



Den 29. maj 2013

Notat vedrørende regeringens lovforslag mod almen praksis.

Indledningsvist bemærkes, at det er faktuel forkert, når lovforslaget henviser til, at der er peget på behov for lovgivning vedrørende almen praksis i Rigsrevisionens beretning om praksissektoren fra august 2012, rapporten fra Udvalget om evaluering af kommunalreformen og rapporten fra OECD af den 16. april 2013. Ingen af de tre rapporter peger på behov for lovgivning på området.

Særligt for så vidt angår Rigsrevisionens beretning bemærkes, at PLO har søgt aktindsigt i grundlaget, og PLO's gennemgang af sagsakterne dokumenterer, at der ikke er sammenhæng mellem anbefalingerne i Rigsrevisionens beretning og det tilgrundliggende dokumentationsmateriale. PLO's Hvidbog dokumenterer, at der foregår en saglig korrekt sagsbehandling i samarbejdsudvalgene vedrørende almen praksis.

Hovedpunkterne i PLO's kritik af lovforslaget om almen praksis er følgende:

- a) Ifølge lovforslaget tillægges de praktiserende læger aftaleret i relation til opgaver, som er beskrevet i praksisplanen. Der skal imidlertid blot udarbejdes én praksisplan i hver valgperiode, og det må derfor forventes, at praksisplanen ikke vil kunne rumme alle de opgaveudflytninger, der løbende sker i forhold til almen praksis. Det kan derfor forudses, at der løbende vil ske en omfattende opgaveudflytning til almen praksis, som ikke vil være dækket af de praktiserende lægers aftaleret.
- b) De praktiserende læger tillægges tilsyneladende ikke aftaleret i forhold til alle de opgaver, som sundhedsaftalerne måtte påføre almen praksis. Alene forløbsprogrammer er omtalt i lovforslaget som et område, hvor der skal indgås aftaler med de praktiserende læger. Også sundhedsaftalerne er fireårige og vil derfor i lighed med praksisplanerne (jf. ovenfor) ikke kunne opsamle alle de opgaveudflytninger til almen praksis, som kommuner og regioner løbende beslutter.
- c) 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 tildeles 3 ud af i alt 11 pladser i praksisplanudvalget, men regionsrådet har den endelige beslut-

ningskompetence.

d) Regionsrådet kan ensidigt beslutte en placering af en ny lægepraksis, som på urimelig måde kan underminere driftsgrundlaget for en eksisterende nabopraksis. Overenskomstens hidtidige værn mod dette er fjernet med lovforslaget.

e) Lovforslaget bemyndiger ministeren (§ 57 c., stk. 3) til at fastsætte nærmere regler om kodning og datafangst. Dette åbner mulighed for, at de praktiserende læger på lidt længere sigt 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.

f) Lovforslaget bemyndiger ministeren til at forpligte lægerne til at stille de data, som er tilvejebragt på baggrund af kodning og datafangst, til rådighed for regionerne (s. 21, 1. sp.). Overtrædelse vil være bødebelagt. PLO finder det afgørende, at de data, der indsamles via datafangst, alene skal anvendes til at søge læring for den enkelte læge. Anvendes data til kontrolformål, hvor man søger at identificere den enkelte og "dårligste" læge, viser udenlandske erfaringer entydigt, at værdien af data forringes. Dermed forringes mulighederne for kvalitetsudvikling i almen praksis til skade for hele sundhedsvæsenet. Ingen andre steder i det danske sundhedsvæsen gennemfører man kvalitetsmonitorering rettet mod den enkelte læge. Kvalitetsmonitoreringen på hospitalerne omfatter afdelinger, ikke individer.

g) Ministeren får i § 57 c, stk. 2 bemyndigelse til – ensidigt og uden forudgående dialog og aftale med almen praksis - at fastsætte regler om offentliggørelse af oplysninger om den enkelte læge. Af bemærkningerne (s. 20, 2. sp.) fremgår, at det bl.a. vil dreje sig om oplysninger om lægernes efteruddannelse og om obligatoriske patienttilfredshedsundersøgelser.

h) Ministeren vil i medfør af en myndighedsbestemmelse gøre det muligt for borgerne at vælge en læge udenfor 15/5 km grænsen mod, at borgeren fraskriver sig ret til hjemmebesøg af den valgte læge (s. 21, 1. sp.). Konsekvensen vil være øget ulighed i sundhed. Når de raske, ressourcestærke borgere vælger læge nær ved arbejdspladsen, får lægen i lokalområdet udhulet sit patientgrundlag og kan blive tvunget til at lukke eller flytte. Det vil betyde, at de ældre og syge – som reelt er dem med størst behandlingsbehov – får længere til en praktiserende læge.

i) Efter lovforslaget skal andre private aktører kunne drive almen praksis-klinikker. Der er ingen hindringer for, at eksempelvis kapitalfonde eller forsikringselskaber kan komme til at drive lægepraksis. Ændringen begrundes med, at det er vanskeligt for regionerne i alle egne at løse lægedækningen med alment praktiserende læger, men reglerne er udformet sådan, at en region kan vælge at benytte udbud blandt andre private aktører, selv om der ikke foreligger lægemangel. . Det vil gå udover den kvalitet, der hidtil har været et kendetegn for almen praksis. Hittidige erfaringer med regionsdrevne klinikker viser en hyppig udskiftning i bemanningen og dermed manglende kontinuitet i patientbehandlingen. Hertil kommer (s. 29), at der ikke stilles samme uddannelseskrav til lægerne hos de private aktører som til de alment praktiserende læger. Hvis en privat aktør

driver en klinik med flere læger, er det nok at én af disse har en almenmedicinsk speciallægeuddannelse.

j) Lovforslaget indeholder en hjemmel til, at en læge kan eje op til 6 ydernumre (svarende til 6 lægekapaciteter, jf. s. 28, 3. afsnit) opkøbt af regionen. Der lægges altså op til, at én praktiserende læge kan eje og drive 6 klinikker, hvoraf de 5 klinikker er bemanded med en ansat læge. Der vil være betydelig risiko for, at man giver køb på stabilitet og kontinuitet samt svækker kvaliteten i patientbehandlingen, da der er risiko for hyppig udskiftning i kredsen af ansatte læger.

k) Som en nyskabelse skal regionerne til at drive forretning med salg af ydernumre (§227, stk.2). Det er uklart, hvornår en region skal benytte henholdsvis salg af ydernummer, henholdsvis sædvanlig vederlagsfri tildeling af ydernummer til læger, der ønsker at praktisere efter overenskomsten (s. 23, 2. sp.)

l) Selv om lovforslaget lægger op til, at § 1 først skal gælde fra 1. september 2014, kan ministeren beslutte, 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.

m) Ifølge lovforslaget skal den første praksisplan foreligge den 1. maj 2014. Ministeren vil således sætte minimum den del af § 1 i kraft før dette tidspunkt. Det vil kunne vanskeliggøre mulige nye forhandlinger mellem PLO og RLTN om indgåelse af en ny overenskomst om almen praksis, hvis der parallelt med overenskomstforhandlingerne gennemføres en tidsmæssigt forceret praksisplanlægning i hele landet.

n) 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 fx opgaveflytninger fra sygehusvæsenet til almen praksis og flere gruppe 1-sikrede 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.

o) 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 aftaleparterne på praksisområdet, og man fjerner i realiteten den frie aftaleret, bl.a. for PLO.

p) Det er uklart, hvad samarbejdsudvalgenes fremtidige rolle bliver, og om regionerne tildes en ensidig kompetence til at sanktionere. Det fremgår af lovbemærkningerne (s. 12), at samarbejdsudvalgene forventes fastholdt som en del af en ny overenskomst. Det indebærer "f.eks. også, at overenskomstens system for håndtering af sager vedrørende enkeltlæger, skal håndteres inden for rammerne af det system, som overenskomsten foreskriver på de punkter, der er omfattet af overenskomsten." Formuleringerne kan

læses sådan, at klagesager, højestegrænsesager og sager om tilbagebetaling mv. fortsat skal behandles i samarbejdssystemet. Samtidig anføres det dog på side 19, at regionen har forpligtelse til "effektivt at kontrollere og sanktionere, hvis de ydere i praksissektoren, som leverer ydelser til regionerne, ikke leverer de aftalte opgaver til den aftalte tid". Derved synes lovforslaget at tillægge den ene kontraktpart – regionen – en diskretionær kompetence til at afgøre, hvornår den anden kontraktpart – lægen – har overtrådt kontrakten og derefter sanktionere overtrædelsen.