov om ændring af sundhedsloven (National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud).

Dato: 7. marts 2025

Høringssvaret afgives med forbehold for politisk godkendelse.

Overordnede bemærkninger

KL er enig i behovet for at styrke det almenmedicinske tilbud og ser positivt på intentionerne bag lovforslaget, herunder at sikre bedre lægedækning i hele landet og en mere differentieret honorarstruktur, der tager højde for borgernes behandlingsbehov.

Samarbejdet med det almenmedicinske tilbud, herunder let og fleksibel adgang til lægefaglig rådgivning, er helt afgørende for kommunernes opgavevaretagelse på sundheds-, ældre- og socialområdet. Ligesom et tæt og forpligtende samarbejde mellem kommune og almen praksis er en forudsætning for at lykkes med en omstilling til det nære sundhedsvæsen og at undgå unødvendige indlæggelser på sygehusene. Et velfungerende almenmedicinsk tilbud er essentielt for at sikre sammenhæng i borgernes forløb. Som eksempel bidrager ordninger med fast tilknyttede læger på plejehjem og sociale botilbud til højere kvalitet og mere sammenhæng for borgeren, til forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser, samt til opkvalificering af kommunalt personale – men ordningerne kræver, at der er tilstrækkelig kapacitet i det almenmedicinske tilbud.

Det fremgår af både lovforslag om styrket almen medicin og lovforslag om ny regional forvaltningsmodel, at regionsrådet er ansvarligt for fastsættelse af de overordnede rammer for udbygning og udvikling af det almenmedicinske tilbud. Den lokale planlægning, dialog og tilrettelæggelse vil i høj grad kunne foregå i sundhedsrådene, men inden for overordnede rammer fastsat af regionsrådet/forretningsudvalget.

KL mener, 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.

Derudover efterspørger KL 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.

Specifikke bemærkninger**– Kommunernes mulighed for indflydelse på praksisplanlægningen**

Med lovforslaget afskaffes de nuværende praksisplaner, som hidtil er blevet udarbejdet af praksisplanudvalgene, hvor der er repræsentanter fra kommuner, regioner og almen praksis. KL bemærker i den forbindelse, at det almenmedicinske tilbud og kommunernes indsatser på sundheds- og ældreområdet hænger uløseligt sammen og er gensidigt afhængige.

KL ser det derfor 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.

KL anerkender, at regionsrådene bærer det overordnede ansvar for det almenmedicinske tilbud, herunder økonomien, men skal igen understrege betydningen af, at sundhedsrådene *reelt* får indflydelse på planlægning af praksissektoren, herunder fordeling af lægekapaciteter, lægedækning af kommunale tilbud, valg af klinikformer mv. KL påpeger, at lovforslaget bør indeholde en tydeligere beskrivelse af, hvilken rolle og hvilke beføjelser der reelt tiltænkes tillagt sundhedsrådene.

I forlængelse heraf efterspørger KL, at det i højere grad beskrives, hvordan kommunerne sikres reel indflydelse på de 2,4 mia. kr. årligt (indfaset frem mod 2030), som afsættes med aftalen om en sundhedsreform, til udvikling af de nære og almenmedicinske tilbud, herunder flere læger. KL understreger, at det er afgørende med mekanismer, der sikrer, at midlerne faktisk investeres i nære indsatser.

– National fordeling og styring af lægekapaciteter

KL anerkender, at der kan være behov for statslig styring for at sikre en hensigtsmæssig fordeling af lægekapaciteter på tværs af landet. KL påpeger, at der lokalt er et særligt kendskab til befolkningens sundhedsprofil, behov og eksisterende tilbud, der med fordel kan trækkes på i ft. planlægningen af fordelingen af lægekapaciteter. Kommuner og regioner bør derfor inddrages i arbejdet med en national fordelingsmodel. Ligesom kommuner og regioner bør inddrages i evalueringen af modellen. Sundhedsrådene bør også indtænkes i det løbende arbejde med monitorering og evaluering af modellen.

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.

– Flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud

KL ser positivt på, at der åbnes op for flere og nye klinikformer for at sikre en tilstrækkelig lægedækning i hele landet. Kommunerne og de alment praktiserende læger har en lang tradition for at samarbejde om særligt de ældre, kronisk syge og sårbare borgere. Det er afgørende, at regionsklinikker mv. vil have en tilsvarende opmærksomhed på et godt og tæt samarbejde med kommunerne. Der bør generelt være en opmærksomhed på de afledte effekter, som lovforslaget potentielt kan



have på etablerede og velfungerende lokale samarbejdsstrukturer, som fx Kommunalt Lægelige Udvalg.

Dato: 7. marts 2025

– *Flere opgaver skal løses af det almenmedicinske tilbud*

Lovforslaget beskriver, at alle lægekapaciteter og klinikker vil skulle varetage færre patienter på sigt i takt med, at flere opgaver omstilles til og løses af det almenmedicinske tilbud. KL påpeger, at det er nødvendigt med løbende opfølgning på, om der er proportionalitet mellem de nye opgaver, der tilfalder det almenmedicinske tilbud, og antallet af nye lægekapaciteter. Herunder vil det være hensigtsmæssigt med en nærmere beskrivelse af, hvordan man vil sikre, at alle borgere fortsat modtager den behandling, de har brug for, i tilfælde af, at antallet af nye lægekapaciteter og klinikker ikke stiger hurtigt nok i takt med de nye opgaver.

Afsluttende bemærkninger

KL opfordrer til en fortsat tæt og løbende dialog mellem stat, regioner, kommuner og øvrige for at sikre en hensigtsmæssig videre proces og implementering af lovforslagets initiativer.

Med venlig hilsen

Hanne Agerbak, kontorchef, KL

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
sum@sum.dk, cc annb@sum.dk og gkh@sum.dk

Bemærkninger til høringssvar vedrørende forslag til lov om ændring af sundhedsloven (National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge samt flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud)

7. marts 2025

Kost og Ernæringsforbundet

Holmbladsgade 70
2300 København S

pha@kost.dk

www.kost.dk
facebook.com/forbundet

Kost og Ernæringsforbundet og Fagligt selskab af Kliniske Diætister takker for muligheden for at afgive høringssvar. Vi har ingen tekstnære bemærkninger til lovforslaget men ønsker alligevel at benytte muligheden for at indsende bemærkninger vedrørende indholdet fsva fremtidens almenmedicinske tilbud og nye klinikformer.

Kliniske diætister er en autoriseret faggruppe, der som de eneste har autorisation til at udføre diætbehandling. Diætbehandling spiller en væsentlig rolle i forhold til en række kroniske sygdomme, såsom KOL og type 2-diabetes.

Andre eksempler på patienters behov for ernæringsintervention er både relateret til underernæring (fx ældre og milde spiseforstyrrelser), overvægt (fx borgere der anvender vægttabsmedicin og borgere med fedtlever MASH/MASLD samt gravide med overvægt) og ernæringsmæssige udfordring pga. andre sygdomme (fx patienter med irritabel tarm, cøliaki m.v).

De alment praktiserende læger henviser til andre autoriserede faggrupper og behandlinger for at sikre en effektiv tværfaglig indsats. Vi mener, det vil være gavnligt, at lægerne i fremtiden lettere kan samarbejde med kliniske diætister.

Sundhedsreformens kronikerpakker vil give et fremtidigt øget pres på almen praksis, og det vil være fagligt relevant, at kliniske diætister inddrages som en del af den fremtidige behandling af kronikere i relation til ernæringsbehandlingen.

Det fremgår, at regionen yder et særligt vederlag i forbindelse med ansættelse af praksispersonale. Det muliggør, at en lægepraksis

midlertidigt eller permanent kan øge sit patientoptag markant. I den forbindelse vil det være fordelagtigt også at kunne ansætte kliniske diætister som praksispersonale til de ernæringsinterventioner, der i nær fremtid vil være stigende behov for i almen praksis.

Behandlingen udføres i dag i nogle tilfælde af sygeplejerske eller læge, der ikke har autorisation til diætbehandling. Kliniske diætister vil sikre færre henvisninger til sygehus og kommune i forhold til ernæringsindsatser, samt aflaste øvrige personalegrupper i almen praksis.

Vi ser også mulighed for, at Sundhedsrådene kan nytænke den lokale planlægning af praksissektoren, så denne kan omfatte praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer, fodterapeuter og også de kliniske diætister.

Med venlig hilsen,



Ghita Parry
Formand
Kost og Ernæringsforbundet



Mette Theil
Formand
Fagligt selskab af Kliniske
Diætister

4. marts 2025

Patientstøtte & Frivillig Indsats
Kvalitet & Udvikling

Strandboulevarden 49
2100 København Ø

Tlf +45 35 25 75 00

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Mail til:
Sum@sum.dk med kopi til annb@sum.dk og gkh@sum.dk

www.cancer.dk

UNDER PROTEKTION AF
HENDES MAJESTÆT DRONNINGEN

Kræftens Bekæmpelses høringssvar vedr. udkast til lov om ændring af sundhedsloven (National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud)

Kræftens Bekæmpelse takker for muligheden for at kommentere udkast til lov om ændring af sundhedsloven (National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud).

Kræftens Bekæmpelse er enige i, at det jf. lovforslagets bemærkninger er nødvendigt med tiltag for at opnå en mere ligelig fordeling af læger i det almenmedicinske tilbud, så alle borgere får let og lige adgang til udredning og behandling, uanset bopæl. Samt at opgaverne i det almenmedicinske tilbud skal fordeles mere ligeligt, så det almenmedicinske tilbud i højere grad prioriterer indsatsen og ressourcerne for de mest sårbare og syge borgere. Endelig ser vi positivt på en ny honorarstruktur med differentierede honorar for de alment praktiserende læger, som understøtter sammenhængen mellem lægernes honorar og borgernes sundhedstilstand og behandlingsbehov. I den forbindelse ønsker Kræftens Bekæmpelse, at der i den kommende honorarstruktur tages højde for den ønskede styrkede tovholderfunktion og opgavevaretagelse i kræftopfølgingsforløbet, som det fremgår af Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til Kræftplan V fra november 2024.

Kræftens Bekæmpelse har følgende konkrete bemærkning til lovforslaget:

§ 206 b., stk. 2. Regionsrådet skal i planlægningen og kapacitetsstyringen af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud fastlægge antallet af patienter, en klinik som minimum skal have tilknyttet, før klinikken får ret til at lukke for tilgang af yderligere patienter, på baggrund af patienternes behandlingsbehov og den nationale fordelingsmodel efter regler fastsat i medfør af stk. 3.

Kræftens Bekæmpelse finder det vigtigt, at en klinik ikke vil kunne frasige sig allerede tilknyttede patienter som følge af en lavere lukkegrænse, som det også fremgår af bemærkningerne

til lovforslaget s. 45-46, hvoraf det fremgår, at et lavere minimumsantal af patienter ikke umiddelbart vil resultere i et lavere patienttal for den enkelte klinik og en lige arbejdsdeling på tværs af klinikkerne, da en reduktion i patientantallet i den enkelte klinik vil skulle ske ved naturlig afgang af patienter.

Kræftens Bekæmpelse vurderer det også vigtigt, at praksis, der af særlige grunde ønsker et lavere antal tilmeldte patienter end fastlagt, stadig kan søge om lukning af tilgang ved et lavere antal patienter, hvilket fremadrettet vil være til sundhedsrådet. Tilsvarende at praksis, der ønsker et højere antal end lukkegrænsen, kan søge om fortsat åben patienttilgang. Det forudsættes, at gældende praksis fortsætter, så sundhedsrådet vil give tilladelse, med mindre væsentlige forhold taler imod.

Det fremgår endvidere af bemærkningerne til lovforslaget s. 45-46, at en klinik vil skulle åbne for tilgang for patienter, hvis klinikken har mange patienter med lavt behandlingsbehov og således har færre patienter end minimumsantallet af patienter, som fastlægges under hensyn til den nationale fordelingsmodel for lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud. Kræftens Bekæmpelse vurderer, at dette kan bidrage til, at nogle klinikker uønsket får pålagt flere patienter, end det er muligt at håndtere, hvilket i værste fald kan medføre lukning af praksis og utilstrækkelig adgang til almenmedicinske tilbud for patienterne.

4. § 227, stk. 5 Det fremgår, at: *"Regionsrådet kan etablere og drive en klinik, som leverer almenmedicinske ydelser, jf. § 60, stk. 1 og 2. Personer i sygesikringsgruppe 1 kan vælge de regionale almenmedicinske tilbud, jf. § 59"*. Kræftens Bekæmpelse støtter, at regionsrådet kan etablere og drive en klinik, som leverer almen medicinske ydelser, så alle patienter har adgang til et almenmedicinsk tilbud. Det er afgørende, at der i etableringen af nye tilbud ikke gås på kompromis med patientsikkerheden, kvaliteten og kontinuiteten i behandlingen. Derfor skal der ses på muligheder, som i videst muligt omfang sikrer, at patienterne ser den samme eller få læger.

Det anbefales, at patient- og brugerrepræsentanter inddrages i det lokale arbejde med udvikling og etablering af alternative klinikformer, og Kræftens Bekæmpelse deltager gerne i dette arbejde.

Med venlig hilsen

Pernille Slebsager
Patientstøttedirektør



Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Att: sum@sum.dk

Cc: gkh@sum.dk og annb@sum.dk



Høringssvar vedr. udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud).

Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet (SUND) ved Københavns Universitet takker for muligheden for at deltage i høringen. SUND har som grundlag for høringssvaret indhentet input fra Institut for Folkesundhedsvidenskab.

Den nationale fordelingsmodel

Den konkrete udmøntning af lovforslaget, herunder den foreslåede ordning vedrørende kapacitetsstyring, ses i høj grad at afhænge af forslagets 'nationale fordelingsmodel', der skal fastlægge patienternes teoretiske behandlingsbehov. Det fremgår imidlertid ikke af forslaget, *hvordan* den nationale fordelingsmodel og dermed patienternes teoretiske behandlingsbehov konkret udformes og udregnes. Dette spørgsmål er imidlertid afgørende for patienters adgang til et almenmedicinsk tilbud og dermed for lovforslagets konkrete konsekvenser for f.eks. ulighed i sundhed.

Forskning viser for eksempel, at der er større udbrændthed blandt alment praktiserende læger i praksis med flere patienter med multimorbiditet og komplekse lidelser, men der er samtidig også udbrændthed i praksis med patienter med mindre sygdomsbyrde¹. Med andre ord er det sandsynligt, at

6. MARTS 2025

LEDELSESSEKRETARIATET

BLEGDAMSVEJ 3
KØBENHAVN N.

DIR 35 33 24 69
MOB 93565764

mathias.westermann@sund.ku.dk

¹ Pedersen, A. F., Nørøxe, K. B., & Vedsted, P. (2020, January 13). Influence of patient multimorbidity on GP burnout: a survey and register-based study in Danish general

det faktiske behandlingsbehov påvirker både kapacitet og arbejdsbyrde, men også at behovet drives af flere forskellige faktorer. At være en patient med faktisk stort behandlingsbehov hænger således sammen med andre forhold end alder og antallet af kroniske sygdomme. For eksempel spiller udfordrende sociale kår, psykisk sygdom med videre også en rolle. For at skabe en hensigtsmæssig national fordelingsmodel er der derfor behov for at udvikle værktøjer til at identificere de patienter med størst faktisk behandlingsbehov, ligesom der er behov for at undersøge, hvad det betyder for de almenmedicinske tilbud at få flere patienter med et faktisk stort behandlingsbehov, og hvordan lægerne kan motiveres derfor.

Vi opfordrer således til, 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.

Klinikformer

Lovforslaget lægger op til, at regionerne fremover får flere muligheder for at benytte forskellige klinikformer og leverandører i det almenmedicinske tilbud for at øge tilgængeligheden af almenmedicinske tilbud.

I forhold til udbudsklinikker bifalder instituttet, at udbuddet skal ”foregå på åbne, objektive og ikke-diskriminerende vilkår. Derudover skal udbuddet tilrettelægges på en sådan måde, at eventuelle bud kan sammenlignes med, hvad en offentligt drevet enhed vil koste.” Det bør desuden 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.

Det bør desuden 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. Derfor bør nye almenmedicinske tilbud indrettes, så de har mulighed for at deltage i både forskning, prægraduat klinisk universitetsundervisning, postgraduat klinisk KBU og speciallægeuddannelse og kvalitetsudvikling for at sikre en hensigtsmæssig udvikling af den almenmedicinske nøglefunktion i sundhedsvæsenet.

Rekruttering

Lovforslaget bundet blandt andet i mangel på speciallæger i almen medicin. Effekten af reformen på dette område afhænger blandt andet af, om man kan få praksislæger til at købe eller søge ansættelse i (regionale) klinikker i yderområderne. Den nye nationale fordelingsmodel skaber kun rammerne. Det bør overvejes om mulighederne for regionale incitamenter burde styrkes yderligere, f.eks. ved at skabe lokale faglige miljøer og tilbyde kombinationsstilling, både uddannelsesstillinger og speciallægeansættelser, mellem klinik og forskning. En mulighed er også at udvide perioden med mulighed for aftaler om ekstra betaling til efter 31. december 2026. Det bør desuden som nævnt herover sikres, at almenmedicinske tilbud i fremtidens sundhedsvæsen bidrager til uddannelsen af fremtidens læger på hensigtsmæssig vis. Nye klinikker i de såkaldte geografiske yderdistrikter er særligt vigtige at få inddraget i denne opgave for at øge den nødvendige rekruttering til disse områder.

Opfølgning, evaluering og tilpasning

Det er afgørende at følge udviklingen på lovforslagets område forskningsmæssigt med henblik på tilpasninger, der eventuelt kan indgå i en aftalebaseret model. Det er desuden vigtigt, at der skabes rammer for en løbende faglig udvikling og et forskningsbaseret vidensgrundlag for den daglige praksis i almen praksis. Her vil etablering af et praksisnetværk være en naturlig del, på samme måde som det eksisterer i Norge, England, Tyskland og andre steder.

Til Indenrigs- og sundhedsministeriet

Svar på høring om udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven

Indenrigs- og sundhedsministeriet har den 5. februar 2025 sendt et udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydenumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud) i høring.

Lovforslaget er en opfølgning på den politiske aftale om en sundhedsreform 2024, som blev indgået d. 15. november mellem Regeringen, Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre. Landdistrikternes Fællesråd kæmpede for at undgå et bortfald i regionernes opgaver indenfor regional udvikling, herunder centrale opgaver indenfor landdistriktsudvikling og den grønne omstilling. Disse opgaver blev desværre frataget regionerne i forbindelse med sundhedsreformaftalen.

Ifølge Regional- og landdistriktspolitisk redegørelse 2023 er ca. 600.000 borgere bosat i lægedækningstruede områder¹, hvor der er mangel på alment praktiserende læger. Udfordringerne er næsten udelukkende i landdistrikterne. Det er problematisk, da der bor flere kronikere og multisyge borgere i landdistrikterne, som har brug for at have sundhedstilbud og læger tæt på. Landdistrikternes Fællesråd er positive over, at man med lovforslaget fremlægger en række tiltag, som skal bidrage til at sikre lægedækning i hele landet, så der også er læger der, hvor der er flest syge. Dette er et skridt i den rigtige retning til at sikre en mere lige adgang til sundhedsydelser for alle borgere, uanset hvor de bor.

Landdistrikternes Fællesråd har følgende bemærkninger til lovforslaget:

Kapacitetsstyring af almenmedicinske lægekapaciteter

I dag er der ingen national styring af ydenumre eller fordelingen af disse inden for det almenmedicinske tilbud. Landdistrikternes Fællesråd bemærker, at der med forslaget om en ny §206 b i sundhedsloven gives regionsrådene ansvar for planlægning og kapacitetsstyring af almenmedicinske lægekapaciteter ud fra en national fordelingsmodel for lægekapaciteter, som det centrale styringsværktøj.

Landdistrikternes Fællesråd er positive overfor, at der nu bliver en national fordelingsmodel for fordelingen af læger og ydenumre. Det forventer vi

¹ Regional- og landdistriktspolitisk redegørelse 2023

vil være med til, at der fremover kommer en mere geografisk lige fordeling af ydrenumre, alt efter patientbehovet, i hele landet. Det vil gavne landdistrikterne.

Differentieret patientantal ud fra patientsammensætning

Landdistrikternes Fællesråd er ligeledes positive over, at lovforslaget lægger op til, at der ikke længere skal være et fast patientantal pr. lægekapacitet. I dag udgør det faste patientantal ca. 1600 pr. lægekapacitet, hvor lægen herefter har mulighed for at lukke for adgang til nye patienter. Fremover skal minimumsantallet af patienter fastlægges på baggrund af viden om borgernes behandlingsbehov i området. Det vil også tage hensyn til de tilmeldte patienter i de enkelte klinikker samt den nationale fordelingsmodel.

Landdistrikternes Fællesråd mener, at det vil få en positiv indvirkning på landdistrikterne, hvor lægerne ofte oplever, at borgerne er mere syge og dermed mere behandlingskrævende. Det kræver at lægen har tiden til det og det hjælper dette lovforslag godt på vej til.

Differentieret honorering

Landdistrikternes Fællesråd bemærker, at der fra d. 1. januar 2027 træder en ny honorarstruktur i kraft, som vil omfordele honorarer til klinikker med mange behandlingskrævende patienter. Indtil da, foreslås det i §206 b, stk. 4, i sundhedsloven, at regionsrådet i perioden fra den 1. juli 2025 til og med den 31. december 2026, kan indgå aftaler om et midlertidigt tillæg, der supplerer aftaler indgået efter sundhedslovens §227, stk. 1, med indehaveren af et ydernummer i områder med lægemangel.

Landdistrikternes Fællesråd er positive over, at man indfører en overgangsordningen frem til den nye honorarstruktur, træder i kraft. Det er vigtigt, at vi ikke mister læger i områder, hvor der allerede er lægemangel. En differentieret honorering af læger, hvor lægerne samtidig får mere tid til hver enkelt patient, er en del af løsningen til at få flere læger til at søge mod yderområderne. Det vil gøre det mere attraktivt at arbejde i lægedækningstruede områder, i land-, ø- og yderkommuner, hvor der ofte er flere multisyge og kroniske patienter. Differentieret honorering og patientantal er noget, som Landdistrikternes Fællesråd længe har arbejdet og kæmpet for og derfor er vi også glade for at se, at det er en del af dette lovforslag.

Begrænsning i antal ydrenumre ejet af én læge

Lovforslaget lægger op til at begrænse, hvor mange ydrenumre en læge i almen medicin kan erhverve og drive fremadrettet. Fremover skal en læge ikke kunne købe og eje flere end tre ydrenumre. Forslaget indebærer desuden, at læger, som har erhvervet op til seks ydrenumre efter de gældende regler, også efter lovforslagets ikrafttræden kan eje og drive deres klinikker.

Landdistrikternes Fællesråd ser en fornuft i at begrænse antallet af ydrenumre, som én læge kan eje, så vi undgår at sundhedskoncerner, som vi har set dårlige eksempler på, overtager kontrollen med ydrenumrene i almen praksis. Jo færre ydrenumre en læge må eje jo større chance er der for, at den pågældende læge selv er til stede i klinikken. Samtidig bliver det mindre sårbart ved en evt. konkurs eller et pludseligt stop, når en læge ejer færre praksis. Det er vigtigt, at vi sikrer, at der er en god sundhedspleje uanset, hvor i landet man har sit lægehus.

Flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud

Med lovforslaget vil regionsrådet kunne etablere og drive klinikker som leverer almenmedicinske ydelser uden først at skulle afsøge muligheden for at afsætte et ydernummer til en læge, som vil praktisere efter overenskomsten. Forslaget vil betyde at regionsklinikker ikke længere nødvendigvis er midlertidige, men kan etableres med et permanent sigte. Det vil bidrage til at længerevarende planlægning og rekruttering af speciallæger i almen medicin. Med forslaget får regionsrådet mulighed for at drive regionsklinikker på lige fod med udbudsklinikker og klinikker etableret af alment praktiserende læger.

Landdistrikternes Fællesråd er positive overfor, at regionsklinikker fremover kan være permanente i områder, hvor det er den bedste løsning. Det giver regionerne mulighed for at sikre en stabil og ordentlig lægedækning, der hvor andre løsninger ikke er mulige. Der findes mange gode eksempler på regionsklinikker i dag, som viser potentialet i at gøre dem permanente.

Landdistrikternes Fællesråd anbefaler dog, at der fremover etableres mindst ét sundhedshus i alle kommuner med både praksislægedækning samt kommunale og regionale funktioner, så borgerne får lige adgang til sundhedstilbud, uanset hvor de bor. Det vil bl.a. indebære miniakutfunktioner, ambulante behandlinger og undersøgelser. Det forventer vi, at sundhedsrådene kommer til at arbejde for. Det er vigtigt for at sikre et sted, hvor borgere kan behandles for gængse og relativt ukomplicerede sygdomme tættere på hjemmet.

Landdistrikternes Fællesråd står til rådighed for yderligere dialog og sparring.

Med venlig hilsen

Landdistrikternes Fællesråd



Steffen Damsgaard
Formand



Høring over forslag til Lov om ændring af sundhedsloven

(National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud)

11. marts 2025

Sagsnr: 2025-1244

Aktnr: 6429908

Vejen til et styrket alment medicinsk tilbud er dialog, lige vilkår og fokus på rekruttering, tilknytning og fastholdelse

På vegne af Lægeforeningen, Yngre Læger, Foreningen af Speciallæger og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) takker vi for muligheden for at afgive høringssvar til lovforslaget om styrket almen medicin.

Vi værdsætter og støtter indsatsen for at styrke det nære sundhedsvæsen som en del af sundhedsreformens mål om at skabe et stærkt og balanceret sundhedsvæsen, som er tættere på borgerne; herunder at der skal være mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud, og at der skal ske en økonomisk, faglig og geografisk prioritering af indsatser og ressourcer, der medvirker til at sikre, at alle borgere har adgang til almenmedicinsk lægehjælp tæt på, uanset hvor man bor.

Dialog om fastlæggelse af normtal

Vi støtter intentionen om at differentiere patientnormtal baseret på patienters behandlingsbehov. Dog er vi meget bekymret ved, at der i lovforslaget er hjemmel til, at regionsrådet ensidigt kan fastlægge antallet af patienter, en klinik som minimum skal have tilknyttet, før klinikken får ret til at lukke for tilgang af yderligere patienter, uden at regionsrådet forinden er forpligtet til at forsøge at indgå aftaler herom med klinikkerne.

Det er vores vurdering, at dette kan få utilsigtede konsekvenser i form af dårligere lægedækning. For det første ved at overbelaste allerede eksisterende klinikejere/praksis, som så forlader faget før tid, og for det andet ved at være afskrækkende på læger, der ønsker at etablere sig i et område.

Vi anbefaler derfor, at det i lovforslaget præciseres, at fastlæggelsen af normtal som udgangspunkt skal ske ved frivillige aftaler med klinikkerne.

Domus Medica
Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf.: +45 3544 8500

Tlf.: +45 3544 8225 (direkte)

E-post: dadl@dadl.dk

E-post: uns@dadl.dk

www.laeger.dk



Lige vilkår

Vi anerkender, at der med lovforslaget ønskes en øget fleksibilitet i etableringen af almenmedicinske tilbud gennem flere klinikformer.

Vi bemærker dog, at den nuværende struktur for almen praksis i Danmark – med praktiserende læger, der arbejder og tager ansvar for patientbehandlingen i den klinik, de selv ejer – er internationalt anerkendt for at være agil og levere høj kvalitet i behandlingen på et lavt omkostningsniveau.

Det er herudover essentielt, at det af de generelle bemærkninger og bemærkningerne til § 227, stk. 5, 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. Det er ikke tilstrækkeligt, at en bemærkning herom fremgår af det sammenfattende skema på s. 39.

Rekruttering, styrket tilknytning og fastholdelse

Der er et stort uudnyttet potentiale i at fremme rekrutteringen af almenmedicinere med positive tilskyndelser og i at styrke tilknytningen. Det er afgørende, at der iværksættes en aktiv rekrutteringsindsats, der gør det attraktivt at vælge og forblive i specialet almen medicin.

Dette kan ske med en forbedring af hoveduddannelsen i almen medicin, med større fleksibilitet for uddannelseslægerne, højere kvalitet i sygehusopholdene samt større indflydelse på forløbet.

Derudover er der behov for bedre etableringsvilkår for nye praksisejere, så det bliver økonomisk og organisatorisk attraktivt at etablere sig som praktiserende læge - blandt andet ved at der er forudsigelighed omkring investeringen i forholdt til patientgrundlag, lukkegrænse, honorarstruktur mm, og at man ved etablering i områder med lægemangel understøtter etableringen af klinikker.

Endelig bør der være fokus på arbejdsvilkårene, så specialet forbliver attraktivt og understøtter lægers trivsel og langsigtet tilknytning til almen praksis. I den sammenhæng er det også vigtigt, at der er lige vilkår for alle almenmedicinere, og at der for eksempel ikke i forbindelse med en overgangsordning til differentierede normtal sker forskelsbehandling mellem nyetablerede og allerede etablerede praktiserende læger.

De allerede nedsatte praktiserende læger er i forvejen meget hårdt spændt for og for manges vedkommende i mistrivsel og/eller nærmer sig pensionsalderen. For en del af populationen er der derfor ikke så langt til at afhænde praksis, hvis arbejdsbelastning og vilkår forringes. For samlet set at opnå et styrket almenmedicinsk tilbud med flere læger er det således afgørende, at man har fokus på, at de fremtidige forhold også bidrager til at fastholde de nuværende praktiserende læger.



Afsluttende bemærkninger

Vi deler ambitionen om at styrke det almenmedicinske område, men er bekymrede for, at udmøntningen af sundhedsaftalen på de nævnte områder kan blive kontraproduktiv i forhold til intentionerne.

Det bemærkes, at Praktiserende Lægers Organisation også har afgivet et selvstændigt høringssvar.

Med venlig hilsen

På vegne af Lægeforeningen, Yngre Læger, Foreningen af Speciallæger og
Praktiserende Lægers Organisation

Camilla Noelle Rathcke
Formand for Lægeforeningen



Til:
Indenrigs- og Sundhedsministeriet



PRAKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION

Høringssvar vedrørende forslag til lov om ændring af sundhedsloven.

PLO takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende forslag til lov om ændring af sundhedsloven (National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud).

Høringssvaret er – udover et kort resumé – opdelt i to dele:

Del I: Bemærkninger til forslaget om, at regionsrådets kan fastlægge lukkegrænser.

Del II: Bemærkninger til de øvrige dele af lovforslaget.

Resumé

PLO bakker op om sundhedsreformens *mål*, herunder at styrke det nære sundhedsvæsen med henblik på:

- at der skal være mindst 5.000 praktiserende læger,
- at skabe et stærkt og balanceret sundhedsvæsen, der er tættere på borgerne,
- en reduktion af ulighed i sundhed,
- en bedre fordeling af sundhedsvæsenets ressourcer på tværs af landet,
- en økonomisk, faglig og geografisk prioritering af indsatser og ressourcer til dem, der har de største behov,
- at alle borgere har adgang til en praktiserende læge tæt på, uanset hvor man bor, og
- at langt mere behandling og pleje kan foregå hos egen læge og/eller i borgerens eget hjem.

PLO er imidlertid meget bekymret ved ét af lovforslagets *midler* til at opnå målet: At der i lovforslaget er hjemmel til, at regionsrådet ensidigt – og uden tidsmæssig sammenhæng med de tiltag i sundhedsreformen, der skal styrke almen praksis – kan fastlægge antallet af patienter - en klinik som minimum skal have tilknyttet, før klinikken får ret til at lukke for tilgang af yderligere patienter.

Dato: 7. marts 2025

Sagsnr.:

Aktid: 6457856

Sagsbehandler: HDA

Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf.: +45 3544 8477

Tlf. (dir.): +45 35 44 84 61

E-mail: plo@DADL.DK

E-mail: gio.plo@DADL.DK

www.plo.dk

Det er PLO's vurdering, at dette tiltag kan få utilsigtede konsekvenser i form af mindre tid til patienterne og flere udbrændte læger, der forlader faget før tid. Det vil indebære en dårligere lægedækning og dermed være kontraproduktivt for sundhedsreformens mål.

PLO anbefaler derfor, at lovforslaget udmøntes i overensstemmelse med de bagvedliggende intentioner i sundhedsreformen, herunder at fordelingen af antallet af patienter forsøges aftalt med klinikkerne.

Del I: Bemærkninger til forslaget om, at regionsrådets kan fastlægge lukkegrænser.

Det fremgår af lovforslaget, at den enkelte kliniks adgang til at lukke for tilgang af patienter fremover vil skulle ske under hensyn til behandlingsbehovet blandt de tilmeldte patienter i området, at beregningen af behandlingsbehovet fastlægges med udgangspunkt i den nationale fordelingsmodel, og at det endeligt fastlægges af regionsrådet, hvor mange patienter en klinik som minimum skal have, før klinikken får ret til at lukke for tilgang af yderligere patienter (såkaldt lukkegrænse).

Lovforslagets regulering af lukkegrænser er, som det også anføres i lovforslaget, et indgreb i en eksisterende aftale mellem PLO og RLTN, der ændrer på de forudsætninger, hvorunder de praktiserende læger har erhvervet deres ydernumre. Indgrebet kan blive så omfattende, at det vil påvirke værdien af ydernumrene ved videresalg; fx hvis et ydernummer pålægges så høj en lukkegrænse, at det ikke er attraktivt for potentielle købere. Indgrebet vil dermed kunne svække den enkelte læges tillid til, at indgåede aftaler vil blive respekteret, og gøre det mindre attraktivt at fungere som selvstændig erhvervsdrivende med det offentlige som (eneste) kunde.

PLO's overordnede anbefaling er derfor, at en differentiering indføres gradvist over en år-række med fuldstændig og ubetinget sikring af økonomien i klinikkerne således, at ingen klinikejere lider et økonomisk tab som følge af indgrebet.

PLO advarer mod, at regionsrådet tildes en umiddelbar hjemmel til at fastsætte lukkegrænserne i almen praksis med den virkning, at nogle praktiserende læger mod deres vilje kan blive pålagt at håndtere et større antal patienter:

- Mange praktiserende læger er ifølge den seneste undersøgelse fra 2023 udbrændte i et omfang, der er kritisk højt. Det gælder såvel læger på landet som i de fleste af de store byer. Et krav om, at nogle praktiserende læger mod deres vilje skal påtage sig en endnu større arbejdsbyrde, vil kunne komme patienterne til skade og øge mistrivslen i almen praksis. Det vil være kontraproduktivt for ønsket om at øge lægedækningen i hele Danmark.
- En række klinikker kan ikke vokse yderligere med fx personale, fordi de har til huse i mindre, ældre lejemål, ikke har økonomi til at flytte klinikken til bedre fysiske forhold og/eller har svært ved at finde lejemål i nærheden af eksisterende klinik, der lever op til de nye standarder og krav til den fysiske indretning af almen praksis. Det er derfor

ikke givet, at de faktiske forhold giver mulighed for at håndtere et højere patientantal.

Det bemærkes, at Sundhedsstrukturkommissionen anbefalede, at differentieringen af patientantallet skete i sammenhæng med "en omlægning og prioritering af opgaveløsningen i de berørte klinikker, som isoleret set kan bevirke et oplevet fald i serviceniveauet for nogle patientgrupper eller i nogle områder." Det fremgår desuden af kommissionens anbefalinger, at den "nationalt fastlagte opgavebeskrivelse skal medvirke til processen og understøtte en prioritering i klinikker, som oplever et pres som følge af opgavemængden."

Sammenhængen mellem antallet af patienter og prioriteringen af opgaveløsningen er desværre ikke 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. Det vil ikke som forudsat af kommissionen "understøtte en mere lige adgang til sundhed og en solidarisk fordeling af opgaverne mellem de almenmedicinske tilbud."

Af aftalen om en sundhedsreform fremgår følgende:

"Aftalepartierne bakker op om, at en fuld gennemførsel af reformen tager udgangspunkt i, at centrale initiativer om økonomiske rammer og vilkår for de almenmedicinske læger skal aftales.

Samtidig lægger aftalepartierne generelt stor vægt på, at arbejdet med implementeringen af reformen sker i tæt og konstruktiv dialog mellem parterne.

Aftalepartierne forventer på den baggrund, at nødvendige aftaler kan indgås med de praktiserende læger.

Hvis der mod forventning ikke kan indgås en aftale, er aftalepartierne enige om at stemme for lovgivning, der i den situation kan være nødvendig for at sikre fuld gennemførelse af alle reformens initiativer."

Lovforslaget lever i sin nuværende form ikke op til dette princip om "aftaler før lovgivning", idet regionsrådets hjemmel kan bringes i anvendelse også uden forudgående forsøg på at indgå frivillige aftaler.

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, og
- at regionsrådet skal forsøge at fastlægge det differentierede patientantal ved aftale med klinikkerne.

For så vidt angår muligheden for at indgå frivillige aftaler, gør PLO endelig opmærksom på, at de praktiserende læger allerede i dag har ca. 440.000 flere patienter, end de er forpligtede til med de nuværende lukkegrænser, og at et stort antal patienter derfor allerede er tilknyttet en praktiserende læge som følge af frivillighed.

Del II: Bemærkninger til de øvrige dele af lovforslaget.

Flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud

Lovforslaget indebærer, at regionsrådet fremadrettet får mulighed for at drive regionsklinikker "på lige fod" med udbudsklinikker og klinikker etableret af alment praktiserende læger, der virker efter overenskomsten om almen praksis.

PLO bemærker, at den nuværende struktur for almen praksis i Danmark er internationalt anerkendt for at være forandingsparat og leverer høj kvalitet i behandlingen på et lavt omkostningsniveau. I andre lande som fx Storbritannien og Australien, hvor man i de seneste årtier har valgt at indføre nye organisationsformer af almen praksis, har det desværre haft negative konsekvenser for sundhedsvæsenet og befolkningen. Det bemærkes også, at det af den senest offentliggjort patienttilfredshedsundersøgelse tydeligt fremgår, at patienttilfredsheden er markant og signifikant højere målt på alle parametre i klinikker drevet efter overenskomsten med PLO end i regionsklinikker, udbudsklinikker og partnerskabsklinikker.

Regionsrådets mulighed for at afprøve andre klinikformer bør ikke ske på bekostning af patienterne, og lovforslaget bør derfor sikre, at nye klinikformer har samme høje kvalitet og patienttilfredshed som de eksisterende. Det er i den forbindelse ikke tilstrækkeligt, at det i lovforslaget anføres, at "udbuds- og regionsklinikker på længere sigt i øvrigt skal efterleve krav, der stilles med hjemmel i lov ved en national fastlagt opgavebeskrivelse". Kravene for alle klinikker bør af hensyn til patienterne være ens fra og med det tidspunkt, hvor de frit kan etableres.

PLO gør for god ordens skyld opmærksom på, at det ikke er givet, at flere og nye klinikformer nødvendigvis vil tiltrække flere praktiserende læger. Den seneste medlemsundersøgelse fra Forum for Yngre Almenmedicinere (FYAM) viser, at 73% af de kommende praktiserende læger forventer at eje egen klinik inden for fem år efter endt uddannelse, men det er ikke ensbetydende med, at de resterende 27 pct. ønsker at arbejde i alternative klinikformer. Tværtimod viser selvsamme undersøgelse, at kun 1 pct. ønsker at arbejde i en concernklinik, og 0 pct. ønsker at arbejde i regionsklinikker. Langt størstedelen af de 27 pct. ønsker at begynde som vikarer i almen praksis, inden de erhverver egen klinik.

Det anføres i lovforslaget, at ændringen "... forventes derfor også at ville medføre en gradvis ændring i sammensætningen af kliniktyper over tid", og at ændringen "... kan få den effekt, at privatpraktiserende læger, der virker efter overenskomsten samt private aktører, der byder ind på udbudsklinikker, i mindre omfang får mulighed for at deltage i driften af lægeklinikker...".

PLO bemærker i den forbindelse, 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 med henblik på at fremme en effektiv samfundsmæssig ressourceanvendelse.

Et sådant krav følger allerede af den eksisterende konkurrencelovgivning, men det fremgår alene af lovforslagets "Sammenfattende skema", s. 39: "Etableringen af klinikker skal desuden ske i henhold til øvrig lovgivning, som indebærer, at konkurrencereglerne skal iagttages, hvilket betyder, at private klinikker ikke må udsættes for konkurrenceforvridende tiltag." I og med, at skemaet alene er en "sammenfatning", bør en tilsvarende bemærkning af lovtekniske grunde sættes ind i såvel de generelle bemærkninger som i bemærkningerne til § 227, stk. 5.

Det bemærkes i den forbindelse, at lovforslagets bemærkninger til § 227, stk. 5, ikke er tilstrækkelige, dels fordi de alene omfatter regionsrådets "udbud" af praksisdrift, dels fordi regionsrådet efter den nye affatning af § 227, stk. 5, ikke er forpligtet til at udbyde praksisdrift, og dels fordi sammenligningen mellem private og offentlige bud ifølge bemærkningerne alene skal bruges til at forkaste private bud, hvis omkostningerne hertil er væsentligere højere end regionsklinikker.

Den nationale fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud

PLO anerkender, at fordelingen af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud bør ske efter en national model, og at opgaven med at udforme modellen skal placeres hos indenrigs- og sundhedsministeren, herunder at behandlingsbehovet i modellen skal estimeres inden for et afgrænset geografisk område med afsæt i blandt andet befolkningens demografiske, socioøkonomiske og sundhedsmæssige karakteristika.

Det er for PLO væsentligt, at modellen også tager højde for den tiltagende urbanisering således, at der dels udløses flere kapaciteter i takt med befolkningstilvæksten, dels at der tages højde for socialt belastede områder, hvor det traditionelt har været svært at tiltrække praktiserende læger.

PLO er enig i, at der er behov for at tilgodese områder med lægemangel og mange behandlingskrævende borgere, herunder også ved at læger i områder med mange borgere med stort behandlingsbehov skal have færre patienter.

I den forbindelse er det afgørende for PLO, at flere læger i det almenmedicinske tilbud som anført i lovforslaget forventeligt vil medføre, at alle lægekapaciteter og klinikker i hele landet vil skulle varetage færre patienter. Dette er en forudsætning for, at klinikkerne kan bruge mere tid på de patienter, der har de største behov.

Lovforslaget indeholder en tidsbegrænset hjemmel til, at regionerne i en periode, frem mod en ny honorarstruktur for de praktiserende læger træder i kraft 1. januar 2027, får mulighed

for at understøtte klinikker i områder med lægemangel med et midlertidigt tillæg. Formålet er ifølge lovforslaget at understøtte og styrke lægedækningen, fastholde eksisterende klinikker og sikre indtægtsgrundlaget for klinikker, der får færre patienter som følge af, at lægedækningen i området styrkes.

PLO støtter op om forslaget, men gør – som det også anføres i lovforslaget – opmærksom på, at der de seneste år er igangsat en række tilsvarende indsatser, blandt andet ved sundhedsaftalen fra 2022. Ingen af disse tiltag synes at være bragt i anvendelse i nævneværdig grad af regionerne, og det er ikke transparent, hvad der er sket med de midler, der hidtil er sat af til at fremme lægedækningen.

Det anbefales derfor, at regionerne pålægges:

- at aflægge særskilt beretning og regnskab for anvendelse af midlerne,
- at kriterierne for anvendelse af midlerne defineres tydeligere, og
- at midlerne skal "tilbagebetales", hvis de ikke anvendes til formålet.

I den forbindelse bør det indskræpes over for regionerne, at de økonomiske incitamenter ikke kan tilbageholdes, alene fordi regionen ønsker at afsøge andre muligheder for at opnå bedre lægedækning end de ved lovgivningen fastsatte.

PLO skal endelig gøre opmærksom på, at en national styring af de praktiserende lægers fordeling ikke kan stå alene. Forudsætningen for at kunne virke som praktiserende læge er, at andre sundhedstilbud i det primære og sekundære sundhedsvæsen er velfungerende og ikke mangler de nødvendige, faglige ressourcer. Det er derfor afgørende, at kommissionens anbefalinger om en tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet, herunder en styrkelse af speciallægepraksis og en tilpasset ressourcefordeling mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen, koordineres med den nationale styring af lægedækningen.

Begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge

PLO tilslutter sig, at lovforslaget begrænser antallet af ydernumre, der kan ejes af én læge, fra de nuværende seks til tre. PLO så dog gerne, at antallet blev reduceret yderligere. Intentionen om at sikre, at sundhedskoncerner ikke de facto overtager kontrollen med ydernumre i almen praksis, vil ikke nødvendigvis blive opfyldt med den indførte begrænsning. Den vil blot indebære, at koncernerne skal finde flere stråmænd til at eje ydernumre og/eller forsøge at få flere kapaciteter tilknyttet hvert ydernummer, idet et ydernummer i princippet kan have tilknyttet et ubegrænset antal kapaciteter.

PLO anbefaler derfor, at man yderligere vanskeliggør sundhedskoncerners de facto overtagelse af kontrollen med klinikker drevet efter PLO's overenskomst ved følgende tiltag:

- At der opstilles en grænse for antallet af kapaciteter inden for et ydernummer.

- Krav om, at ydernumrene og de dertil knyttede kapaciteter skal befinde sig i en sådan geografisk nærhed af hinanden, at ejeren af ydernumrene har mulighed for at tage et personligt, sundhedsfagligt ansvar for patienterne i alle klinikker.
- 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.

Endelig forudsætter PLO, at det som hidtil alene vil være speciallæger i almen medicin, der har adgang til helt eller delvist at eje et ydernummer.

Ny honorarstruktur fra 2027

PLO bemærker, at det af aftalen om en sundhedsreform fremgår, at centrale initiativer om økonomiske rammer og vilkår for de almenmedicinske læger skal aftales.

Den nye honorarstruktur, der skal træde i kraft den 1. januar 2027, er således ikke en del af lovforslaget, men omtales alligevel flere steder:

- På s. 5 anføres, at læger i yderområder med mange borgere med stort behandlingsbehov skal have mere i honorar pr. patient end de læger, der behandler de mindre syge borgere.
- På s. 5 anføres, at en ny honorarstruktur skal fastsættes i overensstemmelse med den nationale fordelingsmodel og baseres på borgerens behandlingsbehov.
- På s. 7 anføres, at almenmedicinske tilbud i områder med lavt sundhedsbehov skal varetage flere patienter inden for den nuværende honorering.
- På s. 16 anføres, at udviklingen af en ny kommende honorarstruktur vil skulle ske i overensstemmelse med den nationale fordelingsmodel.
- På s. 34 samt 37-38 anføres, at en ny honorarstruktur skal understøtte sammenhængen mellem lægens honorar og borgerens sundhedstilstand og behandlingsbehov.

Det forekommer PLO utidigt, at der i bemærkningerne til et lovforslag, som ikke omhandler den kommende honorarstruktur, stilles konkrete krav til, hvordan en kommende aftale skal udformes. Ikke mindst når det tilkendegives, at nogle praktiserende læger skal varetage flere behandlinger inden for samme honorering, eftersom det vil sætte økonomien i en række klinikker under et betydeligt pres.

Afskaffelse af praksisplanen

PLO har noteret, at lovforslaget lægger op til, at praksisplanen skal afskaffes. PLO bemærker hertil, at et sammenhængende sundhedsvæsen er et samarbejdende sundhedsvæsen. Praksisplanen har her været et af flere redskaber, som har været anvendt til en formaliseret dialog imellem region, kommuner og almen praksis om at skabe sammenhæng imellem sektorerne. Samtidig har parterne i praksisplanen kunnet opstille fælles forpligtende mål for almen praksis.

Hvis praksisplanen afskaffes, er det derfor 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.

Derudover er det væsentligt, at de emner, der hidtil har været behandlet i praksisplanerne, indgår som et væsentligt element i nationale og/eller lokale sundhedsplaner.

Med venlig hilsen



Jørgen Skadborg
formand



Niels Ulrich Holm
næstformand

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Høringssvar til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud m.m.)

6. marts 2025

PLO-Hovedstaden, Frederiksberg 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.

Vi er dog stærkt bekymret for, hvis en statslig administration på sigt vil føre til ringere lægedækning for københavnere og frederiksbergborgere, da den nationale fordeling og styring ikke i tilstrækkelig grad tager højde for storbyernes voksende og aldrende befolkning samt deres særlige udfordringer med at rekruttere og fastholde læger til områder, hvor sundhedsfaglige behov og ressourcer er i ubalance.

Vi opfordrer derfor til, at en fremtidig national fordeling ikke alene adresserer den geografiske ulighed i sundhed, men også har fokus på at reducere den sociale ulighed. Bedre lægedækning i yderområderne bør ikke ske på bekostning af, at forholdene forringes for borgere med socioøkonomiske udfordringer i storbyerne.

I hovedstaden har vi også fastholdelses- og rekrutteringsudfordringer. Vi har en stor andel af sårbare borgere, herunder multisyge og socialt udsatte borgere samt en stor koncentration af borgere med psykiatriske lidelser, der kræver særlige ressourcer og målrettede indsatser. Hvis man fx tog vores bydel Nørrebro med 79.768 borgere, vil den som en selvstændig kommune være en af Danmarks fattigste, ligesom den vil have Danmarks laveste middellevetid og største forekomst af borgere med dårlig mental sundhed. Også Frederiksberg Kommune er en blandet by, hvor der er områder, som har en befolkningssammensætning, der har særlige behov og kræver en særlig opmærksomhed. I Frederiksberg Kommune gør sig desuden gældende, at der allerede i dag er en stor andel af borgere over 65 år, svarende til 17% af befolkningen, som generelt set har et større behov for almenmedicinsk lægehjælp end den yngre del af befolkningen.

Fysisk nærhed til den praktiserende læge er særligt afgørende for både ældre og socialt udsatte borgere, som ikke i samme grad som ressourcerstærke borgere har mulighed for at opsøge nødvendig lægehjælp uden for nærområdet. Eksempelvis stod KK's bydel Tingbjerg i perioden 2015-2018 uden en lokal praktiserende læge. Selvom borgerne kunne tilknyttes en læge uden for området, medførte den manglende lokalt tilgængelige praksis, at færre opsøgte lægehjælp. Det er udfordrende, da den praktiserende læge ikke blot bistår med hjælp til de sundhedsfaglige

problemstillinger, men også er indgang til håndtering af sociale udfordringer. Det risikeres derfor, at sårbare borgere får forværret deres tilstand og ender i akutte henvendelser, hvis ikke tilgængeligheden sikres.

I hovedstaden, hvor der findes flere områder med høj sygdomsbyrde og lav sundhedskompetence, er det derfor afgørende, at en national fordelingsmodel ikke blot fokuserer på geografisk lighed, men også sikrer, at lægekapaciteter fordeles efter lokale behov, da afstand og tilgængelig er afgørende for socialt udsatte borgeres sundhedsadfærd. Det betyder helt konkret, at kapaciteter i hovedstaden skal fordeles i mindre geografiske områder med udgangspunkt i den sociale demografi i stedet for på kommuneniveau.

Hovedstaden er også hjem for næsten en fjerdedel af alle borgere i hjemløshed i Danmark. Overrepræsentationen af særligt udsatte borgere i hovedstaden bør indtænkes, når der igangsættes initiativer og fordeles ressourcer inden for regionen, ligesom det bør indgå i overvejelserne omkring honorering af almen praksis.

Hertil har vi et stigende behov for læger i København og på Frederiksberg, da vi står over for en befolkningsvækst, som indebærer, at der i fremtiden vil være flere borgere med behov for sundheds- og plejeydelser, end der er i dag.

Befolkningsfremskrivningen viser, at frem mod 2035 forventes København at vokse med 50.000 indbyggere. I 2035 forventes 20% af Frederiksberg Kommunes befolkning at være over 65 år. Det er en stigning på tre procentpoint sammenlignet med i dag, hvor andelen af borgere over 65 år allerede er høj. Ydermere er antal læger per 1.000 indbyggere på tværs af Københavns bydele faldet de seneste år, og Region Hovedstadens Lægedækningsundersøgelse for 2025 forudser et behov for yderligere 16,9 læger frem mod 2029 som følge af befolkningsvækst. Lægedækningen i storbyen er således under betydeligt pres, og uden en løbende tildeling af nye kapaciteter risikerer dette særligt at forringe vilkårene for borgere med socioøkonomiske udfordringer.

Det er derfor afgørende, at den nationale fordeling ikke viderefører den nuværende tilgang fra aftale om initiativer til styrkelse af lægedækningen i yderområder. Aftalen har medført en generel nedlukning af nye ydernumre i KK i 1. halvår 2025, og vi er bekymret for, at vi inden for de næste par år, ser tilsvarende problematik i Frederiksberg Kommune. Aktuelt ser vi, at forbruget af sundhedsydelser hos den raske del af befolkningen ligger højt sammenlignet med andre kommuner, hvilket med et uændret forbrugsmønster, vil sætte lægedækningen under yderligere pres.

I stedet opfordrer vi fra København og Frederiksberg til, at den nationale fordelingsplan og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud tager højde for storbyernes vækst og kliniksammensætning samt anerkender, at der inden for kommunegrænserne kan være områder med skæv balance mellem sundhedsfaglige behov og tilgængelige ressourcer. Ellers vil konsekvensen blive begrænset adgang til almenmedicinske tilbud for borgerne.

Et differentieret patientantal bør tage højde for storbyernes vækst og sammensatte befolkningsgrupper, ligesom det må tilgodese, 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.

Det er positivt, at den foreslåede ordning fortsat indebærer fleksibilitet i forhold til at søge om godkendelse om lukning ved et lavere patientantal eller et højere patientantal end tilskrevet. Dog bør en hævelse af det nuværende normtal udelukkende ske på frivillig basis i samråd med den praktiserende læge. For de praktiserende læger har allerede i dag, ifølge PLO, 441.840 flere patienter på tværs af landet end påkrævet med det nuværende normtal. En påtvungen aftale kan medføre uforudsete konsekvenser såsom udbrændthed og reduceret motivation blandt lægerne, hvilket på sigt vil forringe lægedækningen.

Der bør samtidig tages højde for, at adgang til lægen ikke kun dækker over den geografiske adgang, men også muligheden for inden for rimelig tid at blive tilset af en praktiserende læge. Et forhøjet patientantal vil skabe længere ventetid og kortere behandlingstid til borgernes sundheds- og socialfaglige problemstillinger.

Afslutningsvis vil vi understrege, at alle beslutninger vedrørende almenmedicinske tilbud for hovedstadens borgere skal ligge entydigt i ét sundhedsråd. Således vil beslutninger vedrørende det almenmedicinske tilbud for borgere i Københavns og Frederiksberg Kommune skulle vedtages i Sundhedsråd Hovedstaden.

Med venlig hilsen



Formand Peder Reistad
PLO-Hovedstaden



Borgmester Michael Vindfeldt
Frederiksberg Kommune



Sundheds- og omsorgsborgmester Sisse Marie Welling
Københavns Kommune

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
sum@sum.dk
cc: annb@sum.dk og gkh@sum.dk

7. marts 2025

Ældre Sagen
Snorresgade 17-19
2300 København S

Tlf. 33 96 86 86
www.aeldresagen.dk
aeldresagen@aeldresagen.dk

Høring over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (National fordeling af og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud mv.)

Ældre Sagen takker for muligheden for at afgive høringssvar om ovenstående lovforslag og har kommentarer til følgende temaer.

National fordelingsmodel bør omfatte sundhedsbehov bredt, ikke kun behandling

Ældre Sagen bakker op om det overordnede formål med lovforslaget om at sikre en bedre og mere ligelig fordeling af alment praktiserende læger på tværs af landet, så alle borgere får let og lige adgang til udredning og behandling uanset bopæl.

I lovforslaget står der, at modellen skal afspejle forskelle i befolkningens behandlingsbehov. 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.

Ældre Sagen forudsætter, at alder indgår som et centralt parameter i modellen, da ældre i gennemsnit har større sundhedsbehov end yngre.

Ældre Sagen 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.

Kapacitetsudvidelse med flere læger er afgørende

Ældre Sagen betragter en kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud som et væsentligt og nødvendigt tiltag (jf. vores høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport) og har med tilfredshed noteret os målsætningen om mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud i 2035.

Ny honorarstruktur bør sikre tid til patienter med komplekse behov

Rammerne for en ny honorarstruktur for alment praktiserende læger, der skal træde i kraft fra 1. januar 2027, er ikke beskrevet i lovforslaget, udover at den skal understøtte sammenhængen mellem lægernes honorar og borgernes sundhedstilstand og behandlingsbehov. Ældre Sagen har tidligere opfordret til og bakker derfor op om en ny honorarstruktur, der i højere grad giver mulighed for at tilgodese patienter med mere komplekse sundhedsbehov.

For at sikre helhedsblik for patienter med flere sygdomme er det afgørende, at der i en ny honorarstruktur sikres tid til ex opfølgende hjemmebesøg, overblikskonsultation, medicingennemgang (evt. i samarbejde med geriater eller farmaceut), koordinering med den kommunale sygepleje, samtale om behandlingsbehov, stop for behandling, palliativ pleje eller stillingtagen til genoplivning.

Nationalt fastsat opgavebeskrivelse og lovhjemmel, der forpligter regioner til plejehjemslæger og tovholderfunktion i almen praksis

Som del af aftalen om Sundhedsreform 2024 fremgår det, at Sundhedsstyrelsen skal fastlægge de fremtidige opgaver og krav til det almenmedicinske tilbud i en national opgavebeskrivelse i sammenhæng med den nationale sundhedsplan. Dette skal ske på baggrund af en proces med inddragelse af relevante faglige kompetencer og aktører – dette vil Ældre Sagen gerne bidrage til. Vi kan imidlertid ikke se, at dette er kommet med som del af lovforslaget. Dog fremgår det af de almindelige bemærkninger til lovforslaget (side 19), at regionerne som led i planlægning skal ”sikre fast tilknyttede læger til en række kommunale tilbud”.

Vi opfordrer til, at det i bemærkningerne tydeligt fremgår, at disse kommunale tilbud konkret omfatter fast tilknyttet lægehjælp på plejehjem, sundheds- og omsorgspladser og botilbud, jf. at det er aftalt i sundhedsreformen, at regioner gennem lovgivning forpligtes til at sikre disse funktioner. Ligeledes bør det fremgå, at almen praksis skal fungere som tovholder for de mest sårbare borgere (Sundhedsreform 2024, side 37), og Ældre Sagen ser gerne, at denne målgruppe også omfatter ældre mennesker med flere sygdomme og/eller høj skrøbelighed.

Som led i at styrke forebyggelse foreslår Ældre Sagen yderligere, at regionen som led i hjemmel til at planlægge lægekapacitet også sikrer følgende:

Adgang til læge for ikke-digitale ved klinikændringer

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 opsiges alle patienter på et ydernummer på én gang og derefter åbner op for tilmelding efter først til mølle-princippet.

Dette giver en ulige adgang til at vælge læge og er primært til fordel for dem, der er hurtige ved tasterne. Ældre Sagen foreslår derfor, at der findes en model, hvor man ikke stiller de svageste dårligst, men sikrer lige adgang til valg af læge. Regionerne har en forpligtelse til at sikre, at der er frit lægevalg, og at alle stilles lige, men at stille alle lige i sundhedsvæsenet betyder også, at man tager individuelle hensyn og tilpasser både sundhedsydelse og offentlig forvaltning af reglerne til den enkelte.

Egen læge skal kunne visitere til ældrepleje og sociale indsatser

I sammenhæng med, at lovforslaget rummer hjemmel til styring af opgaver i almen praksis, foreslår Ældre Sagen, at der også gives mulighed for, at almen praksis kan visitere ældre til helhedsplejeforløb, herunder sygepleje, genoptræning uden sygehusindlæggelse, sociale indsatser, mv. Dette vil lette adgangen til hjælp for den enkelte ældre, fremme mulighed for lægefagligt baseret behovsvurdering samt bidrage til at kunne sikre hjælp i tide og dermed styrke ældres trivsel og forebygge behov for mere omfattende indsatser i sundhedsvæsenet. Vi opfordrer desuden til, at egen læge får mulighed for at give patienter med behov en genoptræningsplan efter sundhedsloven, gerne inklusiv en plan for ernæringsindsats. Det vil være et u hensigtsmæssigt incitament i forhold til at forebygge indlæggelser, hvis man fortsat som i dag skal være indlagt for at kunne få en genoptræningsplan.

Ligeledes foreslår vi som led i at styrke forebyggelse, at egen læge skal kunne udskrive recepter til en social indsats (*social prescription*) med særligt blik for at forebygge ensomhed. Der er positive erfaringer fra England med *social prescription* og fra igangværende projekt i Københavnsområdet med tilslutning fra både lokale læger og civilsamfund.

Venlig hilsen



Michael Teit Nielsen
Vicedirektør



AALBORG UNIVERSITET

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Borgernær Sundhed sum@sum.dk
cc. gkh@sum.dk og annb@sum.dk

Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet
Dekansekretariatet
Selma Lagerlöfs Vej 249
9260 Gistrup

Sagsbehandler: Jette T. Gade
Telefon: 99 40 79 07 / 93 56 20 09
Email: jtg@adm.aau.dk
Dato: 10-03-2025

Sagsnr. 2025-081-00554

Høringssvar til Udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (lovforslag om styrket almen medicin) ((ISM) Id nr.: 300312)

Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet takker for muligheden for at afgive et høringssvar til 'Udkast til forslag til lov om ændring af Sundhedsloven'. Vi har følgende kommentarer til det modtagne forslag:

1. Der er en forventning om at der skal uddannes flere læger i det almenmedicinske tilbud, samt at klinikker i hele landet forventeligt vil skulle varetage færre patienter på sigt i takt med, at flere opgaver omstilles til og løses af det almenmedicinske tilbud.

Kommentar: En uddannelse af flere læge 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. Eksposering for specialet under medicinstudiet og den gode rollemodel har stor betydning for rekruttering til specialet. Lovforslaget forholder sig ikke til, at der i driften også skal tilgodeses tid og ressourcer til uddannelse af fremtidens læger. Der mangler en incitamentsstruktur til at deltage i uddannelsen af flere læger.

2. Det fremgår yderligere at lovforslaget at *Dertil kommer en stor opgave med at udbygge og udvikle det almenmedicinske tilbud.*

Kommentar: Det fremgår ikke af lovforslaget om, og eventuel hvilke ressourcer regionerne forventes at allokere til forsknings-, udviklings- og kvalitetsprojekter i almen praksis.

De bedste hilsner
Aalborg Universitet
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet
Jette T. Gade

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Mail: sum@sum.dk og cc ann@sum.dk og gkh@sum.dk
Sagsnr.: 2024-11081

Høringssvar fra Aarhus Universitet, Health over udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven (lovforslag om styrket almen medicin)

Det sundhedsvidenskabelige fakultet, Health, på Aarhus Universitet har den 11. februar 2025 modtaget høring over forslag til lov om ændring af sundhedsloven (National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud). Vi takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Generelt vil vi fra Health gøre opmærksom på, at uddannelsesperspektivet desværre ikke er adresseret i lovforslaget.

På universitetet uddannes fremtidens læger, og dermed er medicinuddannelsen fødekæde til at ambitionen med flere læger i almen medicinske tilbud kan lykkedes. Det vil i den forbindelse være formålstjenligt at adressere uddannelsesforpligtigelsen i de nye almen medicinske tilbud i regionerne i lovforslaget, og derved sikre at enhederne kan være med til at løfte opgaven, samt have ressourcer til det.

Vi bidrager selvfølgelig gerne med yderligere oplysninger.

Venlig hilsen



Anne-Mette Hvas
Dekan, professor

Dekanatet, Health

Anne-Mette Hvas
Dekan, professor

Dato: 10. marts 2025

Direkte tlf.: +45 87152007
E-mail: dean.health@au.dk
Web: au.dk

Afs. CVR-nr.: 31119103

Sagsnr. 2025-0805524

Side 1/1