

København, den 11. juni 2025

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Høringssvar vedr. Bekendtgørelse om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud

DSAM takker for muligheden for at afgive høringssvar til "Den nationale fordelingsmodel for læger i det almenmedicinske tilbud".

Overordnede bemærkninger

DSAM ser positivt på en model, hvor normtallet reduceres og ny lægekapacitet udmøntes på baggrund af patienttyngde på kommuneniveau.

En sådan model kan bidrage til at mindske ulighed i sundhed og sikre et stærkt almenmedicinsk tilbud som hovedindgangen til sundhedsvæsenet fremover. Der er aktuelt læger i mange dele af landet, der må arbejde under vanskelige forhold med en population med stort behandlingsbehov og et til tider mangelfuldt omgivende sundhedsvæsen. DSAM bifalder derfor, at disse praksis skal have mulighed for at lukke ved et lavere listetal end de nuværende 1.600.

Bekendtgørelsen skal give mulighed for individualisering.

DSAM er klar over, at der er behov for at estimere en lukkegrænse på klinikniveau for at kunne give mest til de patienter, der har størst behov. Vi mener dog, at modellens sygdomsvægte er alt for mangelfulde og uigennemskuelige til at kunne estimere patientantal på klinikbasis som eneste faktor, hvilket vi redegør nærmere for. Der vil altid være særlige forhold ved populationen, lægen, lægeklinikken eller det omgivende sundhedsvæsen, som modellen ikke tager højde for. For mindre klinikker er det vigtigt at være opmærksom på, at modellens sygdomsvægte bygger på data fra store populationer. Jo mindre klinikken er, desto større er risikoen for, at patientgruppen afviger fra de gennemsnitsmønstre, som modellen forudsætter - fx ved mange akutkontakter, udsatte boligområder, lang afstand til sygehus eller en særlig befolkningssammensætning. Anvendes modellen på klinikniveau uden mulighed for fagligt skøn, kan det føre til skæve og urimelige krav.

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.

Dette gælder, uanset om man ønsker at pålægge en fuldtidskapacitet flere patienter, om der er tale om ophør af tilladelse til delepraksis eller nedsat patientantal, som er givet i henhold til den eksisterende overenskomst om almen praksis.

En eventuel øgning i patientantal bør ske i dialog med de pågældende læger. Almen praksis varetager allerede nu frivilligt over 400.000 patienter ud over den fastsatte minimumsgrænse, hvilket er et vægtigt argument for, at dialog er realistisk. Allerede eksisterende tilladelser til delepraksis eller nedsat patientantal er allerede godkendt af Regionen i samarbejdsudvalget og bør ikke kunne opsiges.

Bekendtgørelsen kan have alvorlige konsekvenser.

Hvis man påtvinger læger øget normtal med denne bekendtgørelse, er DSAM bekymret for fire ting:

1. Forringet behandling af patienterne, fordi læger påtvinges flere patienter uden at have kapaciteten til dette, og der derfor er mindre tid pr. patient.
2. At læger, der påtvinges øget normtal, vælger at ophøre i praksis, hvilket forværrer lægemanglen.
3. Vanskeligheder med at rekruttere læger til forskning og fagligt arbejde.
4. At rekrutteringen af nye speciallæger til almen praksis hæmmes, fordi der skabes væsentlig usikkerhed om fremtidige vilkår.

Faktorer, som DSAM mener bør indgå i en dialog om patientantal.

- Lægerne er plejehjemslæger.
- Lægerne er bostedslæger.
- Læger, der er fyldt 60 år. (Med henblik på at fastholde læger længere tid i praksis, da læger aktuelt typisk sælger deres praksis omkring 61 års alderen).
- Læger, der lige er nynedsatte i almen praksis med henblik på at sikre nye læger en gradvis opstart og dermed bedre rekrutteringen.
- Læger, som har bibeskæftigelse med undervisning/konsulentjob/fagpolitisk arbejde, forskning og andre faglige opgaver.
- Sygdom hos lægen.
- Læger, der praktiserer i lokaler, der ikke er egnede til flere patienter, f.eks. med utilstrækkelig plads til personale (fx ved uopsigelighed/manglende tilgang til egnede lokaler).
- Lægevagtsforpligtelse (hvor denne er obligatorisk, og lægen har lukket ved 1.600 patienter for at have tid til lægevagte).

Nedsat patientantal kan ikke stå alene.

Modellen sikrer ikke i sig selv, at de rigtige patienter får lægens opmærksomhed. Der er brug for yderligere tiltag, fx dataunderstøttet overblik på patient- og klinikniveau samt incitamenter, der understøtter, at lægen giver ekstra tid til de patienter, der har størst behov, fx overblikskonsultation, samtaleterapi og populationsomsorg.

Tekstnære kommentarer

§2, stk. 4

Af denne paragraf fremgår det, at Regionerne giver tilladelse til delepraksis. Hidtil er deletilladelser tildelt i paritet mellem Regioner og PLO ud fra aftalte individuelle hensyn (note 1)ⁱ. Hvis denne bestemmelse indebærer et kompetenceskift, bør overgangsreglerne præciseres. Vi har nævnt en række individuelle hensyn, som man bør tage i betragtning. Eksisterende tilladelser bør bevares. Hvis der er læger, der i forbindelse med denne lovgivning, fratages delepraksis, bør de have mulighed for at klage. Klagemuligheder bør fremgå af bekendtgørelsen.

§5, stk. 2

Vi har følgende bemærkninger til de anvendte sygdomsvægte:

Køn: 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". Eftersom almen praksis i stigende grad forventes at løfte en populationsomsorg med en mere proaktiv tilgang, ligger der i fremtiden et større arbejde i en population med overvægt af mænd. DSAM fraråder brug af køn som sygdomsvægt.

Alder: Der er en god korrelation mellem alder og behov for behandling, dog med forbehold for at nogle områder i landet har en lavere middellevetid end andre. DSAM finder, at alder er en tydelig indikator, som alle læger vil kunne forstå og forholde sig til.

Civilstatus, Etnicitet, Uddannelsesniveau og Arbejdsmarkedstilknytning: Der er en god korrelation mellem alle disse faktorer og behandlingsbehov, hvorfor DSAM mener, at disse indikatorer med fordel kan anvendes til at estimere behandlingsbehov.

Udvalgte somatiske sygdomme og udvalgte psykiatriske sygdomme: Her bruges Landspatientregisteret, RUKS og lægemiddeladministrationsregisteret. Vi finder, at denne indikator er særdeles usikker og kan give uheldige incitamenter. Hvis man bruger den til at beregne sygdomsvægt med tilbagevirkende kraft, underestimeres 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, end deres helbredstilstand tilsiger.

Hvis man bruger den til at beregne sygdomsvægt fremadrettet, indføres 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.

Eksempelvis diagnosen demens. En person med demensdiagnose vægter omtrent en faktor 2 i forhold til en baggrundsperson. Det skaber et uheldigt incitament til at henvise flere til sygehusudredning, også hvor det ikke får nogen behandlingsmæssig konsekvens for patienten.

Et andet eksempel er mistrivsel. I byer med mange studerende er der talrige henvendelser pga mistrivsel. I fremtiden kan der skabes et incitament for, at disse unge diagnosticeres med psykisk sygdom. DSAM fraråder brug af denne sygdomsvægt.

Middellevetiden: Der er en god korrelation mellem middellevetid og behov for behandling. Den kan imidlertid 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. En praksis i fx Gellerup vil således få en højere lukkegrænse, fordi mennesker lever længe i Risskov. Middellevetid er velegnet til at estimere behovet for antal læger på kommuneniveau, men ikke til at beregne lukkegrænse på klinikniveau.

Manglende indikatorer: En række faktorer af betydning er ikke medregnet, fx udsatte boligområder, manglende adgang til praktiserende speciallæger og afstand til sygehus. Desuden har man skåret alle konsultationer over en kam, selvom de varer alt fra 5 til 45 minutter.

§5, stk. 3

Den tekniske model er så kompleks og uigennemsigtig, at de fleste læger og patienter vil have svært ved at forstå den. Det er ikke rimeligt at regulere en faggruppe ud fra beregninger, som de hverken kan gennemskue eller validere. Der bør derfor 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. En tydeliggørelse af, hvordan de enkelte parametre indgår i beregningen, vil samtidig give lægen et konkret redskab til populationsomsorg.

§7 og §7, stk. 2

Af denne paragraf fremgår det, at Regionerne giver tilladelse til nedsat patientantal under hensyntagen til ydernes særlige funktioner. Hidtil er disse tilladelser tildelt i paritet mellem Regioner og PLO ud fra aftalte individuelle hensyn (note 2)ⁱⁱ. Hvis denne bestemmelse indebærer et kompetenceskift, bør overgangsreglerne præciseres. Desuden bør Regionen have et udvidet ansvar for at vurdere den enkelte læges kapacitet. Derfor bør ordlyden ændres til *"Ved fastsættelsen af minimumspatienttallet **skal** regionsrådet derudover i relevant omfang inddrage andre **forhold**"*. Vi har nævnt en række individuelle forhold, der kan tages i betragtning. Hvis der er læger, der i forbindelse med denne lovgivning pålægges højere normtal, bør de have mulighed for at klage. Klagemuligheder bør fremgå af bekendtgørelsen.

§10

Det fremgår detaljeret, hvornår de forskellige data skal beregnes, men ikke hvor lang tid der skal gå, fra at lægen får besked om beregningen, til normtallet ændres. Hvis kapaciteter påtvinges et øget normtal, er det rimeligt at indføre en frist, der er så lang, at lægen/lægerne har mulighed for at ophøre, hvilket er mindst 6 måneder.

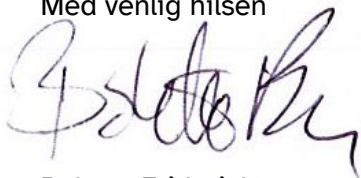
§12, stk. 2

DSAM anbefaler, at "kan" i disse paragraffer erstattes med "skal". Det giver ikke mening, at Regionerne i paritet med PLO har udmøntet lægekapaciteter og delepraksis, og at Regionerne derefter kan forhindre, at de rent faktisk realiseres. Det er jo trods alt beslutninger taget i enighed.

Bilag 1

Tallene er misvisende. Bekendtgørelsen bør fremlægge resultatet af de faktuelle beregninger på kliniskniveau samt gældende overgangsregler, således at både eksisterende og kommende praktiserende læger kender deres fremtidige arbejdsforhold.

Med venlig hilsen



Bolette Friderichsen
Formand for DSAM

i Note 1:

Den nuværende overenskomst §13, stk. 2 (Regler for delepraksis)

Tilladelse til delepraksis meddeles af Samarbejdsudvalget ved behov for aflastning, når:

- den praktiserende læge er kronisk syg eller alvorligt syg
- der er alvorlig sygdom i lægens nære familie
- den praktiserende læge stiller sin arbejdskraft til rådighed for andre faglige funktioner så som undervisning, konsulentarbejde eller fagpolitisk arbejde i minimum ti timer pr. uge.

ii Note 2:

Den nuværende overenskomst §14, stk. 3 (lukkegrænse).

Praksis, der af særlige grunde ønsker et lavere antal tilmeldte patienter pr. lægekapacitet end 1.600, kan søge Samarbejdsudvalget om lukning ved et lavere antal patienter, dog ikke under 538. Ansøgning fra læger, der er fyldt 60 år, yngre nyrekrutterede læger eller læger, som i minimum seks timer om ugen har bibeskæftigelse med undervisning/konsulentjob/fagpolitisk arbejde, bør så vidt muligt imødekommes.