



Indenrigs- og Sundhedsministeriet

sum@sum.dk

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

EMN-2023-00716
1759077

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

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

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

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

National model for fordelingen af lægekapaciteten

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

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

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

Det kompetencemæssige forhold mellem regionsråd og sundhedsråd

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Implementering og overgang til en ny model for kapacitetsstyring

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

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

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

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

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

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

Hjemmel til at yde honoreringsmæssigt tilskud i lægedækningstruede områder

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

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

Begrænsning i antallet af ydernumre én læge kan eje

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

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

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

Flere og nye klinikformer i det almen medicinske tilbud

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

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

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

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

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

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

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

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

Økonomiske konsekvenser

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

Med venlig hilsen



Anders Kühnau
Formand, Danske Regioner



Mads Duedahl
Næstformand, Danske Regioner