



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Holbergsgade 6  
1057 København K

Den 24-05-2013

## Høringsvar over udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven m.v.

PLO afgiver hermed sit høringssvar vedrørende ovennævnte lovforslag.

### Generelle bemærkninger

Indledningsvis i lovforslaget henvises til, at der fra flere sider er peget på behov for lovgivning vedrørende almen praksis. Der peges således konkret på Rigsrevisionens beretning om praksissektoren fra august 2012, rapporten fra Udvalget om evaluering af kommunalreformen og rapporten fra OECD af den 16. april 2013.

PLO har efter aktindsigt gennemgået de sagsakter, der ligger til grund for **Rigsrevisionens beretning**. PLO har på baggrund af denne gennemgang udgivet en Hvidbog, der tidligere er sendt til ministeriet og Folketingets Sundhedsudvalg. PLO's holdning til Rigsrevisionens beretning kan sammenfattes således:

- Gennemgangen af beretningens i alt 13 kontrolsager vedrørende alment praktiserende læger viser, at alle sagerne er blevet behandlet sagligt korrekt og i enighed mellem regionen og PLO.
- Det er faktisk forkert, når det i Rigsrevisionens beretning hævdes, at regionerne fører ineffektiv kontrol med lægernes forbrug, fordi PLO indgår i de regionale samarbejdsudvalg. Tværtimod bidrager PLO konstruktivt til, at der i samarbejdsudvalgene føres effektiv kontrol med de praktiserende lægers forbrug af ydelser.
- Rammerne for regionernes økonomistyring er tilfredsstillende, hvilket viser sig ved, at tre ud af fem regioner har haft budgetoverskud i de seneste år. Der har været problemer med økonomistyringen i to regioner, men det skyldes, at disse regioner bevidst har underbudgetteret udgifterne til almen praksis.

Sammenfattende viser PLO's gennemgang af sagsakterne, at der ikke er sammenhæng mellem anbefalingerne i Rigsrevisionens beretning og det tilgrundliggende dokumentationsmateriale. PLO's Hvidbog dokumenterer, at der foregår en sagligt korrekt sagsbehandling i samarbejdsudvalgene vedrørende almen praksis.

**Udvalget om evaluering af kommunalreformen** har ikke foretaget en selvstændig gennemgang af styringen af almen praksis, men bygger alene sine anbefalinger på Rigsrevisi-

sionens beretning. Derfor henvises til PLO's bemærkninger til Rigsrevisionens beretning ovenfor.

OECD fremlægger i sin rapport en række anbefalinger til kvalitetsudviklingen af det danske sundhedsvæsen. OECD anbefaler bl.a. en modernisering af almen praksis. Det er faktisk forkert, når det af lovforslaget fremgår, at OECD har efterlyst lovgivning i forhold til almen praksis. PLO har i en kommentar til OECD-rapporten sagt, at de praktiserende læger er indstillet på at medvirke til en fortsat modernisering af almen praksis, men det skal foregå via dialog og forhandling, ikke ved lovgivning.

Hovedpunkterne i PLO's kritik af lovforslaget er følgende:

a) Med lovforslaget forkastes det mangeårige paritetiske samarbejdssystem på trods af, at dette system gennem årene har medført en betydelig udvikling af almen praksis som sektor. Vel at mærke en udvikling, som de praktiserende læger har følt medejerskab til og derfor har bakket op om og ført ud i livet.

b) Lovforslaget er karakteriseret ved et overordentligt stort antal bemyndigelser til ministeren. Der er ikke i loven eller bemærkningerne hertil opstillet begrænsninger i, hvordan ministeren vil kunne udmønte bemyndigelserne i fremtidige bekendtgørelser.

c) Helt grundlæggende må PLO konstatere, at lovforslaget giver ministeren mulighed for at detailregulere arbejdstilrettelæggelsen i almen praksis i en så udstrakt grad, at det ikke er foreneligt med, at almen praksis drives som selvstændig virksomhed med det juridiske, økonomiske og behandlingsmæssige ansvar for egen praksis. Der er reelt kun det element tilbage af lægernes selvstændighed, at de selv skal investere i praksis og afholde udgifter til kliniklokaler, klinikudstyr og personale.

d) De praktiserende læger får ingen indflydelse på, hvilke opgaver de skal løse. De vil derimod være forpligtede til at løse alle de nye opgaver, som besluttes af de offentlige myndigheder. Herved afskaffes de praktiserende lægers aftaleret.

e) De praktiserende læger pålægges omfattende nyt registreringsarbejde. Da almen praksis har knapt 37 mio. patientkontakter årligt, vil selv et lille ekstra tidsforbrug pr. kontakt medføre, at lægerne får mindre tid til at beskæftige sig med patienterne. Herudover er det problematisk for patienterne, at lægerne kan tvinges til at indberette personfølsomme oplysninger til regionerne.

f) Efter lovforslaget skal andre private aktører kunne drive almen praksis-klinikker. Ændringen begrundes med, at det er vanskeligt for regionerne i alle egne at løse lægedækningen med alment praktiserende læger. Man måtte derfor forvente, at udbudsmuligheden blev begrænset til de tilfælde, hvor der ikke kan skaffes praktiserende læger på overenskomstvilkår. Loven sætter dog ingen begrænsning i, hvornår en region kan vælge at sætte drift af praksis i udbud frem for at søge ydernumre besat med alment praktiserende læger.

En region kan derfor vælge at benytte udbud blandt andre private aktører som generel og primær løsning. Der er herved lagt op til et afgørende brud med den kendte struktur med selvstændige praktiserende læger. Det vil gå udover den stabilitet og kontinuitet, der hidtil har været et kendetegn for almen praksis. Hertil kommer, at der ikke er krav

om, at læger, der ansættes hos private aktører, skal have en almenmedicinsk speciallægeuddannelse. Loven giver altså de private aktører adgang til at levere en kvalitetsmæssig ringere behandling end de praktiserende læger.

g) Selv om lovforslaget lægger op til, at § 1 først skal gælde fra 1. september 2014, kan ministeren beslutte ( § 3, stk. 6), at alle bestemmelser i § 1 skal have virkning på et tidligere tidspunkt. Ministeren har således mulighed for umiddelbart at ændre vilkårene for drift af almen praksis. Samtidig kan ministeren beslutte, at overenskomsten ikke længere videreføres. Det er derfor ikke korrekt, når ministeren gentagne gange har udtalt, at man med lovforslaget blot har forlænget nuværende overenskomst et år, og at PLO har reageret uforståeligt på dette.

h) Hvis overenskomsten videreføres i perioden 1. september 2013 til 31. august 2014 vil det økonomiprokollat, som udløb 31. marts 2013, ved lov blive sat i kraft igen. Lægerne pålægges et økonomiloft af samme størrelse som for perioden 1. april 2012 til 31. marts 2013. Det betyder, at opgaveflytninger fra sygehusvæsenet og andre nye opgaver, der tilflyder almen praksis i perioden frem til den 1. september 2014, skal løses af de praktiserende læger uden, at der følger ressourcer med til at ansætte mere klinikpersonale.

PLO vil i det følgende kommentere på udvalgte dele af de foreslåede ændringer, som vi finder særligt problematiske. Herunder fremsættes en række fortolkningsspørgsmål, som vi ønsker besvaret. Høringsvaret er struktureret efter samme emneinddeling, som lovforslagets "Almindelige bemærkninger".

### **Ad 3.1 Patientrettigheder i forbindelse med alment medicinske ydelser**

Ministeren bemyndiges i forslagets § 59 stk. 3 og 60 stk. 3 til at fastsætte regler om gruppe 1-sikrede personers valg af læge, herunder i forbindelse med lægeskifte, og regler om personernes ret til vederlagsfri behandling hos almen praktiserende læge, herunder i tilfælde af akut opstået sygdom, om sygebesøg mv.

Ifølge bemærkningerne vil denne bemyndigelse blandt andet blive brugt til at fastsætte regler om lægernes mulighed for at frasige sig patienter, om borgernes ret til almen medicinske ydelser, herunder adgangen til lægehjælp i dag og vagttid, sygebesøg m.v. og til ophævelse af kilometergrænserne (5 og 15 km).

Med disse bemyndigelser kan ministeren f.eks.

- ophæve afstands begrænsningen i forbindelse med lægevalg. Konsekvensen vil være øget ulighed i sundhed. Når de raske med ressourcer vælger læge nær ved arbejdspladsen, får lægen i lokalområdet udhulet sit patientgrundlag og bliver tvunget til at lukke eller flytte. Det vil betyde, at de ældre og syge – som reelt er dem med størst behandlingsbehov – får meget langt til en praktiserende læge.
- udvide lægerne pligt til sygebesøg, så det ikke længere er lægens faglige vurdering, der er udslagsgivende for om en patient skal have sygebesøg.
- forpligte de praktiserende læger til, uanset afstand, at varetage den lægelige behandling af det stigende antal ældre patienter, der udskrives tidligt fra sygehus og indlægges på kommunale akutpladser. Almen praksis har hverken man-

power eller den rette uddannelse til at varetage behandlingen af disse, ofte meget dårlige, patienter. Der vil blive mindre tid til øvrige patienter, da man må forvente mange tidskrævende og akut rekvirerede besøg til de patienter, der er overført fra sygehus til akutplads. Det vil være svært at indpasse i daglig praksis. PLO har ingen forventning om, at besøgsforpligtelsen vil blive afgrænset til akutpladser inden for 15 km afstand (som almindelige sygebesøg, jf. nedenfor), idet kravet i overenskomstforhandlingerne har været at denne type besøg skulle aflægges uanset afstand.

- forpligte lægerne til at aflægge sygebesøg til patienter med bopæl meget langt fra lægens klinik, hvilket vil være en uhensigtsmæssig anvendelse af lægens tid. Det fremgår ganske vist af bemærkningerne, at personer, der vælger læge langt væk fra egen bopæl, ikke har krav på hjemmebesøg fra den valgte læge og at afstanden aktuelt vil blive fastsat til 15 km, men dette kan ændres af ministeren. Lægerne har således intet værn mod senere at blive pålagt pligt til at aflægge sygebesøg hos patienter, der bor fx 30 km væk,
- forpligte lægerne til øget tilgængelighed/åbningstid. De praktiserende læger kan blive tvunget til at anskaffe bekostelige telefonanlæg og ansætte yderligere personale for at leve op til forpligtelser om øget telefonisk og fysisk tilgængelighed. Forlænget åbningstid med uændret antal læger vil udtynde den lægelige tilstedeværelse, hvilket vil give et dårligere tilbud til de syge og svage patienter. Hvis lægen skal udvide sin service over for de raske, som eksempelvis ønsker receptfornyelser uden for dagarbejdstid, vil lægen ikke være til stede i samme omfang i dagtid.

Listen over de emner, ministeren kan fastsætte regler om, er i princippet ubegrænset.

Sammenfattende må det konkluderes, at loven giver ministeren en udstrakt adgang til at foretage detailregulering og begrænse lægernes mulighed for at tilrettelægge deres praksis ud fra selvstændige lægefaglige vurderinger.

#### Spørgsmål:

- Ministerens mulighed i § 60, stk. 3 for at fastsætte regler om borgernes adgang til lægehjælp i vagttiden er ikke nærmere præciseret. PLO ønsker oplyst, om muligheden også vedrører tilrettelæggelsen af lægevagten og lægernes pligt til deltagelse heri?

### **Ad 3.2 Planlægning og samarbejde vedrørende almen praksis**

#### *Praksisplanen*

Med de foreslåede bestemmelser i § 204 stk. 2-4 gør ministeren op med det hidtidige samarbejds- og planlægningssystem for almen praksis, som indebærer et ligeværdigt samarbejde mellem region og repræsentanter for almen praksis. Almen praksis fratages al reel indflydelse. Almen praksis får ganske vist sæde i et fagligt rådgivningsudvalg, men loven indeholder ingen garanti for, at dette udvalg faktisk inddrages i processen med udarbejdelse af praksisplanen, da planen blot skal drøftes med det faglige rådgivningsudvalg "inden iværksættelsen" (§ 231 a).

Det fremgår af bemærkningerne (s. 11), at praksisplanen fremover ændres til et samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region og kommune, der definerer, hvilke opgaver almen praksis skal varetage og snitflader til det øvrige sundhedsvæsen. Praksisplanen får således tæt tilknytning til de sundhedsaftaler mellem region og kommune, som almen praksis heller ikke får indflydelse på. Dette til trods for at almen praksis forpligtes til at udføre de opgaver, der fastlægges i sundhedsaftalerne. Herved afskaffes de praktiserende lægers aftaleret.

Dette er en bekymrende ændring i forhold til den nuværende overenskomst, som indeholder følgende: "I forbindelse med indgåelse af sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner er almen praksis ikke efter lovgivningen aftalepart. De hidtidige erfaringer har imidlertid vist, at sundhedsaftalerne i vidt omfang har et indhold, der har betydning for samarbejdet med de praktiserende læger. Det er derfor også i denne sammenhæng vigtigt at inddrage repræsentanter for almen praksis."

Fremover defineres opgaverne alene af myndighedsrepræsentanter uden lægefaglig indsigt. Almen praksis får ingen indflydelse på mængden af opgaver, om det er de lægefagligt rigtige opgaver man vil have løst, og om opgaverne kan afstemmes med arbejdsgangene i almen praksis. Dermed risikerer lægerne, at opgavemængden stiger voldsomt, uden at der i lovforslaget er nogen garanti for, at de ekstra opgaver følges af ressourcer.

Regeringen efterlyser i sit netop fremlagte sundhedspolitiske udspil fra den 2. maj, at der skabes bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet. Synspunktet støttes af OECD, der i sin bedømmelse af kvaliteten af det danske sundhedsvæsen fra den 30. april peger på behovet for større sammenhæng mellem hospitalsektoren og den primære sundhedssektor, dvs. den kommunale sundhedssektor og almen praksis.

Det er uforståeligt, at lovforslagets svar på disse udfordringer er at etablere et nyt udvalg, praksisplanudvalget, uden repræsentanter for de praktiserende læger.

Som eksempler på hidtidigt godt samarbejde kan bl.a. nævnes akutaftalen og kronikerkompasset i Region Midtjylland. Det kan også nævnes, at der netop nu er en gennemgribende modernisering af almen praksis og samarbejdsrelationerne under opbygning i Odense kommune i forbindelse med et frikommuneforsøg. Almen praksis har engageret deltaget i dette udviklingsprojekt, som skal skabe forpligtende samarbejde i "tværsektorielle teams" baseret på succesen i Intergrated Care projektet i London. Lovforslaget risikerer at ødelægge denne type udviklingsprojekter ved at indføre tvungne opgaver i stedet for, som hidtil, at indgå aftale i lokalt forpligtende fællesskaber.

#### Spørgsmål:

- Ifølge lovforslagets § 3, stk. 5 skal den første praksisplan foreligge den 1. maj 2014. Betyder det, at ministeren agter at sætte § 231 a i kraft tidligere end den 1. september 2014?

#### *Placering af almene lægepraksis*

Det fremgår af forslaget til sundhedslovens § 131 b, at regionsrådet nu ensidigt skal fastsætte placeringen af de almene lægepraksis. Hidtil er placeringen foregået efter drøftelse i samarbejdsudvalget, og almen praksis har haft indsigelsesret, hvis regionen valgte en placering, som på urimelig måde ville underminere driftsgrundlaget for en eksiste-

rende nabopraksis. Dette værn er fjernet med lovforslaget.

Det fremgår ikke klart, om bestemmelsen giver regionen kompetence til at beslutte, at en eksisterende praksis skal flyttes, og på hvilke vilkår dette i så fald kan ske.

Det følger endvidere af § 227 stk. 3, at regionen kan opkøbe eksisterende praksis og sælge dem til anden side. PLO finder, at regionens mulighed for at opkøbe eksisterende praksis stiller de praktiserende læger i en urimeligt usikker situation. Denne hjemmel for regionerne kan forventes at svække rekrutteringen, idet unge læger ikke vil ønske at investere i almen praksis uden vished for, at de kan forblive i den erhvervede praksis.

Endelig bemærkes, at det vil have en betydelig privatøkonomisk konsekvens for eksisterende praksis, hvis det i praksisplanen beskrives, at regionen ikke længere planlægger med deres fortsatte eksistens. Sådanne praksis vil være yderst vanskelige at afhænde i fri handel og vil derfor miste deres værdi.

#### Spørgsmål:

- Vil eksisterende praksis fremover have nogen sikkerhed for, at regionen ikke placerer klinikker på en måde, som underminerer driftsgrundlaget for en eksisterende nabopraksis?
- Vil regionen fremover ensidigt kunne beslutte, at en eksisterende praksis skal flytte? Og på hvilke vilkår vil det i så fald kunne ske?
- Lovforslaget indeholder ikke en nærmere beskrivelse af vilkårene for regionernes opkøb af eksisterende praksis – hvordan prissættes praksis? Er der kun tale om frivillige salg eller også egentlig ekspropriation?

#### *Regionernes ensidige kompetence til at sanktionere*

Selv om der fortsat er lagt op til, at der skal være et kontraktforhold mellem regioner og læger, tillægger lovforslaget den ene kontraktpart – regionen – en diskretionær kompetence til at afgøre, hvornår den anden kontraktpart – lægen – har overtrådt kontrakten og derefter sanktionere overtrædelsen.

Dette er et brud med almindelige retsprincipper og udgør et retssikkerhedsmæssigt problem i relation til den enkelte læge.

Dette er tydeligvis lovgivers reaktion på en opmandsavgørelse fra 2012, som gav PLO ret i, at en region ikke ensidigt kunne beslutte at overenskomsten var overtrådt og derefter trække udbetalte honorarer tilbage fra lægerne.

#### Spørgsmål:

Ifølge bemærkningerne (s. 24) har regionerne en forpligtelse til effektivt at kontrollere og sanktionere, hvis yderne ikke leverer de aftalte opgaver til den aftalte pris.

- Hvilke sanktioner vil regionerne kunne pålægge lægerne?
- Vil regionerne kunne pålægge bod? Eller beslutte inddragelse af ydernummer med deraf følgende fratagelse af lægens erhvervsmuligheder?
- Hvordan sikres det, at regionens fortolkning af overenskomsten er korrekt?
- Er der nogen begrænsning i regionens adgang til ensidigt at trække udbetalte honorarer tilbage? Eller er det alene den 3-årige forældelsesfrist, der sætter en begrænsning?

### *Samarbejdsudvalg og Landssamarbejdsudvalg*

Med lovforslaget forkastes det mangeårige paritetiske samarbejdssystem.

I lovbemærkningerne er oplyst, at baggrunden for lovændringen bl.a. er Rigsrevisionens beretning om aktiviteter og udgifter i praksissektoren, august 2012. Imidlertid har PLO for nylig i en hvidbog om Rigsrevisionens rapport dokumenteret, at rapporten hviler på et yderst spinkelt faktisk grundlag. Når Rigsrevisionen konkluderede at "en af årsagerne til, at regionerne ikke kan udføre en effektiv kontrol, er, at en væsentlig del af kontrollen med ydernes forbrug og kompetencen til at sanktionere yderne er henlagt til regionernes samarbejdsudvalg, hvori ydernes organisationer indgår" må det konstateres, at dette ikke er baseret på fakta. Via aktindsigt har PLO fået dokumenteret, at Rigsrevisionens gennemgang af kontROLSager vedrørende almen praksis alene har omfattet 13 sager, og at disse alle er behandlet i enighed i samarbejdsudvalgene. Det må derfor undre, at Rigsrevisionen er nået frem til konklusionen om, at ydernes deltagelse i samarbejdsudvalgene er en hindring for en effektiv kontrol.

Det fremgår af lovbemærkningerne (s. 12), at samarbejdsudvalgene forventes at bestå, men fremover vil de være uden beslutningskompetence for så vidt angår de elementer, der er reguleret i loven. Den endelige beslutningskompetence f.eks. vedrørende fastsættelse af højstegrænser, korrekt anvendelse af overenskomstens ydelser, serviceklager over sygebesøg, tilgængelighed etc. overføres nu til regionen.

Lægerne fratages en ankemulighed til Landssamarbejdsudvalget og vil, hvis de er uenige i regionens afgørelse, være nødsaget til at indbringe sagerne for de almindelige domstole.

Når regionerne ikke længere har pligt til at inddrage repræsentanter for almen praksis i behandlingen af sager om afvigende ydelsesmønstre, er der risiko for fejl i sagsbehandlingen og forkerte afgørelser. Det er en forringelse af retssikkerheden for den enkelte praktiserende læge.

#### Spørgsmål:

- Hvilke konkrete opgaver og beføjelser vil samarbejdsudvalget fremover have?
- Hvilke konkrete opgaver og beføjelser vil Landssamarbejdsudvalget fremover have?

### **Ad 3.3 Nye organisationsformer i almen praksis**

#### *Andre private aktører*

Lovforslaget giver i § 227 stk. 3 som noget nyt mulighed for, at andre end praktiserende læger fremover kan drive almen praksis-klinikker. Lovforslaget indeholder ingen begrænsninger i, hvilke private aktører, der skal kunne deltage i et udbud, og loven vil derfor ikke kunne hindre at eksempelvis kapitalfonde eller forsikringselskaber vil komme til at drive lægepraksis.

Ændringen begrundes i lovforslaget med, at det er vanskeligt for regionerne i alle egne at løse lægedækningen med alment praktiserende læger. Man måtte derfor forvente, at udbudsmuligheden blev begrænset til de tilfælde, hvor der ikke kan skaffes praktiseren-

de læger på overenskomstvilkår. Ordlyden af § 227, stk. 3 sætter imidlertid ingen begrænsning i, hvornår en region kan vælge at sætte drift af praksis i udbud frem for at søge ydernumre besat med alment praktiserende læger. Udbudsmuligheden gælder såvel praksis, som regionen har fået overdraget (såkaldt ledigblevne ydernumre) som nye ydernumre samt drift af praksis, som regionen har erhvervet ved opkøb af eksisterende praksis.

En region kan derfor vælge at benytte udbud blandt andre private aktører som generel og primær løsning. Lovforslaget lægger således op til et afgørende brud med den kendte struktur med selvstændige praktiserende læger. Det vil gå udover den stabilitet og kontinuitet, der hidtil har været et kendetegn for almen praksis. Loven vil medføre, at borgerne går glip af den kvalitet, der ligger i et årelangt personligt kendskab mellem patient og praktiserende læge. Hidtidige erfaringer med regionsdrevne klinikker viser en hyppig udskiftning i bemandingen og dermed manglende kontinuitet i patientbehandlingen.

Hertil kommer, at lovforslaget ikke indeholder krav om, at læger, der ansættes hos private aktører, skal have en almenmedicinsk speciallægeuddannelse. Herved giver loven adgang til, at de private aktører kan levere en kvalitetsmæssig ringere behandling end de praktiserende læger.

#### Spørgsmål:

- Er der begrænsninger i, hvilke typer private aktører en region kan lade drive lægepraksis i henhold til udbud?

#### *Salg af ydernumre*

Som en nyskabelse skal regionerne til at drive forretning med salg af ydernumre (§ 227 stk. 2). Af bemærkningerne (s. 27) fremgår det dog, at ledigblevne ydernumre også som hidtil og i uændret omfang af regionen vil kunne overdrages til læger, der ønsker at praktisere indenfor de overenskomstmæssige rammer. Sidstnævnte fremgår ikke af selve loven, og bemærkningerne indeholder ingen vejledning om, hvornår en region skal benytte henholdsvis salg af ydernummer, henholdsvis sædvanlig vederlagsfri tildeling af ydernummer til læger, der ønsker at praktisere efter overenskomsten.

#### Spørgsmål:

- Kan en region selv bestemme, hvornår den ønsker at sælge et ydernummer i stedet for sædvanlig vederlagsfri tildeling af ydernummer til læger, der ønsker at praktisere efter overenskomsten?
- Eller er der særlige kriterier, der angiver hvornår regionen kan benytte den ene eller den anden model?

#### *Lægers ejerskab af op til 6 ydernumre*

Lovforslaget indeholder en hjemmel til, at en læge kan eje op til 6 ydernumre opkøbt af regionen. Hvor mange lægekapaciteter disse ydernumre kan dække over, og hvorledes de besættes, er ikke beskrevet.

#### Spørgsmål:

- Giver loven mulighed for, at én praktiserende læge ejer 6 ydernumre med hver f.eks. 4 lægekapaciteter og dermed driver almen praksis i stordrift med 24 ansatte læger fordelt på 6 adresser?



- Er der krav om, at de ansatte læger i sådanne praksis skal være speciallæger i almen medicin?

PLO finder, at en sådan konstruktion giver anledning til samme problematikker som beskrevet oven for under "andre private aktører". Der vil være betydelig risiko for, at man giver køb på stabilitet og kontinuitet samt svækker kvaliteten i patientbehandlingen.

### **Ad 3.4 Kvalitet og indsigt i almen praksis**

Under overskriften "Kvalitet og indsigt i almen praksis" (s. 17 f.) redegøres der for, at det bliver obligatorisk for lægerne at følge en række tiltag, som - ifølge lovforslaget - kan medvirke til at sikre sammenhæng og højne kvaliteten af behandlingen.

#### *Pligten til at følge sundhedsaftaler, indgået mellem region og kommuner*

Som tidligere nævnt giver lovforslaget regioner og kommuner en ubegrænset adgang til at pålægge lægerne nye opgaver i sundhedsaftaler og i forløbsprogrammer. Lægerne vil i medfør af § 231 d, stk. 2 være forpligtet heraf.

Der er ingen garanti for, at de praktiserende læger inddrages i udarbejdelsen, så de kan bidrage til fastlæggelsen af deres egen rolle i samarbejdet og arbejdsdelingen og sikre, at der fastlægges procedurer, som er afstemte med arbejdsgangen i almen praksis. Der er således ikke i loven taget højde for, at de fleste behandlingsforløb starter i almen praksis, og at det derfor er helt nødvendigt at almen praksis inddrages i planlægningen af sammenhængende patientforløb, herunder sundhedsaftaler og forløbsprogrammer. Der er ikke andre, som har et tilstrækkeligt kendskab til de praktiserende lægers faglighed og arbejdsbetingelser.

#### Spørgsmål:

- Hvordan sikres det, at almen praksis har ledig kapacitet til at løse de pålagte opgaver?
- Hvordan sikres det, at de af en region og kommune fastlagte procedurer er afstemte med arbejdsgangen i almen praksis
- Hvordan sikres det, at der med de nye opgaver også følger ressourcer til at ansætte mere klinikpersonale?

#### *Pligten til at afgive oplysninger*

§ 195, stk. 2 foreskriver en helt uafgrænset pligt for lægerne til at afgive "de oplysninger, som er nødvendige" for regionernes varetagelse af opgaver med planlægning, kvalitets sikring, kontrol af udbetalte tilskud og honorarer mv.

Det fremgår ikke af lovforslaget, om det fremover er tanken, at regionerne skal have adgang til patientjournaler og andre personfølsomme data. Hvis sidstnævnte er tanken, vil det være dybt problematisk og et brud med grundlæggende principper om patienternes krav på fortrolighed.

Det er uklart for PLO, hvad der ligger i lovbemærkningerne (s. 18 m) om, at "de omhandlede oplysninger beskyttes i videst muligt omfang". Endvidere er det uklart, hvad der er konsekvensen af bemærkningerne om, at patientoplysningerne skal behandles i krypte-

ret form, og kun "ganske kortvarigt" kan dekrypteres i det tidsrum, hvor oplysningerne skal "beriges med oplysninger fra andre kilder".

§ 231 e pålægger lægerne en pligt til at kode alle henvendelser, såvel telefoniske, elektroniske og fysiske, uanset henvendelsesårsag - og altså ikke kun de kroniske diagnoser, hvor kodning er meningsfuld. Da almen praksis har knapt 37 mio. patientkontakter årligt, vil selv et lille ekstra tidsforbrug pr. kontakt medføre, at lægerne får mindre tid til at beskæftige sig med patienterne.

#### Spørgsmål:

- Er der nogen begrænsning i, hvilke oplysninger regionerne kan kræve af de praktiserende læger, henset til den brede formulering "de oplysninger, som er nødvendige"?
- Får regionens controllere krav på adgang til oplysninger fra lægens journaler, så de kan kontrollere, om de mener at lægen er berettiget til at få udbetalt sit honorar? Og vil dette i givet fald kræve ændring af anden lovgivning om patienternes krav på fortrolighed?
- Hvordan sikres der ressourcer til det ekstra tidsforbrug, der vil være forbundet med at kode såvel telefoniske, elektroniske og fysiske henvendelser, uanset henvendelsesårsag?
- Vil regionerne have ret til at benytte kvalitetsdata, som er tilvejebragt ved datafangst, til kontrolformål?

#### **Ad 3.5 Hjemlen til at fastsætte regler om vilkårene for ydelser i praksissektoren i en overenskomstløs periode**

Ministeren får med den nye formulering af § 229 udvidede beføjelser til under en eventuel overenskomstløs periode at fastlægge vilkårene for udbetaling af ydelser, således at det alene bliver de praktiserende sundhedspersoner, der kommer til at bære de økonomiske konsekvenser af en konflikt. Hermed forskydes den hidtidige balance mellem aftalparterne på praksisområdet, og man fjerner i realiteten den frie aftaleret, bl.a. for PLO. Dette fremgår i øvrigt også som en bevidst hensigt i afsnit 12 i den politiske aftale om almen praksis mellem regeringen og Venstre.

#### **Ad 3.6 Videreførelse af vilkår for almen medicinske ydelser i en overgangsperiode**

Selv om lovforslaget lægger op til, at ændringerne i sundhedsloven (lovforslagets § 1) først skal gælde fra 1. september 2014, tillægges ministeren dog kompetence (i § 3, stk. 6) til at beslutte, at alle bestemmelser i § 1 skal have virkning på et hvilket som helst tidligere tidspunkt. Ministeren behøver altså ikke at vente til d. 1. september, men har mulighed for umiddelbart at ændre vilkårene for drift af almen praksis. Samtidig kan ministeren beslutte, at overenskomsten ikke længere videreføres.

Hvis overenskomsten videreføres i perioden 1. september 2013 til 31. august 2014 vil det økonomiprokollat, som udløb 31. marts 2013, ved lov blive sat i kraft igen. Lægerne pålægges et økonomiløft af samme størrelse som for perioden 1. april 2012 til 31. marts 2013. Det betyder, at opgaveflytninger fra sygehusvæsenet og andre nye opgaver, der tilflyder almen praksis i perioden frem til den 1. september 2014, skal løses af de praktiserende læger uden at der følger ressourcer med.

**Afsluttende bemærkninger**

Samlet set finder PLO, at det fremsatte lovforslag er uacceptabelt som fremtidig ramme for almen praksis. Vi kan ikke anbefale vore medlemmer at praktisere under disse vilkår. Vi foreslår, at lovforslaget trækkes tilbage.

For at skabe ro og da RLTN har valgt at opsige overenskomst om almen praksis pr. 1. september 2013, vil PLO foreslå at den eksisterende overenskomst forlænges ved lov i en 1-årig periode.

Med venlig hilsen



Henrik Dibbern