



Høringsnotat for bekendtgørelse om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud

1. Hørte myndigheder og organisationer m.v.

Et udkast til bekendtgørelsen har i perioden fra den 14. maj 2025 til den 11. juni 2025 (21 hverdage) været i høring hos følgende myndigheder og organisationer mv.:

Danske Regioner, KL, Datatilsynet, Dansk Sygeplejeråd, Lægeforeningen, Praktiserende Lægers Organisation, Foreningen af Speciallæger, Yngre Læger, Danske Patienter, Danske Ældreråd, Diabetesforeningen, Gigtforeningen, Hjerterforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Patientforeningen, Patientforeningen i Danmark, Ældresagen, Advokatrådet, Dansk Erhverv, Dansk Industri, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Danske Seniorer, Forbrugerrådet TÆNK, Sekretariat for lægelige videreuddannelse Øst, Sekretariat for den lægelige videreuddannelse Syd, Sekretariat for lægers videreuddannelse Nord, Foreningen af danske lægestuderende, Dansk Sygepleje Selskab (DASYS), Dansk Kiropraktor Forening, Dansk Psykolog Forening, Dansk Psykoterapeutforening, Dansk Pædiatrisk Selskab, Danske Bioanalytikere, Danske Fodterapeuter, Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen, Fagbevægelsens Hovedorganisation, Farmakonomforeningen, FOA, Foreningen af Speciallæger, Jordemoderforeningen, Kost og Ernæringsforbundet, Kristelig Lægeforening, Ledernes Hovedorganisation, Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber, Socialpædagogernes Landsforbund, Alzheimerforeningen, Angstforeningen, Astma-Allergi Forbundet, Bedre Psykiatri, Danmarks Lungeforening, Dansk Handicap Forbund, Danske Handicaporganisationer, Depressionsforeningen, Det Sociale Netværk, Epilepsiforeningen, Hjernesagen, Hjerneskadeforeningen, Høreforeningen, Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (LMS), Psoriasisforeningen, Scleroseforeningen, Sjældne Diagnoser, Sundhed Danmark - Foreningen af danske sundhedsvirksomheder, Vaccinationsforum, Center for hjerneskade, Danmarks Optikerforening, Danmarks Tekniske Universitet, Dansk Arbejdsgiverforening, Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin, Dansk Samfundsmedicinsk Selskab (DASAMS), Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM), Dansk Selskab for Palliativ Medicin, Danske Universiteter, Foreningen af Døgn- og Dagtilbud for udsatte børn og unge, Foreningen af Kommunale Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedschefer i Danmark, Københavns Universitet, Syddansk Universitet, Tolkebureauernes Brancheforening, Aalborg Universitet, Aarhus Universitet, Akademikerne, Landdistrikternes Fællesråd, PLO-H samt Frederiksberg kommune og Københavns kommune, Dansk Selskab for Folkesundhed, Forum for Yngre Almen Medicinere.

Bekendtgørelsen har desuden været offentliggjort på Høringsportalen.

2. Modtagne høringssvar

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i forbindelse med høringen modtaget bemærkninger fra følgende myndigheder og organisationer m.v.:

Praktiserende Lægers Organisation, Danske Regioner, Danske Patienter, Kommunernes Landsforening, Lægeforeningen, Dansk Selskab for Almen Medicin, Deep End Danmark, Ældresagen, Landdistrikternes

Fællesråd, Alzheimerforeningen, Dansk Ældreråd, Kræftens Bekæmpelse, Københavns Universitet, Aalborg Universitet, Region Midtjylland, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Hovedstaden, privatpersonerne Asya Sarikaya, Morten Berring og Marcus Gregersen.

Følgende myndigheder og organisationer m.v. har oplyst, at de ikke har bemærkninger: Dansk Sygepleje Selskab (DASYS), Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM), Danske Fysioterapeuter, Datatilsynet.

Følgende myndigheder og organisationer m.v. har oplyst, at de ikke ønsker at afgive bemærkninger: Dansk Arbejdsgiverforening.

3. Generelt om høringsnotatet

De væsentligste bemærkninger til bekendtgørelsen i de modtagne høringssvar gennemgås nedenfor. Indenrigs- og Sundhedsministeriets bemærkninger til høringssvarene er *kursiveret*.

Bemærkninger, der udtrykker grundlæggende enighed med bekendtgørelsen eller ligger væsentligt uden for bekendtgørelsens rammer og indhold, vil som udgangspunkt ikke blive gennemgået i høringsnotatet.

Konkrete spørgsmål til lovfortolkning og implementering i regionerne vil blive håndteret særskilt i dialog med relevante parter.

4. Høringssvar

4.1. Overordnede bemærkninger

Det bemærkes, at der i høringssvarene generelt er udtrykt opbakning fra en lang række myndigheder og organisationer m.v. heriblandt Danske Patienter, Danske Regioner, Deep end Danmark, Dansk Ældreråd, DSAM, KL, Kræftens bekæmpelse, Lægeforeningen Yngre Læger, Foreningen af Speciallæger og Praktiserende Lægers Organisation, Ældresagen m.fl. til målsætningen med modellen, og at der med modellen tages højde for patienttyngden, som giver mulighed for at prioritere indsatsen for de mest sårbare og syge borgere.

4.2. Den geografiske fordeling af lægekapaciteter

4.2.1. Forpligtende eller mulig kapacitetsudvidelse

Danske Regioner er positive overfor, at bekendtgørelsen fastlægger, at regionerne kan vælge at udmønte kapaciteten, som er fastlagt i 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.

KL bemærker, at der må forventes en vis overgangsperiode, hvor regionerne gradvist skal planlægge udmøntningen af lægekapaciteter efter fordelingsmodellen.

PLO anbefaler, at nye kapaciteter i det almenmedicinske tilbud udmøntes i takt med, at nye speciallæger uddannes for at sikre, at det især kommer områder med de største lægedækningsproblemer til gode.

Region Midtjylland foreslår, at bekendtgørelsen konsekvensrettes, således at der står, at regionerne må udmønte kapacitet.

Region Syddanmark anbefaler, at regionerne ikke bør være forpligtede til at udmønte op til det maksimale antal kapaciteter i et sundhedsrådsområde. Konsekvensen er ellers, at modellen øger antallet af kapaciteter på Fyn, hvor lægedækningen og rekrutteringsmulighederne er gode, og patienterne er mest raske – og ”stjæler” derfor læger fra Sydvest- og Sønderjylland, hvor der er stor mangel på læger.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan bekræfte, at regionerne kan vælge at udmønte kapaciteten, som er fastlagt i bekendtgørelsen, men ikke er forpligtet hertil. Med Aftale om Sundhedsreform er det dog målet, at kapaciteten i det almenmedicinske tilbud øges til mindst 5.000 læger i 2035, hvorfor der er en forventning om, at regionerne ifm. planlægning fastlægger en kapacitetsudvidelse, som også skal gøre det

almenmedicinske tilbud i stand til at varetage flere opgaver fremover. Derudover vil der løbende blive fulgt op på udviklingen i udmøntede og besatte lægekapaciteter som opfølgning på Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen.

4.2.2. Ekstraordinære situationer

Region Midtjylland foreslår, at bestemmelsen om ekstraordinære situationer udvides til også at kunne gøres gældende ved en meget stor forskel i kapacitetsbehov kommunerne i mellem i et sundhedsråd.

Region Syddanmark bemærker, 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, i områder med lav befolkningstæthed.

Region Hovedstaden bemærker, at det bør præciseres, hvilke kriterier der skal være opfyldt for at definere en situation som ekstraordinær. Regionen bemærker, at der bør skabes klarhed over i bekendtgørelsen, at der kan skelnes mellem situationer, der kræver henholdsvis midlertidige og permanente kapacitetstilpasninger, da befolkningstilvækst i København fx vil være en permanent demografisk ændring frem for et midlertidigt forhold.

KL efterspørger en præcisering af de ekstraordinære situationer, hvor regionen kan udmønte ekstra lægekapaciteter ud over dem, som fordelingsmodellen fastsætter. KL pointerer, at høj befolkningstilvækst nævnes, som primært finder sted i de store byer, og spørger, om dette vil medføre en risiko for, at der alligevel sker en tilvækst af lægekapaciteter i ikke lægedækningstruede områder.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Region Midtjylland og Region Syddanmarks forslag og bemærker, at bestemmelsen om ekstraordinære situationer afgrænses i bemærkninger til L 212 Forslag til lov om ændring af sundhedsloven. Ministeriet henviser til, at regionerne jf. gældende overenskomst kan hjemtage kapaciteter/trække kapaciteter tilbage, som har været ledige i et år, og genudmønte disse andetsteds inden for et sundhedsråd. Ministeriet erkender dog også, at regionerne kan have vanskeligt ved at sikre en tilstrækkelig lægedækning i områder med lav befolkningstæthed. Ministeriet indskrifter derfor i bekendtgørelsen, at sundhedsrådene i en overgangsperiode som minimum tildeles én lægekapacitet pr. 35 kvadratkilometer inden for hver kommune i sundhedsrådet. Dette indskrives for at sikre, at regionerne også i overgangsperioden kan sikre, at alle borgere har adgang til to almenmedicinske tilbud inden for 15 km i områder med lav befolkningstæthed. Ministeriet bemærker, at bestemmelsen kun gælder i en overgangsperiode, da den kommende kapacitetsudvidelse i det almenmedicinske tilbud vil sikre, at alle sundhedsråd vil tildeles mere end én lægekapacitet pr. 35 kvadratkilometer.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig KL, Region Syddanmark og Region Hovedstadens ønske om en præcisering af ekstraordinære situationer. Ministeriet henviser til, at bemærkninger til L 212 Forslag til lov om ændring af sundhedsloven fastlægger, at "et regionsråd vil i ekstraordinære situationer kunne afvige fra det fastlagte antal lægekapaciteter og træffe midlertidige foranstaltninger f.eks. ved pludselig høj befolkningsvækst i et lokalområde. Denne fleksibilitet skal understøtte, at regionerne også i særligt opståede situationer kan efterleve deres myndighedsforpligtigelse til at tilvejebringe almenmedicinsk lægehjælp til borgerne."

Indenrigs- og Sundhedsministeriet pointerer vedr. Regions Hovedstadens bemærkning om at befolkningstilvækst kan være et permanent forhold, og KL's bemærkning at befolkningsvækst primært finder sted i de store byer, at bestemmelsen om ekstraordinære situationer kun gælder ved pludselig høj befolkningstilvækst, da modellen allerede tager højde for den forventede, strukturelle befolkningstilvækst inden for et sundhedsråd. Ministeriet bemærker herudover, at modellen opgør befolkningens behandlingsbehov i et år inden for et sundhedsråd ud fra den forventede befolkning i sundhedsrådet ultimo året. Dette giver regionen mulighed for at tage forskud på den befolkningstilvækst, som forventes at komme inden for sundhedsrådet i løbet af året, aht. regionens planlægning.

4.2.3. Yderligere beføjelser

Danske Regioner mener, at det bør overvejes, om regionerne skal have yderligere beføjelser til at tilvejebringe løsninger, hvis der er lægemangel indenfor et sundhedsråd, der efter fordelingsmodellen ikke kan udmønte flere kapaciteter, så regionen kan efterleve fx forpligtelser i lægevalgsbekendtgørelsen.

Region Hovedstaden bemærker, at det bør præciseres, hvorvidt det er muligt at flytte kapaciteter mellem to sundhedsråd, herunder hvilken myndighed, der har kompetencen til at behandle disse ansøgninger, og den generelle administrative håndtering af flytteansøgninger efter 1. juli 2025. Regionen bemærker desuden, at regionen i dag er inddelt i planlægningsområder, og at 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.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet pointerer, at Danske Regioners ønske om yderligere beføjelser er uden for bekendtgørelsens område.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Regions Hovedstadens bemærkning om at flytte kapaciteter på tværs af sundhedsråd og bemærker, at regionen kan flytte kapaciteter på tværs af sundhedsråd, hvis dette foregår inden for bekendtgørelsens rammer. Ministeriet bemærker herudover, at regionen fortsat har kompetencen til at planlægge og kapacitetstyre det almenmedicinske tilbud inden for et sundhedsråd og inden for rammerne fastsat i bekendtgørelsen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet pointerer, at Region Hovedstadens bemærkning om kompetencen til at behandle ansøgninger om flytning er udenfor bekendtgørelsens område.

4.2.4. Ydernumre med få patienter

Danske Regioner bemærker, at 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, hvis deres patienter ikke gør. Denne problematik er også gældende ved Ø-læger.

Region Midtjylland bemærker, at klinikker med færre end 500 patienter ikke indgår i beregningerne, og 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.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at både klinikker med færre end 500 tilmeldte patienter og deres patienter indgår i beregningerne. Ministeriet bemærker herudover, at størstedelen af klinikker med under 500 tilknyttede patienter er nyopstartede klinikker eller klinikker under afvikling, hvorfor de vurderes at skulle indgå i den samlede kapacitet. Ministeriet medtager dog problematikken med Ø-læger, da denne type klinikker permanent har få patienter, og indskriver i bekendtgørelsen, at Ø-læger med færre end 500 patienter ikke indgår i den samlede kapacitet. Ministeriet vurderer, at der er relativt få Ø-læger med færre end 500 patienter.

4.3. Minimumspatienttal

4.3.1. Generelle bemærkninger vedr. minimumspatienttal

Deep end Danmark bemærker, at den aktuelle model for nogle klinikker vil kunne forværre den ulige fordeling, og dermed virke modsat målsætningen, og underminere klinikker, der allerede i dag løfter en endog meget tung behandlingsopgave i Danmark.

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. En eventuel øgning i patientantal bør ske i dialog med de pågældende læger, da det ellers kan resultere i forringet behandling af patienterne. DSAM mener også, at bekendtgørelsen bør fremlægge resultatet af beregningerne på klinikniveau, så både eksisterende og kommende praktiserende læger kender deres fremtidige arbejdsforhold.

Region Sjælland anfører, at 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.

Region Syddanmark bemærker, 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.

PLO anbefaler, at et øget minimumspatienttal på baggrund af modelberegninger altid bør være baseret på dialog og aftale med den enkelte praksis. PLO bemærker ligeledes, at det af bekendtgørelsen ikke fremgår, hvordan et potentielt forhøjet patienttal i en klinik skal håndteres, hvorfor bestemmelserne fra bemærkningerne til lov 212 lov om ændring af sundhedsloven må være gældende.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Deep end Danmarks bemærkning om, at modellen kan underminere klinikker, der allerede løfter en tung behandlingsopgave. Ministeriet henviser til, at modellen vurderer behandlingsbehovet med udgangspunkt i de konkrete patienter, som er tilmeldt den enkelte klinik. Modellen fastlægger derved, at en klinik varetager mere behandlingskrævende patienter, fordi klinikkens faktiske patienter fx er ældre, syge eller står uden for arbejdsmarkedet. Modellen tager ligeledes højde for, at borgere nogle steder i landet er mere behandlingskrævende end andre, selvom de har samme karakteristika. Ministeriet henviser herudover til, at det jf. bemærkninger til L 212 Forslag til lov om ændring af sundhedsloven vil være relevant for regionsrådet at inddrage lokale og kliniks-specifikke forhold i deres fastlæggelse af minimumspatienttallet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig DSAM og PLO's bemærkninger om, at minimumspatienttallet skal fastlægges i dialog med klinikkerne. Ministeriet kan henvise til, at regionsrådets fastlæggelse af minimumspatienttallet jf. bemærkninger til L 212 Forslag til lov om ændring af sundhedsloven vil 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 jf. bemærkningerne til lovgivningen også, at regionsrådet først vil søge at aftale patienttallet frivilligt med klinikken ud fra en fælles forståelse af klinikkens samlede situation og muligheder.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig DSAM's bemærkning om, at bekendtgørelsen bør fremlægge resultatet af beregningerne på klinikniveau. Ministeriet henviser til, at de enkelte klinikker jf. bekendtgørelsen vil modtage beregninger for deres klinik.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Region Sjælland og Region Syddanmarks bemærkning om, at lavere minimumspatienttal kan forringe lægedækningen. Ministeriet har på den baggrund indskrevet i bekendtgørelsens overgangsbestemmelser, at regionerne må foretage en gradvis implementering af de differentierede minimumspatienttal aht. at sikre en tilstrækkelig lægedækning frem mod 2027.

4.3.2. Tidshorisont for fastsættelse af minimumspatienttal

DSAM anbefaler, at bekendtgørelsen beskriver, hvor lang tid der skal gå, fra at lægen får besked om beregningen til, at normtallet ændres. Hvis ydernumre påtvinges et øget normtal, er en rimelig frist så lang, at lægen har mulighed for at opføre, hvilket er mindst 6 måneder.

Lægeforeningen, Yngre Læger, Foreningen af Speciallæger og Praktiserende Lægers Organisation anbefaler at Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation i fællesskab udarbejder en handlingsplan for indførelse af modellen og herunder inddrager timing i forhold til den planlagte indførelse af en ny honorarstruktur i 2027. Dertil hvorvidt modellen skal startes op som et afgrænset pilotforsøg, inden den indføres i hele landet.

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

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. Regionen efterspørger ligeledes en beskrivelse af, hvorvidt og hvordan en lægepraksis kan få lukket for tilgang af patienter, hvis der fx opstår alvorlig sygdom eller sker dødsfald i klinikken.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig DSAM og Region Hovedstadens anbefaling om, at bekendtgørelsen præciserer ikrafttrædelsestidspunktet for minimumspatienttal. Ministeriet har på den baggrund indskrevet i bekendtgørelsen, at et øget minimumspatienttal tidligst kan træde i kraft 30 dage efter, at regionen har informeret klinikken om ændringen. Ministeriet har ligeledes indskrevet, at et øget minimumspatienttal tidligt kan træde i kraft 30 dage efter at regionen har informeret klinikken om de beregninger, som lægges til grund for regionens fastlæggelse af minimumspatienttallet. Ministeriet bemærker herudover, at der i bemærkningerne til L 212 Forslag til lov om ændring af sundhedsloven fastsættes en proces for regionernes fastlæggelse af minimumspatienttallet, som skal sikre, at fastlæggelse af minimumspatienttallet ikke medfører ophør i praksis. Jf. bemærkningerne 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. En sådan løsning vil f.eks. kunne være en forståelse om gradvis tilpasning af patienttallet over tid. I vurderingen af behovet for at pålægge en klinik en højere lukkegrænse, end klinikken ønsker, vil regionsrådet kunne inddrage i hvilken udstrækning, der er andre klinikker i lokalområdet, der ønsker og allerede varetager flere patienter, end det fordelingsmodellen tilsiger. Dette vil dermed kunne reducere behovet for, at andre klinikker i området vil skulle øge patienttallet. 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 jf. bemærkningerne også, at regionsrådet først vil søge at aftale patienttallet frivilligt med klinikken ud fra en fælles forståelse af klinikkens samlede situation og muligheder.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker vedr. Lægeforeningen, Yngre Læger, Foreningen af Speciallæger og Praktiserende Lægers Organisation anbefaling om en gradvis implementering, at regionernes hjemmel til at fastlægge minimumspatienttallet træder i kraft den. 1. juli 2025 jf. Lov om ændring af sundhedsloven af 20. juni 2025 (Lov nr. 718).

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker vedr. PLO's anbefaling om en ubetinget sikring af økonomien, at regionerne jf. Lov om ændring af sundhedsloven af 20. juni 2025 (Lov nr. 718). får hjemmel til at give et midlertidigt tillæg til klinikker, som får mulighed for at varetage et lavere antal patienter i områder med svar lægedækning, og at regionerne med Forårsaftalen fra maj 2024 har modtaget midler til bl.a. at benytte hjemlen om det midlertidige tillæg. Ministeriet bemærker herudover, at det følger af Aftale om sundhedsreform 2024, at en ny honorarstruktur skal træde i kraft den 1. januar 2027, som skal sikre sammenhæng mellem lægernes honorar og borgernes behandlingsbehov. Det fremgår ligeledes af aftalen, at honorarerne skal differentieres, så 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.

4.3.3. Lokale og kliniks specifikke forhold

Deep end Danmark bemærker, at det er særdeles vigtigt, at man i forbindelse med 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.

DSAM bemærker, at der er behov for at estimere en lukkegrænse på klinikniveau for at kunne give mest til de patienter, der har størst behov. DSAM mener, at en række øvrige faktorer såsom lægens alder og lægens andre forpligtelser bør indgå i en dialog om patientantal.

Lægeforeningen, Yngre Læger, Foreningen af Speciallæger og Praktiserende Lægers Organisation foreslår at det bør fremgå af bekendtgørelsen, at enhver planlægning af patienttal, der vil ligge væsentligt over det gældende og over klinikens nuværende patienttal, skal søges aftalt frivilligt med klinikken ud fra fælles forståelse af klinikens samlede situation og muligheder.

Landdistrikternes Fællesråd understreger vigtigheden af, at der i implementeringen af den nationale fordelingsmodel tages højde for lokale forhold og afvigelser.

PLO bemærker, at modellen kun på et overordnet niveau identificerer relevante forskelle i behandlingsbehov, og at det er afgørende, at modelresultaterne ikke anvendes ukritisk på klinikniveau. PLO bemærker, at der er manglende hensyntagen til forskelle i vilkårene i den enkelte praksis fx afstand til nærmeste hospital og antal praktiserende speciallæger, psykologer med videre i nærområdet.

Ældre Sagen anbefaler, at der i implementeringen tages højde for lokale forhold.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Deep end Danmark, DSAM, Landdistrikternes Fællesråd, Region Hovedstadens, PLO og Ældresagens anbefaling om, at regionerne bør tage højde for lokale og kliniks specifikke i fastlæggelsen af patientantallet i den enkelte klinik. Ministeriet henviser til, at det jf. bemærkninger til L 212 Forslag til lov om ændring af sundhedsloven vil være relevant for regionsrådet at inddrage lokale og kliniks specifikke forhold i fastlæggelsen af minimumspatienttallet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Lægeforeningen, Yngre Læger, Foreningen af Speciallæger og Praktiserende Lægers Organisations forslag om, at det bør fremgå, at "enhver planlægning af patienttal, der vil ligge væsentligt over det gældende og over klinikens nuværende patienttal skal søges aftalt frivilligt med klinikken ud fra fælles forståelse af klinikens samlede situation og muligheder." Ministeriet bemærker, at det fremgår af lovbemærkningerne til L 212 Forslag til lov om ændring af sundhedsloven, at det i situationer, hvor der i regionsrådets planlægning vil være lagt op til at fastsætte et minimumspatienttal for en klinik, der vil ligge væsentligt over det gældende og over klinikens nuværende patienttal, forudsættes, at regionsrådet først søger at aftale patienttallet frivilligt med klinikken ud fra en fælles forståelse af klinikens samlede situation og muligheder.

4.3.4. Maksimalt patienttal

Danske Regioner, Region Hovedstaden, Region Midtjylland og PLO forventer, at der i bekendtgørelsen fastsættes et maksimalt antal patienter, som klinikken må varetage.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at overenskomstens bestemmelser om maksimale lukkegrænser fortsat gælder efter bekendtgørelsens ikrafttrædelse.

4.3.5. Klageadgang

DSAM, PLO og Region Hovedstaden efterspørger, at klagemuligheder for klinikkerne i forbindelse med fastlæggelsen af minimumspatienttallet fremgår af bekendtgørelsen.

Region Hovedstaden efterspørger klarhed omkring, hvorvidt regionerne har mulighed for at klage over ministeriets beregning af lægedækningen på klinikniveau.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig DSAM, PLO og Region Hovedstadens efterspørgsel om, at klinikernes klagemuligheder bør fremgå af bekendtgørelsen. Ministeriet bemærker, at det fremgår af lovbemærkningerne til L 212 Forslag til lov om ændring af sundhedsloven, at regionernes fastlæggelse af minimumspatienttallet er en forvaltningsretlig afgørelse. Ministeriet har på baggrund af den efterspurgte præcisering indskrevet i bekendtgørelsen, at regionen skal informere klinikkerne om deres klagemuligheder. Frem til 2027 vil en klinik skulle klage til egen region, mens der fra 2027 vil et nyt praksisklagenævn træde i kraft, hvortil fastlæggelsen af minimumspatienttallet vil kunne påklages.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig herudover Region Hovedstadens efterspørgsel efter klarhed om regionernes mulighed for at klage over ministeriets beregninger. Ministeriet bemærker, at Sundhedsdatastyrelsen jf. bekendtgørelsen udmelder væsentlige fejl til regionerne, hvis fejlene resulterer i,

at regionen må udmønte flere lægekapaciteter inden for et sundhedsråds geografiske område, eller at der estimeres et lavere minimumspatienttal for et ydernummer.

4.3.6. Loft over minimumspatienttallet

PLO bemærker, at variationen i modellens minimumspatienttal er for stort, og anbefaler, at der indføres en grænse eller et loft.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig PLO's bemærkning og henviser til, at beregningerne er vejledende for regionernes fastlæggelse af minimumspatienttallet, og påpeger, at regionerne kan fastlægge en øvre grænse for minimumspatienttallet.

4.3.7. Nye klinikker og opsplitning af klinikker

Asya Sarikaya, Morten Berring og Marcus Gregersen bemærker, at der er risiko for, at der er sket praksisoverdragelse, så ydernummeret er nyt, men praksis har været på samme adresse i hele perioden.

Danske Regioner bemærker, 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.

Region Hovedstaden efterlyser en mere fleksibel måde at hente data på, og bemærker, at tal fra den 1. januar i hvert kalenderår kan være problematisk for klinikker, som oprettes efter d. 1. januar.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Asya Sarikaya, Morten Berring og Marcus Gregersen, Danske Regioners og Region Hovedstadens ønske om at modtage nye beregninger i løbet af året ved oprettelse af nye klinikker og opsplitning af klinikken m.v. Ministeriet bemærker, at tallene ikke vil opdateres i løbet af året, men at det i bekendtgørelsen indskrives, at regionen kan tage udgangspunkt i behandlingsbehovet i området, hvor en klinik er placeret, hvis der ikke er foretaget beregninger for klinikken. Ministeriet indskriver herudover i bekendtgørelsen, at regionen ved opsplitning af klinikker kan foretage skøn på baggrund af beregningerne for den opsplittede klinik.

4.3.8. Fejl

Region Hovedstaden bemærker, at det bør overvejes, om man skal vente med at korrigere fejl til året efter, og spørger hvordan en praksis, der har fået meddelt et forkert patientantal ellers stiller sig.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Region Hovedstadens bemærkning og påpeger, at regionen kan ændre minimumstallet for en klinik, hvis der opdages fejl i beregningerne.

4.3.9. Øvrigt om minimumspatienttal

Asya Sarikaya, Morten Berring og Marcus Gregersen foreslår, at der sættes nogle grænseværdier/intervaller, som tager højde for mindre forskelle ved patient afgang/tilgang.

Region Hovedstaden bemærker, at 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.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Asya Sarikaya, Morten Berring og Marcus Gregersen bemærkning om intervaller og bemærker, at Sundhedsdatastyrelsen afrunder tal på klinikniveau for at sikre stabilitet på tværs af mindre ændringer i beregningerne på klinikniveau.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Region Hovedstadens ønske om en præcisering af, hvornår en klinik igen skal have åbent for tilgangen af patienter, når patienttallet er faldet. Ministeriet henviser til, at regionerne fastsætter minimumspatienttallet i en klinik.

4.4. Den nationale fordelingsmodel

4.4.1. Modellens kompleksitet

Deep end Danmark bemærker at fordelingsmodellen skal "virke i baggrunden" og derfor kan være så kompleks og nuanceret, som det kræves for at opnå et retvisende billede.

DSAM bemærker, at den tekniske model er så kompleks og uigennemsigtig, at de fleste læger og patienter vil have svært ved at forstå den. Der bør 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.

PLO bemærker, at modellens kompleksitet en selvstændig udfordring. PLO argumenterer for, at det vil være vanskeligt for den enkelte praktiserende læge at forstå, hvorfor patienttallet lander på et bestemt niveau, og at der derfor vil være behov for tydelig og nem tilgængelig information. PLO anbefaler herudover, at modellen gøres mere enkel og gennemsigtig.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Deep end Danmarks bemærkning om, at fordelingsmodellen må være så kompleks og nuanceret, som det kræves for at opnå et retvisende billede. Ministeriet bemærker, at både ministeriet og den rådgivende ekspertgruppe, har lagt vægt på, at modellen skal være enkel og transparent, så lægerne kan forstå de beregninger, som foretages for deres klinik. Ministeriet bemærker herudover, at det jf. bemærkningerne til L 212 Forslag til lov om ændring af sundhedsloven vil være relevant for regionsrådet at inddrage lokale og kliniks specifikke forhold i fastlæggelsen af minimumspatienttallet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig DSAM og PLO's bekymring om modellens kompleksitet. Ministeriet bemærker, at klinikkerne jf. bekendtgørelsen vil modtage informationer om beregningerne for deres klinik. Formålet hermed er at skabe gennemsigtighed for den enkelte klinik. Ministeriet bemærker herudover, at der også offentliggøres en endelig rapport om modellen på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside.

4.4.2. Modellens indhold

4.4.2.1 Demografiske karakteristika

Asya Sarikaya, Morten Berring og Marcus Gregersen bemærker, at der ikke redegøres for, hvorfor udelukkende MENAPT lande inkluderes, mens andre lande ikke inkluderes.

DSAM bemærker, at 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". DSAM fraråder brug af køn som sygdomsvægt.

Region Hovedstaden bemærker, at der mangler begrundelse for, hvorfor netop indvandrere fra MENAPT-lande og efterkommere af MENAPT-lande er inkluderet i modellen, mens andre indvandrergupper 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.

KL bemærker, at modellen kun tager udgangspunkt i civilstandene "enke/fraskilt", hvorfor en enlig ældre mand/ungkarl betragtes på lige fod med en gift ældre mand, selvom de ofte vil have flere risikofaktorer. KL spørger, hvad det vil betyde for modellen, hvis man i stedet inkluderede enlig*aldersgrupper.

KL spørger, om betydningen af andre etniske grupper er undersøgt, og om behandlingsbehovet for fx indvandrere og efterkommere fra Litauen, Polen, Rumænien, og Ukraine ligner behandlingsbehovet for personer med dansk oprindelse.

KU bemærker, at der 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.

KU bemærker, 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.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Asya Sarikaya, Morten Berring og Marcus Gregersen, Region Hovedstaden, KL og KU's bemærkninger og spørgsmål om hvorfor der kun tages højde for indvandrere og efterkommere fra MENAPT-lande. Ministeriet har i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen og under rådgivning fra ekspertgruppen undersøgt behandlingsbehovet for en række forskellige kategoriseringer af indvandrere og efterkommere. Resultatet herfra var, at øvrige indvandrere og efterkommere – herunder både fra vestlige lande og øvrige ikke-vestlige lande – havde nogenlunde samme behandlingsbehov som personer med dansk oprindelse, hvis deres øvrige karakteristika var de samme, mens behandlingsbehovet blandt borgere med MENAPT-baggrund i gennemsnit var højere. Ministeriet bemærker herudover, at indvandrere og efterkommere kan have et anderledes behandlingsbehov end en person med dansk oprindelse, hvis de har en anden socioøkonomisk baggrund eller en anden helbredsprofil.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig DSAMS' bemærkning om, at mænd har større sygelighed og kortere levetid end kvinder, selvom kvinder i modellen vægtes tungere. Ministeriet bemærker, at kvinder på nuværende tidspunkt har et større forbrug af almenmedicinske ydelser end mænd – særligt for kvinder i den fødedygtige alder. Ministeriet henviser herudover også til, at modellen løbende opdateres, hvorfor mænds sygdomsvægt vil øges, hvis de modtager flere ydelser i det almenmedicinske tilbud.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker Region Hovedstadens bekymring om, at incitamentet til at etablere eller flytte praksis til områder med en høj andel af borgere med indvandrerbaggrund reduceres, når kun indvandre og efterkommere inkluderes i modellen. Ministeriet påpeger, at inklusion af indvandrere og efterkommere i modellen gør det mere attraktivt at etablere eller flytte praksis til områder med høj andel af indvandrere og efterkommere fra MENAPT-lande. Ministeriet bemærker herudover, at kategoriseringen er udarbejdet i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen og under rådgivning fra en ekspertgruppe. I arbejdet er undersøgt behandlingsbehovet for en række forskellige kategoriseringer af indvandre og efterkommere – herunder kategoriseringen anvendt af Danmarks Statistik. Resultatet herfra var, at øvrige indvandrere og efterkommere – herunder både fra vestlige lande og øvrige ikke-vestlige lande – havde nogenlunde samme behandlingsbehov som personer med dansk oprindelse, hvis deres øvrige karakteristika var de samme. Inklusion af øvrige indvandre og efterkommere ville derved ikke have en væsentlig betydning for modellen, da øvrige indvandre og efterkommere ikke estimeres at have et større behandlingsbehov end en person med dansk oprindelse.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig KU's opfordring til, at indvandre og efterkommere fra MENAPT-lande bør udtrykkes mere neutralt og i overensstemmelse med officielle demografiske kategorier anvendt af Danmarks Statistik. Ministeriet ændrer på baggrund af bemærkningen benævnelsen af kategorien "etnicitet" til "herkomst". Ministeriet bemærker herudover, at kategoriseringen er udarbejdet i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen og under rådgivning fra en ekspertgruppe. I arbejdet er undersøgt behandlingsbehovet for en række forskellige kategoriseringer af indvandre og efterkommere – herunder kategoriseringen anvendt af Danmarks Statistik. Resultatet herfra var, at øvrige indvandrere og efterkommere – herunder både fra vestlige lande og øvrige ikke-vestlige lande – havde nogenlunde samme behandlingsbehov som personer med dansk oprindelse, hvis deres øvrige karakteristika var de samme. Derfor specificeres herkomsten yderligere til MENAPT-lande i den endelige model.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig KL's bemærkning om, at en enlig ældre mand/ungkarl vil betragtes på lige fod som en gift ældre mand, selvom de ofte vil have flere risikofaktorer. Ministeriet noterer sig også KL samt KU's spørgsmål om, hvad det vil betyde for modellen, hvis man inkluderede interaktioner mellem enlige og aldersgrupper, eller kun inkluderede enlig for ældre. Ministeriet bemærker, at ministeriet i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen og under rådgivning fra en ekspertgruppe har

evalueret betydningen af forskellige civilstatusser på tværs af alder. Resultatet herfra var, at det udelukkende var personer, som var enker eller fraskilte, som havde et højere forbrug af ydelser i det almenmedicinske tilbud, og at betydningen af at være enke eller fraskilt var den samme på tværs af alder. Ministeriet bemærker herudover, at en enlig ældre mand/ungkarl og en gift ældre mand ofte vil have forskellige helbredsmæssige og socioøkonomiske karakteristika.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig KU's bemærkning om, at en stor del af danskere i parforhold lever ugift, også selvom de har børn sammen.

4.4.2.2 Socioøkonomiske karakteristika

KU bemærker, at 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".

Region Hovedstaden bemærker, at det vedrørende arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-67 år bør præciseres, om modellen løbende justeres i takt med ændringer i pensionsalderen.

Ældre Sagen bemærker, at opgørelsen for arbejdsmarkedstilknytning er uklar og ønsker en præcisering. Ældresagen anbefaler også, at aldersafgrænsningen for arbejdsmarkedstilknytning bør opgøres for alle over 16 år, da stadig flere arbejder efter folkepensionsalderen, og gør opmærksom på, at folkepensionsalderen stiger. Sidst undrer Ældresagen sig over, at seniorpension er ekskluderet fra opgørelsen over personer, som er midlertidigt eller varigt uden for opgørelsen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig KU's bemærkning om, at estimatet for arbejdsmarkedstilknytning er baseret på en periode med økonomisk højkonjunktur og lav arbejdsløshed. Ministeriet påpeger, at der tages udgangspunkt i arbejdsmarkedstilknytninger, som ikke er særlig konjunkturfølsomme fx ikke-arbejdsmarkedssparate kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister. Ministeriet bemærker herudover, at ministeriet i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen har testet modellens stabilitet på tværs af år og konkluderet, at modellen har en tilstrækkelig stabilitet på tværs af år inden for klinikker og områder.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Region Hovedstaden og Ældresagens bemærkninger om, at folkepensionsalderen stiger, og vil tage højde for dette, i takt med at folkepensionen stiger. Ministeriet bemærker, at der foretages beregninger på baggrund af modellen årligt.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Ældre Sagens pointe om, at opgørelsen for arbejdsmarkedstilknytning bør præciseres og uddyber opgørelsesmetoden i den rapport, som uddyber beregningsmetoderne bag fordelingsmodellen. Ministeriet bemærker, at afgrænsningerne tager udgangspunkt i Sundhedsdatastyrelsens forretningsregler om afgrænsning for arbejdsmarkedstilknytning, som er udarbejdet under inddragelse af STAR, men tager Ældre Sagens bemærkning om seniorpension til efterretning.

4.4.2.3 Helbredsmæssige karakteristika

Alzheimerforeningen pointerer, at Sundhedsstyrelsen anbefaler, at en større del af udredningsforløbene for demens skal håndteres i almen praksis i fremtiden. Alzheimerforeningen pointerer også, at demens er en neurologisk lidelse og ikke en psykisk sygdom. Beregningsgrundlaget bør indeholde en korrekt kategorisering af demens som en neurologisk lidelse.

Asya Sarikaya, Morten Berring og Marcus Gregersen bemærker, at nogle patienter ikke kommer til lægen i "tide" og 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.

DSAM bemærker, at de somatiske og psykiatriske sygdomme er særdeles usikre og kan give uheldige incitament. Den kan underestimere 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. Herudover bemærker DSAM, at brugen af somatiske og psykiatriske sygdomme indfører 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.

Danske Regioner anbefaler ligeledes, at der bør være en opfølgning på modellen i forhold til, om den medfører en øget sygeliggørelse af befolkningen, da dette kan sikre et lavere patienttal.

KL bemærker, at der medtages somatiske sygdomme med forskellige sværhedsgrader og spørger, om man kunne opnå et mere retvisende estimat af borgernes behandlingsbehov, hvis man anvendte en mere findelt gruppering af antal somatiske sygdomme. Alternativt vægte de forskellige sygdomme forskelligt.

KL spørger ligeledes, om man kunne udvide afgrænsningen af psykiatriske sygdomme til også at omfatte personlighedsforstyrrelser (DF60-DF69) samt øvrige psykotiske lidelser udover skizofreni (DF21- DF29).

Kræftens bekæmpelse bemærker, 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 bekæmpelse pointerer herudover, at regeringen med Kræftplan V ønsker, 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,

PLO er bekymret for, om princippet om uafhængighed overholdes, når diagnosekodning indgår i vægtningen. PLO påpeger, at patienter med en kronisk lidelse, som ikke er behandlet på hospitalet inden for de seneste 15 år, fordi de behandles i almen praksis, ikke ses som en mere behandlingskrævende patient. PLO påpeger, at dette giver et meget uhensigtsmæssigt incitament til at henvise patienten.

Region Hovedstaden bemærker, at patienter med én udvalgt somatisk sygdom tildeles vægtning som ingen somatiske sygdomme. Disse patienter kan imidlertid stadig have betydelig sygdomstængde og kræve øget konsultationstid sammenlignet med borgere uden udvalgte somatiske sygdomme. Det foreslås derfor, at patienter med én udvalgt somatisk sygdom tillægges en vis vægtning.

AAU pointerer, at mange patienter med somatisk og kronisk sygdom – herunder også svær somatisk og kronisk sygdom – følges i almen praksis, uden at være i kontakt med sygehuset. Denne population vil ikke indgå i estimeringen af sygdomsvægtede borgere. Alternativt kan man inddrage information om patientens ordinerede medicin.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Alzheimerforeningens pointe om, at Sundhedsstyrelsen anbefaler, at en større del af udredningsforløbene for demens skal håndteres i almen praksis i fremtiden. Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at modellen opdateres løbende, så det estimerede behandlingsbehov tilpasses i takt med, at det almenmedicinske tilbud skal løse flere og nye opgaver.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig også Alzheimerforeningen pointe om, at demens bør kategoriseres som en neurologisk lidelse. Ministeriet bemærker, at demens jf. ICD-10 indgår under kategorien "Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser", og at demens kategoriseres som en psykisk diagnose i det indeks, som ministeriet i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen og i tæt samarbejde med en ekspertgruppe har valgt at tage udgangspunkt i.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Asya Sarikaya, Morten Berring og Marcus Gregersen pointe om, at nogle patienter ikke kommer til lægen i "tide" og at det derfor vil 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. Ministeriet bemærker, at Asya Sarikaya, Morten Berring og Marcus Gregersen anbefaling kan være en udfordring rent datamæssigt at implementere.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig DSAM, PLO og Danske Regioners bekymring om modellens uafhængighed ved brug af diagnosekodning. Ministeriet bemærker, at ministeriet i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen og ekspertgruppen har udvalgt somatiske og psykiatriske diagnoser, som ikke vurderes at være problematiske i forhold til lægernes henvisnings og ordineringsadfærd. Ministeriet bemærker herudover, at diagnosekodning er brugt for at sikre, at modellen estimerer et mere retvisende estimat for behandlingsbehov inden for klinikker.

4.4.2.4 Middellevetid

Deep end Danmark foreslår, at middellevetidskorrigeringen foretages på mindst mulig enhed, såsom sogneniveau, da middellevetidskorrigeringen generaliserer på tværs af klinikker inden for en kommune.

DSAM bemærker, at brugen af middellevetid kan 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.

Ældre Sagen bemærker, at modellen benytter middellevetid for 0-årige i modellen og foreslår i stedet at anvende den forventede restlevetid for 65-årige.

KU bemærker, at man på lokalt niveau skal man være opmærksom på, at middellevetidskorrigeringen generaliserer på tværs af kommuner, og dermed klinikker, som kan være ret forskellige. Det bør man tage hensyn til, hvis modellen anvendes til at bestemme hvor mange patienter, der skal tilknyttes hver klinik.

KL spørger, om det er muligt i højere grad at tage højde for ulighed i sundhed f.eks. med en opgørelse af middellevetiden for hhv. mænd og kvinder i stedet for samlet på tværs af køn.

PLO bemærker, at modellen begrænses af, at levetid ikke beregnes på individniveau.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet tager bekymringerne om brugen af middellevetid på kommuneniveau til efterretning. Ministeriet bemærker, at det er vigtigt, at modellen tager højde for, at borgere på tværs af landet kan have forskellige behov i det almenmedicinske tilbud, selvom de har samme karakteristika. Middellevetiden kan i mange tilfælde ikke opgøres på et mere detaljeret geografisk niveau – eksempelvis sogne – på grund af et utilstrækkeligt antal indbyggere. Ministeriet bemærker dog desuden, at øvrige karakteristika opgøres på individniveau. Sidst bemærker ministeriet, at det jf. bemærkninger til L 212 Forslag til lov om ændring af sundhedsloven vil være relevant for regionsrådet at inddrage lokale og kliniks specifikke forhold i fastlæggelsen af minimumspatienttallet, og at regionerne derved kan tage højde for forskelle i middellevetiden inden for en kommune.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet tager Ældre Sagens pointe om at bruge restlevetid for 65-årige til efterretning og bemærker, at modellen evalueres i 2028.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig KL's pointe om, at opgørelse middellevetiden for hhv. mænd og kvinder. Ministeriet bemærker, at et af principperne, som ministeriet og den rådgivende ekspertgruppe har lagt vægt på er, at modellen skal være enkel og transparent, så lægerne kan forstå de beregninger, som foretages for deres klinik.

4.4.2.5 Alternative karakteristika

Asya Sarikaya, Morten Berring og Marcus Gregersen bemærker, at nogle ydelser både kan håndteres i almen praksis og i speciallægepraksis. Der kan derfor 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.

DSAM bemærker, at en række faktorer af betydning ikke er medregnet, fx udsatte boligområder, manglende adgang til praktiserende speciallæger og afstand til sygehus.

KU bemærker, at modellen ikke adresserer betydningen af KBU-læger og læger under videreuddannelse i almen praksis. Disse læger spiller kræver tid fra den almen praktiserende læge. **KU** bemærker, at 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.

KL spørger, om modellen i tilstrækkelig grad håndterer udfordringer og behandlingsbehov blandt særligt udsatte borgergrupper, som ofte er overrepræsenterede i de større byer. **KL** spørger, om 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.

Ældre Sagen bemærker, at borgere tilknyttet hjemmeplejen og borgere på plejehjem kan 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.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet tager Asya Sarikaya, Morten Berring og Marcus Gregersen, DSAM, KU, KL og Ældre Sagens bemærkninger om øvrige forhold, som kunne være relevante at medtage i modellen, til efterretning. Ministeriet bemærker, at ministeriet har drøftet flere af disse karakteristika med Sundhedsdatastyrelsen og en ekspertgruppe, hvorudfra de drøftede karakteristika ikke er medtaget. Ministeriet har under rådgivning fra ekspertgruppen bl.a. fravalgt variable, hvis de ikke vurderes at have en væsentlig betydning for behandlingsbehovet, betydningen kan være svær at opgøre, eller data har været for usikkert. Ministeriet og den rådgivende ekspertgruppe har herudover lagt vægt på, at modellen skal være enkel og transparent, så lægerne kan forstå de beregninger, som foretages for deres klinik. Ministeriet bemærker herudover, at det jf. bemærkningerne til L 212 Forslag til lov om ændring af sundhedsloven vil være relevant for regionsrådet at inddrage lokale og kliniks-specifikke forhold i fastlæggelsen af minimumspatienttallet.

4.4.3. Modellens brug af historisk data

Asya Sarikaya, Morten Berring og Marcus Gregersen bemærker, at der er større økonomisk incitament til at registrere ydelser hos PLO-klinikker end regions- og udbudsklinikker, hvilket kan skabe bias i resultaterne.

Asya Sarikaya, Morten Berring og Marcus Gregersen bemærker, at der ikke er nævnt hvilke(t) år, som opgørelsen baserer sig på. Såfremt det er over flere år, bør honoraret fra tidligere år fremskrives.

Asya Sarikaya, Morten Berring og Marcus Gregersen bemærker, at antagelsen om, at fordelingen af kontaktydelser for borgere på kronikerhonorar svarer til den gennemsnitlige borger uden kronikerhonorar, kan være forkert, og opfordrer til, at der foretages en sensitivitetsanalyse.

Deep end Danmark bemærker, at der er problemer med brugen af historisk data, da det kan videreføre eksisterende ulighed. Deep end Danmark anbefaler i stedet, at man arbejder med flere modeller, der hver har en relevant vægt.

DSAM bemærker, at man har skåret alle konsultationer over en kam, selvom de varer alt fra 5 til 45 minutter.

KU bemærker, at det er positivt, 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.

KL bemærker, at 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.

PLO bemærker, at modellen begrænses af, at den baserer sig på historisk forbrug i almen praksis og at den ikke tager højde for forskelle i kompleksitet i konsultationer.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Asya Sarikaya, Morten Berring og Marcus Gregersens bemærkning om regions- og udbudsklinikker. Ministeriet estimerer på baggrund af bemærkningen modellen uden regions- og udbudsklinikker. Dette sikrer, at betydningen af befolkningens karakteristika ikke vil være biased af, at PLO-klinikker kan have en anden registreringspraksis en regions- og udbudsklinikker. Ministeriet bemærker, at patienter tilknyttet regions- og udbudsklinikker fortsat vil indgå i opgørelsen over antal sygdomsvægtede borgere, og at regions- og udbudsklinikker fortsat vil indgå i opgørelsen over antal klinikker. Ændringen medfører udelukkende, at registreringsadfærden i regions- og udbudsklinikker ikke påvirker den estimerede betydning af forskellige karakteristika.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Asya Sarikaya, Morten Berring og Marcus Gregersens bemærkning om opgørelsesåret for bruttohonoraret og kan informere om, at der tages udgangspunkt i det seneste opgørelsesår, hvilket præciseres.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Asya Sarikaya, Morten Berring og Marcus Gregersens bemærkning om, at der bør foretages en sensitivitetsanalyse af fordelingen af kontaktydelser for borgere på kronikerhonorar. Ministeriet bemærker, at Sundhedsdatastyrelsen ikke kan observere hvilke ydelser, som gives under kronikerhonoraret, hvorfor antagelsen foretages.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Deep end Danmark, DSAM, KL og PLO's bekymringer om at brugen af historisk data kan videreføre eksisterende uligheder i sundhed og DSAM og PLO's bekymring om, at konsultationer med en forskellig varighed og kompleksitet indgår ens i modellen. Ministeriet bemærker, at det historiske forbrug afspejler de ydelser, som borgerne faktisk modtager hos deres læge i det almenmedicinske tilbud, og at dette særligt afspejler borgernes behandlingsbehov i et land som Danmark, hvor der ikke er egenbetaling, og tilgængeligheden i det almenmedicinske tilbud derved ikke afhænger af borgernes betalingsevne. Ministeriet bemærker ligeledes, at alternativet til at benytte historisk forbrug er at anvende selvrapporteret helbred blandt patienter eller betragte behandlingsbehov som en latent variabel med en antaget sammenhæng i forhold til fx demografiske og socioøkonomiske karakteristika. Begge dele indebærer selvsagt andre væsentlige metodiske udfordringer. På grund af fordelene ved at benytte historisk forbrug som approksimation for borgernes behandlingsbehov, og ulemperne ved alternativet, vurderes historisk forbrug at være det bedste og mest objektive fundament for estimationen af borgernes behandlingsbehov. Ministeriet bemærker herudover, at modellen er udarbejdet i tæt samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen og en ekspertgruppe, som bakker op om modellens brug af historisk forbrug, og at der ligeledes foretages en middelevetidskorrigering for at kompensere for, at brugen af historisk forbrug kan videreføre eksisterende uligheder i det almenmedicinske tilbud.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Deep end Danmarks opfordring til at arbejde med flere modeller. Ministeriet har i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen og under rådgivning fra ekspertgruppen haft dialog om modeller, der ikke estimerer behandlingsbehovet med afsæt i det historiske forbrug af sundhedsydelser hos almen praksis. Det gælder bl.a. modeller, som fastlægger et behandlingsbehov med afsæt i antagelser om betydningen af forskellige personkarakteristika, eksempelvis det såkaldte "Deprivation indeks". I den forbindelse er det blevet vurderet, at en model baseret på historiske forbrug af sundhedsydelser er mere objektiv og transparent end modeller, som fastlægger et behandlingsbehov med afsæt i antagelser om forskellige personkarakteristik, omend ingen modeller er perfekte.

4.4.4. Evaluering

Danske Ældreråd mener det er vigtigt, at modellen løbende evalueres og justeres.

Deep end Danmark anbefaler, at man inden modellens implementering tester 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".

KU foreslår, at modellen og incitamentsstrukturerne evalueres løbende for at sikre, at den fungerer hensigtsmæssigt i forhold til lovens formål.

KL bemærker, at det er vigtigt, at det løbende evalueres, om modellen estimerer patienternes behandlingsbehov hensigtsmæssigt, og om modellen skal justeres ud fra ny viden eller data på området. KL anbefaler ligeledes, at modellen genbesøges og evt. justeres, når den nye honorarstruktur ligger fast.

Kræftens bekæmpelse bemærker, at 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.

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.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Deep end Danmarks bemærkning om at teste modellen inden implementering og bemærker, at ministeriet har haft et udviklingsarbejde i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen og en rådgivende ekspertgruppe.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Dansk Ældreråd, KU, KL, Kræftens bekæmpelse og Landdistrikternes Fællesråds anbefalinger om, modellen bør evalueres løbende. Ministeriet bemærker, at der er aftalt en halvårlig opfølgning på lægedækningen i Forårsaftalen fra maj 2025 mellem regeringen, Danske Regioner og KL, og at der jf. Aftale om Sundhedsreform 2024 skal foretages en større evaluering af den nationale fordelingsmodel i 2028.

Det bemærkes vedr. KL's kommentar om, at modellen bør genbesøges, når en ny honorarstruktur ligger fast, at evalueringen i 2028 ligger umiddelbart efter implementeringen af den nye honorarstruktur i 2027.

4.5. Øvrige bemærkninger

4.5.1. Betydning for Overenskomst om almen praksis

Danske Regioner konstaterer, at bestemmelserne i overenskomsten omkring lægers erhvervede rettigheder eksempelvis ret til delepraksis, tilladelse til ansat læge m.v., 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. Danske Regioner forventer herudover også, at bestemmelser om eksempelvis tilgængelighed fortsat er gældende på trods af ændringer i klinikkernes minimumspatienttal.

DSAM bemærker, at allerede eksisterende tilladelser til delepraksis eller nedsat patientantal ikke bør kunne opsiges.

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

Region Hovedstaden bemærker, at bekendtgørelsen er utydelig om erhvervet rettigheder i henhold til gældende overenskomst som fx nedsat patienttal, delepraksis, tilladelse til ekstra ansat læge og generationsskifte bortfalder når bekendtgørelsen træder i kraft. Region Hovedstaden spørger herudover, om fratagelsen af retten til at praktisere som læge i et almenmedicinsk tilbud i en region/sundhedsråd betyder, at lægen er udelukket fra at praktisere i en anden region/sundhedsråd. Regionen spørger også, om der fortsat vil være mulighed for at inddrage en kapacitet, når den har været ubesat i et år, og at regionen fortsat vil have mulighed for at meddele en praksis tilladelse til selektiv lukning for tilgang,

PLO udtrykker bekymring for allerede erhvervede rettigheder såsom delepraksis og nedsat patienttal. 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.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Danske Regioner, DSAM, Region Midtjylland, Region Hovedstaden og PLO's bemærkninger om overenskomstens gældende bestemmelser. Ministeriet bemærker, at den nuværende overenskomsts bestemmelser om delepraksis, ansatte læger, hjemtagelse af ledige kapaciteter, fratagelse af retten til at praktisere som læge og tilgængelighed fortsat er gældende. Disse bestemmelser er udenfor rammerne af bekendtgørelsen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig ligeledes DSAM, Region Hovedstaden og PLO's bemærkninger om nedsat patienttal. Ministeriet bemærker hertil, at det er regionsrådet, som fremadrettet har kompetence til at fastlægge minimumspatienttallet jf. Lov om ændring af sundhedsloven af 20. juni 2025 (Lov nr. 718). Ministeriet påpeger dog også, at det jf. bemærkningerne til lovgivningen vil være relevant for regionsrådet at inddrage lokale og kliniks specifikke forhold i fastlæggelsen af minimumspatienttallet. Regionerne har derved mulighed for fx at tage højde for samme hensyn i fastsættelsen af minimumspatienttallet, som i dag giver mulighed for et nedsat patienttal jf. overenskomst om almen praksis.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Region Hovedstadens bemærkning om selektiv lukning. Ministeriet bemærker hertil, at regionsrådet fremover har kompetence til at fastlægge minimumspatienttallet jf. Lov om ændring af sundhedsloven af 20. juni 2025 (Lov nr. 718).

4.5.2. Forårsaftalen

Danske Regioner bemærker, at regionerne og regeringen i Forårsaftalen 2025 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.

Region Sjælland bemærker, at udgifterne til implementering er større end de midler, som er givet i Forårsaftalen. Regionen ser udmøntningen af de nye kapaciteter som en langsigtet øvelse.

Region Syddanmark bemærker, at regionen ikke umiddelbart ud fra den nuværende økonomiske ramme for sundhedsreformen kan se, at der er afsat midler til kapacitetsudvidelsen frem mod 2027.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan bekræfte, at midlerne fra Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen, der skal styrke lægedækningen i områder med svag lægedækning, kan benyttes i områder, hvor man jf. bekendtgørelsen ikke må udmønte nye kapaciteter. Ministeriet bemærker også, at hvor midlerne i Forårsaftalen kan benyttes er udenfor rammerne af bekendtgørelsen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker desuden, at der udover midlerne afsat i Forårsaftalen prioriteres 0,5 mia. fra 2027 stigende til 2,4 mia. kr. årligt i 2030 til udvikling af de nære og almenmedicinske tilbud, herunder til målsætningen om mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud i 2035.

4.5.3. Midlertidige tillæg

Region Syddanmark bemærker, at regionen ikke kan anvende reformens økonomiske redskaber til at forbedre lægedækningen dér, hvor der mangler læger. Regionen ønsker en bredere definition af "områder med lægemangel", så regionen kan kompensere læger for lavere patientantal.

Indenrigs- og sundhedsministeriet bemærker, at det kun er hjemlen til midlertidige tillæg, som begrænses til områder, som må udmønte nye lægekapaciteter jf. lovbemærkningerne til L 212 Forslag til lov om ændring af sundhedsloven. Ministeriet henviser til, at regionen med Forårsaftalen fra maj 2024 tildeles 15 mio. kr. samlet i 2025 og 2026, som kan benyttes i hele regionen. Disse midler kan bl.a. gå til rekrutterings- og fastholdelsestiltag samt til eksisterende muligheder for et særligt vederlag til læger, heriblandt til etableringsudgifter og som kompensation til læger som varetager et højt patientantal mm.

Derudover igangsættes uddannelsesinitiativer, heriblandt økonomiske incitamenter til uddannelseslæger, som ligeledes skal tiltrække flere læger på sigt til områderne. Ministeriet præciserer på baggrund af regionens bemærkninger områdefgrænsningen for hjemlen til de midlertidige tillæg i bekendtgørelsen.

Ministeriet bemærker herudover, at Region Syddanmark får mulighed for at benytte det midlertidige tillæg i Sønderjylland, da regionen inden for dette sundhedsråd får mulighed for at udmønte nye kapaciteter. Ændringen er et resultat af, at ministeriet har indskrevet i bekendtgørelsen, at der som minimum tildeles én lægekapacitet pr. 35 kvadratkilometer inden for hver kommune i et sundhedsråd. Dette skal sikre, at regionerne også i en overgangsperiode kan sikre alle borgere adgang til to almenmedicinske tilbud inden for 15 km. Bestemmelsen indføres kun i en overgangsperiode, da den kommende kapacitetsudvidelse i det almenmedicinske tilbud automatisk vil sikre, at alle sundhedsråd tildeles mere end én lægekapacitet pr. 35 kvadratkilometer inden for alle kommuner i sundhedsrådene.

4.5.4. Honorering

Danske Regioner pointerer, at modellen for et differentieret patienttal bør følges op af en model med mere differentieret honorering. Det 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.

PLO bemærker, at det er svært at se differentierede minimumspatienttal udmøntet i praksis, hvis det ikke afspejler sig i honoreringen. PLO anbefaler derfor, at der allerede fra bekendtgørelsens ikrafttræden indføres en garanteret økonomisk kompensation for det sænkede minimumslukketal.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Danske Regioner og PLO's bemærkninger om honorering, og henviser til, at regionerne med Lov om ændring af sundhedsloven af 20. juni 2025 (Lov nr. 718) har fået hjemmel til at give et midlertidigt tillæg til klinikker, som får mulighed for at varetage et lavere antal patienter i områder med svag lægedækning, og at regionerne med Forårsaftalen fra maj 2024 tildeles 85 mio. kr. i 2025 og 163 mio. kr. i 2026 til økonomisk støtte til områder med svag lægedækning. Sidst bemærker ministeriet, at der fra den 1. januar 2027 skal indføres en nye honorarstruktur i det almenmedicinske tilbud, som skal sikre overensstemmelse mellem de differentierede minimumspatienttal og honoreringen i det almenmedicinske tilbud. Jf. Aftale om Sundhedsreform 2024 skal honorarerne differentieres, så 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

4.5.6. Flytning af patienter

Danske Regioner og Region Hovedstaden foreslår, at der kan 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. Det vil ellers vanskeligt for nye læger at få et patientgrundlag.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets bemærker, at Danske Regions forslag om at give regionerne hjemmel til at flytte en andel af en kliniks patienter ligger udenfor rammerne af bekendtgørelsen.

Ministeriet henviser derudover til, at regionsrådets muligheder for at fremme en hensigtsmæssig omfordeling fremgår af lovbemærkningerne til L 212 Forslag til lov om ændring af sundhedsloven. Her beskrives det, at regionsrådet vil kunne understøtte en mere lige fordeling af patienter i et område i fælles forståelse med klinikkerne. Regionsrådet vil f.eks. efter aftale med klinikker med et højere patienttal end minimumsantallet og andre klinikker i området kunne informere patienter om klinikker i området med åbent for tilgang og herunder om nyetablerede klinikker.

4.5.7. Indrapporteringspligt

Danske Regioner bemærker, at 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.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Danske Regioners bemærkning om, at sagsbehandlingstiden pt. overstiger en måned, hvorfor regionen ikke kan overholde indberetningspligten. Ministeriet indskrives på den baggrund, at PLO skal videreformidle de relevante informationer til regionerne inden for en måned i indberetningsvejledningen. Regionerne gives herudover en længere frist til indberetningen.

4.5.8. Overgangsbestemmelser

DSAM anbefaler, at "kan" bør erstattes med "skal" i overgangsbestemmelsen §12, stk. 2, aht., at regionerne i paritet med PLO har udmøntet lægekapaciteter og delepraksis, og at regionerne ikke derefter kan forhindre, at de rent faktisk realiseres.

Region Hovedstaden bemærker, 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 eksisterende kapaciteter, som leveres tilbage til regionen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker vedr. DSAM's anbefaling om overgangsbestemmelsen §12, stk. 2, at bekendtgørelsen ikke fastsætter regler om, hvornår regionerne skal udmønte lægekapaciteter. Overgangsbestemmelsen tillader blot, at regionerne vil kunne fortsætte igangsatte udmøntninger af nye lægekapaciteter. Ministeriet antager, at DSAM's anbefaling også relaterer sig til overgangsbestemmelsen §12, stk. 3, hvorfor det også bemærkes, at bekendtgørelsen heller ikke fastsætter regler for, hvornår en delepraksis har ret til en ekstra lægekapacitet. Dette reguleres fortsat i overenskomsten om almen praksis. Overgangsbestemmelsen i §12, stk. 3, sikrer blot, at regionen kan overholde de gældende regler om delepraksis, jf. gældende overenskomsten om almen praksis indtil udgangen af 2026.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan overfor Region Hovedstaden bekræfte, at regionen fortsat kan omfordele eksisterende lægekapaciteter, som leveres tilbage til regionen, inden for rammerne fastsat i bekendtgørelsen. Ministeriet bemærker herudover også, at regionen kun kan fortsætte en igangsat udmøntning af konkrete nye lægekapaciteter, hvor regionen eller lægen har foretaget investeringer med henblik på at varetage den igangsatte lægekapacitet, frem til den 1. januar 2027.

4.6. Øvrige tekniske bemærkninger

4.6.1. Definition af lægekapaciteter

DSAM og Region Hovedstaden bemærker, at der vedr. definitionen af lægekapaciteter kan stilles tvivl, om bekendtgørelsen fastlægger et kompetenceskifte vedr. tilladelse til delepraksis.

KL spørger, om en lægekapacitet er besat, hvis to læger deler en lægekapacitet, og den ene af lægerne stopper.

Region Hovedstaden bemærker, at det er uklart, om kapaciteten kan varetages af læger fra andre specialer. Region Hovedstaden efterspørger herudover en præcisering af forventningen til det ugentlige timetal for en deltidslæg.

PLO påpeger, at definitionen af en besat lægekapacitet er 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.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig DSAM's bemærkning om, at der kan stilles tvivl om bekendtgørelsen fastlægger et kompetenceskifte vedr. tilladelse til delepraksis. Ministeriet bemærker, at gældende regler om delepraksis i overenskomsten om almen praksis fortsat er gældende og ligger udenfor bekendtgørelsens virke. Ministeriet har dog præciseret definitionen af lægekapaciteter i bekendtgørelsen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan vedr. KL's bemærkning bekræfte, at en delvist besat kapacitet registreringsmæssigt vil opgøres som en besat kapacitet. Ministeriet har præciseret dette i en vejledning.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker til Region Hovedstaden og PLO, at en lægekapacitet kun kan besætte af en læge med speciale i almen medicin.

4.6.2. Sygesikringsgruppe 2

Danske Regioner bemærker, at den fremtidige bekendtgørelse bør tage højde for afskaffelsen af sygesikringsgruppe 2, da det vil betyde en øget gruppe borgere i sikringsgruppe 1.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at modellen løbende opdaterer antallet af borgere i sygesikringsgruppe 1, og derved automatisk ville tage højde for en afskaffelse af sygesikringsgruppe 2. Ministeriet bemærker herudover, at alle kommuner har færre end 1.600 borgere i sygesikringsgruppe 2, hvorfor afgrænsningen ikke har væsentlig betydning.

4.6.3. Bopælskommune vs. praksiskommune

Region Midtjylland bemærker, at modellen bør tage udgangspunkt i, hvor patienterne har ønsket at være tilmeldt et lægetilbud frem for bopælskommunen.

Asya Sarikaya, Morten Berring og Marcus Gregersen foreslår, at modellen i stedet for at lave en opgørelse på kommune niveau, laver en fordelingsmodel, som kan bruges til at estimere det nye patientantal for en allerede etableret praksis.

Region Hovedstaden udtrykker bekymring for, at der ikke tages højde for pendlende patienter i den nationale model. Hvis der ikke tages højde for pendlende patienter, kan det medføre en skævvridning af kapacitetsfordelingen samt det forventede antal patienter i klinikkerne fremover.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Region Midtjylland og Region Hovedstadens bekymring om, at patienter ofte er tilmeldt et almenmedicinsk tilbud i en anden kommune, end hvor de har bopæl. Ministeriet bemærker, at bekendtgørelsen kun oplyser vejledende tal om, hvor mange lægekapaciteter, som bør være inden for en kommune, og at det kun er antallet af lægekapaciteter inden for et sundhedsråd, som er bindende for regionen. Ministeriet bemærker herudover, at omfanget af patienter, som er tilknyttet en klinik udenfor det sundhedsråd, hvor de har bopæl, er begrænset.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Asya Sarikaya, Morten Berring og Marcus Gregersen bemærkning om, at fordelingsmodellen bør estimere tal for en allerede etableret praksis og kan oplyse, at modellen netop estimerer tal på klinikniveau. Ministeriet kan herudover oplyse, at disse tal ikke fremgår af bekendtgørelsen, men udsendes til de enkelte klinikker.

4.6.4. Afrunding af kapacitetsudvidelsen

Danske Regioner pointerer, at en lægekapacitet skal kunne dække 1.600 sygdomsvægtede borgere, men fordi man anvender almindelige afrundingsregler, så gør det sig ikke gældende. Danske Regioner bemærker, at sundhedsråd Hovedstadens lægebehov eksempelvis vil være 449,2 læger, men at 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.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig Danske Regioners bemærkning om afrunding og runder op.