

Eva Togsverd  
Praktiserende læge  
Hostrups Have 40, 2.m.f.  
1954 Frederiksberg C.

20. maj 2013.

## Hørings svar til udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven m.v.

### Generelle bemærkninger

Lovudkastet er udtryk for et helt unødvendigt – og med lovudkastets foreliggende bemærkninger ikke særligt velbegrunderet – overgreb over for den danske praksissektor.

Med lovudkastet vil regeringen **ødelægge et velfungerende system**, angiveligt fordi man ønsker mere kontrol og styring af kvalitet m.m.; men det er overhovedet ikke i lovforslagets bemærkninger godtgjort, at der overhovedet **er** et problem. Tværtimod fremhæver lovudkastet: ”Den praktiserende læge er nemlig det centrale omdrejningspunkt, når det handler om at skabe sammenhæng for patienter..” (p.5) og senere (ligeledes p. 5), ”.. at den praktiserende læges rolle i sundhedsvæsenet (*bør?*) styrkes.” (mit kursiv).

Lovudkastet gør det stik modsatte, nemlig ødelægger et velfungerende system, som har betydet, at udgifterne til speciallæge- og sygehusbehandling har været holdt nede. Og det offentlige har sparet milliarder af kr. med det nuværende taksametersystem, der får læger til at knokle mange patienter i gennem systemet til en meget lav omkostning, jfr. nedenfor.

Lovudkastet **statsliggør** en række forhold, som har været aftalestof mellem regionerne og PLO, således at PLO afskæres fra at forhandle dette stof med regionerne.

For at sikre lægerne samme indflydelse som hidtil, bør der i lovudkastet – såfremt det opretholdes – indføres bestemmelser, der forpligter ministeren til – forud for anvendelsen af de nye beføjelser – at forhandle indholdet af disse med PLO.

Lovudkastet **mangler proportionalitet** mellem de virkemidler, ministeren får i hænde, og de kvalitets- og styringsudfordringer, som angiveligt er baggrunden for lovforslaget. Som ovenfor nævnt har der ikke været sager om manglende kvalitet eller utilfredshed med alment praktiserende læger. Tværtimod viser tilfredshedsundersøgelser, at befolkningen generelt er godt tilfreds med almen praksis.

Hvoraf kommer så behovet for lovindgreb? Er det fordi man ønsker et langt mere detaljeret indblik i lægens fortrolige samtale med patienten? – og er det rimeligt, at læger skal bruge så mange ressourcer på registreringer og administrativt arbejde, at tiden går fra patienten? – og i øvrigt uden at lægen honoreres??

Med lovforslagets bestemmelser om en nulramme **fjerner** man med et snuptag de **incitament**, der skulle få lægen til at yde mere og dermed bidrage til at holde borgerne væk fra de dyrere speciallægepraksis og de endnu dyrere sygehuse. Hvilke industriar-

bejdere ville acceptere at leve med et akkordsystem, hvor belønningen for en ekstra indsats bliver, at akkorden sættes ned?

Nogle regionsrådsmedlemmer har ymtet synspunkter om, at det offentlige kunne opbygge sit eget praksissystem. Jeg kan kun sige, at det bliver dyrt. For så vil medarbejdere i praksis have samme pauser og samme arbejdstempo som i det offentlige, hvilket skete i Sverige da man nationaliserede almen praksis. Udgifterne steg. Så man får altså ikke mere sundhed for pengene; men måske er styring vigtigere end omkostninger?

Endvidere bemærkes, at de **produktivitetsstigninger**, som man i sygehusregi har brystet sig af, modsvares af en markant øget arbejdsbelastning i almen praksis. Imidlertid har praksis ikke samme mulighed for at "sende regningen videre", ligesom vi ikke har organisation og processer, der kan rationaliseres på samme måde som på et hospital. Derfor bør der tillades en omsætningsstigning i praksis, der mindst svarer til de udlagte opgaver.

I øvrigt er lovudkastets bemærkninger tendentiøse, når man (p. 6, 7. afsnit) taler om "de mange offentlige midler, der bruges på honorarer til almen praksis" og (p. 7, 2. linje) "de betydelige offentlige midler..". Det kan godt være, at almen praksis koster 8 mia. kr. om året, men uden vores indsats ville udgifterne til speciallæger og sygehuse være langt højere end de godt 100 mia. kr., de i dag udgør.

Det er også påfaldende, at der (p. 6, 3. afsnit, 3. linje) tales om, at de privatpraktiserende lægers rolle "giver fordele, men også udfordringer", hvorefter der kun tales om udfordringerne. Hvor blev fordelene af?

I beskrivelsen af lovudkastets økonomiske konsekvenser anføres alene konsekvenserne af de ændrede patientklageregler, medens konsekvenserne for de alment praktiserende læger er uomtalte. Dette må bero på en fejltagelse. For praksiserhvervet vil lovudkastet betyde færre indtægter samt stærkt forøgede udgifter til registreringer og indberetningsaktiviteter, som vi i givet fald skal betale vore systemudbydere for at gennemføre. Hertil kommer et – frygter jeg – stort administrativt bøv. l.

**Afsluttende:** Der har været talt meget om, at man ønsker flere læger i udkantsdanmark, hvilket man efter min mening kunne fremme med øget betaling, f.eks. som i Nordnorge. Man overser åbenbart, at manglen på læger i udkantsdanmark hænger sammen med en generel mangel på praktiserende læger, som også af sundhedsprofessorer (som bl.a. Kjeld Møller Pedersen, SDU) har været fremhævet som sektorens største udfordring. I dag er 15 % af alment praktiserende læger over 65 år og ganske mange over 60 år. Hvis vi nu – i lyset af den dårlige behandling, samfundet giver os – vælger at holde op – vil det problem, man angiver at ville løse, blive dobbelt så umuligt at løse som i dag (idet jeg går ud fra, at man stadig vil prioritere, at borgerne behandles af speciallæger i almen medicin!).

Jeg appellerer derfor til, at lovudkastet tages af bordet, og at man tillader, at Danske Regioner kan indlede reelle forhandlinger sammen med PLO – og med en økonomisk ramme, der reflekterer den nytte, vi yder for det samlede sundhedsvæsen.

## **Bemærkninger til lovudkastets enkelte bestemmelser**

§1, pkt. 4 og pkt. 12 (§ 231 c): Disse bestemmelser giver sundhedsministeren en helt usædvanligt vidtgående bemyndigelse til at detail-regulere ved at kunne pålægge lægerne hvad som helst, og uden at der bliver honoreret for det.

§1, pkt. 5 og pkt. 12 (§ 231 e): Disse bestemmelser giver ministeren en ubegrænset adgang til at kunne stille krav om registreringer og indberetninger fra praksis, som vil have helt uoverskuelige konsekvenser, økonomisk og administrativt, ligesom læge-patientforholdet bringes i fare.

§1, pkt. 6 og 10: Praksisplanlægning bør som hidtil ske i et ligeværdigt samarbejde mellem regioner, kommuner og PLO.