



Til medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl.

20-05-2025

MOD-2025-00194

ullar@regioner.dk

Dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse den 27. maj 2025

Deltagere: Anders Kühnau, Mads Duedahl, Trine Birk Andersen, Lars Gaardhøj, Bo Libergren, Mette With Hagensen, Mogens Nørgaard, Anders G. Christensen, Randi Mondorf, Camilla Hove Lund, Christoffer Buster Reinhardt, Per Larsen, Martin Jakobsen, Karin Friis Bach, Peter Westermann, Tormod Olsen

Afbud: Leila Lindén

Mødested: Danske Regioner, Dampfærgevej 22, 2100 København Ø

Indholdsfortegnelse

1 (Offentlig) Fordelingsmodel for læger i det almenmedicinske tilbud	4
2 (Fortrolig)	7
3 (Fortrolig)	7
4 (Fortrolig)	7
5 (Offentlig) Generelle orienteringer	8

1 (Offentlig) Fordelingsmodel for læger i det almenmedicinske tilbud

mst@regioner.dk
EMN-2022-01248

Resumé

Bekendtgørelsen om den nationale fordelingsmodel for læger i det almenmedicinske tilbud er i høring med frist 11. juni 2025. Danske Regioner er i udgangspunktet positive overfor modellen, der bl.a. sikrer regionerne mulighed for at differentiere i minimumspatienttallet, en læge skal have tilknyttet.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender, at Danske Regioner overordnet stiller sig positiv overfor modellen,

at bestyrelsen giver formandskabet mandat til at godkende det endelige høringssvar.

Sagsfremstilling

Bekendtgørelsen om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud er i øjeblikket i høring med frist 11. juni. Danske Regioner indsender et høringssvar på vegne af alle regioner, dog sådan at de enkelte regioner må sende egne høringssvar, hvis der skal gøres opmærksom på specifikke lokale hensyn, som ikke er mødt med bekendtgørelsen.

Bekendtgørelsen forholder sig overordnet set til:

- Selve fordelingsmodellen
- Styringsmodellen på sundhedsrådsniveau
- Minimums antal patienter for de enkelte lægekapaciteter

Fordelingsmodellen

Selve den statistiske model, der ligger til grund for opgørelse af lægebehovet, er baseret på en beregning af borgernes sygdomsvægt. Hensigten er en mere ligelig geografisk fordeling af læger og en mere lige arbejdsdeling blandt læger, herunder at de borgere med stor sygdomsvægt alt andet lige vil have behov for mere lægetid.

Borgernes sygdomsvægt er opgjort ud fra en række indikatorer, som har sammenhæng til behovet for lægehjælp. Modellen er beskrevet i bilag til dagsordenspunktet.

Styringsmodel på sundhedsrådsniveau

Bekendtgørelsen fastsætter styringsmodellen for hvor mange kapaciteter, der må udmøntes i de forskellige sundhedsråds geografier. De tal er baseret på fordelingsmodellen.

Regionen skal sikre en hensigtsmæssig fordeling inden for sundhedsrådene. Når sundhedsrådene er etableret, vil det være en opgave for sundhedsrådene. I en række sundhedsråd må der udmøntes ekstra kapaciteter. Men hvis et sundhedsråd har tilstrækkeligt eller flere læger end det fastsatte behov i pågældende år, så vil det ikke være muligt for sundhedsrådet at udmønte nye kapaciteter.

Der er dog i bekendtgørelsen åbnet for, at man i ekstraordinære situationer (eksempelvis ved høj befolkningstilvækst) kan udmønte flere lægekapaciteter, ligesom det i en periode frem til 1. januar 2027 vil være muligt at udmønte ekstra ydernumre på ikke-brofaste øer, hvis regionen vurderer, at lægedækningen ikke er tilstrækkelig.

Man vil fortsat kunne genbesætte eksisterende kapaciteter, så der vil ikke være tale om, at en region aktivt skal sænke sin kapacitet.

Minimums antal patienter for de enkelte klinikker

Med bekendtgørelsen skal regionerne fastsætte det antal patienter, som en læge minimum skal have tilknyttet. Antallet varierer afhængig af borgernes sygdomsvægt. For 80 pct. af klinikkerne vil tallet variere mellem fra 1.150 borgere pr. kapacitet til 2.000 borgere pr. kapacitet, mens nogle få klinikker vil have færre, og nogle få vil have flere borgere pr. kapacitet.

På klinisk niveau har regionerne mulighed for at afvige det beregnede antal patienter, en læge som minimum skal have. Nogle læger har i udgangspunktet flere patienter, hvilket de godt kan fortsætte med.

I de tilfælde, hvor en læge skal have væsentligt flere patienter tilknyttet, skal regionen sikre en god dialog med lægen herom, og udgangspunktet er, at der skal opnås enighed med den pågældende læge. I sidste ende har regionen kompetencen til at fastlægge patienttallet.

Vurdering og input til høringssvaret

Det vurderes, at Danske Regioner overordnet bør stille sig positiv overfor bekendtgørelsen. Danske Regioner har gennem tiderne mange gange forsøgt at forhandle en differentiering af patienttallet igennem med PLO, uden at det er lykkedes.

Modellen vil på sigt bidrage til at sikre flere læger i udkantsområder, ligesom modellen vil understøtte, at lægerne i udkantsområderne kan få bedre tid til at håndtere de mere behandlingskrævende patienter.

Det er vigtigt, at regionerne står sammen om at få lægerne ud i de områder, hvor det traditionelt har været svært at tiltrække læger. Her er bekendtgørelsen et vigtigt skridt, da den sætter et loft over kapaciteter i, for lægerne, attraktive områder.

Der vil være brug for, at modellen følges op af initiativer, der sikrer, at lægerne synes, at det er interessant at rykke til de områder, hvor der er et stort behov for læger. Her kom Danske Regioner i april med et udspil om 25 veje til bedre lægedækning, som både retter sig mod uddannelses- og praksisområdet.

Der er endvidere lagt op til, at honoreringen af de praktiserende læger fremover - i højere grad end nu – skal tage udgangspunkt i patienternes behandlingsbehov. Frem til 2027 kan regionerne yde tilskud til læger, bl.a. hvis de går væsentligt ned i antal patienter, hvis det lykkes at tiltrække flere læger til et område.

Adgang til høringsmateriale

Lovforslaget er sendt på mail til bestyrelsen den 15. maj 2025 og kan genfindes på [høringsportalen](#).

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Der er frist for høringssvar den 11. juni 2025. Der lægges derfor op til, at formandskabet godkender det endelige høringssvar på baggrund af drøftelse i bestyrelsen. Bestyrelsen vil herefter få det endelige høringssvar til orientering på bestyrelsesmødet den 26. juni 2025.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Notat om fordelingsmodel for læger i almenmedicinsk tilbud (1778865 - EMN-2022-01248)

2 (Fortrolig)

3 (Fortrolig)

4 (Fortrolig)

5 (Offentlig) Generelle orienteringer

ullar@regioner.dk
EMN-2025-00323

Resumé

Følgende emner er til orientering:

- Aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien 2020-2030
-

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien for årene 2020 – 2030 er nu offentliggjort. Aftalen følger den første aftale om 10-årsplan fra 2022: <https://regeringen.dk/nyheder/2022/bred-aftale-om-en-10-aarsplan-for-psykiatrien-og-mental-sundhed/>

Den samlede nu offentliggjorte plan indeholder fire overordnede mål med en række indsatser under hvert mål:

1. Flere skal behandles tidligt og tættere på
2. Behandlingskvaliteten skal løftes, og ventetiderne nedbringes
3. Patienterne skal opleve mere sammenhængende forløb
4. Psykiatrien skal være en tryk og attraktiv arbejdsplads.

Ny endelig plan: [Aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien-2025.pdf](#)

Danske Regioner tager positivt imod regeringens samlede 10-årsplan for psykiatrien. Planen rummer mange gode elementer og nye indsatser, som implementeres frem mod 2030. Foruden de nye initiativer i aftalen er der allerede på baggrund af tidligere aftaler under 10-årsplanen sat gang i en række indsatser. Først og fremmest er det positivt, at den samlede psykiatri sikres et varigt årligt løft.

For at kunne indfri målene løftes psykiatrien med 4,6 mia. kr. årligt fra 2030. Med finansloven for 2020 og de tidligere politiske aftaler fra henholdsvis 2022 og 2023 ('Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed' og 'Aftale om en bedre psykiatri') blev der afsat 2 mia. kr. til psykiatrien. Med denne aftale tilføjes yderligere 2,6 mia. kr.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

Bilag Titel:	Notat om fordelingsmodel for læger i almenmedicinsk tilbud
Dagsordens titel	Fordelingsmodel for læger i det almenmedicinske tilbud
Dagsordenspunkt nr	1
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



NOTAT

20-05-2025

EMN-2022-01248

1778865

Morten Maj Stryger

Fordelingsmodel for læger i det almenmedicinske tilbud

Baggrund

Med Sundhedsreformen blev det besluttet at skabe et stærkt sundhedsvæsen, der er tættere på borgerne. Dette inkluderer bl.a. at prioritere ressourcer til de områder, hvor der er størst behov. Som et led i dette har Indenrigs- og Sundhedsministeriet med hjælp fra en ekspertgruppe skabt en national model for fordeling af almenmedicinske tilbud, der tager udgangspunkt i patienternes behandlingsbehov. Denne fordelingsmodel skal anvendes til:

- at differentiere antallet af patienter, der er tilknyttet en læge.
- at definere behovet for antal læger i et område. De områder, som allerede har opfyldt behovet, får et stop for at udlodde nye ydernumre/kapaciteter

Modellen

Modellen måler en statistisk sammenhæng mellem borgernes historiske forbrug i almen praksis og en række baggrundsvariable som borgerens demografiske, helbredsmæssige og socioøkonomiske karakteristika jf. boks 1. På baggrund af disse tal kan man skabe en sygdomsvægt, der angiver, hvor stort et behandlingsbehov en patient vurderes at have ift. en gennemsnitlig borger. Det vil sige, at hvis en person har en sygdomsvægt på 1,2, så vurderes det, at man har et behandlingsbehov 20 pct. over gennemsnittet. I bilaget ses bidragene til sygdomsvægtene fra de enkelte karakteristika. Eksempelvis ses det, at en borger, som er udenfor arbejdsmarkedet, vil blive tillagt en vægt på 0,54 oveni de andre karakteristika.

Når disse beregninger er foretaget, kan man opgøre det gennemsnitlige behandlingsbehov på fx sundhedsrådsniveau.

Fordi modellen tager udgangspunkt i det historiske forbrug i almen praksis, så tager den ikke højde for, at der allerede på nuværende tidspunkt er ulighed i sundhed. Hvis lægemanglen i udkantsområder betyder, at borgere i de områder

ikke får samme behandling, som borgere i ressourcestærke områder, så vil den forskel blive videreført i en model, som fastlægges pba. historisk forbrug. Derfor korrigeres der, efter beregningen af sygdomsvægten, teknisk for middellevetid i sundhedsråd og kommune. Det betyder, at man omfordeler en andel af borgeres behandlingsbehov proportionelt med antallet af tabte leveår, så de sygdomsvægte, der er beregnet i modellen, vil stige i mindre ressourcestærke områder, mens de vil falde i ressourcestærke områder. Som et eksempel vil det betyde, at man nedjusterer behovet for læger nord for Hovedstaden, mens man øger det på Lolland og Falster.

Boks 1

Beskrivelse af de demografiske, socioøkonomiske og helbredsmæssige karakteristika i modellen

Alder og køn

Kvinder indgår med et større behandlingsbehov end mænd, især i den fødedygtige alder. 0-årige indgår med et større behandlingsbehov, men derudover stiger behandlingsbehovet for begge køn i takt med at de bliver ældre.



Somatiske og psykiatriske sygdomme

Personer med mindst to somatiske sygdomme og personer med mindst en psykiatrisk sygdom indgår med et større behandlingsbehov. Behovet stiger med antallet af somatiske sygdomme.



Civilstatus

Enker/enkemænd og fraskilte indgår med et øget behandlingsbehov.



Etnicitet

Indvandre og efterkommere fra MENAPT-lande indgår med et øget behandlingsbehov.



Uddannelse

Personer med grundskole som deres højest fuldførte uddannelse indgår med et højere behandlingsbehov, mens personer med en lang videregående uddannelse eller en ph.d. indgår med et lavere behandlingsbehov. For personer under 30 år tages der udgangspunkt i deres forældres uddannelse.



Arbejdsmarkedstilknytning

Personer udenfor arbejdsmarkedet indgår med et øget behandlingsbehov. Denne gruppe omfatter personer på sygedagpenge, ikke-arbejdsmarkedssparate kontanthjælpsmodetage, fleksjobbere og personer på revalidering/forrevalidering



*Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Vigtige ændringer som følge af bekendtgørelsen

Bekendtgørelsen indeholder nogle elementer, som betyder en ændring i regionernes forvaltning af det almenmedicinske tilbud. For det første skal styringen af antal lægekapaciteter ske i overensstemmelse med den nationale fordelingsmodel. Det vil sige, at modellen fastlægger 1.600¹

¹ De 1.600 er et måltal i den nuværende model, som kan justeres ned i takt med, at der kommer flere læger, og der skal komme flere opgaver i det almenmedicinske tilbud.

sygdomsvægtede borgere pr. læge og indenfor et sundhedsråd bliver det antal loftet over kapaciteter. Det betyder, at hvis et område har tilstrækkeligt med læger til at opfylde kravet om 1.600 sygdomsvægtede patienter pr. læge, så er det ikke muligt at oprette nye kapaciteter i området. Man kan dog altid genbesætte allerede udmøntede kapaciteter. Der er ikke tale om, at områder skal sænke kapaciteten. Der er i bekendtgørelsen åbnet for, at man i ekstraordinære situationer (eksempelvis ved høj befolkningstilvækst) midlertidigt kan udmønte flere lægekapaciteter, ligesom det i en periode frem til 1. januar 2027 vil være muligt at udmønte ekstra ydernumre på ikke-brofaste øer i sundhedsråd, der ellers har lukket for flere kapaciteter, hvis regionen vurderer, at lægedækningen ikke er tilstrækkelig.

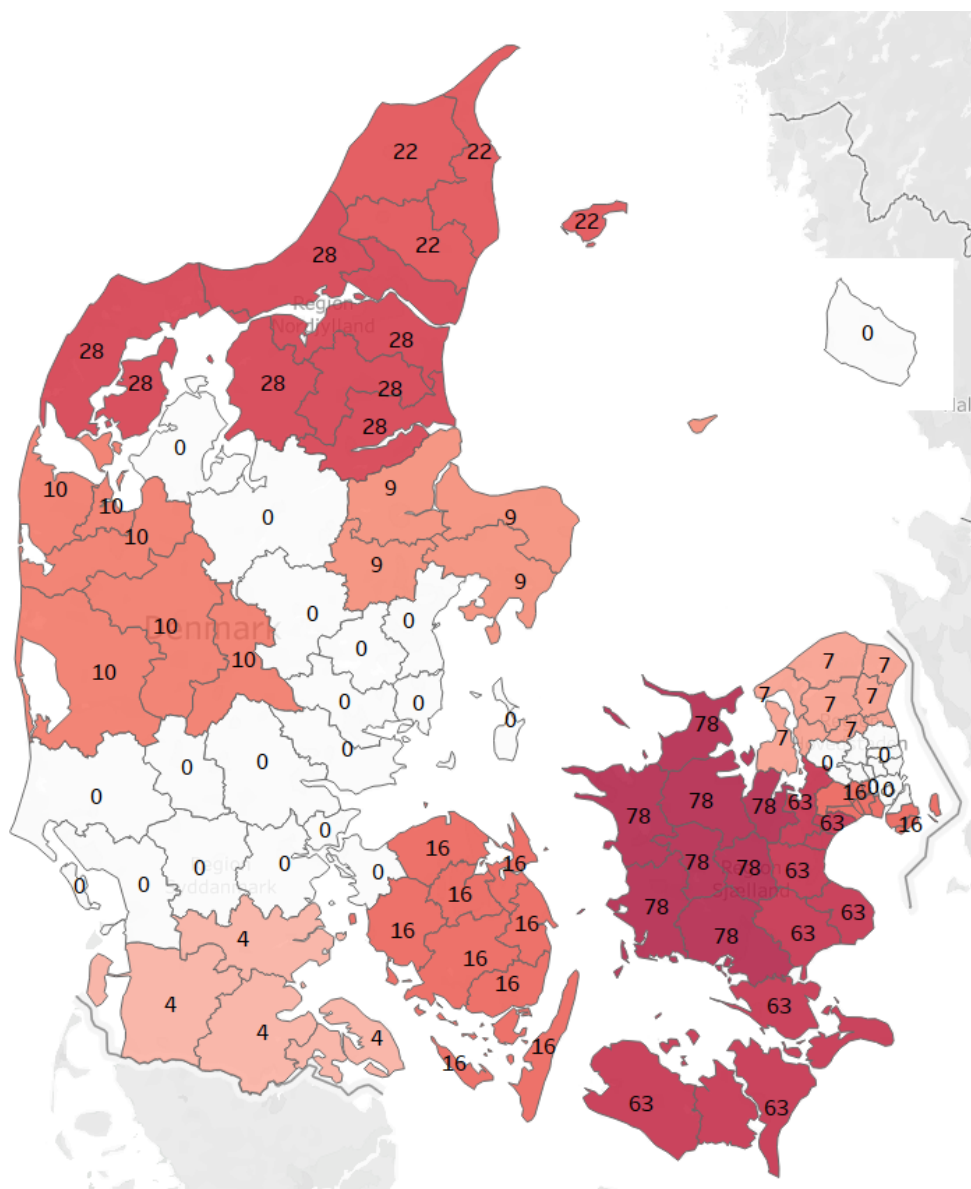
Herudover får regionerne, pba. af den statistiske model, en oversigt over hvor mange patienter et ydernummer skal varetage for at have 1.600 sygdomsvægtede borgere pr. læge. Det betyder, at regionerne kan lave en differentiering i antallet af patienter en læge har, men det er op til regionen at planlægge kapaciteten og placeringen heraf indenfor sundhedsrådenes geografi under hensyntagen til behandlingsbehovet lokalt. Dermed har regionen et grundlag for og en hjemmel til at fastlægge den nye minimumsgrænse for antal patienter en læge skal varetage. I fastlæggelsen af minimumsgrænse skal regionen (i relevant omfang) inddrage andre forhold, som kan påvirke en yders arbejdskapacitet. Nedjusteringen i antal patienter vil for den enkelte klinik ske i takt med, at der er naturlig afgang bl.a. som følge af, at der kommer flere læger.

Fordeling af læger i ny model

Bekendtgørelsen tilsiger, hvor mange læger et sundhedsråd kan have ved udgangen af 2025 og 2026. For 2026 er antallet af borgere fremskrevet, så der er indlagt mulighed for befolkningstilvækst i områderne.

Der er på nuværende tidspunkt en uens registreringspraksis af lægekapaciteter i regionerne, hvorfor der ikke på landsplan findes tal for hvor mange lægekapaciteter, der kan udmøntes i områderne (altså forskellen på det antal læger et sundhedsråd allerede har og det antal læger bekendtgørelsen fastlægger et sundhedsråd må have). Derfor er nedenstående figur vejledende ift. områder, hvor der kan udmøntes nye kapaciteter, og hvor mange kapaciteter der kan udmøntes.

Kort 1: Vejledende lægebehov for 2025 i bekendtgørelse om national fordelingsmodel



**NB.: Tallene angiver hvor mange læge-kapaciteter, der kan udmøntes i det enkelte sundhedsråd og ikke i kommunen (dvs. 63 i alt i Sundhedsråd Østsjælland og Øerne og ikke 63 i hver kommune).*

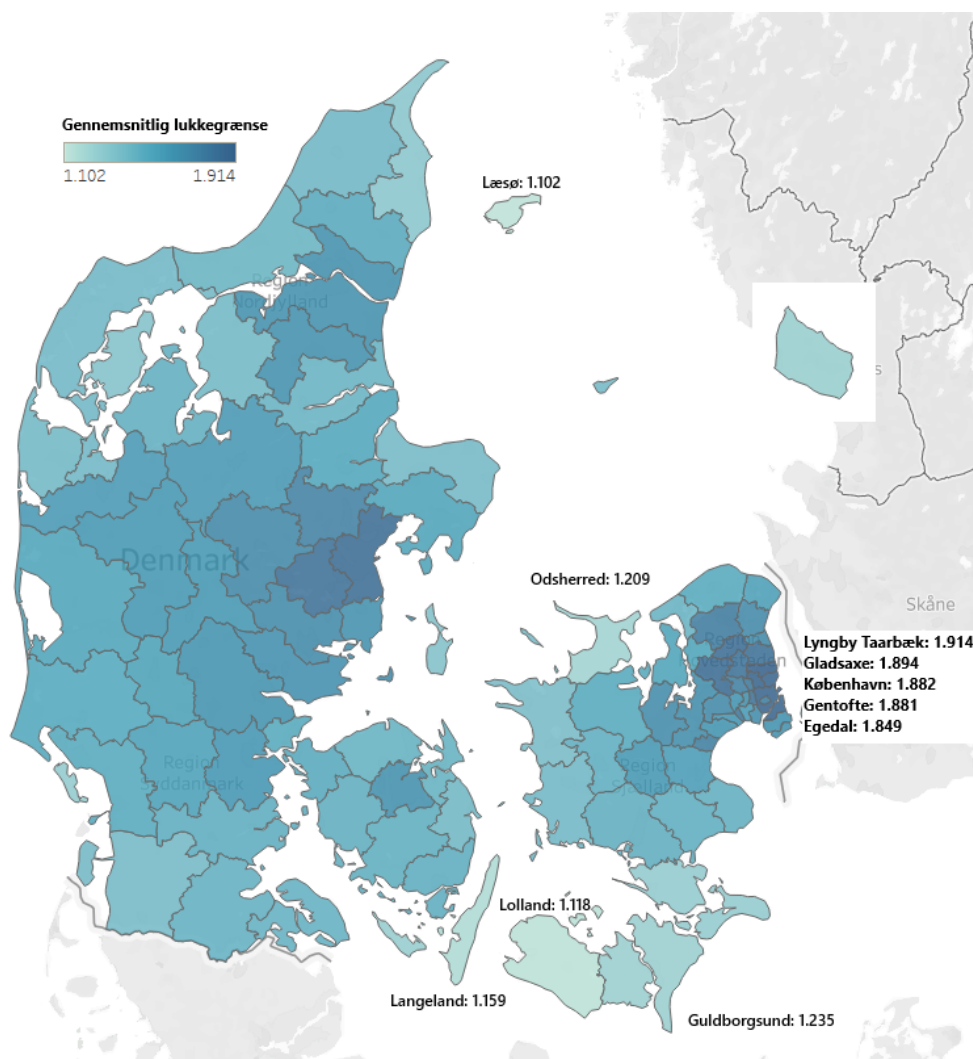
Kilde: Egne beregninger pba. tal fra Bekendtgørelse om fordeling af læger i det almenmedicinske tilbud og eSundhed

Differentierede minimumspatienttal

Modellen beregner de nye minimumspatienttal for hver enkelt klinik. Hvis regionen vælger at tildele hver klinik det minimumstal patienter, som modellen tilsiger, vil man kunne beregne et gennemsnit på kommuneniveau som vist i nedenstående kort, hvor kommuner med de fem laveste og højeste minimumspatienttal er markeret. Der er ikke tale om, at klinikker i pågældende kommuner skal fastlægges ud fra gennemsnittet, men det er et beregnet tal.

Det er værd at bemærke, at der er variation på kommuneniveau, så i Sundhedsråd Vendsyssel vil 80 pct. af klinikker iht. modellen skulle varetage mellem 1.200 og 1.550 patienter. I tabellerne herunder er kommunerne med de 10 laveste og de 10 højeste beregnede gennemsnits-minimumspatienttal oplistet.

Kort 2: Gennemsnitlig minimumspatienttal på kommuneniveau



Kilde: Egne beregninger pba. tal fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Tabel: Gennemsnitlig sygdomsvægt og beregnet gennemsnitlig minimumspatienttal pr. klinik for de 10 kommuner med lavest minimumspatienttal

Kommune	Sundhedsråd	Gns. sygdomsvægt	Gns. minimumspatienttal
Læsø	Vendsyssel	1,45	1.102
Lolland	Østsjælland og øerne	1,43	1.118
Langeland	Fyn	1,38	1.159
Odsherred	Midt- og Vestsjælland	1,32	1.209
Guldborgsund	Østsjælland og øerne	1,3	1.235
Bornholm	Hovedstaden	1,29	1.242
Ærø	Fyn	1,28	1.253
Fanø	Sydvestjylland	1,27	1.258
Vordingborg	Østsjælland og øerne	1,26	1.265
Frederikshavn	Vendsyssel	1,23	1.304

Tabel: Gennemsnitlig sygdomsvægt og beregnet gennemsnitlig minimumspatienttal pr. klinik for de 10 kommuner med højest minimumspatienttal

Kommune	Sundhedsråd	Gns. sygdomsvægt	Gns. minimumspatienttal
Lyngby-Taarbæk	Hovedstaden Nord	0,84	1.914
Gladsaxe	Hovedstaden Nord	0,84	1.894
København	Hovedstaden	0,85	1.882
Gentofte	Hovedstaden Nord	0,85	1.881
Egedal	Hovedstaden Nord	0,87	1.849
Allerød	Nordsjælland	0,87	1.844
Aarhus	Aarhus	0,87	1.844
Skanderborg	Horsens	0,87	1.831
Rudersdal	Hovedstaden Nord	0,87	1.829
Furesø	Hovedstaden Nord	0,88	1.817

Bilag: Basisvægte for køns- og aldersgrupper:

Børn 	Mænd 	Kvinder 
0-årige: 1,28	15-19-årige: 0,31	15-19-årige: 0,65
1-4-årige: 0,59	20-24-årige: 0,36	20-24-årige: 0,88
5-9-årige: 0,30	25-29-årige: 0,41	25-29-årige: 1,05
10-14-årige: 0,34	30-34-årige: 0,44	30-34-årige: 1,07
	35-39-årige: 0,46	35-39-årige: 0,94
	40-44-årige: 0,47	40-44-årige: 0,84
	45-49-årige: 0,52	45-49-årige: 0,84
	50-54-årige: 0,57	50-54-årige: 0,87
	55-59-årige: 0,64	55-59-årige: 0,88
	60-64-årige: 0,72	60-64-årige: 0,90
	65-69-årige: 0,88	65-69-årige: 1,04
	70-74-årige: 1,05	70-74-årige: 1,22
	75-79-årige: 1,19	75-79-årige: 1,36
	80-84-årige: 1,41	80-84-årige: 1,59
	85-89-årige: 1,71	85-89-årige: 1,89
	90+ årige: 2,01	90+ årige: 2,13

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Bilag: Vægtbidrag fra patientkarakteristika

Somatiske og psykiske sygdomme 	Arbejdsmarkeds-tilknytning 	Uddannelse 
To somatiske sygdomme: 0,56 Tre somatiske sygdomme: 0,80 Fire+ somatiske sygdomme: 1,25 Mindst én psykisk sygdom: 0,46	Udenfor arbejdsmarkedet: 0,54	Grundskole: 0,05 Lang videregående uddannelse: -0,11
	Indvandre og efterkommere fra MENAPT-lande 	Forældres uddannelse
	Indvandre: 0,09 Efterkommere: 0,03	Grundskole: 0,01 Lang videregående uddannelse: -0,03
		Civilstand 
		Enke/fraskilt: 0,11

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet