

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

sum@sum.dk

kso@sum.dk

26. maj, 2025

Høring over udkast til bekendtgørelse om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud

Alzheimerforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar til høring over udkast til bekendtgørelse om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud.

Sundhedsstyrelsen offentliggør 1. halvår af 2025 nye anbefalinger til udredning af demenssygdom, som anbefaler, at en større del af udredningsforløbene håndteres i almen praksis i stedet for at viderehenvise til regional demensudredningsenhed. Derfor er det helt afgørende at sikre gode forudsætninger for udredning, præcis diagnosticering og behandling af demens i almen praksis. Nogle af forudsætningerne herfor er bl.a.:

- Øget videns- og kompetenceniveau i almen praksis
- Ensartede diagnosekriterier
- Mulighed for monitorering af kvalitet gennem data.

Derfor vil vi gøre opmærksom på, at der er faglig enighed om, at demenssygdom kategoriseres som en neurologisk lidelse og ikke en psykisk sygdom. En demenssygdom påvirker bl.a. de kognitive funktioner som hukommelse, sprog og evnen til at udføre daglige aktiviteter, der gradvist bliver svækket. Derfor *kan* demens medføre psykiatriske symptomer, men er ikke en psykisk sygdom i sig selv. Derfor bør beregningsgrundlaget indeholde en korrekt kategorisering af demens som en neurologisk lidelse.


Med venlig hilsen



Birgitte Vølund

Formand

Alzheimerforeningen



Mette Raun Fjordside

Direktør

Alzheimerforeningen

HØRINGSSVAR VEDR. DEN NATIONALE FORDELINGSMODEL

Sendt til SUM@SUM.dk og KSO@SUM.dk

Tekniske bemærkninger til modellen

Antagelse om at bopælskommune og praksiskommune er ens

Det bemærkes, at modellen tilsiger at patienter kun bliver tilmeldte patienter/sikrede i patientens bopælskommune. Denne antagelse er delvis korrekt.

Data viser blandt andet, at pr 1. januar 2025, var ca. 4 % af borgere med bopæl i Lolland kommune sikrede hos en læge i Guldborgsund kommune. Det svarer til mere end 1.600 patienter og kan dermed medføre ulighed overfor de praktiserende læger ift. arbejdsbelastning. I andre kommuner var mere end 30 % af borgerne, sikret i en kommune som ikke er bopælskommunen. Et eksempel herpå er Stevns kommune, hvor mere end 7.400 borgere var sikrede i anden kommune end Stevns.

Det foreslås derfor, at modellen i stedet for at lave en opgørelse på kommune niveau, i stedet laver en fordelingsmodel, som kan bruges i praksis til at estimere det nye patientantal for en allerede etableret praksis. Således vil man korrigere for den patienttyngde der vil være i praksis, så f.eks. læger beliggende ved en ”grænse” til en anden kommune, får fastsat et patientantal der afspejler tyngden i praksis.

Det foreslås yderligere at der sættes nogle grænseværdier/intervaller som tager højde for mindre forskelle ved patient afgang/tilgang. Dermed nogle intervaller, som betyder at tilgang af 5 patienter fra en kommune med høj vægtning i sygdomstyngde, ikke betyder at der skal ske store ændringer i praksis. Denne model er også operativ i dag, hvor f.eks. grænsen for at åbne for tilgang af nye patienter, mange steder ligger 20 patienter under lukkegrænsen.

Etnicitet (Patientkarakteristika)

Manglende definition på hvorfor udelukkende MENAPT lande inkluderes, mens andre lande med lignende sproglige vanskeligheder for inklusion (f.eks. østasiatiske lande) ikke er inkluderet.

Tidspunkt for diagnosticering (Patientkarakteristika)

Der laves en vægtning på baggrund af antallet af somatiske sygdomme. Idet nogle patienter ikke kommer til lægen i ”tide”, vil deres diagnosedebut ofte fremtræde senere og i et langt mere alvorligt stadie. Det vil derfor, hvis muligt, være relevant med en markør for om en person er registreret med sygdom sent i forløbet, eksempelvis givet ved om diabetes er velbehandlet eller ikke er når patientens diagnose bliver opdaget.

Dummyvariabel for praksistype (PLO-klinik vs Regions-/udbudsklinik)

Da der er større økonomisk incitament til at registrere ydelser hos PLO-klinikker (Enkeltmands-, kompagnipraksis og delepraksis) end regions- og udbudsklinikker, kan det skabe bias i resultaterne. Specielt i kommuner, hvor regions- og udbudsklinikker står for en stor del af produktionen.

Opgørelse af ydere pr. 1. januar 2025

Der er risiko for at der er sket praksisoverdragelse ved kun at inkludere ydere med mere end 500 tilmeldte patienter pr. 1. januar 2025. Nogle klinikker har lavet praksisoverdragelse, så ydernummeret er nyt (Nye ejere), men praksis har været beliggende på samme adresse i hele perioden.

Bemærkning vedr. opgørelsesmetode ift. bruttohonorar

Der er ikke nævnt hvilke(t) år, som opgørelsen baserer sig på. Såfremt det er over flere år, bør honoraret fra tidligere år fremskrives. Gerne med takstreguleringen, som fremgår af OK-portalen.

Definition af "Bruttohonorar pr. person" – I mange opgørelser er det honoraret for de personer, som har været i praksis, mens honoraret pr. sikrede er alle, tilmeldte patienter, sidst er honoraret pr. borger opgjort på baggrund af antallet af borgere i den enkelte kommune. Det er svært at gennemskue hvilken metode der egentlig er benyttet.

Opgørelse på aktivitetsår og ydelser afregnet i dagstid er vi enige om.

Kronikerhonorar – kan være endogen påvirket qua lægernes økonomiske incitament til at registrere kronikere og dermed påvirket af klinikadfærd.

Der er incitament til ikke at registrere patienter med højt ydelsesforbrug på kronikerhonorar. Det kan dermed være patienter med KOL, Diabetes type 2, eller begge ikke bliver registreret, hvis lægen ved, at det er en patient med mange besøg, som kan genere mere omsætning ved ikke at registrere patienten som kroniker.

Antagelsen om at fordelingen af kontaktydelser (Grundtydelser) svarer til den gennemsnitlige borger uden kronikerhonorar. Denne antagelse kan muligvis afkræftes i et studie fra SDU¹. En sensitivitetanalyse kunne laves for at estimere hvilke forskelle der vil være hvis der er et højere forbrug af virtuelle konsultationer. Dette vil være relevant for at estimere belastningen hos almen praksis. (Bemærk, at grundet det manglende økonomiske incitament til registrering af virtuelle kontakter for kronikere, kan give et forkert billede af den reelle belastning af kronikermarkerede patienter)

Kronikermarkerede patienter kan evt. estimeres med en dummyvariabel.

¹ Gyrd-Hansen, D., Kristensen, S. R., Olsen, K. R., Oxholm, A. S., & Pedersen, L. B. (2023). Honorering og motivation i almen praksis. Syddansk Universitet. DaCHE Discussion Papers Bind 2023 Nr. 1 <https://doi.org/10.21996/2pkn-935>

Dummyvariabel for om der er en speciallæge på samme adresse (eller indenfor 1 km) fra almen praksis.

Nogle ydelser kan håndteres i både almen praksis og hos speciallæge praksis, det gælder f.eks.

- fjernelse af subkutane svulster (f.eks. ved mistanke om hudkræft) som også kan ske ved dermatolog.
- SMEAR-undersøgelse, som kan foretages i almen praksis og hos gynækolog.

Derfor kan der være et underestimat af forbruget for nogle praksis, hvis disse typer af undersøgelser udliciteres til speciallæger. Omvendt, kan der være læger i områder med meget langt til nærmeste speciallæge, som yder et ekstra stort serviceniveau og foretager undersøgelser, som normalt bør varetages af speciallæge praksis.

Vi håber bemærkningerne vil blive overvejet i forbindelse med at modellen bliver færdigudarbejdet.

Asya Sarikaya

Med venlig hilsen
Morten Berring

Marcus Gregersen

Den 3. juni 2025

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Mail: sum@sum.dk
med kopi til kso@sum.dk

Høring over udkast til bekendtgørelsen om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud

Danske Ældreråd kvitterer for modtagelsen af udkast til ovenstående bekendtgørelse.

Det er problematisk, hvis syge og svækkede ældre ikke ses af en læge, når behovet er der. 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 landområde. Dét er den nationale model et godt bud på at løse.

Vi finder det derfor afgørende, at der er lavet et grundigt stykke arbejde med udarbejdelsen af modellen for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud. De grundlæggende principper om validitet, enkelthed og transparens, stabilitet og uafhængighed, virker fornuftige.

Danske Ældreråd bakker op om modellen, men mener også det er vigtigt, at den løbende evalueres og justeres.

Med venlig hilsen

Inger Møller Nielsen
Formand

Trine Toftgaard Lund
Direktør

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

E-mail: sum@sum.dk, cc: kso@sum.dk

Høringssvar vedr. udkast til bekendtgørelse om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud

Danske Patienter takker for muligheden for at afgive høringssvar til det fremsendte udkast til bekendtgørelse om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud. Danske Patienter har tidligere afgivet høringssvar til det lovforslag, som bekendtgørelsen skal udmønte. Her lagde vi bl.a. vægt på, at regionsrådet ikke – med henvisning til den nationale model for fordeling af lægekapaciteter – bør diktere normtallet for en klinik. Dette skal selvfølgelig fastsættes på baggrund af forudgående dialog med den pågældende klinik.

Vi mener, at denne fleksibilitet og dialog fint afspejles i bekendtgørelsens § 7, stk. 2, hvor det fastsættes, at regionsrådet i fastsættelsen af minimumspatienttallet i relevant omfang kan inddrage andre forhold end den national fordelingsmodel, som fx kan vedrøre den enkelte kliniks forudsætninger for at levere en given kapacitet.

Derudover er det positivt, at det fastlægges, at regionsrådet skal planlægge kapaciteten og placeringen af de almenmedicinske tilbud under hensyn til fordelingen af behandlingsbehovet lokalt. Dermed bør lokalområder med en befolkning, der har et større behandlingsbehov end befolkningen i øvrige områder i sundhedsrådet, tildeles flere lægekapaciteter.

Dermed vurderer vi overordnet set, at der er fundet en fin balance mellem behovet for national styring og muligheden for lokal tilpasning med det fremsendte bekendtgørelsesudkast.

Endelig vil vi 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 dem, som kun af og til har behov for sundhedsfaglig hjælp. Danske Patienter opfordrer til, at det også i bekendtgørelsen gøres tydeligt, at regionsrådet i samarbejde med klinikerne skal iværksættes tiltag, som kan kompensere for den dårligere tilgængelighed i områder med et lille behandlingsbehov. Det kan for eksempel være ved ansættelse af mere hjælpepersonale i klinikker med et højt patienttal.

Dato:
11. juni 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 1/2

Med venlig hilsen



Morten Freil
Direktør

Side 2/2



Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Høringssvar vedr. bekendtgørelse om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud

11-06-2025

EMN-2022-01248

1786956

Morten Maj Stryger

Danske Regioner takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkast til bekendtgørelsen om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud. Danske Regioner ser positivt på initiativet, der kan skabe rammerne om en bedre regional planlægning af det almenmedicinske tilbud, herunder være med til at sikre en bedre lægedækning i alle dele af landet. Danske Regioner bakker ligeledes op om differentieringen i antallet af patienter, som en klinik minimum skal have, da det vil bidrage til at sikre læger bedre tid til at prioritere indsatsen for de mest sårbare og syge borgere.

National model for fordelingen af lægekapaciteter

Bekendtgørelsen beskriver, hvordan det i fremtiden vil være muligt at differentiere antallet af patienter en klinik som minimum skal have tilknyttet ud fra behandlingsbehovet i klinikken. Behandlingsbehovet er estimeret efter en model, der estimerer en sammenhæng mellem det historiske forbrug af almen lægehjælp og borgernes karakteristika. Resultatet heraf er en sygdomsvægtet borger, hvilket giver et mere nuanceret blik på en læges patientgruppe.

Kapacitetsloft

Bekendtgørelsen fastlægger, at der i gennemsnit bør være 1.600 sygdomsvægtede borgere pr. lægekapacitet. Herefter kan man, ved brug af fordelingsmodellen, beregne behovet for læger i et sundhedsråd. I de sundhedsråd hvor behovet for læger allerede er opfyldt vil det ikke være muligt at opslå nye kapaciteter. Danske Regioner er enige i, at fordelingen af læger i landet skal baseres på en beregning af sygdomstyngden hos befolkningen i området. Det vil skabe en større lighed i det almenmedicinske tilbud, som borgeren møder på tværs af landet.

Danske Regioner bakker desuden op om, at der i ekstraordinære situationer er mulighed for at træffe midlertidige foranstaltninger således, at regionen fortsat kan opfylde sin forpligtelse til tilvejebringe vederlagsfri behandling herunder også, at regionerne kan oprette tilbud, hvis befolkningstilvæksten i et område overstiger den befolkningstilvækst, som er indregnet i modellen. Det bør overvejes, om regionerne skal have yderligere beføjelser til at tilvejebringe løsninger, hvis der er lægemangel i områder, der ligger i sundhedsråd, der samlet set

har flere lægekapaciteter, end hvad følger af fordelingsmodellen. Alternativet er, at regionen muligvis ikke kan leve op til bekendtgørelsen om valg og skift af alment praktiserende læge og om behandling hos læge i praksissektoren § 2, hvor en patient frit kan vælge læge indenfor 5/15 km. fra egen bopæl.

Det er positivt, at bekendtgørelsen fastlægger, at kapaciteten og de almenmedicinske tilbud skal udmøntes under hensyntagen til fordelingen af behandlingsbehovet herunder også, at regionerne kan vælge at udmønte kapaciteten, som er fastlagt i bilag 1 til bekendtgørelsen, men ikke er forpligtet hertil. Danske Regioner forudsætter, at regionerne kan vælge ikke at udmønte kapacitet i bestemte områder, før kapaciteten i de områder med de største lægedækningsudfordringer er forbedret.

Muligheden for at tiltrække læger forstærkes af, at regionerne og regeringen i Forårsaftalen har aftalt udmøntningen af midler, der *skal understøtte regionernes tiltag til at styrke lægedækningen og det almenmedicinske tilbud i områder med **svag** lægedækning*. Der er således også mulighed for at yde tilskud til områder, hvor der er mangel på læger, men hvor man ikke kan udmønte ny kapacitet jf. modellen. Et eksempel kunne være Sønderjylland, hvor der er mange ubesatte kapaciteter. Her kan man med afsæt i Forårsaftalen yde tilskud til at besætte de ubesatte kapaciteter på trods af, at der ikke kan udmøntes ny kapacitet. Danske Regioner anbefaler, at ovenstående afsnit fra Forårsaftalen afspejles i bekendtgørelsen, da den ellers kan opfattes som at der alene kan ydes tilskud i områder, hvor der skal udmøntes nye kapaciteter.

Minimumspatienttal og øvre lukkegrænse

Den statistiske model, der fastlægger behandlingsbehovet, skal jf. bekendtgørelsen danne grundlag for at differentiere de såkaldte åbne-/lukkegrænser for patientoptag i de enkelte klinikker. Danske Regioner er enig i, at der mellem læger bør være forskel i minimumspatienttallet, ligesom der er forskel i patienters behandlingsbehov. Det er derfor nyttigt, at regionerne får et grundlag for lave kliniksifikke minimumspatientgrænser, men det er også vigtigt, at regionerne får mulighed for at afvige fra denne, hvis der er forhold, der tilsiger dette. Her er det positivt, at bekendtgørelsen eksplicit bemærker, at det er regionsrådet, der har den endelige kompetence ift. fastlæggelse af antal patienter, da det er regionsrådet, som har en myndighedsforpligtelse til at sikre et almen medicinsk tilbud til alle borgere.

Det skal bemærkes, at der bør være en mekanisme, som sikrer, at regionerne kan få hjælp fra ministeriet til at beregne et minimumspatienttal ved opsplitning af en klinik i løbet af året.

Det er ligeledes positivt, at klinikker kun får færre patienter ved naturlig afgang, såfremt klinikken får sænket deres minimumspatienttal, og at der dermed ikke

er mulighed for, at klinikker kan fraskrive sig patienter. Danske Regioner foreslår dog, at der indskrives en hjemmel til, at den enkelte region kan beslutte at flytte en andel af en kliniks patienter, såfremt der opstår mulighed for at øge kapaciteten i lokalområdet. Ellers vil det være vanskeligt for nye læger at få et patientgrundlag.

Der er i den nuværende overenskomst § 15 fastsat en øvre lukkegrænse på 2.700 borgere pr. lægekapacitet, hvilket bekendtgørelsen ikke forholder sig til. Danske Regioner opfatter bekendtgørelsen og lovgivningen således, at regionen har kompetencen til at fastsætte et maksimalt antal patienter, hvis regionen vurderer det hensigtsmæssigt.

Andre bemærkninger

Danske Regioner ønsker også at bemærke, at det er vigtigt, at initiativet i fremtiden følges op af andre initiativer, der kan understøtte, at lægerne vælger at varetage en klinik i områder, der hidtil har været svære at tiltrække læger i. Heriblandt bør modellen for et differentieret patienttal følges op af en model med mere differentieret honorering. Dette vil betyde, at honorering, patienttal og tidsforbrug følges ad i højere grad end det sker på nuværende tidspunkt. I en model for differentieret honorering vil det være oplagt at tage udgangspunkt i samme statistiske model, så der ikke sker skævvridninger ift. patienttal og honorering.

Danske Regioner har ligeledes arbejdet med 25 veje for at sikre bedre lægedækning, da det er afgørende, at det ikke kun er økonomi, men også faglige udfordringer, der stilles læger i udsigt, når de søger en ledig kapacitet i et udkantsområde. Her kan et eksempel være at styrke de faglige miljøer i områder væk fra de største byer. Disse faglige miljøer kan understøttes af forskningsklinikker i almen praksis, som skal placeres i områder med svag lægedækning.

Danske Regioner konstaterer, at bestemmelserne i overenskomsten omkring lægers erhvervede rettigheder (eksempelvis ret til delepraksis, tilladelse til ansat læge o.l.), fortsat vil være gældende frem til udgangen af 2026. Herunder er det Danske Regioners opfattelse, at det fortsat vil være en mulighed (men ikke forpligtelse) for regionerne at hjemtage en kapacitet, som ikke er blevet besat indenfor et år.

Det er på samme vis Danske Regioners forventning, at bestemmelser om eksempelvis tilgængelighed fortsat er gældende på trods af ændringer i klinikkeres minimumspatienttal.

Med venlig hilsen



Anders Kühnau
Formand, Danske Regioner



Mads Duedahl
Næstformand, Danske Regioner



NOTAT

04-06-2025

EMN-2022-01248

1783999

Morten Maj Stryger

Teknisk bilag til Danske Regioners høringssvar vedr. bekendtgørelse om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud

Bilaget oplister Danske Regioners tekniske bemærkninger til bekendtgørelsen.

- I bilaget beregnes antallet af lægekapaciteter som maksimalt må være udmøntet i et sundhedsråd. En lægekapacitet skal kunne dække 1.600 sygdomsvægtede borgere, men fordi man anvender almindelige afrundingsregler, så gør det sig ikke gældende. For Sundhedsråd Hovedstaden vil lægebehovet eksempelvis være 449,2 læger, men det er nedrundet til 449 læger, hvilket betyder, at der vil være mere end 1.600 sygdomsvægtede borgere pr. læge. Der bør derfor konsekvent rundes op.
- Der mangler § 9
- Det er uklart, om læger med under 500 patienter indgår i beregningen af den samlede kapacitet i sundhedsrådene. Læger i klinikker med under 500 bør ikke tælle med i beregningerne, da deres patienter ikke gør. Hvis man lader lægerne indgå, så vil de figurere som en ekstra læge, der kan afhjælpe eventuel kapacitetsmangel andre steder i sundhedsrådet. Denne problematik er også gældende ved Ø-læger.
- Der bør ved den fremtidige bekendtgørelse tages højde for afskaffelsen af sygesikringsgruppe 2, da det vil betyde en øget gruppe borgere i sikringsgruppe 1
- Der bør være en opfølgning på modellen ift. om den medfører en øget sygeliggørelse af befolkningen, da dette kan sikre et lavere patienttal
- Regionerne forpligtes til hver måned at indsende det aktuelle antal udmøntede og besatte kapaciteter til Sundhedsstyrelsen. Der skal gøres opmærksom på, at sagsbehandlingstiden hos PLO, der skal godkende

handler og ansættelser pt. overstiger en måned, hvorfor der i løbet af en måned kan være indgået handler eller aftaler om ansættelser, som regionen ikke har kendskab til og derfor ikke kan indberette.

Høringssvar fra læger i DEEP END DANMARK vedr. udkast til national fordelingsmodel for læger i det almenmedicinske tilbud (maj 2025)

Læger i DEEP END DANMARK bakker op om målsætningen: en mere lige fordeling af kernearbejdet i det almenmedicinske tilbud i Danmark. Men vi advarer mod, at den aktuelle model – i sin nuværende form – for nogle klinikker vil kunne forværre den ulige fordeling, og dermed virke modsat målsætningen, og komme til at underminere klinikker, der allerede i dag løfter en endog meget tung behandlingsopgave i Danmark.

DEEP END DANMARK

DEEP END DANMARK er et fællesskab af lægeklinikker, der har forholdsmæssig høj andel af patienter med et stort lægeligt behandlingsbehov. Der vil ofte være tale om klinikker med mange komplekst (multi-) syge patienter med forhøjet risiko for tidlig død og stort behov for sundhedsvæsenets indsats.

Klinikkerne i DEEP END DANMARK er fundet ved brug af en indeksering (Danish Deprivation Indeks, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23599378/>) af alle danske lægeklinikker ud fra en række sociale sundhedsdeterminanter. Dette indeks er vist at korrelere med øget dødelighed og sygelighed, og disse klinikker skal håndtere et højt lægeligt behandlingsbehov.

DEEP END har inviteret de 200 klinikker i landet med højeste score på dette index.

DEEP END består af klinikker beliggende i både by og på landet. Der er en stærk fælles oplevelse af at stå med mange tidskrævende behandlingsopgaver, vanskelige rekrutteringsopgaver og udfordrende ledelsesopgaver, uanset hvor i landet klinikkerne befinder sig.

RISIKO FOR AT GØRE ONDT VÆRRE – TRODS GODE INTENTIONER

Det fremgår af Styrelsens udkast, at man ønsker at:

”patienttallet i den enkelte klinik tilpasses sammensætningen af patienter og deres behandlingsbehov”. Og ”antal patienter i den enkelte klinik skal afspejle patienternes behov”. (udkast s. 4)

Vi er enige i denne intention. Status quo er ikke acceptabel. Der bør ske en tilpasning.

Men vi ser en risiko for, at den fremsatte model i sin nuværende form kan "gøre ondt værre" for nogle af landets mest belastede by-klinikker. Dette fremgår af en artikel i ugeskriftet:

https://ugeskriftet.dk/nyhed/se-hvor-mange-patienter-laeger-skal-have-i-din-kommune?fbclid=IwY2xjawKtqmtleHRuA2FlbQlzMABicmlkETFDMUxvTTBUVzlaeUxEeFdKAR6UhKXBVI3Ux10kWmaYPkd-92mhXP9f7_BoYiNR04F7MjYgYlfaHssBmsVSCw_aem_gcgAsbmlyOuW0_Mk1SzW8A

Det fremgår f.eks også af selve udkastet s. 20 at: "behandlingsbehovet for en borger i Gellerupparken i Aarhus nedjusteres på samme måde som behandlingsbehovet for en borger i Aarhus midtby".

Men modellen håndterer ikke dette problem.

Selvom utilsigtede effekter af modellen evt. kan fanges gennem nysgerrig dialog med den enkelte klinik. Og selvom en model aldrig 100% kan afspejle virkeligheden. Så lægger lovændringen op til en så skælsættende og principiel tilpasning af dansk almen praksis, at det bør være en bunden opgave at sikre, at modellen i sig selv ikke risikerer at gøre ondt værre for nogle klinikker.

Dette ville være et alvorligt skridt i den forkerte retning, og modellen kan ikke opnå opbakning blandt ret mange læger, hvis den kan risikere at forværre ulighed i arbejdsbyrden med kerneopgaver for læger der i forvejen trækker et tungt læs.

STOR FORSKEL I RISIKO FOR TIDLIG DØD I SAMME OMRÅDE

Det er velkendt, at der kan være endog meget store forskel på patientsammensætning og behandlingstygnde selv i 2 tætliggende klinikker.

En god og simpel fremstilling findes i en DR-artikel, der referer til et forskningsprojekt på Aarhus Universitet under prof. Peter Vedsted, som opgør risikoen for tidlig død i alle danske sogne:

https://www.dr.dk/nyheder/indland/er-der-mange-der-doer-tidligt-i-dit-nabolag-se-de-kaempe-lokale-forskelle-her?fbclid=IwY2xjawKto6hleHRuA2FlbQlzMABicmlkETFDMUxvTTBUVzlaeUxEeFdKAR49hyK3tSKm-p0ggqc5zqkDmVyuzzVNdoED2JK9bN_DyyB3uCqFk0hD2KsG0VA_aem_SGrxAUnFx-VxGEokVONi6g

Eksempelvis har Hasseris Sogn i Aalborg kommune (11.945 indbyggere) kun 21% der dør før 75-års alderen, hvorimod der i nabo-sognet Vesterkær Sogn (3.643 indbyggere, samme kommune) dør 58% før de er blevet 75 år.

Det er en verden til forskel at være læge for disse 2 befolkningsgrupper.

Der kan tillige være forskel indenfor samme sogn. En Deep End klinik beliggende i den mere velhavende bydel Højbjerg (Århus Kommune) har af historiske grunde en stærkt socialt og sygdomsbelastet population.

Også i yderområder kan der være stor forskel på behandlingsbehovet i tætliggende klinikker. En klinik i Skive midtby er som den eneste i området tilknyttet Deep End netværket. Her er læge og personale særlig interesseret i patienter med komplekse (bio-psyko-sociale) helbredsproblemer, hvilket kan gå fra mund-til-mund i et område, og skabe tiltrækningskraft for patienter med højere behandlingsbehov. Disse lokale forskelle kan være større end mellem fjerntliggende kommuner.

Et andet eksempel er, at kører man med S-tog linje B fra Enghave st. til Hellerup st. (begge er Københavns Kommune), så stiger den gennemsnitlige levealder med 6 måneder for hvert stop (se 15. – 17. minut af denne undervisningsvideo fra Københavns Universitet: <https://www.coursera.org/lecture/global-health-introduction/2-1-epidemiological-and-demographic-transition-dw-meyrowitsch-lh5wu>).

Lægeklinikker med en udsat patientpopulation vil med stor sandsynlighed være udfordret af både tunge og tidskrævende behandlingsopgaver, samt ofte betydende rekrutteringsproblemer. Eksempelvis var der kun ét bud på et 0-ydernummer i Gellerup Sogn (udbudt til adressen for Århus Kommunes sundhedshus Globus 1), og dette bud kom fra bydelens egen lægeklinik.

PROBLEM MED HISTORISKE DATA OG MIDDELLEVETIDS-KORRIGERINGEN

Udkastet forklarer, at brug af historiske data bl.a. kan ”videreføre eksisterende ulighed”.

Vi er enige i dette problem, og ser et behov for at sikre at modellen bliver mere retvisende.

Ved brug af historiske data i beregningen belønner man de steder, hvor der hidtil har været læger nok, og straffer de steder, hvor læge-ressourcerne hidtil har været færrest, og lægerne ikke sjældent har taget flere patienter end normen.

Udkastets svar på at opnå et mere retvisende resultat er en korrigering via en middellevetids-beregning på niveau af kommuner/sundhedsråd.

Men som beskrevet ovenfor er der betydelige lokale forskelle i middellevetid. Disse udviskes på niveau af kommuner og sundhedsråd. Man søger således at korrigere for én usikkerhed ved at introducere en anden potentielt større usikkerhed.

Vi er derfor bekymrede for, at man med den fremsatte model ikke kun baner vejen for statistisk at negligere de lokale forskelle i klinikbelastning, men også tilsidesætter et vigtigt fokus netop på sådanne lokale forskelle, og dermed medvirker til at forstærke de eksisterende udfordringer, og potentielt ”grave hestehullerne dybere”.

Forslag til videre håndtering

Der kunne være flere muligheder for at sikre en mere nuanceret og retvisende model. Her enkelte forslag.

- **MIDDELLEVETIDS-KORRIGERING PÅ MINDST MULIGE ENHED:** Efter vores opfattelse vil man i større kommuner godt kunne opnå tilstrækkelig statistisk Power til at foretage middellevetids-korrigeringen på mindre lokale enheder, såsom Sogne-niveau el. andet mindre niveau, så tæt som muligt på den enkelte klinik. Det bør modellen udforske.
- **MULTIPLE MODELLER:** I stedet for at sætte sin lid til én samlet lineær regressionsmodel, kunne man arbejde med flere modeller, der hver har en relevant vægt. Den nuværende model anvender historiske data. Man kunne nuancere ved supplerende brug af en anden model, der ikke anvender historiske data. Det kunne f.eks. være et deprivations-index (baseret på sociale sundhedsdeterminanter uden brug af historiske klinikdata), og/eller evt. et mål for risiko for tidlig død (død før 75 års alderen) i den enkelte klinik. Der kunne også være andre modeller, der kunne nuancere beregningerne.
- **NUANCERET, GENNEMARBEJDET OG LANGTIDSHOLDBAR MODEL:** I modsætning til en kommende ændring i honorar-strukturen, som nødvendigvis skal være simpel at anvende, så skal fordelingsmodellen ”virke i baggrunden”, og kan derfor være så kompleks og nuanceret, som det kræves for at opnå et retvisende billede. Derfor bør model-udviklingen ikke forhastes, men grundigt gennemarbejdes, så resultatet kan vinde bredere accept og blive langtidsholdbart.
- **TEST OG KORRIGER:** Man bør inden modellens implementering teste konkret, hvilken konsekvens den kan have for klinikker med kendt høj belastning (eksempelvis Deep End klinikker). Såfremt modellen viser sig ikke at kunne fange sådanne klinikkers belastning, bør man korrigere yderligere for at sikre, at modellen ikke for nogle klinikker risikerer at ”gøre ondt værre”.
- **NYSGERRIG DIALOG:** Vi anser det uanset som særdeles vigtigt, at man i forbindelse med en implementering af en model sikrer, at der sker løbende reel og nysgerrig dialog med den enkelte klinik med henblik på at tage højde for klinik-udfordringer, der ikke opfanges af modellen.

Vi opfordrer Sundhedsdatastyrelsen og Ministeriet til at udarbejde en mere statistisk differentieret og nuanceret model, der reelt tager højde for vigtige lokale forskelle i tyngden af behandlingsopgaver.

D. 11. juni 2025

UNDERSKRIVERE:

Alle underskrivere er praktiserende læger i Deep End netværket:

Michael Schriver, Lægerne i Gellerup
Anna Rørbæk Uldall, Lægerne Fredensvej
Anders Beich, Nysted Lægehus
Bent Larsen, Sundhedshuset Skive
Björg Clemmesen, Lægerne i Egedalsvænge
Dorte Reff Olsen, Lægerne i Tranumparken
Herdis Brødbæk, Lægerne Schmidt og Brødbæk
Jannik Falhof, Lægefællesskabet Grenå
Lone Glavind, Lægeklinikken Apotekerbakken
Maibrit Petri Christensen, Familielægen Højbjerg
Maria Ervandian, Lægerne i Gellerup
Mette Opstrup Abildgaard, Lægerne Eternitten
Neven Akrawi, Familielægen Højbjerg
Ninna Gammelager, Lægerne Tilst
Philipp Harbig, Læge Nordvestpassagen
Pia Brahe, Lægerne Tilst
Rikke Hjorth Westh, Allinge Lægehus
Ruth Ertmann, Sundhedshuset Brønshøj
Trine Brogaard, Lægerne i Gellerup

København, den 11. juni 2025

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Høringssvar vedr. Bekendtgørelse om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud

DSAM takker for muligheden for at afgive høringssvar til "Den nationale fordelingsmodel for læger i det almenmedicinske tilbud".

Overordnede bemærkninger

DSAM ser positivt på en model, hvor normtallet reduceres og ny lægekapacitet udmøntes på baggrund af patienttyngde på kommuneniveau.

En sådan model kan bidrage til at mindske ulighed i sundhed og sikre et stærkt almenmedicinsk tilbud som hovedindgangen til sundhedsvæsenet fremover. Der er aktuelt læger i mange dele af landet, der må arbejde under vanskelige forhold med en population med stort behandlingsbehov og et til tider mangelfuldt omgivende sundhedsvæsen. DSAM bifalder derfor, at disse praksis skal have mulighed for at lukke ved et lavere listetal end de nuværende 1.600.

Bekendtgørelsen skal give mulighed for individualisering.

DSAM er klar over, at der er behov for at estimere en lukkegrænse på klinikniveau for at kunne give mest til de patienter, der har størst behov. Vi mener dog, at modellens sygdomsvægte er alt for mangelfulde og uigennemskuelige til at kunne estimere patientantal på klinikbasis som eneste faktor, hvilket vi redegør nærmere for. Der vil altid være særlige forhold ved populationen, lægen, lægeklinikken eller det omgivende sundhedsvæsen, som modellen ikke tager højde for. For mindre klinikker er det vigtigt at være opmærksom på, at modellens sygdomsvægte bygger på data fra store populationer. Jo mindre klinikken er, desto større er risikoen for, at patientgruppen afviger fra de gennemsnitsmønstre, som modellen forudsætter - fx ved mange akutkontakter, udsatte boligområder, lang afstand til sygehus eller en særlig befolkningssammensætning. Anvendes modellen på klinikniveau uden mulighed for fagligt skøn, kan det føre til skæve og urimelige krav.

DSAM mener at det bør fremgå klart og utvetydigt af bekendtgørelsen, at en læge ikke kan påtvinges flere patienter end vedkommende havde ved lovens ikrafttræden.

Dette gælder, uanset om man ønsker at pålægge en fuldtidskapacitet flere patienter, om der er tale om ophør af tilladelse til delepraksis eller nedsat patientantal, som er givet i henhold til den eksisterende overenskomst om almen praksis.

En eventuel øgning i patientantal bør ske i dialog med de pågældende læger. Almen praksis varetager allerede nu frivilligt over 400.000 patienter ud over den fastsatte minimumsgrænse, hvilket er et vægtigt argument for, at dialog er realistisk. Allerede eksisterende tilladelser til delepraksis eller nedsat patientantal er allerede godkendt af Regionen i samarbejdsudvalget og bør ikke kunne opsiges.

Bekendtgørelsen kan have alvorlige konsekvenser.

Hvis man påtvinger læger øget normtal med denne bekendtgørelse, er DSAM bekymret for fire ting:

1. Forringet behandling af patienterne, fordi læger påtvinges flere patienter uden at have kapaciteten til dette, og der derfor er mindre tid pr. patient.
2. At læger, der påtvinges øget normtal, vælger at ophøre i praksis, hvilket forværrer lægemanglen.
3. Vanskeligheder med at rekruttere læger til forskning og fagligt arbejde.
4. At rekrutteringen af nye speciallæger til almen praksis hæmmes, fordi der skabes væsentlig usikkerhed om fremtidige vilkår.

Faktorer, som DSAM mener bør indgå i en dialog om patientantal.

- Lægerne er plejehjemslæger.
- Lægerne er bostedslæger.
- Læger, der er fyldt 60 år. (Med henblik på at fastholde læger længere tid i praksis, da læger aktuelt typisk sælger deres praksis omkring 61 års alderen).
- Læger, der lige er nynedsatte i almen praksis med henblik på at sikre nye læger en gradvis opstart og dermed bedre rekrutteringen.
- Læger, som har bibeskæftigelse med undervisning/konsulentjob/fagpolitisk arbejde, forskning og andre faglige opgaver.
- Sygdom hos lægen.
- Læger, der praktiserer i lokaler, der ikke er egnede til flere patienter, f.eks. med utilstrækkelig plads til personale (fx ved uopsigelighed/manglende tilgang til egnede lokaler).
- Lægevagtsforpligtelse (hvor denne er obligatorisk, og lægen har lukket ved 1.600 patienter for at have tid til lægevagte).

Nedsat patientantal kan ikke stå alene.

Modellen sikrer ikke i sig selv, at de rigtige patienter får lægens opmærksomhed. Der er brug for yderligere tiltag, fx dataunderstøttet overblik på patient- og klinikniveau samt incitamenter, der understøtter, at lægen giver ekstra tid til de patienter, der har størst behov, fx overblikskonsultation, samtaleterapi og populationsomsorg.

Tekstnære kommentarer

§2, stk. 4

Af denne paragraf fremgår det, at Regionerne giver tilladelse til delepraksis. Hidtil er deletilladelser tildelt i paritet mellem Regioner og PLO ud fra aftalte individuelle hensyn (note 1)ⁱ. Hvis denne bestemmelse indebærer et kompetenceskift, bør overgangsreglerne præciseres. Vi har nævnt en række individuelle hensyn, som man bør tage i betragtning. Eksisterende tilladelser bør bevares. Hvis der er læger, der i forbindelse med denne lovgivning, fratages delepraksis, bør de have mulighed for at klage. Klagemuligheder bør fremgå af bekendtgørelsen.

§5, stk. 2

Vi har følgende bemærkninger til de anvendte sygdomsvægte:

Køn: Køn er en usikker sygdomsvægt, fordi den peger i modstridende retninger. Kvinder vægtes i denne model tungere end mænd, fordi de historisk har haft et større træk på almen praksis end mænd. Omvendt ved vi, at mænd har større sygelighed og kortere levetid end kvinder, og trods dette søger læge i mindre grad. Der er altså et "unmet need". Eftersom almen praksis i stigende grad forventes at løfte en populationsomsorg med en mere proaktiv tilgang, ligger der i fremtiden et større arbejde i en population med overvægt af mænd. DSAM fraråder brug af køn som sygdomsvægt.

Alder: Der er en god korrelation mellem alder og behov for behandling, dog med forbehold for at nogle områder i landet har en lavere middellevetid end andre. DSAM finder, at alder er en tydelig indikator, som alle læger vil kunne forstå og forholde sig til.

Civilstatus, Etnicitet, Uddannelsesniveau og Arbejdsmarkedstilknytning: Der er en god korrelation mellem alle disse faktorer og behandlingsbehov, hvorfor DSAM mener, at disse indikatorer med fordel kan anvendes til at estimere behandlingsbehov.

Udvalgte somatiske sygdomme og udvalgte psykiatriske sygdomme: Her bruges Landspatientregisteret, RUKS og lægemiddeladministrationsregisteret. Vi finder, at denne indikator er særdeles usikker og kan give uheldige incitamenter. Hvis man bruger den til at beregne sygdomsvægt med tilbagevirkende kraft, underestimeres sygdomme i områder med lægemangel og svage tilbud i det sekundære sundhedsvæsen, fordi disse patienter har et behandlingsefterslæb og derfor har færre diagnoser og får mindre medicin, end deres helbredstilstand tilsiger.

Hvis man bruger den til at beregne sygdomsvægt fremadrettet, indføres indirekte "pay for performance", idet der skabes incitament til at give flere diagnoser, udskrive mere medicin og henvise flere patienter til sygehuset. Pay for performance har i andre lande vist sig at være et særdeles uheldigt incitament, der fører til overdiagnostik og unødvendig behandling.

Eksempelvis diagnosen demens. En person med demensdiagnose vægter omtrent en faktor 2 i forhold til en baggrundsperson. Det skaber et uheldigt incitament til at henvise flere til sygehusudredning, også hvor det ikke får nogen behandlingsmæssig konsekvens for patienten.

Et andet eksempel er mistrivsel. I byer med mange studerende er der talrige henvendelser pga mistrivsel. I fremtiden kan der skabes et incitament for, at disse unge diagnosticeres med psykisk sygdom. DSAM fraråder brug af denne sygdomsvægt.

Middellevetiden: Der er en god korrelation mellem middellevetid og behov for behandling. Den kan imidlertid give anledning til store fejlberegninger, når den anvendes på klinikniveau, fordi der kan være kommuner med høj gennemsnitlig middellevetid, der har lokale enklaver med markant lavere middellevetid. En praksis i fx Gellerup vil således få en højere lukkegrænse, fordi mennesker lever længe i Risskov. Middellevetid er velegnet til at estimere behovet for antal læger på kommuneniveau, men ikke til at beregne lukkegrænse på klinikniveau.

Manglende indikatorer: En række faktorer af betydning er ikke medregnet, fx udsatte boligområder, manglende adgang til praktiserende speciallæger og afstand til sygehus. Desuden har man skåret alle konsultationer over en kam, selvom de varer alt fra 5 til 45 minutter.

§5, stk. 3

Den tekniske model er så kompleks og uigennemsigtig, at de fleste læger og patienter vil have svært ved at forstå den. Det er ikke rimeligt at regulere en faggruppe ud fra beregninger, som de hverken kan gennemskue eller validere. Der bør derfor udarbejdes en mere tilgængelig forklaring uden snævre fagtermer, som kan læses af en almindeligt veluddannet person. Det er afgørende, at den enkelte læge kan forstå, hvordan netop hans eller hendes praksis får tildelt en estimeret lukkegrænse. En tydeliggørelse af, hvordan de enkelte parametre indgår i beregningen, vil samtidig give lægen et konkret redskab til populationsomsorg.

§7 og §7, stk. 2

Af denne paragraf fremgår det, at Regionerne giver tilladelse til nedsat patientantal under hensyntagen til ydernes særlige funktioner. Hidtil er disse tilladelser tildelt i paritet mellem Regioner og PLO ud fra aftalte individuelle hensyn (note 2)ⁱⁱ. Hvis denne bestemmelse indebærer et kompetenceskift, bør overgangsreglerne præciseres. Desuden bør Regionen have et udvidet ansvar for at vurdere den enkelte læges kapacitet. Derfor bør ordlyden ændres til *"Ved fastsættelsen af minimumspatienttallet **skal** regionsrådet derudover i relevant omfang inddrage andre **forhold**"*. Vi har nævnt en række individuelle forhold, der kan tages i betragtning. Hvis der er læger, der i forbindelse med denne lovgivning pålægges højere normtal, bør de have mulighed for at klage. Klagemuligheder bør fremgå af bekendtgørelsen.

§10

Det fremgår detaljeret, hvornår de forskellige data skal beregnes, men ikke hvor lang tid der skal gå, fra at lægen får besked om beregningen, til normtallet ændres. Hvis kapaciteter påtvinges et øget normtal, er det rimeligt at indføre en frist, der er så lang, at lægen/lægerne har mulighed for at ophøre, hvilket er mindst 6 måneder.

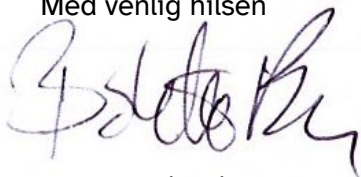
§12, stk. 2

DSAM anbefaler, at "kan" i disse paragraffer erstattes med "skal". Det giver ikke mening, at Regionerne i paritet med PLO har udmøntet lægekapaciteter og delepraksis, og at Regionerne derefter kan forhindre, at de rent faktisk realiseres. Det er jo trods alt beslutninger taget i enighed.

Bilag 1

Tallene er misvisende. Bekendtgørelsen bør fremlægge resultatet af de faktuelle beregninger på kliniskniveau samt gældende overgangsregler, således at både eksisterende og kommende praktiserende læger kender deres fremtidige arbejdsforhold.

Med venlig hilsen



Bolette Friderichsen
Formand for DSAM

i Note 1:

Den nuværende overenskomst §13, stk. 2 (Regler for delepraksis)

Tilladelse til delepraksis meddeles af Samarbejdsudvalget ved behov for aflastning, når:

- den praktiserende læge er kronisk syg eller alvorligt syg
- der er alvorlig sygdom i lægens nære familie
- den praktiserende læge stiller sin arbejdskraft til rådighed for andre faglige funktioner så som undervisning, konsulentarbejde eller fagpolitisk arbejde i minimum ti timer pr. uge.

ii Note 2:

Den nuværende overenskomst §14, stk. 3 (lukkegrænse).

Praksis, der af særlige grunde ønsker et lavere antal tilmeldte patienter pr. lægekapacitet end 1.600, kan søge Samarbejdsudvalget om lukning ved et lavere antal patienter, dog ikke under 538. Ansøgning fra læger, der er fyldt 60 år, yngre nyrekrutterede læger eller læger, som i minimum seks timer om ugen har bibeskæftigelse med undervisning/konsulentjob/fagpolitisk arbejde, bør så vidt muligt imødekommes.

Høringssvar fra KL vedrørende national fordelingsmodel for lægekapaciteter

KL bakker op om, at der fremadrettet skal være en mere hensigtsmæssig fordeling af lægekapaciteter, så fordelingen af kapaciteten i højere grad afspejler behovet. KL anerkender også, at der kan være behov for statslig styring ifm. fordeling af lægekapaciteterne i tillæg til de øvrige incitamenter for en mere hensigtsmæssig fordeling, som reformen indeholder.

Generelle kommentarer:

- Det er vigtigt, at det løbende evalueres, om modellen estimerer patienternes behandlingsbehov hensigtsmæssigt, og om modellen skal justeres/tilpasses på baggrund af ny viden eller data på området.
- KL er enig i, at ændringerne i honorarstrukturen skal sammentænkes med modellen. Når den nye honorarstruktur ligger fast, bør modellen genbesøges og evt. justeres, hvis den nye honorarstruktur får konsekvenser for modellens anvendelse til at estimere behandlingsbehovet.
- Bekendtgørelsen forholder sig ikke til, hvordan den fordeling af lægekapaciteter, som modellen dikterer, afviger fra den nuværende fordeling af lægekapaciteter. Der kunne fx indgå en oversigt over den nuværende fordeling. Derudover må forventes en vis overgangsperiode, hvor regionerne gradvist skal planlægge udmøntningen af lægekapaciteter efter fordelingsmodellen.

Risiko for at fastholde eksisterende strukturer og ulighed i sundhed:

- Opdraget for modellen er, at lægekapaciteten i højere grad skal fordeles på baggrund af borgernes behandlingsbehov. Behandlingsbehovet betragtes i to overordnede grupper:
 - 1) Behovet som er afspejlet i den aktuelle brug af de almenmedicinske tilbud
 - 2) Behovet som ikke opfanges af den aktuelle brug af tilbuddene, fordi der i dag er grupper, der har et underforbrug af de almenmedicinske tilbud, relativt til deres sygdomsprofil.
- KL er enige i, at modellen bør korrigere for begge dele, så det sikres, at ressourcerne allokeres til de områder, hvor det samlede behov er størst (både den aktuelle brug men også den optimale brug). I den forbindelse er det dog vigtigt, at der skabes incitamenter i de almenmedicinske tilbud, som søger at skabe en mere lige brug af de almenmedicinske tilbud, fx i form af opsøgende indsatser til borgergrupper, der har et underforbrug af almenmedicinske tilbud. Hvis ikke der skabes sådanne incitamenter, vil der være for høj lægekapacitet relativt til forbruget, i de områder, hvor der er et underforbrug af almenmedicinske tilbud.
- Når modellen anvender det historiske forbrug til at estimere det fremtidige forbrug, medfører det en risiko for at fastholde eksisterende problemer med ulighed i sundhed. Modellen søger at tage højde for det ved korrektion af middellevetid på kommuneniveau samt allokering af

Dato: 11. juni 2025

Sags ID: SAG-2025-00677
Dok. ID: 3587745

E-mail: NISV@kl.dk
Direkte: 3370 3832

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 2

ressourcer inden for sundhedsråd. Der er dog fortsat en risiko for, at modellen ikke i tilstrækkelig grad tager højde for den ulighed, der i dag er i brugen af de almenmedicinske tilbud. Er det muligt i højere grad at tage højde for ulighed i sundhed. Fx med en opgørelse af middellevetiden for hhv. mænd og kvinder i stedet for samlet på tværs af køn?

Dato: 11. juni 2025

Sags ID: SAG-2025-00677
Dok. ID: 3587745

E-mail: NISV@kl.dk
Direkte: 3370 3832

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 2

Tekstnære bemærkninger til bekendtgørelsen:

- §2, stk. 2: Hvad er lægekapaciteten, hvis to læger deler en lægekapacitet jf. §2, stk. 4 og den ene af lægerne stopper? Hvis den betragtes som besat, er der for få lægetimer ift. behovet, men kapaciteten er heller ikke (fuldt) ledig?
- §6, stk. 5: Hvordan defineres de ekstraordinære situationer, hvor regionen kan udmønte ekstra lægekapaciteter ud over dem, som fordelingsmodellen fastsætter? Høj befolkningstilvækst nævnes, som primært finder sted i de store byer. Medfører det en risiko for, at der alligevel sker en tilvækst af lægekapaciteter i ikke lægedækningstruede områder?

Overvejelser ift. de specifikke karakteristika, der indgår i modellen:

- Civilstand: Hvorfor blot "enke/fraskilt"? Hermed betragtes en enlig ældre mand/ungkarl på lige fod med en gift ældre mand, selvom de ofte vil have flere risikofaktorer. Hvad betyder det for modellen, hvis man i stedet inkluderer enlig*aldersgrupper, som karakteristika (hvor enlig omfatter både enke, fraskilt og enlige, der aldrig har været gift)?
- Etnicitet: Er betydningen af andre etniske grupper undersøgt? Ligner behandlingsbehovet for fx indvandrere og efterkommere fra Litauen, Polen, Rumænien, og Ukraine behandlingsbehovet for personer med dansk oprindelse?
- Antallet af somatiske sygdomme: Der medtages en lang række somatiske sygdomme, som har forskellige sværhedsgrader. Hvor mange personer har flere end 4 af udvalgte somatiske sygdomme? Vil man kunne opnå et mere retvisende estimat af borgernes behandlingsbehov, hvis man i stedet for den foreslåede gruppering, anvendte en mere findelt gruppering af antal somatiske sygdomme, fx hhv. 1 sygdom, 2 sygdomme, 3 sygdomme, 4 sygdomme, 5 sygdomme, 6 sygdomme, 7+ sygdomme? Alternativt vægte de forskellige sygdomme ift. det gennemsnitlige behandlingsbehov, så alle diagnoser ikke antages at have det samme behandlingsbehov.
- Udvælgelsen af psykiatriske diagnoser: Overvej at udvide afgrænsningen af psykiatriske sygdomme til også at omfatte personlighedsforstyrrelser (DF60-DF69) samt øvrige psykotiske lidelser udover skizofreni (DF21-DF29).
- Opfanger modellen i tilstrækkelig grad udfordringer og behandlingsbehov blandt særligt udsatte borgergrupper, som ofte er overrepræsenterede i de større byer? Vil modellen i højere grad kunne estimere behandlingsbehovet for disse, hvis der medtages oplysninger om fx kommunal og regional stofmisbrugsbehandling (ikke blot diagnoser i landspatientregisteret) og oplysninger om hjemløshed, fx borgere med ophold på forsorgshjem/herberger?

11. juni 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

www.cancer.dk

kopi til:
kso@sum.dk

UNDER PROTEKTION AF
HENDES MAJESTÆT DRONNINGEN

Kræftens Bekæmpelses høringsvar vedrørende udkast til bekendtgørelse om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud

Kræftens Bekæmpelse takker for muligheden for at kommentere udkast til bekendtgørelse om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud.

De foreslåede ændringer i bekendtgørelsen er en del af implementeringen af lovforslaget af 24. april 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 har tidligere indsendt et høringsvar vedrørende lovforslagets indhold, som vi henviser til nedenfor i bilag 1.

Kræftens Bekæmpelse bakker jf. det tidligere høringsvar op om en mere ligelig fordeling af læger i det almenmedicinske tilbud, så alle borgere får let og lige adgang til udredning og behandling, uanset hvor i landet de bor. Derudover ser Kræftens Bekæmpelse positivt på, at det almen medicinske tilbud i højere grad prioriterer indsatsen og ressourcerne for de mest sårbare og syge borgere, og at den nye honorarstruktur med differentierede honorarer for de alment praktiserende læger understøtter sammenhængen mellem lægernes honorar og borgernes sundhedstilstand og behandlingsbehov.

Kræftens Bekæmpelse vil dog bemærke, at almen praksis er indgangen til det øvrige sundhedsvæsen og derfor skal være tilgængeligt for alle. Det almen medicinske tilbud skal derfor tage højde for, at borgere uden et umiddelbart stort behandlingsbehov også kan have behov for at komme til den praktiserende læge uden lang ventetid.

Det er desuden vigtigt at sikre, at borgere i områder med et lavt registreret behandlingsbehov - jf. fordelingsmodellen - også opnår den nødvendige lægedækning. I disse områder kan der også bo sårbare og syge borgere med behov for let adgang til almen praksis og kontinuitet i deres forløb.

Fordelingsmodellen skal derudover tage hensyn til, at der også inden for større geografiske områder er lokale forskelle. Modellen skal derfor være tilstrækkelig sensitiv til at kunne afspejle variationer i behov, f.eks. i bydele med højere sygdomsbyrde eller lavere sundhedstilstand, så dette ikke overses i en gennemsnitsbaseret fordeling.

Det fremgår af bilagstabel 1.1 (s. 38) i udkastet til den nationale fordelingsmodel, at perioden for kræftsygdomme er sat til "Inden for de seneste 5 år". Omkring 400.000 danskere lever med eller efter en kræftsygdom, og op mod 60 pct. af kræftpatienter er ramt af senfølger efter kræft. Kræftens Bekæmpelse vil gerne bemærke, at almen praksis med Kræftplan V har fået et øget ansvar for bl.a. opfølgningen efter kræftforløbet, hvor senfølger kan opstå mange år efter endt behandling.

Kræftens Bekæmpelses [Barometerundersøgelse, 2023 - del 2](#) viser (s. 38), at 55% af de adspurgte kræftpatienter ikke har været i kontakt med deres praktiserende læge efter endt behandling. Regeringen ønsker med Kræftplan V, at der bliver taget hånd om alle kræftpatienter, når forløbet stopper på sygehuset. Derfor får almen praksis med kræftplanen en styrket rolle for den opfølgende indsats, hvilket indebærer, at egen læge skal indkalde til en opfølgende samtale og udarbejde en personlig opfølgningsplan i samarbejde med borgeren. Derudover får egen læge ansvaret for at følge særligt op på borgere i en ekstra sårbar situation under og efter deres kræftforløb. Kræftens Bekæmpelse vil derfor understrege, at der skal prioriteres tid og kapacitet til opfølgningssamtalen – og til at kunne støtte de særligt sårbare borgere.

Endelig bør ibrugtagningen af modellen ske i tæt dialog med de praktiserende læger, og der bør løbende følges op på implementeringen for at sikre, at den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud reelt efterlever intentionerne bag modellen.

Med venlig hilsen



Pernille Slebsager

Kræftens Bekæmpelse
Patientstøttedirektør

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 at 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

Svar på høring over udkast til bekendtgørelse om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud

Landdistrikternes Fællesråd takker for muligheden for at afgive høringssvar til Indenrigs- og Sundhedsministeriets udkast til bekendtgørelse om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, som blev sendt i høring den 14. maj 2025.

Behovet for bedre lægedækning i landdistrikterne

Ifølge Regional- og Landdistriktspolitisk Redegørelse 2023 bor ca. 600.000 danskere i lægedækningstruede områder – områder der primært findes i landdistrikterne. Det er især problematisk, da der i disse områder er en høj andel af borgere der er multisyge eller har kroniske sygdomme og komplekse behandlingsbehov, som forudsætter nem adgang til alment praktiserende læger. Derfor ser Landdistrikternes Fællesråd det som både nødvendigt og positivt, at bekendtgørelsen, som opfølgning på sundhedsaftalen og ændringen af sundhedsloven, sætter fokus på en mere retfærdig og behovsbaseret fordeling af lægekapacitet på tværs af landet. Det er et vigtigt skridt i retning af større lighed i sundhed for alle borgere – uanset geografisk placering, og taler ind i regeringsgrundlagets formulering om "et land i bedre geografisk balance".

Styring og fordeling af lægekapaciteter

Vi støtter den overordnede intention om at styre lægekapaciteten gennem en national model, der sætter rammen for, hvor mange læger regionsrådene kan udmønte i hvert sundhedsråds geografiske område. Vi er glade for, at modellen tager højde for geografiske forskelle og understreger behovet for flere læger pr. indbygger i landdistrikterne, i områder som bl.a. Vendsyssel sammenlignet med fx Aarhus. Dette er et vigtigt skridt mod at sikre et mere balanceret og retfærdigt sundhedsvæsen. Modellen vil forhåbentlig bidrage til at sikre flere læger i land- og yderområder og understøtte at lægerne får mere tid til de behandlingskrævende patienter, end de har i dag. Hvis den effekt ikke bliver resultatet, så må der iværksættes yderligere tiltag.

Fastlæggelse af minimumspatienttal på baggrund af behandlingsbehov

Det er positivt, at bekendtgørelsen bevæger sig væk fra et fast patientantal pr. lægekapacitet og i stedet indfører et differentieret minimumspatienttal baseret på sygdomstygde og lokale forhold.

Denne tilgang afspejler virkeligheden i landdistrikterne bedre, hvor patienter ofte har mere komplekse og tidskrævende behov. Det vil give lægerne bedre mulighed for at yde den nødvendige behandling uden at være presset af ufleksible grænser for patientoptag.

Honorering efter behandlingsbehov

Landdistrikternes Fællesråd bemærker, at der lægges op til, at honoreringen af de praktiserende læger i højere grad skal afspejle patienternes behandlingsbehov. Det er vigtigt, da dette bidrager til bedre lægedækning i landdistrikterne.

Implementering og opmærksomhedspunkter

Landdistrikternes Fællesråd vil gerne understrege vigtigheden af, at der i implementeringen af den nationale fordelingsmodel tages højde for lokale forhold og afvigelser. Som ekspertgruppen også anbefaler, kan der være grupper af patienter med større behandlingsbehov end modellen i første omgang angiver, og enkelte læger kan have nedsat kapacitet. En fleksibel og lokalt forankret implementering er afgørende for at modellen bliver en succes i praksis.

Behov for løbende evaluering

Vi noterer, at der ifølge *Aftale om Sundhedsreform 2024* er planlagt at modellen skal evalueres i 2028. Landdistrikternes Fællesråd anbefaler, at der indføres løbende opfølgninger og midtvejsevalueringer for at sikre, at eventuelle utilsigtede konsekvenser adresseres i tide – særligt i forhold til lægedækningen i sårbare områder. Desuden også om nødvendigt at lave flere tiltag.

Landdistrikternes Fællesråd ser bekendtgørelsen som et vigtigt skridt i den rigtige retning. Vi opfordrer til, at intentionerne følges op med konkret handling, målrettet implementering og en tæt dialog med de aktører, der kender de lokale forhold bedst.

Vi står naturligvis til rådighed for yderligere dialog og sparring.

Med venlig hilsen

Landdistrikternes Fællesråd



Steffen Damsgaard
Formand



Høring over udkast til bekendtgørelse om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almen medicinske tilbud

10. juni 2025

Sagsnr: 2025-3490

Aktnr: 6614297

ææ

Fælles høringssvar fra Lægeforeningen, Yngre Læger, Foreningen af Speciallæger og Praktiserende Lægers Organisation

Ambitiøs model rejser mange spørgsmål

Det er en meget ambitiøs og gennemarbejdet model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almen medicinske tilbud, som Indenrigs- og Sundhedsministeriet med rådgivning af en ekspertgruppe har udarbejdet. Ingen tvivl om det. Men vi vil også godt understrege, at det er en model som derfor også har begrænsninger i forhold til at afspejle virkeligheden, herunder en konkret patientpopulations lægebehov. Dette bør der tages højde for, når modellen indføres.

Og uanset om man opfatter modellen som relativ simpel eller meget kompliceret, så vil modellen rejse mange spørgsmål, når den teoretiske model skal implementeres til anvendelse i praksis.¹

Vi har tillige noteret, at den nedsatte ekspertgruppe i deres afsluttende udtalelse anbefaler:

”at der i implementeringen af fordelingsmodellen tages højde for lokale forhold. Grupper af patienter i den enkelte klinik kan være mere behandlingskrævende end modellen indikerer, og nogle læger kan muligvis ikke varetage en fuld patientpopulation, som anbefalet af modellen.”

På denne baggrund skal vi anbefale, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation i fællesskab får afklaret de stillede spørgsmål, bliver enige om modellens anvendelsesområde, samt udarbejder en handlingsplan for indførelse af modellen. I forhold til sidstnævnte vil det være relevant at inddrage timing i forhold til den planlagte indførelse af en ny honorarstruktur i 2027. Det må også være en overvejelse om modellen skal startes op som et afgrænset pilotforsøg inden den indføres i hele landet. Og under alle omstændigheder skal det aftales, hvordan og hvornår modellen skal evalueres, så det står klart ved modellens indførsel.

Domus Medica
Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf.: +45 3544 8500
Tlf.: +45 3544 8214 (direkte)
E-post: dadl@dadl.dk
E-post: ga@dadl.dk
www.laeger.dk

¹ Vi skal i denne forbindelse henvise til PLO's høringssvar.

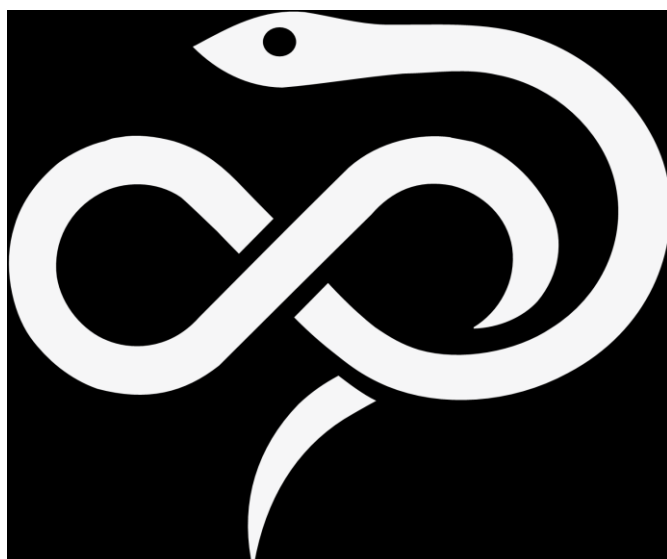


Dialog med den enkelte praksis om forhøjelse af patienttal

I forhold til det udsendte udkast til bekendtgørelse skal vi foreslå, at det i kapitel 4 (fastlæggelse af minimumspatienttal) fremgår, at enhver planlægning af patienttal, der vil ligge væsentligt over det gældende og over klinikkens nuværende patienttal skal søges aftalt frivilligt med klinikken ud fra fælles forståelse af klinikkens samlede situation og muligheder. Det vil være i overensstemmelse med bemærkningerne i lovforslag 212 lov om ændring af sundhedsloven (herunder fordeling og styring af lægekapaciteter) samt også ekspertgruppens anbefaling om mulighed for at tage højde for lokale forhold. Endelig vil det være et særdeles vigtigt signal at få sendt til de enkelte lægepraksis, som i sidste ende skal modtage og behandle patienterne.

Med venlig hilsen

Camilla Noelle Rathcke
Formand for Lægeforeningen



Til:
Indenrigs- og Sundhedsministeriet



Høringssvar

Dato: 11. juni 2025

PLO takker for muligheden for at afgive høringssvar over udkast til bekendtgørelse om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud.

PLO vil gerne anerkende det store arbejde, der er lagt i udviklingen af modellen for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud.

Det er dog afgørende, at man også anerkender modellens væsentlige begrænsninger og ikke giver den større gennemslagskraft, end den kan bære. Modellen kan udgøre et præliminært grundlag for myndighedernes helt overordnede planlægning af udmøntning af de 1.500 nye kapaciteter, der skal udmøntes i det næste årti, men som følge af modellens begrænsninger kan den ikke anvendes til at fastlægge normtal for de enkelte kapaciteter på klinikniveau. Derfor kommer vi heller ikke i mål med øget tilgængelighed til de patienter, der har størst behandlingsbehov, hvis modellen står alene uden hensyntagen til den virkelighed, de enkelte praksis står i.

Et muligt hævet patientgrundlag på baggrund af modelberegningerne bør altid være baseret på dialog og aftale med den enkelte praksis. Det er ikke alene et brud på aftalen om en sundhedsreform, men også et brud på en mangeårig dansk tradition, hvis lovgiver griber ind på et aftalebaseret område, uden der har været tale om en konflikt. Og det vil skabe stor usikkerhed med hensyn til, om man fremadrettet kan stole på, at aftaler med det offentlige vil blive respekteret.

Fordelingsmodellen er udtryk for en meget stor omkalfatring, som bl.a. vil have betydning for tilgængeligheden til egen læge for patienterne og for arbejdsvilkårene for de praktiserende læger. Derfor bør man træde varsomt, og det kan overvejes at starte ud med et pilotforsøg og overgangsordninger, fx i ét sundhedsråd. På baggrund af erfaringerne herfra kan modellen evalueres og tilpasses, så den kan indføres i hele landet. Modellen bør i denne proces gøres mere enkel og gennemsigtig.

Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf.: 3544 8477
Tlf. (dir.): 35448451
E-mail: plo@DADL.DK
E-mail:
mnm.plo@DADL.DK
www.plo.dk

1. Bemærkninger til model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud.

1.1 Modellen kan ikke stå alene på klinikniveau

Modellen identificerer på overordnet niveau relevante forskelle i behandlingsbehov, og de anvendte variable forekommer meningsfulde i en almenmedicinsk kontekst. Det er dog afgørende, at modelresultaterne ikke anvendes ukritisk på klinikniveau. Som anført i rapporten kan en statistisk model alene give en indikation – ikke et retvisende billede. Modellen har samtidig en række begrænsninger:

- *Den baserer sig på historisk forbrug i almen praksis:* Som det fremgår af rapporten "... har den ulempe, at det kan videreføre eksisterende ulighed i tilgængelighed og behandling..."
- *Den tager ikke højde for forskelle i kompleksitet i konsultationer:* Fx er en almindelig konsultation (O101) forskellig i kompleksitet og tidsforbrug for forskellige patientgrupper.
- *Forventet levetid beregnes ikke på individniveau:* Som det fremgår af rapporten: "Ulempen ... er, at behandlingsbehovet for en borger i Gellerupparken i Aarhus nedjusteres på samme måde som behandlingsbehovet for en borger i Aarhus midtby."
- *Manglende hensyntagen til forskelle i vilkårene i den enkelte praksis:* Er der lang eller kort afstand for patienterne til nærmeste hospital? Er der mange eller få praktiserende speciallæger, psykologer med videre i nærområdet? Dette har betydning for opgaverne i den enkelte praksis.

Disse eksempler er ikke udtømmende, men illustrerer, at klinisknære estimater vil indebære betydelige misforhold. Derfor må modellen ikke anvendes som grundlag for fastsættelse af minimumspatienttal, jf. også bemærkningerne til ændring af sundhedsloven, L 212 og i rapportens afsnit om minimumspatienttal for den enkelte klinik:

"For at tage højde for lokale og kliniskspecifikke forhold ... vil regionsrådets fastlæggelse af minimumspatienttallet indebære et behov for dialog med enkelte klinikker med henblik på nærmere at afdække klinikkernes forhold og kapacitet og afsøge løsninger i de tilfælde, hvor fordelingsmodellens minimumspatienttal giver udfordringer ... I situationer, hvor der i regionsrådets planlægning vil være lagt op til at fastsætte et minimumspatienttal for en klinik, der vil ligge væsentligt over det gældende og over klinikkens nuværende patienttal, forudsættes det, at regionsrådet først vil søge at aftale patienttallet frivilligt med klinikken ud fra en fælles forståelse af klinikkens samlede situation og muligheder."

Udover ovenstående forhold er PLO bekymret for, om princippet om uafhængighed (som er ét af de fire bærende principper, jf. rapporten) er til stede i modellen, når diagnosekodning indgår i vægtningen. Når patienter har fx en kronisk lidelse, som ikke er behandlet på hospitalet de seneste 15 år, fordi de behandles i almen praksis, ses denne ikke som en mere behandlingskrævende patient. Det giver et meget u hensigtsmæssigt incitament til at henvise patienten, så en mere retvisende sygdomsvægt sættes for patienten.

Endelig udgør modellens kompleksitet en selvstændig udfordring. Det vil være vanskeligt for den enkelte praktiserende læge at forstå, hvorfor patienttallet lander på et bestemt niveau. Der vil derfor være behov for tydelig og nem tilgængelig information, så den enkelte læge kan gennemskue modellen – og på sigt bør der udarbejdes en model, som er mere enkel og gennemskuelig.

1.2 Manglende adressering af hensyn til klinikkens forhold

Der er hverken i modellen eller bekendtgørelsen taget højde for initiativer, som skal understøtte størst mulig lægekapacitet og adgang i almen praksis. Delepraksis gives i dag til læger, som udover deres virke i praksis også eksempelvis udfører lægefagligt arbejde for region eller kommune, bedriver forskning, har en kronisk sygdom eller er ved at trappe ned på grund af alderdom. Her gives der i dag mulighed for at tilpasse patientantallet til lægens personlige kapacitet.

Fjernes denne mulighed, vil den samlede lægekapacitet og tilgængelighed i almen praksis forringes, når patienter tilknyttes praksis, hvor kapaciteten ikke er til det. De nedsatte patienttal bør samtidig ikke gå ud over de øvrige patienter og praksis i regionen, og derfor skal et nedsat patienttal i den enkelte klinik med delepraksis ikke medføre et øget normtal for øvrige klinikker i sundhedsrådets område.

1.3 For stor variation i patientantallet

Af rapporten fremgår, at variationen for minimumslukkegrænser på klinikniveau vil være mellem 1.000 og 2.300 patienter.

Det er drastiske ændringer i vilkårene fra den eksisterende aftale, med ændringer på mere end +/- 40 % for den enkelte klinik. Ud fra et forsigtighedsprincip og en anerkendelse af, at modellen alene kan give indikationer, bør variationen begrænses. Dette kan eksempelvis ske ved reduktion af modellens gennemslagskraft med en procentsats og/eller indførelse af et loft.

1.4 Manglende maksimalgrænse

I den gældende overenskomst kan praksis selv fastsætte lukketallet mellem 1.600 og 2.700 patienter – et spænd på 1.100 patienter. Hertil kommer, at der kan søges om dispensation i samarbejdsudvalget om et endnu højere lukketal, såfremt man ønsker dette. Det forholdsvis høje spænd er udtryk for, at praksis selv har stået for differentieringen af normtallet.

Hverken rapporten eller bekendtgørelsen adresserer et øvre maksimum. Når minimumslukketallet fremadrettet differentieres, bør en øvre lukkegrænse også adresseres i modellen og bekendtgørelsen. Alt andet vil være lægefagligt uforsvarligt over for patienterne.

1.5 Udfordring med svag kobling til økonomi frem til 2027

PLO anerkender intentionen om mere tid til patienter med størst behov. Det er imidlertid svært at se dette udmøntet i praksis, hvis det differentierede normtal ikke afspejler sig i honoreringen. For alt andet lige vil få væsentlige negative økonomiske konsekvenser for en klinik at reducere sit patienttal fra eksempelvis 1.600 til 1.000.

Af sundhedsreformen og rapporten i høringsmaterialet fremgår, at dette vil blive adresseret fra 2027 med den nye honorarstruktur. Frem mod 2027 er det derfor ikke garanteret, at en reduktion i patienttallet på baggrund af de reducerede minimumslukketal ikke vil være ensbetydende med en nedgang i omsætningen for den enkelte praksis.

PLO anbefaler derfor, at der allerede fra bekendtgørelsens ikrafttræden indføres en garanteret økonomisk kompensation for det sænkede minimumslukketal, således at den enkelte praksis ikke

risikerer at gå ned i indtægt for at øge tilgængeligheden for patienter med størst behandlingsbehov.

1.6 Udmøntning af nye kapaciteter bør ske i takt med, at nye speciallæger uddannes

Af modellen fremgår, at det samlede behov for lægekapaciteter i dag er ca. 3.730 (jf. bilag 2.2). Det svarer til ca. 200 flere, end der er udmøntet i dag. Alle disse nye kapaciteter bør ikke udmøntes på én gang. Ekstra kapaciteter bør udmøntes løbende, i takt med at flere speciallæger i almen medicin færdiguddannes; også for at sikre, at det især kommer områder med de største lægedækningsproblemer til gode – i lighed med aftalen fra december mellem regeringen og Danske Regioner om, at kun områder med størst mangel kan slå lægestillinger på hospitaler op/lægekapaciteter op.

2. Bemærkninger til bekendtgørelsesteksten

2.1 Ufuldkommen definition af en besat lægekapacitet

Definitionen af "besat lægekapacitet" i § 2, stk. 2, er for uklar. Ifølge Overenskomsten om almen praksis kan en kapacitet kun dækkes af en speciallæge i almen medicin, som enten er ejer eller ansat – og fremgår med navn på lægevalgslisten. Vikarer kan ikke dække en kapacitet.

2.2 Bekymrende ændring af vilkårene og aftalerne for nedsat patienttal (delepraksis)

Den nye formulering i § 2, stk. 4, skaber usikkerhed om vilkårene for delepraksis og nedsat patienttal – både fremadrettet og for eksisterende aftaler.

Mellem 10 til 15 pct. af de nuværende praksis har i dag aftaler og rettigheder i forhold til deres patientantal. Det er rettigheder, der er opnået på baggrund af beliggenhed i et lægedækningstruet område eller på baggrund af praksisejerens alder og ret til generationsskifte. Der kan også være tale om aftaler, der er indgået i regi af et regionalt samarbejdsudvalg med baggrund i aftalen mellem PLO og RLTN, hvorved samarbejdsudvalget fastlægger patientantallet, når der er ansøgt om delepraksistilladelse eller et nedsat patientantal – fx på baggrund af sygdom hos praksisejeren eller andet behov for nedsat arbejdsmængde.

Det fremstår ikke klart, hvorledes disse allerede erhvervede rettigheder skal behandles i den forelagte bekendtgørelse. PLO foreslår, at det tydeligt fremgår af bekendtgørelsen, at praksis med særlige tilladelser til fx delepraksis eller bestemte patienttal fortsætter uændrede, indtil den givne tilladelse udløber. Samtidig bør de nuværende begrundelser videreføres og tydeliggøres i bekendtgørelsen.

2.3 Kapitel 4 (fastlæggelse af minimumspatienttal) omtaler ikke processen for forhøjet patienttal

Af bekendtgørelsens § 7, stk. 2, fremgår ikke, hvordan et potentielt forhøjet patienttal i en klinik skal håndteres.

I bemærkninger til lovforslag 212 lov om ændring af sundhedsloven (herunder fordeling og styring af lægekapaciteter), fremgår det bl.a., at det forudsættes, "at regionsrådet først vil søge at aftale patienttallet frivilligt med klinikken ud fra en fælles forståelse af klinikkens samlede situation og muligheder", hvis minimumspatienttallet hæves væsentligt. Formuleringerne om dialog og forudsætningen om at søge frivilligt aftale med klinikken fremgår også i høringsmaterialets rapport.

I og med, at bekendtgørelsen ikke indeholder bestemmelser om processen, må fremgangsmåden i bemærkningerne til lovgivningen være den proces, regionerne skal følge og PLO forudsætter derfor,

at enhver planlægning af patienttal, der vil ligge væsentligt over det gældende og over klinikkens nuværende patienttal, først vil blive søgt aftalt frivilligt med klinikken ud fra en fælles forståelse af klinikkens samlede situation og muligheder.

I mangel af aftale med den enkelte praktiserende læge kan "regionsrådet fastlægge antallet af patienter, et ydernummer som minimum skal have tilknyttet, før ydernummeret får ret til at lukke for tilgang af yderligere patienter".

Regionsrådets fastlæggelse må i denne situation anses for at være en forvaltningsretlig afgørelse, som skal overholde bl.a. følgende forvaltningsretlige principper: saglighedsprincippet, proportionalitetsprincippet, lighedsprincippet, partshøring før afgørelse, begrundelse for afgørelse, aktindsigt, klagevejledning og generelt god forvaltningsskik.

I forhold til klageadgang over et fastsat patientantal, som lægen ikke ønsker, er det uklart hvortil lægen indbringer sin klage. Hvis man forestiller sig, at det kommende "Praksisklagenævn" også skal varetage denne opgave, bemærkes det, at nævnet efter det oplyste først nedsættes pr. 1. januar 2027.

2.4 Manglende § 9:

I bekendtgørelsen mangler § 9; paragrafferne går direkte fra § 8 til § 10.

Til:
Indenrigs- og Sundhedsministeriet



Dato: 11. juni 2025

Følgebrev

PLO bemærker, at regeringen ved flere lejligheder - bl.a. i lovpakke 1 og senest i forårsaftalen med KL og Danske Regioner om implementering af sundhedsreformen - har tilkendegivet, at der skal aftales en ny honorarstruktur for praktiserende læger, der indebærer, at læger med en høj patienttyngde kan have færre patienter uden at miste indtjening, mens læger med en lavere patienttyngde skal have flere patienter for at opretholde den samme indtjening.

PLO bakker op om, at praktiserende læger med mange behandlingskrævende patienter sikres bedre rammer om deres arbejde, herunder en højere indtjening pr. patient. Men vi skal understrege, at det for PLO er uacceptabelt, hvis man samtidig vil forringe vilkårene for andre praktiserende læger. PLO kommer ikke til at indgå en aftale, der indebærer, at læger med en lavere patienttyngde skal have flere patienter for at opretholde den samme indtjening, som i dag. Det er derfor bydende nødvendigt, at der tilføres nye midler og investeres i overgangsordninger i forbindelse med udmøntningen af sundhedsreformen.

Endelig skal det bemærkes, at det af aftale om sundhedsreformen står, at: "Aftalepartierne bakker op om, at en fuld gennemførelse 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."

PLO har en klar forventning om, at dette udgangspunkt respekteres i udmøntningen af reformen, og at der følgelig ikke gennemføres ændringer ved lovgivning, inden de nødvendige aftaler er forsøgt indgået.

Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf.: 3544 8477
Tlf. (dir.): 35448451
E-mail: plo@DADL.DK
E-mail: mnm.plo@DADL.DK
www.plo.dk



SÆRSKILT HØRINGSSVAR TIL UDKAST TIL BEKENDTGØRELSE OM DEN NATIONALE MO- DEL FOR FORDELING OG STYRING AF LÆGE- KAPACITETER I DET ALMENMEDICINSKE TIL- BUD

Web www.regionh.dk

Dato: 10-06-2025

Region Hovedstadens bemærkninger

Generelle bemærkninger til bekendtgørelse:

Udmøntning af modellen synes i høj grad at tage højde for regionale, geografiske forskelle, hvilket overordnet er positivt.

Selvom den nationale fordelingsmodel samlet set lægger op til en lavere ideal-antal kapaciteter end regionen aktuelt råder over i dag i Region Hovedstaden, er det positivt, at regionen ikke ser ud til at skulle reducere det samlede antal kapaciteter, svarende til den nationale fordelingsmodel. Regionens nærmere bemærkninger og opmærksomhedspunkter til modellen og bekendtgørelsen ses nedenfor.

Kommentarer til bekendtgørelsens paragraffer:

§ 1

Sundhedsrådenes geografiske område:

I dag er Region Hovedstaden inddelt i planlægningsområder. De følger kommuneopdelingen og bydelene i Københavns Kommune. En lægekapacitet kan kun flyttes fra et planlægningsområde til et andet med regionens godkendelse. Det bør fremgå af bekendtgørelsen, at Regionsrådet har kompetence til at beslutte, hvor mange kapaciteter der skal være i det enkelte planlægningsområde, og at flytning af kapaciteter mellem områderne skal godkendes af Regionsrådet. Det bør ligeledes fremgå af bekendtgørelsen, at flytning af almenmedicinske tilbud skal godkendes af regionen dette også af hensyn til adgang for mennesker med handicap.

§ 2

Stk. 1.

Bestemmelsen er uklar. Det er ikke tydeligt, hvad der menes.

2. punktum. Formuleringen om;" ..., som forventes at kunne varetages af en læge med speciale i almen medicin", er uklar (giver mulighed for fortolkning). Er der tale om at kapaciteten kan varetages af læger fra andre specialer?

Det kan overvejes om sidste punktum er en anden måde at sige, at lægen skal have kontrakt med det offentlige, det vil sige læger, som i dag har yder-nummer.

Stk. 2.

Der tales om ubesatte kapaciteter. Der er brug for en præcisering af, hvor lang tid en kapacitet kan være ubesat. (En kapacitet kan pludseligt blive ubesat, fx hvis en kompagnon dør, går på pension eller må pludseligt stoppe (autorisationsinddragelse). I dag kan en kapacitet være ubesat i et år. Regionen kan i dag give tilladelse til, at ubesatte kapaciteter er ledige i mere end et år. Regionsrådet bør også fremadrettet kunne give tilladelse til, at ubesatte kapaciteter kan være ledige i mere end et år. Det bør ligeledes fremgå, at regionen har mulighed for at inddrage en kapacitet, når den har været ubesat i et år. En kapacitet kan også tilbageleveres til regionen under særlige omstændigheder, f.eks. hvis en læge ikke har formået at overdrage sin praksis.

Når en kapacitet inddrages eller tilbageleveres til regionen, bør bekendtgørelsen specificere regionens vilkår for håndteringen og udmøntningen af sådanne kapaciteter. Som det er nu, vurderer regionen hvorvidt en inddraget/tilbageleveret kapacitet skal udbydes i samme planlægningsområde, eller om det vil være mere hensigtsmæssigt at omfordele til et andet område indenfor regionen. Bekendtgørelsen bør specificere, om inddragede/tilbageleverede kapaciteter fortsat kan omfordeles frit inden for regionerne under hensyntagen til den nationale fordelingsmodel, eller om disse fremover vil skulle omfordeles på nationalt niveau.

Stk. 3.

Det bør beskrives, hvordan man skal forholde sig i almenmedicinske tilbud med flere kapaciteter. Det skal præciseres, hvor lang tid en kapacitet kan være ubesat, hvis en læge udtræder, dør eller får tildelt en kapacitet.

Stk. 4.

Bestemmelsen omhandler det, der i dag betegnes som delepraksis, hvor to læger deles om en kapacitet. Der står nu, at "hvor flere speciallæger er tilknyttet en lægekapacitet, skal lægerne være deltidslæger". Det bør præciseres,

hvad forventningen er til ugentligt timetal for deltidslæger. Det bør ligeledes overvejes, om det skal præciseres, hvornår der kan gives tilladelse til deltidslæger.

§ 4

Anmodninger om flytning af kapaciteter:

Det bør præciseres, hvorvidt det er muligt at flytte kapaciteter mellem to sundhedsråd, herunder hvilken myndighed der har kompetencen til at behandle disse ansøgninger. Det foreslås, at Regionsrådet har denne kompetence.

Derudover, mangler der afklaring af den generelle administrative håndtering af flytteanmodninger efter 1. juli 2025, herunder hvilke kriterier og procedurer der skal anvendes for tilladelse og afslag ved behandling af flytteanmodninger.

Det er nødvendigt at få specificeret, hvilke parametre, der skal lægges til grund ved vurdering af anmodning om flytning af lægekapaciteter. Dette er særligt relevant for regionerne med henblik på at sikre en ensartet sagsbehandling både i overgangsperioden og fremadrettet.

Lokal kapacitetsplanlægning i Københavns Kommune (Sundhedsråd Hovedstaden):

Københavns Kommune er i den nye struktur ét samlet område. I dag er Københavns Kommune inddelt i 9 planlægningsområder baseret på de 9 bydele i Københavns Kommune (Indre By, Vesterbro, Nørrebro, Østerbro, Amager Øst, Amager Vest, Valby, Bispebjerg, Vanløse og Brønshøj-Husum). Det kan give udfordringer ift. den nærmere planlægning af lægedækningen når kapacitetsdelingen ikke kan brydes længere ned, som hidtil i den regionale planlægning. Udfordringen er markant øget af, at København Kommune rummer mange borgere og kapaciteter samlet set.

§ 5

Opgørelse af data fra d. 1. januar til beregning af sygdomsvægtede borgere

Region Hovedstaden forstår bekendtgørelsen således, at planlægning af patienttal for klinikkerne baserer sig på tal fra 1. januar i hvert kalenderår. Dette ses som problematisk for klinikker, som oprettes efter d. 1. januar. Det forstås således, at klinikker, der opstarter efter d. 1. januar, må vente til næste opgørelse, før der fastsættes et normtal for praksis. Derudover tages der ikke højde for, at der kan være klinikker, som er inkluderet i beregningerne, men efterfølgende er afgangsført efter d. 1. januar.

Ved brug af data fra 1. januar, som kun bliver opdateret årligt, er der derfor en bekymring for, at beregninger vil medføre, at man vil være bagud med det aktuelle billede for hvert sundhedsråd, da der ikke tages højde for ændringer i

praksis, f.eks. opsplitning af praksis, læger der går på pension mv. Vi ønsker derfor en mere fleksibel måde at hente data på, så planlægning af patient-normtal følger en mere dynamisk struktur.

Stk. 2.

Etnicitet: Der mangler begrundelse for, hvorfor netop denne gruppe indvandrere (Indvandrere fra MENAPT-lande og efterkommere af MENAPT-lande) er inkluderet i modellen, mens andre indvandrergrupper ikke medregnes. Dette rejser bekymring for, om modellen kan reducere incitamentet til at etablere eller flytte praksis til områder med høj andel af borgere med indvandrerbaggrund, som potentielt kan have tilsvarende behov for øget lægekapacitet grundet sprogbarrierer og socioøkonomiske faktorer. Hvis lægens honorering kun omfatter en del af de sygdomstunge borgere med indvandrerbaggrund, kan dette forringe incitamentet til at drive praksis i etnisk diverse områder.

Arbejdsmarkedstilknytning: Vedrørende arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-67 år bør det præciseres, om modellen løbende justeres i takt med ændringer i pensionsalderen.

Udvalgte somatiske sygdomme: Det bemærkes, at patienter med én udvalgt somatisk sygdom tildeles vægtning som 0 sygdomme. Disse patienter kan imidlertid stadig have betydelig sygdomstyngde og kræve øget konsultationstid sammenlignet med borgere uden udvalgte somatiske sygdomme. Det foreslås derfor, at denne kategori tillægges en vis vægtning for at sikre et mere præcist billede af patienternes samlede sygdomsbyrde og de dertil knyttede lægeressourcer.

Stk. 8.

Bestemmelsen omhandler fejl i det af sundhedsdatastyrelsen udmeldte patienttal efter offentliggørelse. I stedet for efterfølgende at udmelde fejlen til det almenmedicinske tilbud bør det overvejes, om man skal vente med at korrigere fejlen til året efter. (Hvordan skal en praksis, der har fået meddelt et forkert patientantal ellers stille sig – skal de afgive patienter ved for højt tal? Kan de søge om dispensation ved et højere tal end det først udmeldte?).

§ 6

Stk. 5.

Det bør præciseres, hvilke kriterier der skal være opfyldt for at definere en situation som ekstraordinær.

Særligt ved befolkningstilvækst, f.eks. i København, vil der være tale om væsentlige, permanente demografiske ændringer frem for midlertidige forhold. I sådanne tilfælde vil der være behov for etablering af permanente kapaciteter

frem for midlertidige løsninger, da befolkningstilvæksten ikke kan betragtes som forbigående.

Der bør derfor i bekendtgørelsen skabes klarhed over, at der kan skelnes mellem situationer, der kræver henholdsvis midlertidige og permanente kapacitetstilpasninger.

§ 7

Stk. 1

Det bør fremgå, hvornår et almenmedicinsk tilbud igen kan/ skal have åbent for tilgang af patienter, når patienttallet er faldet. Region Hovedstaden anbefaler en grænse på minimum 50 patienter, så det ikke bliver muligt for lægerne, selv at vælge patientindtag.

I dag er der af overenskomstens parter fastsat et patientmaksimum pr. kapacitet på 2.700 gruppe 1 sikrede. Dette loft er fastsat ud fra en vurdering af, hvad en læge kan varetage for at sikre kvalitet og tilgængelighed. Region Hovedstaden forventer, at regionen i bekendtgørelsen tildeles kompetence til at fastsætte maksimalt patienttal pr. kapacitet i forhold til at sikre tilgængelighed for patienterne, og at lægerne kan leve op til de krav, der bliver fastsat i den nationale opgavebeskrivelse for de almenmedicinske tilbud. Derudover kan almenmedicinske tilbud, som har flere kapaciteter og meget personale, hente mange patienter ind, som vil betyde, at de omkringliggende almenmedicinske tilbud ikke får patienter nok.

Stk. 2.

Der tales om, at lægerne varetager særlige funktioner fx plejehjemslæge. Region Hovedstaden mener, at en læge grundet lægens personlige forhold fx egen sygdom, sygdom i nærmeste familie, ældre læger + 63 år og læger, der varetager opgaver som lægekonsulenter i kommuner, praksiskonsulent, botilbudslæger og læger, der underviser ved universiteterne, kan få nedsat patienttal.

Region Hovedstaden foreslår, at der indsættes et stk. 3 om regionens kompetence til at fastsætte patienttal for almenmedicinske tilbud med deltidslæger, jf. § 2, stk. 4.

§ 8

Region Hovedstaden forudsætter, at bilag 2 offentliggøres samtidig med bilag 1.

§ 10

Region Hovedstaden finder, at den beskrevne tidsproces er uklar. Det er således ikke tydeligt for regionen, hvornår det endelige patienttal for det enkelte almenmedicinske skal være fastlagt.

Der savnes ligeledes en beskrivelse af, hvorvidt og hvordan en lægepraksis kan få lukket for tilgang af patienter i kortere eller længere tid, hvis der fx opstår alvorlig sygdom eller sker dødsfald blandt lægerne i et almenmedicinske tilbud. Derudover savnes der ligeledes fortsat afklaring ift., hvorvidt regionerne har fuld beslutningskompetence vedrørende de kliniks-specifikke forhold, der inddrages i fastsættelsen af minimumspatienttal, og hvordan regionerne skal inddrage klinikkerne i afdækningen heraf, fx ved partshøring?

§ 12

Hvad sker med alle de lægepraksis, der har erhvervet rettigheder i henhold til gældende overenskomst fx nedsat patienttal, delepraksis, tilladelse til ekstra ansat læge, generationsskifte? Bortfalder de, når bekendtgørelsen træder i kraft? Region Hovedstaden finder, at der bør tages stilling hertil i § 12.

Stk. 2.

Det fremgår i stk. 2., at igangsat udmøntning af en eller flere nye kapaciteter kan gennemføres indtil den 1. januar 2027. Region Hovedstaden forventer, at bestemmelsen kun gælder beslutninger om evt. nye regionale kapacitetsudvidelser (samlet set), og at regionen derfor fortsat har mulighed for at omfordele ex. kapaciteter, som leveres tilbage til regionen.

Øvrige kommentarer

Klageadgang

Hvordan skal klageadgangen være for de almenmedicinske tilbud, hvis de vil klage over regionens afgørelser? Følges de almindelige klagerregler for regionernes afgørelser, er klageinstansen Ankestyrelsen. Der kan være en bekymring om, Ankestyrelsen har kapacitet og kompetencer til at håndtere disse klager.

Har regionerne mulighed for at klage over ministeriets beregning af lægedækningen på klinikniveau?

Opsplitning af almenmedicinske tilbud

Der savnes en beskrivelse af, hvordan der skal ske fordeling af patienter, hvis læger i et almenmedicinske tilbud vælger at opsplitte en flerkapacitetspraksis i flere praksis. Normalt ved en opsplitning får patienterne mulighed for at vælge mellem de læger, der er i det almenmedicinske tilbud. Patienternes valg har betydning for fastsættelse af patienttallet for det enkelte tilbud, idet fastsættelse af minimumspatienttallet nu sker ud fra patienttyngden.

Patienternes valg af almenmedicinske tilbud

I henhold til bekendtgørelse om valg og skift af praktiserende læge kan borgere frit vælge læge. Bekendtgørelsen åbner samtidig mulighed for, at børn og samlevende kan blive tilmeldt et almenmedicinsk tilbud, selvom der er lukket for tilgang. Det betyder i praksis, at der er mange lægepraksis, hvor der sjældent sker større fald i patienttallet. I fremtiden lægges der op til at en del af de almenmedicinske tilbud skal have lavere patienttal. Dette kan i virkeligheden blive svært, hvis der ikke gives regionerne en adgang til at flytte patienter fra praksis. Dette vil i praksis kunne ske ved, at regionerne i første omgang giver patienterne frit lægevalg, og hvis der ikke er tilstrækkeligt med patienter, der flytter, bliver patienterne flyttet til en anden praksis. Hvis patienterne ikke ønsker denne læge, har de mulighed for at skifte til en anden læge gebyrfrit. Region Hovedstaden foreslår, at regionerne får hjemmel til at flytte patienter, samt at ministeriet fastsætter kriterier for udvælgelsen af hvilke patienter, der skal flyttes.

Fratagelse af retten til at praktisere som læge i et almenmedicinsk tilbud

Betyder fratagelsen af retten til at praktisere som læge i et almenmedicinsk tilbud i en region/sundhedsråd, at lægen er udelukket fra at praktisere i en anden region/sundhedsråd. Er der forskel på, om lægen er ejerlæge eller ansat læge? I forbindelse med fordeling og styring af lægekapaciteterne i det almenmedicinske tilbud bør lovgivningen tage højde herfor. Er afgørelsen en nævnsafgørelse?

Forskel i antal sikrede i klinikker på kommuneniveau og den nationale fordelingsmodels fremskrivning af antal sikrede.

I udkast for den nationale fordelingsmodel for læger i det almenmedicinske tilbud i Bilag 2.2 og 2.3 ses en oversigt over antal gruppe-1 sikrede borgere pr. 1. januar 2025. Det bemærkes, at tallene for gruppe-1 sikrede er anderledes i bilagene, end antal gruppe-1 sikrede tilmeldt klinikkerne i dag. Fx i bilagstabel 2.3 ses det, at der er 105.330 gruppe-1 sikrede i Frederiksberg Kommune. Sammenlignet med antal gruppe-1 sikrede i Frederiksbergs Kommunes klinikker i dag, er der 116.156 gruppe-1 sikrede (LUNA adm pr. 8. maj 2025).

Der kan være en bekymring for, at der ikke tages højde for pendlende patienter i den nationale model. Pendlende patienter ses blandt andet i København ved klinikker, som ligger tæt ved større stationer og derfor har flere pendlende patienter, men også ved patienter, som flytter og beholder sin tilknytning til den klinik, man flytter fra. Derudover er Region Hovedstaden bekendt med, at ca. 30% af borgere i København og Frederiksberg Kommune går over kommunegrænsen, når de søger læge. Hvis der ikke tages højde for pendlende patienter, kan det medføre en skævvridning af kapacitetsfordelingen samt det forventede antal patienter i klinikkerne fremover.

Foreløbige patienttal på klinikniveau og dets sygdomsvægt

I Sundhedsdatastyrelsens leverance af foreløbige patienttal på klinikniveau undrer Region Hovedstaden sig over, at antal patienter pr. praksis kan variere for de praksis, som har samme sygdomsvægt pr. patient samt ens karakteristika. Der mangler tydelighed i forhold til, hvorfor disse tal varierer.

Selektiv lukning og selektiv åbning for tilgang af patienter til praksis

Selektiv lukning og selektiv åbning for patienttilgang betyder at praksis enten holder lukket eller åbent for tilgang med undtagelse af borger bosiddende i et bestemt område (på postnummerniveau). Om der er tale om åbning eller lukning for tilgang afhænger af om praksis har en maksgrænse på normtallet (1.600 gruppe 1-sikrede) jf. overenskomstens bestemmelser. Har praksis en maksgrænse under 1.600 gruppe 1-sikrede er det selektivt lukket for tilgang. Har praksis en maksgrænse på mere end 1.600 gruppe 1-sikrede er det selektivt åbent for tilgang.

Region Hovedstaden ønsker fortsat at have mulighed for at meddele en praksis tilladelse til selektiv lukning for tilgang, hvis praksis samtidig af regionen har fået meddelt et patientantal, der er under det nationale fastsatte patientantal. Dette for at sikre lægedækningen, som minimum for borgere der flytter til en bestemt nærområdet (på postnummerniveau).

Region Hovedstaden forventer at fastholde muligheden for at meddele en praksis tilladelse til selektiv åbning, som alternativ til at praksis holder helt lukket. Dette for at de praksisser, der ønsker et højere patientantal end det nationalt udmeldte, har mulighed for at optage patienter fra et nærområde og derved kan være med til at sikre lægedækningen i et område.



Høringssvar til Indenrigs og Sundhedsministeriet vedr. fordelingsmodel for læger i det almen medicinske tilbud

Dato 11-06-2025

Sagsnummer:

1-30-72-209-24

Region Midtjylland takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkast til bekendtgørelsen om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud.

Side 1

Region Midtjylland er overordnet positiv over for modellen, da modellen differentierer patienttallet i klinikkerne på baggrund af patienttyngden i den enkelte klinik; vi tror på at lægeressourcerne hermed i højere grad målrettes patienterne med størst behov og at det kan have en positiv effekt i forhold til at skabe en bedre lægedækning i områderne med svag lægedækning.

Region Midtjylland har dog en række opmærksomhedspunkter, som regionen ønsker at videregive til ministeriet.

Kapacitet

Variation i kapacitetsbehov indenfor sundhedsråd

Den nationale fordelingsmodel opgør det gennemsnitlige behandlingsbehov og læge-kapacitetsbehov i det enkelte sundhedsråd. I de sundhedsråd, hvor behovet for læger allerede er opfyldt, vil det ikke være muligt at opslå nye kapaciteter. Det vil betyde, at der på trods af et stort behov for ny kapacitet i en kommune, ikke vil kunne blive tilført kapacitet, hvis kommunen deler sundhedsområde med en anden kommune med en stor overkapacitet. Denne situation imødeser Region Midtjylland fx for Hedensted kommune i sundhedsområdet Horsens og til dels for Skive og Viborg kommuner i sundhedsområdet Midt.

- Løsning: Region Midtjylland foreslår, at undtagelsen beskrevet i bekendtgørelsen § 6, stk. 5 udvides til også at kunne gøres gældende ved en meget stor forskel i kapacitetsbehov kommunerne i mellem i et sundhedsråd. Dermed vil regionen kunne igangsætte midlertidige foranstaltninger og udmønte flere kapaciteter end fastsat af fordelingsmodellen. Dette vil kunne forhindre, at borgerne og praksis i disse kommuner fastholdes i en fastlåst og uholdbar situation.

Særlige løsninger

Patientantallet tilknyttet kapaciteter med under 500 patienter medregnes ikke i modellen, og der tages ikke højde for særlige behandlingsbehov for patienter på særlige bosteder/botilbud i fordelingsmodellen. Modsat skal lægekapaciteterne til disse særlige tilbud, udredes af den tildelte kapacitet. Region Midtjylland foreslår, at særlige bosteder/botilbud og ø-løsninger helt holdes ude af fordelingsmodellen – både hvad angår patienter og kapacitet. Der er tale om særlige isolerede lægeløsninger, hvor lægekapaciteten typisk ikke kan behandle patienter udenfor øen/botilbuddet. I Region Midtjylland har vi eksempelvis Lægeklinik Landsbyen Sølund, som varetager lægedækningen af 214 borgere, med betydelig og varigt nedsat fysisk og psykisk funktionsniveau, som er bosat på Danmarks største botilbud af sin art, Landsbyen Sølund. Hertil kommer flere særlige ø-lægeløsninger, hvor lægekapaciteten ikke altid kan dække patienter på fastlandet samtidig.

- Løsning: Region Midtjylland foreslår, at regionerne får hjemmel til at udlægge de nødvendige ekstra kapaciteter til de helt særlige løsninger.

Trække kapacitet tilbage

Det er vigtigt, at alle kapaciteter udnyttes og kommer patienterne til gode. Regionen oplever til tider nødvendigheden af at kunne trække kapaciteter tilbage, fx fordi en læge, der har budt ind på en kapacitet, ikke lykkedes med at besætte den. Det kan også være i en helt særlig situation, hvor lægen går konkurs. Bekendtgørelsen giver ikke aktuelt regionerne mulighed for dette.

- Løsning: Region Midtjylland foreslår, at bekendtgørelsen giver regionerne hjemmel til at trække ubesatte kapaciteter tilbage efter en periode og konkursramte kapaciteter tilbage omgående.

Udmøntning af kapacitet

Det står ikke helt tydeligt i bekendtgørelsen om regionsrådet skal eller må udmønte kapacitet. Planlægningsmæssigt og strategisk har det stor betydning for regionerne, om de kan vente med at udmønte kapacitet til det lægedækningsmæssigt er meningsfuldt.

- Løsning: Region Midtjylland foreslår, at bekendtgørelsen konsekvensrettes, således at der står, at regionerne må udmønte kapacitet. Dette betyder konkret, at formuleringen i kapitel 3, stk. 3 rettes fra skal til må.

Patienttal

Det er vigtigt, at sundhedsreformens mission om mere tid til patienter med størst behov og mere tid til nye opgaver i de almenmedicinske tilbud lykkes. Derfor er det vigtigt, at regionerne både kan sætte et nedre og øvre patienttal;

- for at undgå, at nogle klinikker tager for mange patienter ind til at kunne levere den ønskede kvalitet og service
- for at sikre, at nye nul-kapaciteter får tilført et vist patientgrundlag indenfor en rimelig tidsperiode ved at lukke omkringliggende klinikker i en periode
- for at kunne sikre en ligeværdig fordeling af patienterne ved opsplitning af en større klinik.

- Løsning: Region Midtjylland foreslår, at regionerne gives hjemmel til at fastlægge både et nedre og øvre patienttal. Alternativt, at der fastlægges en national øvre lukkegrænse.

Sygdomsvægtede borgere - bopæl vs. tilmeldt klinik

Modellen beregner antal sygdomsvægtede borgere på baggrund af borgernes bopæl fremfor hvor de er tilmeldt. Modellen tager derfor ikke højde for borgernes reelle efterspørgsel efter almen praktiserende læge. Pr. 1. maj 2025 var der eksempelvis 15.200 flere tilmeldte patienter i lægetilbuddene i Aarhus Kommune, end der var borgere. Da modellen indregner borgerens sygdomsvægt i den kommune hvori borgeren er bosat, vil behandlingsbehov og kapacitetsbehov, særligt omkring de største byer, være uoverensstemmende.

- Løsning: Region Midtjylland foreslår, at undtagelsen beskrevet i bekendtgørelsen § 6, stk. 5 udvides til også at kunne gøres gældende ifm en stor uoverensstemmelse mellem borgernes efterspørgsel (hvor de er tilmeldt) og hvor de har bopæl. Alternativt bør modellen tage udgangspunkt i, hvor patienterne har ønsket at være tilmeldt et lægetilbud frem for bopælskommunen.

Supplerende bemærkninger til høringssvar om lovpakke IIA

Nedenfor supplerende høringssvar fra Region Sjælland vedr. bekendtgørelse om national fordeling og styring af lægekapacitet i almen praksis.

Region Sjælland bakker op om Danske Regioners høringssvar til udkastet til bekendtgørelse og ønsker samtidig at supplere med nogle perspektiver, der især vedrører de områder i landet, hvor lægedækningen i dag er mest udfordret – herunder i Region Sjælland.

Regionen tilslutter sig intentionen om, at udmøntningen af lægekapacitet fremadrettet i højere grad skal afspejle sygdomstyngden i befolkningen. Det vil dog kræve en betydelig kapacitetsudvidelse i store dele af Region Sjælland, hvor rekrutteringsudfordringerne allerede i dag er markante. Region Sjælland anerkender forståelsen for regionens udfordringer.

Region Sjællands egne beregninger viser, at de samlede udgifter forbundet med implementeringen af fordelingsmodellen vil overstige de 123 mio. kr., regionen aktuelt er tildelt. Hertil kommer eksempelvis kompensation for afgivelse af patienter, behov for midler til rekruttering og uddannelsestiltag.

Region Sjælland finder det positivt, at implementeringen af fordelingsmodellen er tænkt i et længere tidsperspektiv. Regionen bemærker, at det fastsatte patienttal må forstås som en langsigtet målsætning, der realiseres gradvist og primært ved naturlig afgang. Det er afgørende, at klinikker ikke reducerer i patientantal, før der er etableret tilstrækkelig ny kapacitet til at overtage patienterne, så borgernes adgang til en fast praktiserende læge ikke forringes. Naturlig afgang kan dog forsinke

Dato: 11. juni 2025

Sags ID: EMN-2025-04384

Dokument ID: 12204606

Tværgående funktioner

Alleen 15

4180 Sorø

Tlf.: 70155000

karko@regionsjaelland.dk

E-mail: karko@regionsjaelland.dk

kapacitetsudvidelsen i og med, at det er vanskeligt at få læger til at nedsætte sig, hvis de ikke er garanteret et tilstrækkeligt patientgrundlag.

Afdeling: Praksis
Journal nr.: 25/25421
Dato: 28. maj 2025

Udarbejdet af: Anita Lerche
E-mail: ale@rsyd.dk
Telefon: 2911 2971

Notat

Høringssvar fra Region Syddanmark vedrørende bekendtgørelse om national fordelingsmodel

Regionsrådet i Region Syddanmark finder det positivt, at den nationale fordelingsmodel forsøger at fordele lægekapaciteten, så de borgere, der har mest brug for lægehjælp, har nemmest ved at få den.

Modellens vægtning af borgernes behandlingsbehov stemmer også i store træk overens med regionens billede af patienttyngde og behov for læger.

Regionsrådet er dog yderst bekymret for konsekvenserne af den konkrete geografiske fordeling af lægekapacitet, som modellen resulterer i, samt for de konsekvenser, som rammerne om modellen har for lægedækningen i Region Syddanmark.

Bekymringen vedrører, at den nationale fordelingsmodel for Region Syddanmark betyder:

- At modellen mod hensigten kan medføre øget ulighed i sundhed, gennem dårligere adgang til læger, hvor der er størst behov:

I modellen øges antallet af læger/kapaciteter på Fyn, hvor lægedækningen og rekrutteringsmulighederne er gode, og patienterne er mest raske – og "stjæler" derfor faktiske læger fra Sydvest- og Sønderjylland, hvor der er stor mangel på læger og flest ældre og syge borgere.

Region Syddanmark ønsker på denne baggrund at understrege, at der er behov for, at regionerne kan administrere indenfor modellen og ikke er forpligtede til at udmønte op til det maksimale antal kapaciteter i et sundhedsråds-område.

- At regionen ikke kan anvende reformens økonomiske redskaber til at forbedre lægedækningen dér, hvor der mangler læger – men kun dér, hvor der ikke er rekrutteringsudfordringer. Regionen ønsker derfor en bredere definition af "områder med lægemangel".
- At lægernes mulighed for at lukke ved et lavere patientantal, kan resultere i, at regionen ikke kan overholde rettigheden til lægevalg inden for 15 km fra borgerens bopæl i områder med lav befolkningstæthed.
- At regionen ikke kompenseres økonomisk tilstrækkeligt for kapacitetsopbygningen som følge af modellen.

Uddybning af Region Syddanmarks høringssvar

Modellen øger antallet af lægekapaciteter i de områder af regionen, hvor lægedækningen er bedst

Region Syddanmark har allerede gennem flere år tilstræbt den samme fordeling af lægekapacitet, som modellen fastlægger, med flest læger pr. patient i Sydvest- og Sønderjylland, og færre læger pr. patient i Trekantområdet og på Fyn.

Denne historiske tilgang har resulteret i, at der allerede i dag er et tilstrækkeligt antal lægekapaciteter i Sydvestjylland og Sønderjylland, men der er ikke fysiske læger i områderne til at besætte kapaciteterne. Der er derfor pt. 39 ubesatte lægekapaciteter i Sydvest- og Sønderjylland.

Samtidig er der en let underdimensionering af lægekapaciteter i forhold til patientantal på Fyn. Dette har dog ikke givet lægedækningsudfordringer, da lægerne trods højt patientantal i vid udstrækning har åbent for tilgang af patienter. Sandsynligvis begrundet i, at mange af patienterne ikke er behandlingstunge, samt at der konkret virker læger i kapaciteterne. Derudover er der konkurrence mellem lægerne om patienterne.

Regionen forventer samtidig, at en udmøntning af yderligere kapacitet i Fyn, særligt i Odenseområdet, vil betyde, at de nye praksis ikke kan oparbejde et tilstrækkeligt patientantal til at opretholde en rentabel klinikdrift, da de eksisterende praksis ikke forventes at reducere deres patientantal, ligesom patienterne ikke forventes at skifte læge, blot fordi antallet af læger øges.

Regionen har derfor hidtil kunnet føre en politik med at være tilbageholdende med at udmønte flere kapaciteter på Fyn, for derigennem at forsøge at "presse" læger ud i de øvrige områder.

Den historiske tilgang til lægedækningen giver imidlertid bagslag i forhold til den nye fordelingsmodel, da modellen ikke tager højde for, at de ubesatte kapaciteter især i Sønderjylland og Sydvestjylland i sig selv er en kapacitetsudfordring. Og at udmøntning af yderligere kapacitet på Fyn vil være en hindring for at rekruttere læger til de to sundhedsrådsområder, fordi der aktuelt uddannes flere læger på Fyn, end der er behov for, mens der aktuelt uddannes færre læger, end der er behov for i Sønderjylland og Sydvestjylland. Ved at udmønte mange kapaciteter på Fyn fastholdes lægerne på Fyn, i stedet for at flytte sig den sydvestlige del af regionen, hvor lægerne mangler.

Regionen ønsker på den baggrund at understrege, at der fortsat er behov for at den enkelte region kan administrere inden for modellen, og ikke bliver forpligtet til at udmønte kapaciteter op til modellens maksimum.

Modellen giver ikke regionen økonomiske tilskudsmuligheder til at sikre lægedækningen, hvor behovet er størst.

Region Syddanmark har behov for at få redskaber til at afhjælpe rekrutteringsvanskeligheder fremfor i første omgang at kompensere for reduceret patientantal.

I henhold til lovgrundlaget kan de økonomiske midler, der følger med reformen, anvendes til at styrke lægedækningen i områder, hvor der er lægemangel. Samtidig defineres områder med lægemangel som værende områder, hvor regionen efter fordelingsmodellen kan udmønte flere lægekapaciteter og patientantallet i praksis derfor reduceres.

Regionen er bekymret over, at denne definition på områder med lægemangel, der var udgået i en tidligere version af høringsudkastet, nu er genindført.

For Region Syddanmark betyder det nemlig, at de økonomiske midler reelt kun kan anvendes på Fyn, hvor der ikke er udfordringer med at besætte kapaciteter i almen praksis.

Regionen har større behov for at anvende midlerne til at tilskynde læger til at slå sig ned i Sydvest- og Sønderjylland, hvor der er flest ubesatte lægekapaciteter og dermed størst lægemangel.

Hvis regionen ikke har mulighed for øge kapaciteten i den jyske del af regionen, hvor de ældste og sygeste borgere bor, vil det heller ikke være muligt at gennemføre den forestående opgaveflytning fra sygehusene til praksisområdet, hvilket vil skabe geografisk ulighed.

Sydvestjylland og Sønderjylland er samtidig de områder, hvor modellen fastsætter det laveste patientantal pr. kapacitet på grund af patienternes alder og behandlingsbehov. Havde regionen ikke allerede udmøntet de ekstra, men ubesatte, lægekapaciteter, ville lægerne i disse områder reelt set have haft mulighed for at blive kompenseret økonomisk for lavere patientantal.

Regionens muligheder for at sikre lægedækningen bliver derfor forringet af den hidtidige lægedækningspolitik.

Region Syddanmark ønsker derfor en bredere definition af "områder med lægemangel", der giver regionen større frihed til at anvende de udmøntede midler på en måde, der efter regionens vurdering bedst understøtter lægedækningen.

Til illustration af udfordringen se bilag 1, hvor lægedækningssituationen og modellens effekter sammenlignes mellem Tønder Kommune, der er lægedækningstruet, og hvor der er store rekrutteringsudfordringer, og Odense Kommune, hvor lægedækningen er god, og der ikke er problemer med rekruttering af læger.

Modellen udfordrer regionens mulighed for at sikre lægevalg inden for 15 km

I de mere tyndt befolkede områder i regionen, hovedsageligt i Sydvestjylland, er borgernes mulighed for lægevalg afhængig af, at der er åbent for patienttilgang i helt konkrete praksis. Flere af disse praksis har i dag flere patienter tilknyttet, end fordelingsmodellen tilskriver.

Samtidig betyder modellens fordeling af kapaciteter pr. sundhedsråd, at der ikke kan udmøntes nye/flere kapaciteter i området.

Hvis disse geografisk centrale praksis lukker for tilgang på baggrund af det nye normtal, kan regionen ikke opretholde lægevalg i området eller sikre en læge til ny-tilflyttere.

I lovgrundlaget angives, at regionen i ekstraordinære situationer, herunder ved høj befolkningstilvækst i et lokalområde, kan udmønte flere lægekapaciteter end fastsat. Region Syddanmark ønsker præciseret, at dette også kan ske for at sikre borgerne lægevalg inden for 15 km.

Regionen kompenseres ikke økonomisk for konsekvenserne af modellen

Fordelingsmodellen øger antallet af lægekapaciteter i Sundhedsråd Fyns område, og reducerer antallet af kapaciteter i Sundhedsråd Trekanten, Sydvestjylland og Sønderjylland. Den samlede lægekapaciteten i Region Syddanmark bliver dermed øget med netto 9 kapaciteter.

Den reelle udvidelse af lægekapaciteten vil dog snarere være på de op til 20 lægekapaciteter, der med modellen kan tilføres Sundhedsråd Fyn, da regionen ikke forventer at kunne reducere lægekapaciteten nævneværdigt i de øvrige Sundhedsråds områder og stadig opretholde tilstrækkelig lægedækning.

Dette vil betyde, at regionen som følge af modellen vil få en forventet merudgift til drift af almen praksis. Idet den årlige udgift pr. lægekapacitet er på ca. 2 mio. kr., vil regionen få en merudgift på op til 40 mio. kr. årligt, hvis kapaciteten på Fyn øges tilsvarende modelberegningen.

Regionen kan ikke umiddelbart ud fra den nuværende økonomiske ramme for sundhedsreformen se, at der er afsat midler til kapacitetsudvidelsen.

Besættes de nuværende ledige kapaciteter vil regionens udgift til lægedækning yderligere øges med ca. 2 mio. kr. pr. besat kapacitet. I en ideel situation, hvor samtlige 58 ledige kapaciteter besættes vil det svare til en årlig merudgift på knap 120 mio. kr.

Faktaark: Sammenligning Tønder Kommune (Sundhedsråd Sønderjylland) og Odense Kommune (Sundhedsråd Fyn)

	Tønder Kommune	Odense Kommune
Sygdomstygnde	Høj Væsentligt højere sygdomstygnde end landsgennemsnit (vægt: 1,16)	God/gennemsnitlig Lidt mindre sygdomstygnde end landsgennemsnit (vægt: 0,98)
Antal kapaciteter pr. 1. maj 2025	27	122
Heraf ubesatte kapaciteter	5 (19%)	2 (2%)
Patienter pr. kapacitet	1.391	1.765
Patienter pr. besat kapacitet (faktiske læger)	1.707	1.794
Årsag til høje patienttal	Skyldes ubesatte kapaciteter. Lægerne er under pres med mange ældre og syge patienter.	Skyldes, at lægerne frivilligt har valgt at have åbent for mere end 1.600 patienter. De har indtil 1/7 jf. overenskomst ret til at lukke for tilgang ved 1.600, hvorefter regionen ville være forpligtet til at udmønte flere kapaciteter for at sikre lægevalg.
Vejl. Kapaciteter jf. bekendtgørelse 2025/2026	26/26	129/130
Nye kapaciteter 2025/2026	0/0	7/8
Vejledende lukketal	1.328	1.638
Område med lægemangel iht. modellen: Definition: Et område, hvor der kan udmøntes nye kapaciteter	Nej	Ja
Regionalt udpeget lægedækningstruet område	Ja Området har i mange år været udpeget som lægedækningstruet område pga. mange ubesatte kapaciteter. Lægedækningen opretholdes kun pga. udbudsklinik	Nej Ingen udfordringer med at sikre lægedækningen
Mulighed for tilskud jf. lovforslag	Nej (ikke område med lægemangel)	Ja (Område med lægemangel)
Rekrutteringssituation	Dårlig Ledige kapaciteter. Der uddannes færre speciallæger i almen medicin, end der går på pension pga. ubesatte	God Der er medicinuddannelse i byen. Alle hoveduddannelsesforløb besat. Der uddannes flere

	uddannelsesstillinger. Lægedækningen afhængig af tyske læger, som rekrutteres aktivt, og af lægers flytning fra Fyn og Lillebælt.	speciallæger, end der er behov for i Sundhedsrådsområdet.
Geografi	Kun 36.400 indbyggere, men Danmarks 4. største kommune på geografi. Der er langt mellem praksis uden for Tønder by. Hvis en praksis i visse områder lukker for tilgang, vil der ikke kunne nås en læge inden for 15 km	Koncentreret bykommune med mange praksis inden for 15 km.
Konsekvenser for lægedækningen som følge af forslaget	Høj risiko for lægedækningsproblemer Med et lukketal på 1.382 vil flere klinikker kunne vælge at lukke for tilgang. Flere steder uden for Tønder by vil der ikke kunne sikres læge inden for 15 km, hvis klinikkerne lukker. I Tønder by vil det kunne sikres med udbudsklinik. Rekrutteringssituationen forværres ved at binde læger på Fyn med nye kapaciteter I praksis vil lægerne fortsat have over 1.700 patienter, hvis rekrutteringen ikke forbedres på trods af den høje sygdomstygde. Etablering af regionsklinik eller udbudsklinik til sikring af lægedækningen forudsætter, at der er ledige kapaciteter, som ikke er udmøntet til en praksis, da der ikke må udmøntes nye kapaciteter i Sundhedsrådet til etablering af en klinik	Lav risiko for lægedækningsproblemer Mange klinikker kan vælge at lukke for tilgang ved 1.638 patienter, men der vil kunne sikres lægevalg med nye kapaciteter
Afstand til nærmeste akuthospital	Op mod 50 km (Aabenraa)	Op mod 13 km (OUH)
Antal praktiserende speciallæger i kommunen	4	36

Konsekvenser af national model for fordeling og styring af kapaciteter i Region Syddanmark

DEN NATIONALE FORDELINGSMODEL VENDER FORKERT I REGION SYDDANMARK

I Region Syddanmark har vi måske kapaciteterne, men vi mangler læger...

Den nationale fordelingsmodel betyder for Region Syddanmark:

- At antallet af læger øges dér, hvor lægedækningen og rekrutteringsmulighederne er gode, og patienterne er mest raske – og "stjæler" derfor læger fra de områder, hvor der er stor mangel på læger og flest ældre og syge borgere
- At regionen ikke kan anvende reformens redskaber til at forbedre lægedækningen dér, hvor der mangler læger – men kun dér, hvor der ikke er rekrutteringsudfordringer
- At regionen ikke kompenseres for kapacitetsopbygning

Kort 1: blå farve angiver, hvor hele eller dele af kommunen er udpeget som lægedækningstruet pr. maj 2025



Kort 2: blå farve angiver "område med lægemangel" i henhold til den nationale fordelingsmodel og lovforslag



Strategi for udmøntning af kapaciteter

Region Syddanmark har i mange år haft udbredt lægemangel i Sønderjylland og Sydvestjylland. Store dele af de to sundhedsrådsområder er eller har været udpeget som lægedækningstruede over mange år. De lægedækningstruede områder falder i høj grad sammen med de områder, hvor der er høj sygdomstygde.

Region Syddanmark har haft en lægedækningsstrategi, hvor læger i lægedækningstruede områder, der har ønsket en ekstra kapacitet, som oftest har kunnet få det, hvis det vurderedes, at det kunne fremme lægedækningen og rekrutteringen til området. Lægerne har passet patienter i kapaciteterne, selv om de er ubesatte, og har dermed mange patienter pr. faktisk læge.

Til gengæld har regionen været mere tilbageholdende med at udmønte kapaciteter i fx Odense, hvor sygdomstygden og gennemsnitsalderen er lav, hvor rekrutteringssituationen er god, og hvor lægerne frivilligt har valgt at tage mere end 1.600 pt. Lægerne har jf. overenskomsten ret til at lukke ved 1.600 patienter.

Udbredt mangel på læger i Region Syddanmark

Region Syddanmark har således på papiret relativt mange kapaciteter. Antallet af kapaciteter ligger meget tæt på – og lidt under – det antal, som den nationale model vurderer, at regionen skal have.

Men der mangler læger i 58 af de eksisterende kapaciteter. Modellen anerkender imidlertid ikke ubesatte kapaciteter som lægemangel.

Lægerne mangler primært i Sønderjylland og Sydvestjylland. Det betyder, at der er mange patienter pr. besat kapacitet. I Varde Kommune har hver faktisk læge således 1.817 patienter i gennemsnit, og i Tønder, hvor sygdomstygden er meget høj, har hver læge 1.707 patienter. Måltallet er 1.382 pt.

Den nationale fordelingsmodel

Den nationale model skelner ikke mellem besatte eller ubesatte kapaciteter.

Den nationale fordelingsmodel betyder for Region Syddanmarks vedkommende, at der ikke kan udmøntes nye kapaciteter i Sundhedsrådsområde Sønderjylland, Sydvestjylland og Lillebælt, som alle ligger ganske tæt på det måltal, som modellen fastlægger.

Derimod skal der udmøntes 20 nye kapaciteter på Fyn.

Kapaciteter på Fyn forventes at være attraktive og blive hurtigt besat. Det betyder imidlertid, at lægerne "bindes" på Fyn i stedet for at flytte til de områder af regionen, hvor der er lægemangel.

De lægedækningstruede områder har derimod alle fået meget lave vejledende lukketal. Det betyder, at store dele af de områder risikerer at lukke for tilgang af patienter. Det er samtidig områder, hvor der kan være meget langt til en anden åben praksis.

Lovforslaget om national fordeling og styring af lægekapaciteter mv

Af det lovforslag om det almen medicinske tilbud, der aktuelt er under behandling i Folketing, er der givet hjemmel til at tilgodese områder med lægemangel og mange behandlingskrævende borgere. Formålet er at understøtte og styrke lægedækningen, fastholde eksisterende klinikker og sikre indtægtsgrundlaget for klinikker, der får færre patienter i 2025 og 2026. Der er afsat midler i sundhedsreformen til dette.

I lovforslaget defineres det dog således: ***"Områder med lægemangel, hvor der vil kunne indgås aftaler om et midlertidigt tillæg, omfatter sundhedsråd, som får mulighed for at øge antallet af lægekapaciteter i 2025 og 2026 på baggrund af den nationale fordelingsmodel."***

Da der ikke kan udmøntes kapaciteter i de sundhedsråd, som er præget af lægemangel, betyder denne definition, at Region Syddanmark ikke kan anvende redskaberne i sundhedsreformen til at forbedre lægedækningen i regionen.

Att. Indenrigs- og Sundhedsministeriet: sum@sum.dk
Med kopi til Kellie O'Neill: kso@sum.dk.



Høringssvar vedr. udkast til bekendtgørelse om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud

Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet (SUND), Københavns Universitet takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkastet til bekendtgørelse om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud. SUND har som grundlag for høringssvaret indhentet input fra Institut for Klinisk Medicin og Institut for Folkesundhedsvidenskab.

10. JUNI 2025

FAKULTETSSTAB

BLEGDAMSVEJ 3B
KØBENHAVN N.

Modellen er et ambitiøst forsøg på at styrke lighed og kvalitet i almen praksis, og vi anerkender de gode intentioner og en række fornuftige greb i den foreslåede regulering. Vi vil dog samtidig pege på en række beregningsmæssige, etiske, faglige, implementeringsmæssige og monitoreringsmæssige forhold, som bør adresseres for at sikre, at modellen får de ønskede virkninger – uden utilsigtede konsekvenser.

Overordnede positive elementer i modellen

Det er hensigtsmæssigt, at kapacitetsplanlægningen fremadrettet sker på statsligt niveau med udgangspunkt i en national model og fordeling af lægekapaciteter efter sundhedsråd. Det skaber transparens, forudsigelighed og mulighed for en mere ensartet prioritering på tværs af landet. Det er ligeledes positivt, at fastlæggelsen af kapaciteter ikke indebærer nedlæggelse af eksisterende ydernumre. Det skaber tryghed i den nuværende struktur og mindsker risikoen for forstyrrelser i patienttilknytningen. Det er også relevant og betryggende, at lavere kapacitetsgrænser i et sundhedsråd ikke medfører, at lægeklinikker skal frasige sig eksisterende patienter.

Det fremgår, at modellen i udgangspunktet baserer sig på historisk forbrug, med justering for forskellige befolkningskarakteristika. Denne tilgang

vurderes til at være hensigtsmæssig, idet justeringerne er transparente og bygger på valide data.

SIDE 2 AF 3

Forslag til justeringer

I modellen angives "etnicitet" som en justeringsfaktor, mens der i realiteten henvises til borgere med indvandrerbaggrund (fra MENAPT-landene). Dette bør udtrykkes mere præcist og neutralt i overensstemmelse med officielle demografiske kategorier anvendt af Danmarks Statistik.

Det bemærkes, at det demografiske indeks består af alder, køn, uddannelse, civilstand og herkomst. Civilstand=1, hvis personen er enke/enkemand eller fraskilt, og civilstand=0 ellers. Det bemærkes, at en stor del af danskere i parforhold lever ugift, (også selvom de har børn sammen). Således bør samboende par, som er gået fra hinanden eller hvor partneren er død, indgå i civilstand=1. Derudover bør man overveje, om "enlige" bør have sin egen kategori – specifikt for ældre. (Forskningen peger bl.a. på, at enlige 'ældre' mænd har dårligere sundhed og søger mindre læge).

Et væsentligt aspekt, som modellen ikke tilstrækkeligt adresserer, er betydningen af KBU-læger og læger under videreuddannelse i almen praksis. Disse læger spiller en central rolle i både den daglige drift og i tilknytningen og udviklingen af den samlede kapacitet i almen praksis, men kræver også tid fra den almen praktiserende læge til faglig sparring af KBU-læger og speciallæger i almen medicin under uddannelse.

Almene lægeklinikker spiller en afgørende rolle i uddannelse af næste generation af læger. I praksis ved, at enkelte klinikker af egen drift vælger at modtage medicinstuderende i kortere eller længere forløb. Uden disse klinikker kan medicinuddannelsen ikke gennemføres, og allerede i dag er det svært at skaffe tilstrækkeligt mange klinikpladser. Det bør overvejes om den foreslåede model undergraver incitamenter til at tage imod studerende. Vi forslår, at man i beregningsformlen indarbejder en faktor for, om en given klinik tager imod studerende. På den måde kan klinikker opmuntres til at foresætte med at tage imod studerende.

Modellens potentialer og risici

Sammenfattende rummer modellen betydelige potentialer for at fremme en mere retfærdig og behovsbaseret fordeling af almenmedicinske ressourcer. Det kan føre til forbedret adgang og højere kvalitet for patientgrupper med komplekse behov. Men modellen forudsætter præcise og retvisende opgørelser af sygdomsbyrde og behandlingsbehov. Det vil styrke modellen, hvis almen praksis også skal dele relevante patientdata i form af diagnoser,

så oplysninger om patienternes sygdomsbyrde fra almen praksis i fremtiden kan indgå i disse beregninger fra centralt hold.

SIDE 3 AF 3

Det bemærkes, at det socioøkonomiske indeks består af uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning. Estimatet for arbejdsmarkedstilknytning er baseret på en periode med økonomisk højkonjunktur og lav arbejdsløshed. Hvis der kommer lavere økonomisk vækst, vil det forventes, at arbejdsløsheden stiger. Hvis arbejdsløsheden stiger ulige, for eksempel på tværs af geografi, vil vægtene – alt andet lige – ændres over tid. Det strider med ønsket om en ”stabil fordelingsmodel”.

Modellen foretager en korrigering baseret på middellevetid. Det giver god mening, men på lokalt niveau skal man være opmærksom på, at korrigeringen generaliserer på tværs af kommuner, og dermed klinikker, som kan være ret forskellige (fx Hasseris og Nørresundby). En 75-årig i de to bydele kan have meget forskellige sundhedsbehov. Det bør man tage hensyn til, hvis modellen anvendes til at bestemme hvor mange patienter, der skal tilknyttes hver klinik.

Endelig vil vi foreslå, at modellen og incitamentsstrukturerne evalueres løbende for at sikre, at den fungerer hensigtsmæssigt i forhold til lovens formål om at sikre en mere ligelig, behovsbaseret og bæredygtig fordeling af lægekapacitet i almen praksis. Som vi læser forslaget, er det alene fastlagt, at der skal ske én evaluering (i 2028).

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: Kellie Sue O'Neill (KSO@SUM.DK)
Fra: SUND Fakultetspostkasse (sund@adm.aau.dk)
Titel: Høringssvar - Offentlig høring (F: 11/6): Høring over udkast til bekendtgørelsen om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud
Sendt: 06-06-2025 11:05

[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.

Kære Indenrigs- og Sundhedsministerie

Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet takker for mulighed for at afgive høringssvar til udkast til bekendtgørelsen om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud. Udkastet er behandlet af klinisk institut, der har følgende bemærkninger:

'Det er en god og velbeskrevet bekendtgørelse.

Et enkelt opmærksomhedspunkt er at oplysning om udvalgte somatisk sygdom og udvalg psykisk sygdom indhentes fra Landspatientregisteret. Mange patienter med både somatisk og kronisk sygdom, også svær sygdom følges i almen praksis, uden på noget tidspunkt at være i kontakt med sygehuset. Denne population vil med det nuværende forslag ikke indgå i estimeringen af sygdomsvægtede borgere.

Et alternativ kunne være at inddrage information om patientens ordinerede medicin, for derigennem at estimere sygdomsbyrden'.

Dbh
Jette



Jette Thorsen Gade, adm.d.
Dekansekretariatet
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet

Telefon: (+45) 9940 7907 | mobil (+45) 9356 2009 | E-mail: jtg@adm.aau.dk | Web: www.sundhedsvidenskab.aau.dk
Aalborg Universitet | Selma Lagerlöfs Vej 249 | DK-9260 Gistrup |



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
sum@sum.dk
cc: kso@sum.dk

11. juni 2025

Ældre Sagen
Snorresgade 17-19
2300 København S

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

Høringssvar vedr. udkast til bekendtgørelse om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud

Ældre Sagen takker for muligheden for at afgive høringssvar om ovenstående bekendtgørelse.

Modellen for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud er afgørende i forhold til at understøtte en mere lige adgang i det nære sundhedsvæsen på tværs af landet. Modellen fastsætter fordelingen af alment praktiserende læger og vil også blive brugt som grundlag for at fordele midler til kommunale sundhedsindsatser mellem sundhedsråd, jf. forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen.

Ældre Sagen bakker grundlæggende op om modellen, men ligesom ekspertgruppen anbefaler vi, at der i implementeringen tages højde for lokale forhold. Ifølge afsnit 2.6 i rapport om modellen underestimeres behandlingsbehovet for de mest syge borgere. Fx kan borgere tilknyttet hjemmeplejen og borgere på plejehjem have brug for mere behandling, end modellen viser. Det er vigtigt, at modellen løbende evalueres. Funktionsevne og skrøbelighed bør på sigt indgå i modellen for bedre at estimere behandlingsbehov blandt ældre.

Herudover har vi følgende kommentarer og forslag:

- I modellen opgøres arbejdsmarkedstilknytning på individniveau for personer i alderen 16-67 år i opgørelsesåret, jf. bekendtgørelsens § 5, stk. 2, nr. 2. Efter Ældre Sagens opfattelse burde man principielt opgøre arbejdsmarkedstilknytning for alle over 16 år, da stadig flere arbejder efter folkepensionsalderen. Vi gør i øvrigt opmærksom på, at folkepensionsalderen stiger.
- Arbejdsmarkedstilknytning opgøres på baggrund af "personens dominerende indkomstydelse" ifølge DREAM, jf. bekendtgørelsens § 5, stk. 2, nr. 2. Ældre Sagen foreslår, at det præciseres, hvad der menes med det, herunder om der er tale om den dominerende offentlige overførselsindkomst. Som vi forstår det, vil alle, som har modtaget offentlig overførselsindkomst i løbet af opgørelsesåret, tælle i modellen som midlertidigt eller varigt uden for arbejdsmarkedet – også hvis de har været i beskæftigelse størstedelen af året. Vi undrer os desuden over, at

personer, som modtager seniorpension, er ekskluderet, jf. bilag 1 til rapport om modellen. Det bør forklares nærmere.

- Efter at sygdomsvægten er beregnet i modellen ud fra køn, alder, civilstatus, etnicitet, uddannelsesniveau, arbejdsmarkedstilknytning og udvalgte somatiske og psykiatriske sygdomme, korrigeres sygdomsvægten på baggrund af forskelle i middellevetid, jf. bekendtgørelsens § 5, stk. 5. Korrektionen tager udgangspunkt i antal tabte leveår for personer på 65 år og derover, da det især vurderes at være behandlingsbehovet for borgere i denne aldersgruppe, som kan være forskelligt på tværs af geografi uafhængigt af borgernes karakteristika, jf. afsnit 2.2 i rapport om fordelingsmodellen. Det er middellevetiden for 0-årige, som anvendes i modellen. Ældre Sagen foreslår i stedet at anvende den forventede restlevetid for 65-årige.

Venlig hilsen



Bjarne Hastrup
Adm. direktør