

Til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Primær Sundhed

Praktiserende læge, MPM

Camilla Høegh-Guldberg

Lægehuset Remisen

Jernbanevej 16

4720 Præstø

13.august 2014

**Høringssvar vedr. Udkast til bekendtgørelse om kodning og datafangst i almen praksis, indberetning af data til regioner og offentliggørelse af oplysninger om lægen eller klinikken (sagsnr. 1403718).**

### **Overordnede betragtninger**

Hvor detaljeringsgraden i udkast til bekendtgørelse om lægevalg på visse punkter overvældende - og i stor grad sætter spørgsmålstegn ved relevansen af fremtidige forhandlinger af en kontrakt mellem Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) - fremstår ovennævnte bekendtgørelse meget summarisk.

Hovedindholdet er, at sundhedsministeren - iht. til den med lægeloven vedr almen praksis tilføjede § 273a - har valgt at bruge sin bemyndigelse til at fastsætte bestemmelsen om staf af bøde for overtrædelse af lovens paragraffer om diagnosekodning og brug af datafangst.

Indførelse af en strafferamme for overtrædelse af specifikke lovparagraffer forudsætter, at der udover at være klarhed over patientens retsstilling i lige så høj grad er det om lægens. Da loven vedr. almen praksis og de nu efterfølgende udkast til bekendtgørelser grundlæggende har ændret betingelserne for almen praksis findes det uhensigtsmæssigt, at der ikke er fuld klarhed over såvel forpligtelser som rettigheder for lægen, der nu er den strafbare part. Med sin nuværende formulering levner udkastet til bekendtgørelsen mange ubesvarede spørgsmål og tilsidesætter således grundlæggende principper i dansk retspleje.

## **Indvendinger mod bekendtgørelsens konkrete indhold og formuleringer**

### **§1 og 2 vedr kodning og datafangst**

Det forudsættes i bekendtgørelsen at videregivelse af diagnoser og indtastede oplysninger ved kontroller af de 8 nævnte sygdomme er lovlig uden patientens informerede samtykke – ikke blot ved videresendelse til et dataregister, men også til Danske Regioner.

Det fremgår ikke af bekendtgørelsen hvorledes lægen skal forholde sig såfremt patienten aktivt nægter samtykke til videregivelse.

Det fremgår ikke, hvorvidt det er strafbart for lægen at respektere patientens beslutning eller det i.h.t. anden lovgivning vil være strafbart at videregive oplysningerne imod patientens ønske. Respekt for patientens autonomi og medbestemmelse er en integreret del af den lægelige hverdag og tilsidesættelse af den vil sætte lægen i et etisk dilemma.

Kodning og datafangst er oprindeligt udviklet og indført som internt arbejdsredskab for de praktiserende læger til journaloverblik og kvalitetssikring af behandlingen. At det nu under straffeansvar skal bruges i anden sammenhæng til kontrol af honorarer er u hensigtsmæssigt. Det fremgår af formuleringen på §7 (overtrædelse af §2 stk 2 er ikke strafbart) at straf pålægges på honorarkontrol delen, men ikke på kvalitetssikringsdelen, hvilket ud fra den daværende sundhedsministers udtalelser er i strid med hensigten med loven og med regeringens sundhedsudspil.

### **§3 Indberetning af data til regionerne**

Det fremgår af bemærkninger til loven vedr. almen praksis at regionerne aktuelt modtager kvartalsvise aggregerede rapporter fra DAMD databasen (afsnit 3.4.1) og at det på baggrund af de data regionerne modtager ikke vil være muligt at kontrollere om ydelser til en konkret identificerbar patient er afregnet korrekt. Derimod vil oplysninger godt kunne anvendes til at kontrollere afregninger foretaget af en specifik lægepraksis på et aggregeret niveau (afsnit 3.4.1).

Idet manglende indberetning til DAMD (bekendtgørelsens § 2 stk 2 og § 7) ikke er strafbart, mens det under strafansvar er krævet at den enkelte lægepraksis stiller data tilvejebragt ved kodning og datafangst) elektronisk til rådighed (§3) rejser det spørgsmål om i hvilken form regionerne kan kræve data stillet til rådighed, altså hvorvidt data uændret fremstår patientanonymiseret i samme grad.

Data indberettes til regionerne mhp kontrol af kvalitet og honorarer. Hvorledes der ud fra aggregerede data vil skulle kontrolleres behandlingskvalitet er vanskeligt at forestille sig med mindre der foreligger målbare og sammenlignelige sandhedsværdier for god

behandling på de 8 udvalgte sygdomme – og der forudsættes at alle patienter har ressourcer til at følge et ideelt behandlingsforløb uanset evt. flere kroniske sygdomme.

Kontrol af honorarer som statistisk materiale foretages allerede på regningskodeniveau. Tal for alle ydelser i honorartabellen kontrolleres kvartalsvis mod gennemsnit for område, kommune, region og land med ønske om redegørelse for evt. afvigelser. Honorarer på patientindividniveau har bl.a. i Region Sjælland været søgt kontrolleret gennem rekvisition af journalkopi som bevis for afholdt samtaleterapi. Omvendt bevisførelse, hvor skyldig til selv bevist sig uskyldig og det offentliges krav om lovstridig udlevering af journalmateriale medfører stor retslig usikkerhed, hvilket bekendtgørelsen ikke afklarer.

Det anbefales derfor, at der i bekendtgørelsens §3 gøres klart hvilke specifikke data, i hvilken form og med hvilket formål lægepraksis skal udlevere data til regionen. Såfremt der er en konsekvens af de indberettede data – dvs ønske om ændret planlægning, tvivl om kvalitet af behandling eller tvivl om rigtighed af udbetalte ydelser – bør det af bekendtgørelsen fremgå, hvorledes lægen er stillet retsligt.

Det forudsættes i bekendtgørelsen at videregivelse af diagnoser og indtastede oplysninger til Danske Regioner ved kontroller af de 8 nævnte sygdomme er lovlig uden patientens informerede samtykke. Der bør tilføjes hvorledes lægen/lægeklinikken er stillet såfremt patienten ikke giver samtykke til videregivelse af data til regionen.

#### **§4-6 Offentliggørelse af oplysninger vedrørende læge eller klinikken**

Formuleringen af §4 pkt.4 forslås konkret ændret til:

*4) hvorvidt der varetages uddannelse af læger og medicinstuderende og hvilken praksistype (f.eks. solo-, kompagni-, **dele-**, samarbejds-, netværks-, **satellit-**) der er tale om.*

Det fremgår af lægelovens § 57 stk 2 og 3 at det for lægen/klinikken er lovpligtigt at offentligøre oplysninger om praksis, der er relevante i forbindelse med lægevalg. Yderligere er det gjort lovpligtigt – og fremgår af gældende overenskomst mellem Danske Regioner og PLO – at der skal udarbejdes en praksisdeklaration.

At længerevarende fravær (f.eks. ved ferie, kurser, barsel og længerevarende sygdom) skal oplyses som service for de patienter, der er tilknyttet det pågældende lægehus er indiskutabelt relevant og mangel på samme oplysning vil – som hos andre erhvervsdrivende - formentlig medføre utilfredse kunder.

Planlagt fravær vil dog også fremgå af tidsbestillingsmodulet således, at det ikke er muligt at bestille tid ligesom det ikke er muligt at foretage e-mailkonsultation (sende e-mail til lægen) på dage hvor den pågældende læge er fraværende.

Det er diskutabelt om lægefravær på ned til 3 hverdage vil være relevant oplysning i forbindelse med sikrede valg af læge og derfor diskutabelt om der er lovhjemmel til bekendtgørelsens krav om denne oplysning.

Såfremt sundhedsministeren finder det lovligt begrundet og i øvrigt nødvendigt, at der lovgives med denne detaljegrad for almen praksis, vil det være uhensigtsmæssigt med den valgte definition på længerevarende fravær (3 dage). Definitionen vil give specielt delepraksis øget administrationsbyrde. I f.eks. 2 mands delepraksis vil der typisk være tilstedeværelse henholdsvis 2 og 3 hverdage hver uge. Der vil således ofte skulle anføres fravær på hjemmeside og sundhed.dk – og i praksis holdes nøje øje med om, den der har fri torsdag-fredag også har fri de følgende to hverdage ugen efter etc. etc. Dette vurderes at være uacceptabel pålæggelse af administrativt arbejde, idet det allerede vil fremgå af såvel lægeklinikkens hjemmeside og sundhed.dk (jf aftale om offentliggørelse af praksisdeklaration) at der er tale om en delepraksis.

## **§7 Straffebestemmelse**

Med den korte formulering "Overtrædelse af §1, §2 stk. 1 og §3 straffes med bøde" rejses som allerede beskrevet en del spørgsmål, herunder af hvem og hvordan vurderes lægen skyldig i

- ikke at have diagnosekodet (uden at dette kan kontrolleres i den enkelte patientjournal)
- ikke anvendt indikatorsættene (igen uden at dette kontrolleres i den enkelte patientjournal) – herunder er det strafbart at have fulgt delvist?
- ikke at have indberettet data (helt eller delvist)

Såfremt lægen findes skyldig er det relevant, at ankemuligheder beskrives, herunder hvem der har bevisbyrden og evt. undtagelser for straf begrundet i patientens nægtede samtykke til viderebringelse af data.

Endelig mangler en beskrivelse af strafferammen (bødestraffens størrelse) og hvorvidt denne udmøntes via domstol eller administrativt via regionen.