



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

