

Til:
Indenrigs- og Sundhedsministeriet



Høringssvar

Dato: 11. juni 2025

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

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

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

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

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

Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

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

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

1.1 Modellen kan ikke stå alene på klinikniveau

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

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

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

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

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

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

1.2 Manglende adressering af hensyn til klinikkens forhold

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

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

1.3 For stor variation i patientantallet

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

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

1.4 Manglende maksimalgrænse

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

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

1.5 Udfordring med svag kobling til økonomi frem til 2027

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

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

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

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

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

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

2. Bemærkninger til bekendtgørelsesteksten

2.1 Ufuldkommen definition af en besat lægekapacitet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.4 Manglende § 9:

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