

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Enhed: Primær Sundhed
Sagsbeh.: DEPMHE
Sags nr.: 1302626
Dok. Nr.: 1225802
Dato: 26. maj 2013

KOMMENTERET HØRINGSNOTAT

vedrørende

Forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

(Ændring af rammerne for almen medicinske ydelser m.v. i praksissektoren, herunder styrkelse af regionernes planlægnings- og styringsmuligheder, ensartet kvalitet, systematisk patientinddragelse, erstatningspligt m.v.)

1. Hørte myndigheder og organisationer

Lovforslaget har i udkastform været i høring fra den 3. maj 2013 til den 24. maj 2013 hos Bedre Psykiatri, Brancheforeningen for privathospitaler og klinikker, Danmarks Apotekerforening, Dansk Erhverv, Dansk Handicapforbund, Dansk Industri, Dansk IT – Råd for IT- og persondatasikkerhed, Dansk Kiropraktor Forening, Dansk Kvindesamfund, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Psykolog Forening, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Folkesundhed, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Tandlægeforening, Dansk Tandplejerforening, Danske Bioanalytikere, Danske Fysioterapeuter, Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter, Danske Regioner, Datatilsynet, De Offentlige Tandlæger, Den Nationale Videnskabetiske Komité, Det Centrale Handicapråd, Det Ethiske Råd, Diabetesforeningen, Ergoterapeutforeningen, Farmakonomforeningen, FOA, Forbrugerrådet, Foreningen af Fodterapeuter, Foreningen af Kliniske Diætister, Foreningen af Parallelimportører af Lægemedler, Foreningen af Radiografer i Danmark, Foreningen af Speciallæger, Forsikring & Pension, Færøernes Landsstyre, Gigtforeningen, Grønlands Selvstyre, Hjernesagen, Hjerteforeningen, Hospice Forum Danmark, Institut for Menneskerettigheder, Jordemoderforeningen, KL, Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere, Landsforeningen for Bedre Hørelse, Landsforeningen for Ufrivilligt Barnløse, Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade, Landsforeningen SIND, Lægeforeningen, Lægemiddelindustriforeningen (LIF), Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber, Patientforeningen i Danmark, Patientforsikringen, Patientombuddet, Pharmadannmark, Praktiserende Lægers Organisation, Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Rigsombudsmanden på Færøerne, Rigsombudsmanden på Grønland, Rigsrevisionen, RKKP – databasernes fællessekretariat, Scleroseforeningen, Sjældne Diagnoser, Statsforvaltningen Hovedstaden, Statsforvaltningen Midtjylland, Statsforvaltningen Nordjylland, Statsforvaltningen Sjælland, Statsforvaltningen Syddanmark, Sundhedsstyrelsen, Tandlægeforeningen, Team Danmark, VaccinationsForum, Videnscenter for Handicap og Socialpsykiatri, Yngre Læger, ÆldreForum, Ældremobiliseringen, Ældresagen, 3F.

Udkastet til lovforslag har desuden været tilgængelig på www.borger.dk under Høringsportalen.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har modtaget indholdsmæssige bemærkninger fra følgende parter:

Advokatrådet, Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker, Danmarks Apotekerforening, Dansk Erhverv, Dansk Industri, Dansk Psykolog Forening, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin (DSMM), Dansk Sygeplejeråd, Dansk Tandplejerforening, Danske Bioanalytikere, Danske Fysioterapeuter, Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter, Danske Regioner, Danske Ældreråd, Det Ethiske Råd, Diabetesforeningen, Farmakonomforeningen, Foreningen af kommunale social- og sundheds- og arbejdsmarkedschefer, Forsikring og Pension, Jordemoderforeningen, KL, Kræftens Bekæmpelse, Lægeforeningen, Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber, Pharmadanmark, Praktiserende Lægers Organisation, Rådet for Digital Sikkerhed, Rådet for Socialt Udsatte, Tandlægeforeningen og Ældre Sagen.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har desuden modtaget kommentarer fra 63 borgere, der er indsendt enkeltvis eller som fælles høringsvar. Langt hovedparten af disse svar er fra læger.

Følgende parter har fremsendt høringsvar uden indholdsmæssige bemærkninger:

Dansk Selskab for Distriktpsikiatri, Dansk Selskab for Folkesundhed, Danske Dental Laboratorier, Institut for Menneskerettigheder, Megros, Roskilde Universitet, Syddansk Universitet, ÆldreForum og Aarhus Universitet.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses kommentarer til de indkomne høringsvar, som gennemgås nedenfor, er anført i *kursiv*.

2. Høringsvarene - generelle bemærkninger

Brancheforeningen for privathospitaler og Klinikker støtter det fremlagte lovforslag, bl.a. fordi foreningen vurderer, at lovforslaget understøtter øget offentligt-privat samarbejde.

Danmarks Apotekerforening tilslutter sig lovforslagets målsætninger. Foreningen bemærker, at det er vanskeligt – da der er tale om en rammelov – at vurdere i hvilken grad forslaget faktisk vil bidrage til styrket kvalitet og tilgængelighed til de praktiserende læger landet over.

Dansk Erhverv støtter lovforslaget i sin helhed.

Dansk Industri er meget positive overfor lovforslagets fokus på imødegåelse af nogle af de udfordringer, som sundhedsvæsenet står overfor.

Dansk Psykolog Forening finder, at lovforslaget formindsker den lokale/regionale indflydelse på beslutningsprocessen, og at forhandling mellem de parter, der efterfølgende skal implementere ændringer, tages fra forhandlingsbordet. Foreningen finder, at det nuværende forhandlingssystem fungerer og sikrer, at beslutninger træffes med direkte adgang til den faglige viden.

Dansk Selskab for Almen Medicin er betænkelig ved det fremsendte lovforslag og fremhæver, at lovforslaget ikke omtaler forskning, uddannelse og kvalitet. Selskabet opfordrer til, at almenmedicinsk forskning tilgodeses, og at der indføres systematisk efteruddannelse. Selskabet anbefaler, at kvalitetsområdet fortsat udvikles, samt at kvalitetsdata ikke må anvendes til kontrol.

Dansk Sygeplejeråd anbefaler at der skabes en forhandlingsløsning, der kan sikre den nødvendige arbejdsro og opbakning til den fremtidige indsats i almen praksis.

Dansk Tandplejeforening har stor tvivl om de bagvedliggende motiver for lovforslaget og anfører, at foreningen er stærkt forurolet over, at lovforslaget griber ind i, hvad der frem til nu har været aftalestof.

Danske Bioanalytikere hilser lovforslaget velkomment og ser en bedre sammenhæng mellem de praktiserende læger, sygehusene og hjemmesygeplejen som et vigtigt skridt til at sikre lige adgang til behandling, styrkelse af den patientoplevede kvalitet og optimal udnyttelse af de økonomiske ressourcer.

Danske Fysioterapeuter udtrykker bekymring for de vilkår, som praktiserende sundhedspersoner skal agere under. Lovforslaget kaster ifølge organisationen mange års samarbejde om og udvikling af det nære sundhedsvæsen over styr.

Danske Handicaporganisationer er generelt positivt indstillet over for det øgede fokus på kvalitet i og tilgængelighed til almen praksis. Organisationen er ligeledes positiv over for nedsættelse af et patientinddragelsesudvalg i hver region.

Danske Patienter er positiv overfor forslaget og vurderer, at det overordnet set vil medvirke til at sikre bedre sammenhæng, kvalitet og tilgængelighed i det samlede sundhedsvæsen.

Danske Regioner er overordnet positiv over for lovforslaget, der vil styrke det regionale myndighedsansvar for praksissektoren.

Diabetesforeningen hilser det velkomment, at regeringen udviser ledelse og ansvar i forbindelse med konflikten mellem Danske Regioner og PLO, selvom foreningen helst så, at forhandlingspartnerne indbyrdes blev enige om en aftale. Lovforslaget vil efter foreningens opfattelse forbedre forholdene for kronisk syge og mindske uligheden i sundhed og behandling, og fremhæver i den forbindelse lovforslagets fokus på det sammenhængende patientforløb og forslaget om at sikre adgang til en praktiserende læge, uanset hvor i landet patienten bor.

Farmakonomforeningen har ikke bemærkninger til lovforslaget, udover at de ikke ser samarbejdet mellem almen praksis og apotekerne belyst.

Foreningen af kommunale social- og sundheds- og arbejdsmarkedschefer støtter lovforslaget og finder, at det vil kunne bidrage til øget samordning og samarbejde på tværs af sundhedsvæsnets og dermed øge kvaliteten for patienterne, særligt i yderområderne.

Jordemoderforeningen ser med bekymring på lovforslaget og opfordrer til, at debatten mellem PLO, Danske Regioner og regeringen genoptages og løses uden en lovændring.

KL støtter lovforslaget og finder, at det på afgørende vis vil medvirke til at løse en række af problemstillingerne i det nære sundhedsvæsen. KL finder, at lovforslaget bør vedtages i stort set uændret form.

Kræftens Bekæmpelse mener, at omstændighederne for lovforslagets fremsættelse er de resultatløse forhandlinger mellem Danske Regioner og PLO, og anfører, at ingen af parterne har taget det nødvendige hensyn til patienternes interesser. Foreningen tilslutter sig regeringens ønske om at sikre en bedre sammenhæng mellem de praktiserende læger, sygehusene og den kommunale sundhedsindsats, og at den praktiserende læges rolle i sundhedsvæsenet styrkes.

Lægeforeningen mener, at lovforslaget truer sammenhængen i sundhedsvæsenet og forkaster et velfungerende system uden at have et samlet svar på almen praksis fremtid. Lægeforeningen finder ikke, at sundhedsvæsenet kan undvære lægelig rådgivning og deltagelse i afgørende beslutningsprocesser og finder ikke, at kvalitetsudvikling skal ske gennem lovgivning. Lægeforeningen anfører desuden, at regionerne skal have pligt til at vurdere og justere den samlede kapacitetsplanlægning.

Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber kommenterer som paraplyorganisation for de lægevidenskabelige selskaber alene på de rent lægefaglige aspekter, men har vedlagt høringssvar fra Dansk Selskab for Intern Medicin, der er bekymret, bl.a. fordi, det efter selskabets vurdering kan medvirke til yderligere lægedækningsproblemer og dermed øget belastning på akutte og medicinske afdelinger.

Pharmadanmark bifalder, at loven adresserer udfordringen med at skabe bedre sammenhæng i patientforløbene for de patienter, hvis forløb går på tværs af sektorer.

Praktiserende Lægers Organisation (PLO) finder samlet set lovforslaget uacceptabelt og kan ikke anbefale dets medlemmer at praktisere under disse vilkår, hvorfor de foreslår at lovforslaget trækkes tilbage. PLO foreslår, at den eksisterende overenskomst forlænges ved lov i en 1-årig periode. PLO anerkender ikke de eksterne rapporter (Rigsrevisionens, Udvalget om evaluering af kommunalreformen, OECD), som lovforslaget henviser til som en del af begrundelsen for lovforslaget.

Rådet for Socialt Udsatte opfordrer til, at der i lovforslaget tages skridt til at forbedre rammerne således, at også socialt udsatte mennesker kan få gavn af et mere sammenhængende, koordineret og integreret patientforløb og nævner i den forbindelse, at mange socialt udsatte mennesker ikke har en alment praktiserende læge, eller ikke er velkomne i lægens konsultation.

Tandlægeforeningen mener, at lovforslaget på en række punkter mangler en nærmere præcisering af, hvilken afsmittende effekt de nye bestemmelser vil få på den øvrige del af praksissektoren. Foreningen efterlyser desuden en eksplicit stillingtagen til, hvorledes der med indgrebet i det overenskomstbaserede og paritetiske system værnes om den praktiserende sundhedspersons retssikkerhed, fx i et tilfælde, hvor der ikke kan opnås enighed om afregningen af konkrete ydelser i tandplejen.

Ældre Sagen anerkender, at der er behov for i højere grad at sikre adgang til lægehjælp i almen praksis, og er positiv overfor lovforslagets ambition om, at almen praksis i højere grad end i dag integreres i et sammenhængende sundhedsvæsen.

Samlet set støtter et flertal lovforslaget og dets formål om at styrke og sikre almen praksis i fremtidens sundhedsvæsen. Kritikere er særligt at finde blandt de faglige organisationer og her især blandt de, der repræsenterer sundhedspersoner, der kan praktisere efter overenskomst med det offentlige.

3. Høringssvarene - specielle bemærkninger

3.1. Patientrettigheder i forbindelse med almen medicinske ydelser – herunder øget lovregulering

Dansk Selskab for Almen Medicin er bekymrede for ophævelse af kilometergrænsen i forhold til lægedækning og social ulighed i sundhed.

Danske Handicaporganisationer påpeger, at mange klinikker ikke er tilgængelige for personer med handicap og støtter op om de øgede krav til tilgængeligheden. Patienterne mangler retvisende information om tilgængeligheden til de enkelte klinikker og anbefaler, at klinikkerne bliver registreret af en ekstern samarbejdspartner, så man opnår en ensartet definition af tilgængelighed. DH foreslår, at "personer med særlige behov pga. et handicap" specifikt nævnes i forbindelse med regler om borgernes ret til ydelser, fx hjemmebesøg.

Danske Regioner opfordrer til, at det tydeliggøres, hvad de mange bemyndigelsesbestemmelser skal bruges til. DR forventer, som myndigheds- og budgetansvarlige for området at blive inddraget i bemyndigelsernes udmøntning.

KL finder det positivt, at lovforslaget fremhæver sygebesøg som en obligatorisk opgave og at 15 kilometergrænsen fjernes.

PLO finder, at listen over opgaver, ministeren kan fastsætte regler om, i princippet er ubegrænset, og at der dermed er givet adgang til detailregulering og fratagelse af lægernes mulighed for selv at tilrettelægge deres lægefaglige vurderinger. Organisationen mener at det bliver ministerens regler og ikke det lægefaglige hensyn, der vil definere opgavevaretagelsen i almen praksis.

Rådet for Social Udsatte påpeger, at mange socialt udsatte mennesker ikke har en alment praktiserende læge, og hvis de har en læge, er en del af dem ikke velkomne til at komme i konsultationen. Rådet finder, at det er en mangel i lovforslaget, at rammerne for at forbedre socialt udsattes sundhed ikke adresseres.

Ældre Sagen bemærker, at kilometergrænsen på 15 km. for at en læge må afvise en patient, fjernes. Denne ændring må efter foreningens opfattelse ikke resultere i en legitimering af, at den gennemsnitlige afstand fra borgernes hjem til egen læge bliver større i de områder, hvor det er svært at tiltrække læger. Ældresagen finder det fornuftigt at fjerne de praktiserende lægers mulighed for at afvise opgaver i forhold til i højere grad at kunne sikre fx hjemmebesøg eller medicingennemgang til patienter, der fagligt set vurderes at have behov herfor.

Det vil blive præciseret i bemærkningerne til hver enkelt bemyndigelsesbestemmelse, hvorledes og til hvilket formål, den tænkes udmøntet. Herunder vil det blive præciseret, hvordan almen praksis kan få nye opgaver, og at det fortsat er den enkelte læge, der tilrettelægger opgavevaretagelsen og driften i sin praksis.

Det vil blive præciseret i bemærkningerne, at 15 kilometergrænsen er bevaret idet den valgte læge ikke skal aflægge sygebesøg til patienter, der bor længere end 15 kilometer fra lægen, og at ministeren ikke via bekendtgørelse kan ændre dette.

Regeringens ønske om at sikre sygebesøg til patienter med behov herfor vil i det fremsatte lovforslag blive afspejlet i en bestemmelse, hvormed regionsrådet forpligtes til at yde vederlagsfrie lægebesøg i hjemmet.

3.2. Planlægning og samarbejde

Danmarks Apotekerforening finder det afgørende, at der ifm. udarbejdelsen af sundhedsaftaler og praksisplaner tages stilling til snitflader, opgavefordelinger og samarbejdsrelationer med de øvrige sundhedsaktører i det nære sundhedsvæsen, herunder apoteker.

Dansk Industri mener, at det er afgørende, at også de private aktører, der åbnes op for i lovforslaget, får sæde i de udvalg, der er med til at rådgive Praksisplanudvalget.

Dansk Psykolog Forening mener, at en afskaffelse af det paritetiske samarbejde vil være et tilbageskridt. Der er risiko for at regionerne ikke modtager de fornødne aktuelle oplysninger, der bør ligge til grund for at udarbejde en fremtidssikret praksisplan.

Dansk Selskab for Almen Medicin opfordrer til, at selskabet og Praktiserende Lægers Organisation får plads i Praksisplanudvalget. Og at selskabet får plads i Fagligt Rådgivningsudvalg.

Dansk Sygeplejeråd ser positivt på forslaget om at etablere et praksisplanudvalg, men finder det samtidig hensigtsmæssigt, at almen praksis også er repræsenteret i udvalget. Rådet støtter desuden etableringen af et patientinddragelsesudvalg.

Danske Patienter finder, at forslaget om at nedsætte et praksisplanudvalg rummer mulighed for at sikre bedre planlægning af det samlede sundhedsvæsen, men at udvalget bør suppleres med en repræsentant fra de praktiserende læger. Foreningen er desuden positiv over for forslaget om et etablere et patientinddragelsesudvalg.

Danske Ældreråd mener, at kommunale ældreråd bør være repræsenterede i patientinddragelsesudvalget.

Danske Fysioterapeuter finder, at lovforslaget indebærer en markant og unødigt svækkelse af samarbejdsmodellen, ligesom fordelene ved det ligeværdige forhold tilsidesættes fuldstændigt. Danske Fysioterapeuter finder ikke, at det tydeligt fremgår, hvilken beslutningskompetence der nu flyttes til ensidigt at være en myndighedsopgave. Foreningen finder, at det er forkert, at yderne på praksisområdet ikke skal deltage i arbejdet med praksisplanlægningen.

Danske Handicaporganisationer opfordrer til, at alle relevante bruger- og patientorganisationer bliver en del af det kommende Praksisplanudvalg. Organisationerne er meget positive over for forslaget om nedsættelse af patientinddragelsesudvalg i hver region og ser frem til at deltage i arbejdet.

Danske Regioner finder, at den nærmere indretning af udvalgsstrukturen og sammensætningen kan overvejes, men at den endelige beslutningsret for regionerne skal fastholdes under henvisning til det regionale myndighedsansvar.

Diabetesforeningen er enig i forslaget om at nedsætte et patientinddragelsesudvalg.

Foreningen af kommunale social- og sundheds- og arbejdsmarkedschefer finder, at forslaget til aftalestruktur mellem praksissektor, regioner og kommuner vil forbedre mulighederne for at implementere sundhedsaftaler, og finder det positivt, at der i lovforslaget lægges vægt på en styrkelse af sammenhængen mellem almen praksis og kommunerne.

KL finder, at de nye bestemmelser om praksisplanudvalg er en meget positiv nyskabelse. Det er positivt, at kommunerne bliver repræsenteret i udvalgene, og at de fremtidige praksisplaner ud over at fastlægge kapacitet og den fysiske placering af klinikkerne også går tættere på de opgaver, de praktiserende læger skal løse. KL finder det endvidere positivt, at lovforslaget sigter på at løse de udfordringer, der er i forhold til tilgængelighed, medicin håndtering, sygebesøg og besøg til patienter, der opholder sig på kommunale tilbud.

KL anbefaler, at lægerne kan deltage i planlægningen på samme måde som på fysioterapiområdet, hvor kommuner og regioner i fællesskab udarbejder en praksisplan, som herefter diskuteres med fysioterapeuterne. KL støtter, at en større del af overenskomsten skal udmøntes lokalt gennem aftaler, der kan medvirke til at skabe mere sammenhæng i sundhedsindsatsen.

Kræftens Bekæmpelse finder det naturligt med en større kommunal indflydelse på planlægningen af almen praksis og at det på tilsvarende måde bør sikres, at regioner og almen praksis får forpligtende indflydelse på den kommunale planlægning på sundhedsområdet, så der sikres sammenhæng. Foreningen understreger samtidig vigtigheden af, at perspektivet på sundhedsvæsenets effektivitet og funktion ikke alene bliver baseret på sygehusenes erfaringer.

Kræftens Bekæmpelse finder, at det foreslåede praksisplanudvalg er for snævert sammensat og derfor ikke afspejler den nødvendige faglighed eller indsigt i den kontakt, som almen praksis har med borgerne. Foreningen anbefaler derfor, at praksisplanudvalget suppleres med faglig repræsentation fra almen medicin.

Kræftens Bekæmpelse foreslår, at det foreslåede faglige rådgivningsudvalg bliver et udvalg, der sammensættes af især sundhedsfaglige personer fra almen praksis, fra relevante sygehusspecialer og fra kommunerne med henblik på at rådgive om tiltag, der vil fremme et bedre og mere sammenhængende sundhedsvæsen. Foreningen er samtidig af den opfattelse, at det bør være en særlig opgave for udvalget at komme med forslag til, hvordan sygehusene kan understøtte almen praksis og herunder bidrage til effektive patientforløb.

Kræftens Bekæmpelse er tilfreds med regeringens prioritering af patient- og pårørende inddragelsen gennem nedsættelsen af patientinddragelsesudvalget i regionerne.

Lægeforeningen finder det beklageligt, hvis der ikke findes en forhandlingsløsning på konflikten mellem regioner og almen praksis, da det aftalebaserede samarbejde mellem praksissektoren og de offentlige aktører har fungeret godt for en række selvstændige sundhedsprofessionelle i en årrække. Lægeforeningen finder det

uforståeligt, at det reelt kun er den ene part, der fortolker, hvordan samarbejdet skal foregå.

Lægeforeningen efterlyser en samlet vision for almen praksis og savner svar på, hvordan samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og praksissektoren skal foregå.

Lægeforeningen mener, at det er vigtigt at kapacitetsplanlægningen, herunder uddannelseskapaleteten i sundhedsvæsnnet inddrager alle sektorer.

PLO anfører, at almen praksis fratages al reel indflydelse, når planlægningen af almen praksis tages ud af det paritetiske system og overføres til praksisplanudvalget, hvor almen praksis ikke er repræsenteret. PLO peger endvidere på, at regionernes pligt til efter lovforslaget at kontrollere og sanktionere, hvis yderne ikke leverer aftalte opgaver til aftalte pris forkaster det hidtidige paritetiske samarbejdssystem, hvorved lægerne fratages en ankemulighed, og de vil, hvis de er uenige i regionens afgørelse, være nødsaget til at indbringe sagerne for domstolene. PLO peger på, at i og med regionen ikke længere har pligt til at inddrage repræsentanter for almen praksis i behandlingen af sager om afvigende ydelsesmønster, er der risiko for fejl i sagsbehandlingen og forkerte afgørelser, og dermed er retssikkerheden for den enkelte læge forringet.

Tandlægeforeningen efterlyser en præcisering i lovforslaget af, hvorvidt beskæringen af det nuværende samarbejdsudvalgs kompetence for de praktiserende tandlæger vil medføre bortfald af overenskomstparternes ret til at fortolke parternes overenskomst.

Ældre Sagen mener, at lægerne bør være repræsenteret i det foreslåede praksisplanudvalg, men at regionerne – som foreslået – skal have den endelige beslutningskompetence. Dog skal regionerne ifølge foreningen ikke egenhændigt kunne vedtage restriktioner i forhold til lægers aktiviteter, hvis lægen ikke lever op til faglige retningslinjer m.v.

Ældresagen er positiv over for forslaget om at etablere et patientinddragelsesudvalg, men foreslår af udvalgets titel ændres til: "Patient- og brugerinddragelsesudvalg". Desuden efterlyser foreningen at intentionerne om brugerinddragelse på individniveau, som omtalt i regeringens sundhedspolitiske udspil, overføres til lovforslaget. Det foreslås på den baggrund, at der stilles krav om individuelle forløbsplaner til patienter, der har brug for en koordineret indsats mellem region, kommune og almen praksis.

I det lovforslag, der fremsættes, får de praktiserende læger 3 pladser i praksisplanudvalget. Det fastholdes, at der tilstræbes enighed, men såfremt det helt undtagelsesvist ikke kan opnås, har regionen det endelige ord. Det faglige rådgivningsudvalg tages derfor ud af lovforslaget, men samtidig forudsættes det i bemærkningerne, at regionen på samme måde, som man har gjort for at kvalificere arbejdet i sundhedskoordinationsudvalgene, etablerer en organisation, hvor praksisplanudvalget kan få rådgivning fra fagpersoner repræsenterende almen praksis (Dansk Selskab for Almen Medicin og PLO), relevante sygehusspecialer og kommunerne.

Af de indledende bemærkninger til lovforslaget fremgår, at regeringen vil igangsætte et arbejde hvor de relevante myndigheder, eksterne parter og faglige miljøer

arbejder videre med modeller, der sikrer, at almen praksis også fremover udvikler sig i takt med det øvrige sundhedsvæsen. I det lovforslag, der fremsættes, præciseres det, at de praktiserende læger – både PLO og DSAM - deltager i dette arbejde om visioner for almen praksis, og det tilføjes, at arbejdet bl.a. skal se på hvorvidt den nuværende samarbejdsorganisation, hvor samarbejdsudvalgenes afgørelseskompetence ift. lægers overholdelse af overenskomsten bevares, bedst muligt understøtter ønsket om effektiv ressourceanvendelse og –styring.

3.3. Nye organisationsformer i almen praksis

Advokatrådet finder det retssikkerhedsmæssigt betænkeligt, at lovforslaget ikke indeholder en mere udførlig regulering af, i hvilke situationer og på hvilke vilkår regionerne kan opkøbe eksisterende praksis. Rådet efterlyser i den forbindelse vejledning i lovforslagets bemærkninger om omstændighederne og vilkårene for regionernes opkøb af eksisterende praksis, herunder om regionernes opkøb forudsætter frivillighed – og i så fald om opkøbet sker til handelsværdi eller på andre vilkår – eller om der kan blive tale om et tvungent salg (ekspropriation).

Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker fremhæver det som afgørende, at konkurrence mellem offentlige og private sker på lige vilkår, og at det fremgår af loven, ligesom det skal fremgå – if. foreningen – at regionernes afgivelse af bud sidestilles med kontrolbud og dermed er omfattet af de normale regler, der er fastsat på området. Endelig finder foreningen det vigtigt, at regionerne og de private aktører kan indgå længerevarende – eksempelvis mere end 4 år - samarbejder.

Danmarks Apotekerforening finder det afgørende, at der er begrænsninger i ejerforholdene, da lægeklinikker, ejet af private aktører, ikke giver samme sikkerhed for, at lægens rådgivning er uvildig og uafhængig af private interesser. Foreningen finder det endvidere afgørende, at patienterne sikres kontinuitet og sammenhæng i behandlingen, hvilket efter foreningens mening betyder, at der bør være sikkerhed for én fast praktiserende læge, som er omdrejningspunktet og hovedansvarlig for patientens samlede behandling i sundhedsvæsenet.

Dansk Erhverv mener, at lovgivningen skal åbne op for tilførsel af yderligere privat kapital i almen praksis fx gennem partnerskaber /selskabsdannelser mellem praktiserende læger og andre private virksomheder og også åbne op for, at private virksomheder kan drive almen praksis og købe ydernumre uden, at almen praktiserende læger er en del af ejerkredsen og der med kapitalindskyder i virksomheden. Private virksomheder skal ligesom lægerne kunne eje op til 6 ydernumre.

Dansk Industri støtter, at andre private aktører end speciallæger i almen medicin kan byde ind på opgaven med drift af almen praksis. Større private aktører vil kunne tilføre sektoren den nødvendige kapitalindsprøjtning, der giver mulighed for investering i moderne laboratorie- og behandlingsudstyr, ansættelse af mere hjælpepersonale og fysiske rammer, der muliggør samarbejde med andre sundhedspersoner.

Dansk Industri anfører, at det er en afgørende forudsætning for, at private aktører kan forbedre lægedækningen i yderområderne, at et selskab kan erhverve et eller flere ydernumre i selskabskonstruktion, og at den nuværende begrænsning i overenskomsten for privat ejerskab af almene lægeselskaber ændres. Dansk Industri anfører endvidere, at der skal opstilles enslydende kriterier for udbud i de fem regioner, således at der ikke er forskellige vilkår for at byde på opgaverne i de enkelte regioner. Faste kriterier skaber fair konkurrence

Dansk Selskab for Almen Medicin mener, at der skal være et lægebetjent sundhedstilbud tæt på borgeren. Selskabet anfører, at antallet af speciallæger om fem år begynder at stige. Selskabet anbefaler derfor, at alle nye organisationsformer gøres tidsbegrænsede, så nyuddannede speciallæger i almen medicin også fremover vil få mulighed for at overtage en klinik.

Dansk Sygeplejeråd finder det uhensigtsmæssigt, at regionerne kun kan etablere en regional praksis, hvis der har været afholdt et udbud, hvor ingen private har deltaget eller fået opgaven. Dermed påtvinges det offentlige at vælge en privat løsning, hvor der med fordel kunne tages afsæt i allerede eksisterende kompetencer og ressourcer i sundhedsvæsenet.

Danske Patienter er positiv over for forslaget om at praktiserende læger skal kunne eje og drive på til 6 lægepraksis, og at regionerne skal kunne indgå aftaler med private leverandører om drift af praksis eller selv etablere klinikker. Foreningen finder dog ikke, at der er noget fagligt eller driftsøkonomisk argument for at pålægge regionerne at udbyde ydernumre til private aktører, før det eventuelt selv etablerer regionale klinikker. Herudover finder Danske Patienter, at private aktører, der driver en praksis, skal ansætte speciallæger med almenmedicinsk speciallægeuddannelse, ligesom det bør sikres, at virksomheder eller fonde, der er ejet af fx medicinalvirksomheder, ikke kan eje praksis.

Danske Regioner ønsker, at de lovgivningsmæssige rammer giver regionerne mulighed for at løse akutte lægedækningsproblemer ved fx lægens død. De ønsker, at regionsdrevne klinikker kan etableres uden tidsbegrænsning. De ønsker endvidere, at regionerne får forkøbsret til lægeklinikker, der udbydes med henblik på genbesættelse, så de kan anvendes til at realisere sundhedsplanlægningen.

KL finder, at de nye muligheder for andre organisationsformer med udbud og nye ejerkonstruktioner samlet set vil styrke kommunernes og regionernes mulighed for at tilvejebringe en god lægedækning. KL finder, at det er afgørende, når lovforslaget anviser, hvilken rækkefølge der er i forhold til, hvornår nye organisationsformer kan bringes i anvendelse.

Kræftens Bekæmpelse finder ikke, at der er noget fagligt eller driftsøkonomisk argument for, at regionerne først skal udbyde ydernumre til private aktører før regionen selv, kommunen eller regionen og kommunen i fællesskab etablerer regionale klinikker. Det eneste hensyn som regionerne ifølge foreningen bør være forpligtede på, er at sikre et velfungerende sundhedsvæsen tæt på borgerne. Endelig finder foreningen, at det bør præciseres i lovgivningen, at offentlige og private aktører skal ansætte læger med almenmedicinsk speciallægeuddannelse, ligesom det ifølge foreningen bør sikres, at den virksomhedsansvarlige læge bør være speciallæge i almen medicin.

Organisationen af Lægevidenskabelige selskaber finder det meget væsentlig at være opmærksom på, at landets borgere skal sikres et behandlingstilbud af ensartet høj kvalitet, uanset i hvilken organisationsform, dette behandlingstilbud finder sted. Der bør if. selskabet være særlig opmærksomhed på, at borgere i landsdele, hvor nye organisationsformer måske er mere sandsynlige end andre steder, ikke oplever et fald i kvaliteten eller en faglig praksis, der adskiller sig væsentlig fra andre steder i landet. Organisationen gør endelig opmærksom på, at antallet af speciallæger i almen medicin forventes at stige indenfor en 5-årig periode og anbefaler, at man tager højde for dette når man planlægger i de områder af landet, der har problemer med lægedækning.

PLO finder at konstruktionen, hvor en læge kan eje mere end 6 ydernumre indebærer en risiko for, at man giver køb på stabilitet og kontinuitet og svækker kvalite-

ten i patientbehandlingen. PLO efterlyser en afklaring af, hvor mange lægekapaciteter de op til 6 ydernumre kan dække over.

PLO mener, at lovforslaget med de nye muligheder for, at andre end praktiserende læger kan drive almen praksis-klinikker afgørende bryder med den kendte struktur, og at det vil gå ud over den hidtidige stabilitet og kontinuitet. F.eks. viser erfaringen med regionsdrevne klinikker en hyppig udskiftning i bemanningen og dermed manglende kontinuitet i patientbehandlingen. PLO efterlyser krav om, at læger der ansættes hos private aktører, skal have en almenmedicinsk speciallægeuddannelse.

Ældre Sagen støtter forslaget om at regionerne gives bedre muligheder for i større omfang at sikre tilstedeværelsen af praktiserende læger overalt i landet, men finder det vigtigt, at sikre, at klinikkerne er bemandede af speciallæger i almen medicin.

I bemærkningerne vedr. nye organisationsformer præciseres det, at regionerne ikke kan "tvangsopkøbe" (ekspropriation), ikke har forkøbsret og ikke kan tvangsflytte praksis. Og at private aktører ikke kan eje et ydernummer. Omfanget af lægekapaciteter hos en læge, der ejer mere end et ydernummer vil endvidere blive præciseret i bemærkningerne. Og endelig vil det blive præciseret, at alle leverandører skal levere ydelser af kvalitet, herunder have en ansvarlig læge med speciale i almen medicin.

Der vil i det fremsatte lovforslag blive en hjemmel for regionerne til - når en praktiserende læge med kort varsel overdrager sit ydernummer til regionen, eller hvis lægen dør, og der ikke er kapacitet hos andre læger til at passe patienterne - at sikre patienterne adgang til almen medicinske ydelser i en kortere periode, indtil en ny læge har etableret sig eller praksisdriften efter udbud er genetableret.

3.4. Registrering og adgang til data fra praksis

Danmarks Apotekerforening finder det naturligt, at der til brug for planlægnings- og styringsmæssige formål i regionen kan stilles krav til lægerne om indberetning af kvantitative oplysninger om patientkontakter m.v. I forbindelse med fastlæggelsen af de konkrete krav til indberetningen finder foreningen det dog afgørende, at værdien og anvendelsen af indberetning af konkrete oplysninger nøje afvejes i forhold til det tidsforbrug, som lægerne skal anvende til indberetningen, så det sikres, at der kun skal foretages indberetning af oplysninger som i høj grad bidrager til at styrke grundlaget for regionernes planlægnings- og styringsopgave i relation til almen praksis samt styrkelse af kvaliteten og sammenhængen i behandlingen

Dansk Erhverv støtter lovforslagets ambition om at sikre kvalitet og datafangst i fra almen praksis og finder, at det kan bidrage til større viden om de samlede patientforløb og dermed sikre indsigt i, hvordan samfundet opnår mest mulig sundhed for pengene.

Dansk Psykolog Forening anfører, at det allerede fremgår af praksisoverenskomsten om psykologhjælp, at regionen kan sikre sig viden til brug for planlægning, kvalitetssikring og kontrol samt de informationer, som regionen skal bruge for at kunne udarbejde en praksisplan. Foreningen finder derfor ikke behov for at lovgive på dette område.

Dansk Selskab for Almen Praksis anfører, at patientens tillid til læge-patientforholdet skal sikres. Data på patientniveau må ikke offentliggøres, og kvalitetsdata må ikke benyttes til kontrol.

Danske Bioanalytikere peger på, at det er vigtigt, at der formuleres ensartede kvalitetskrav til patientdata på tværs af sygehuse, almen praksis og kommuner.

Danske Patienter vurderer, at en større indsigt i almen praksis vil gavne kvalitetsarbejdet og være med til at sikre et bedre grundlag for kvalitetsudvikling af et samlet sundhedsvæsen. Dog understreges det, at de flere registreringsopgaver og de fremtidige krav til effektiviseringer skal ske under hensyntagen til, at kerneydelsen i almen praksis er kommunikation med patienten.

Danske Fysioterapeuter konstaterer, at praktiserende sundhedspersoner pålægges pligt til at afgive oplysninger, som er nødvendige for myndighedens varetagelse af opgaver med planlægning, kvalitetssikring, kontrol af udbetalte tilskud. Foreningen forudsætter, at fysioterapeuterne vil blive kompenseret for eventuelle administrative omkostninger i forbindelse med afgivelse af oplysninger.

Danske Regioner lægger vægt på, at forslaget indebærer større gennemsigtighed i almen praksis aktiviteter og sikrer et datagrundlag til brug for planlægning og kvalitetsudvikling. Data fra praksisdelen mangler i øjeblikket og udgør et "efterslæb" i forhold til sundhedsmyndighedernes dokumentation af det samlede patienttilbud. Danske Regioner anfører, at registrering af henvendelsesårsag og indberetning til kvalitetsdatabasen via datafangst vil forbedre tilrettelæggelsen af sammenhængende og effektive patientforløb. Regionerne har mange års erfaring med at håndtere personfølsomme oplysninger og med kryptering af data i forbindelse med analyse af patientforløb på cpr-nummer niveau.

Det Ethiske Råd anfører, at den foreslåede bemyndigelse til ministeren til at fastsætte nærmere regler om kodning og datafangst, herunder om pligten til at stille data til rådighed for regionerne, rejser nogle spørgsmål om, hvor langt man bør gå med styring, kontrol og effektivisering, når man giver adgang til patientdata i det fortrolighedsrum, hvor borgerne kan komme med deres bekymringer af helbreds-mæssig karakter.

Foreningen af kommunale social- og sundheds- og arbejdsmarkedschefer ser positivt på forslaget om data fra almen praksis deles med regionerne, men finder samtidig, at der bør gives mulighed for at dele data direkte mellem de praktiserende læger og den enkelte kommune med henblik på at understøtte samarbejdet og øget kvalitet i de tværgående borgerforløb.

Kræftens Bekæmpelse mener at der er et stort behov for, at alle dele af kræftpatientens forløb kan monitoreres også den del, som foregår i almen praksis. Foreningen finder dog, at det i loven bør understreges, at der ikke med loven ændres på adgangen til personhenførbare data.

Lægeforeningen finder ikke, at bestemmelserne om udveksling af data til brug for planlægning, kvalitetssikring og kontrol vil medvirke til at udvikle sundhedsvæsenet i den ønskede retning.

PLO mener, at lovforslaget pålægger lægerne at kode alle henvendelser, såvel fysiske og elektroniske og uanset henvendelsesårsag, og i lyset af, at der er 37 mio. henvendelser i almen praksis årligt vil tiden hertil gå fra selve patientkontakten. Organisationen finder det dybt problematisk for patienternes krav på fortrolighed, såfremt tanken er, at regionen skal have adgang til patientjournaler og andre personfølsomme data.

Rådet for Digital Sikkerhed opfordrer til, at det indføres i bemærkningerne til lovforslaget, at regionsrådene alene kan kræve patientoplysninger indberettet, når det er nødvendigt og proportionalt i forhold til at forbedre effekten af sundhedsydelser.

Rådet opfordrer desuden til, at der udarbejdes klare retningslinjer for krav til den kryptering, der anvendes, hvem i regionernes organisation, der kan få adgang til data, og hvem der kan autorisere, at oplysningerne dekrypteres. Endelig opfordrer rådet til, at patienters personlige sundhedsoplysninger kun overføres fra de alment praktiserende læger til regionerne i et omfang og på en måde, der sikrer, at oplysningerne ikke kan henføres til den enkelte borger.

Tandlægeforeningen sætter spørgsmålstejn ved behovet for at praktiserende tandlæger stiller oplysninger om deres virksomhed, herunder om aktivitet, omkostninger og ressourceanvendelse, til rådighed for regionerne med henblik på kontrol af udbetalte honorarer, henset til at tandlægerne driver virksomhed med et minimalt patienttilskud.

Ældre Sagen er positiv over for forslaget om at sikre øget gennemsigtighed i og synlighed af kvaliteten i almen praksis via en øget adgang til kvalitetsdata, men lægger samtidig vægt på, at data behandles i overensstemmelse med persondatalovens regler og alene for at sikre kvalitetsudvikling i praksis, region eller kommune.

I det lovforslag, der fremsættes, præciseres det i bemærkningerne, at der er tale om de registreringer og kodninger, almen praksis allerede foretager, og at evt. udvidelser skal aftales med de praktiserende læger. I den sammenhæng nævnes, at der i forbindelse med det arbejde – nævnt i de indledende bemærkninger – regeringen vil igangsætte om modeller til sikring af almen praksis' udvikling i takt med det øvrige sundhedsvæsen vil blive set på mulighederne for yderligere sikring af viden og indsigt i almen praksis. Den almenmedicinske faglighed vil blive repræsenteret i dette arbejde.

For så vidt angår deling af data mellem almen praksis og regionen, vil det blive præciseret, at regionerne som myndigheds- og finansieringsansvarlige og som ansvarlige for at skabe sammenhæng i indsatsen for patienterne vil få adgang til relevante data, og at denne adgang vil følge de sædvanlige persondataregler, herunder om anonymisering og dekryptering, på samme måde som det i dag er tilfældet med regionernes adgang til sygehusdata.

Med disse præciseringer imødegås dels bekymringen om, at registreringer tager tid fra patientbehandlingen, dels bekymringen om, at datadeling vil ødelægge tillidsforholdet mellem lægen og patienten.

Derudover vil det i bemærkningerne blive omtalt, at man fremadrettet i overensstemmelse med regeringens sundhedspolitiske udspil og som led i en ny digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet gennem lovgivning bl.a. vil sikre deling af opdaterede patientoplysninger mellem alle relevante parter – herunder de praktiserende læger - med henblik på effektive, sammenhængende patientforløb.

Endelig fremgår det af de indledende bemærkninger, at regeringen vil igangsætte et arbejde hvor de relevante myndigheder, eksterne parter og faglige miljøer arbejder videre med modeller, der sikrer, at almen praksis også fremover udvikler sig i takt med det øvrige sundhedsvæsen. I det lovforslag, der fremsættes, præciseres det, at de praktiserende læger – både PLO og DSAM - deltager i dette arbejde om visioner for almen praksis, og det tilføjes, at arbejdet bl.a. skal se på, hvorledes registrering, data-adgang og –deling, it-kommunikation mv. bedst understøtter udviklingen i almen praksis og sammenhængen til det øvrige sundhedsvæsen.

3.5. Kvalitet og sammenhængende forløb

Dansk Psykolog Forening ser ikke behov for at lovgive i forhold til ønsket om at kvalitetssikre de honorarbetalte ydelser, da det allerede er dækket af overenskomsten.

Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin (DSMM) er bekymret for regionernes mulighed for afgørende indflydelse på den enkelte læges valg af delvis subspecialisering, når de skal vurdere lægens efteruddannelsesoplysninger. Selskabet finder det således bekymrende, hvis regionerne får ret til at kræve et ændret efteruddannelsesmønster og dermed kan forhindre, at enkelte læger vælger at dygtiggøre sig på særlige interesseområder. Det foreslås på den baggrund, at regionerne afskæres herfra.

Danske Handicaporganisationer er enig i vurderingen af behovet for styrket sammenhæng mellem almen praksis og kommunerne. Organisationerne mener, at forløbsprogrammer og kliniske retningslinjer vil forbedre kvaliteten i sundhedsvæsenet.

Danske Patienter finder det meget positivt at de praktiserende læger med lovforslaget forpligtes til at følge nationale kliniske retningslinjer og pakkeforløb.

Kræftens Bekæmpelse anfører, at man finder det betydningsfuldt, at det sikres, at alle patienter behandles i hele forløbet i overensstemmelse med den bedste evidens, herunder de faglige retningslinjer. Foreningen peger i den forbindelse på, at det ikke er hensigtsmæssigt, hvis de praktiserende læger skal arbejde med kommunespecifikke sundhedsaftaler, bl.a. fordi praktiserende læger har patienter i forskellige kommuner.

Lægeforeningen finder det overflødigt i lovforslaget at fastsætte, at lægerne skal udøve deres virksomhed i overensstemmelse med opdateret viden og nationale faglige retningslinjer, pakkeforløb mv., da lægerne allerede har disse faglige forpligtelser i medfør af Sundhedsstyrelsens vejledninger og bekendtgørelser. Lægeforeningen mener, at man i stedet i langt højere grad bør udvikle CPD "continued professional development"

PLO mener, at lovforslaget giver kommuner og regioner ubegrænset adgang til at pålægge almen praksis nye opgaver i sundhedsaftaler og forløbsprogrammer, og at lægerne er forpligtede efter lovforslaget til at udføre disse opgaver. Samtidig tager loven, if. PLO ikke højde for, at der er helt nødvendigt, at almen praksis inddrages i planlægningen af patientforløb, herunder sundhedsaftaler og forløbsprogrammer.

Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber opfordrer til, at forskning i primær sektor ikke underprioriteres, idet det bl.a. også vil falde i meget dårlig tråd med forslaget om at forpligte lægerne til at udøve virksomhed i overensstemmelse med opdateret viden mv.

Pharmadanmark er af den opfattelse, at de medicineringsproblemer, der opstår ved sektorovergange bedst kan adresseres, hvis man i højere grad inddrager de lægemiddelkyndige i sektorovergange. Foreningen bemærker endvidere, at apotekernes rolle i løsning af sundhedsopgaver i forbindelse med sektorovergange bør ekspliciteres.

Efter lovforslaget skal det nye praksisplanudvalg planlægge tilrettelæggelsen af almen praksis i sammenhæng med det øvrige regionale og kommunale sundhedsvæsen. Det skal dels stå for den fysiske planlægning – lægedækning – dels den mere indholdsmæssige i relation til fx sundhedsaftaler om udskrivningsforløb for ældre medicinske patienter. I det lovforslag, der fremsættes, får de praktiserende læger 3 pladser i praksisplanudvalget. Det forudsættes i bemærkningerne, at regionen på samme måde, som man har gjort for at kvalificere arbejdet i sundhedskordinationsudvalgene, etablerer en organisation, hvor praksisplanudvalget kan få rådgivning fra fagpersoner repræsenterende almen praksis (DSAM og PLO), relevante sygehuspecialer og kommunerne. Det præciseres i bemærkningerne, at - hvis en opgave af praksisplanudvalget beskrives som en opgave for de praktiserende læger - vil det efterfølgende kræve implementering i en aftale med lægerne herunder om evt. ressourcer til opgaven.

Det vil i bemærkningerne blive nævnt, at regeringen i forbindelse med lovens ikrafttræden vil igangsætte – i regi af Sundhedsstyrelsen og med deltagelse af relevante parter – udarbejdelsen af en vejledning om praksisplanudvalget og praksisplanen. Det beskrives herunder, at dette arbejde kan bl.a. ses som led i den rådgivningsforpligtelse som Sundhedsstyrelsen har i forbindelse med udarbejdelsen af hhv. sundhedsplaner og specialeplaner, og som nu også omfatter praksisplaner.

3.6. Fastsættelse af regler om vilkårene for ydelser i en overenskomstløs periode

Dansk Psykolog Forening finder, at det er vigtigt, at en indgriben i parternes manglende forhandlingsfremgang sker, så parterne fortsat gives mulighed for at genoptage forhandlingen. Foreningen mener, at ministeren derfor alene i force majeure situationer bør kunne udnytte hjemlen til at fastsætte regler i en overenskomstfri periode. Foreningen finder desuden, at bemyndigelsen til at kunne nedsætte honorarerne i tilfælde af væsentlig øget aktivitet, der ikke kan forklares med øget behov for sundhedsydelser, bør tages ud af lovforslaget.

Danske Fysioterapeuter ser gerne, at det i lovforslaget præciseres, at den af ministeren fastsatte økonomiske ramme, hvis den videreføres i en overenskomstfri periode, fortsat som minimum skal reguleres i henhold til de elementer, som indgår i økonomiprotokollatet i overenskomsten inden den overenskomstløse periode. Foreningen mener ikke, at en ophævelse af reguleringsordningen i en overenskomstløs periode vil være i overensstemmelse med Højesteretsdom i sag 253/2007.

KL finder det hensigtsmæssigt, at der med lovforslaget ændres på muligheden for at agere i tilfælde af konflikt på praksisområderne. KL vurderer, at de nye muligheder i lovforslaget vil minimere risikoen for fremtidige konflikter og medføre at evt. fremtidige konflikter vil blive af kortere varighed.

PLO påpeger, at ministeren i en overenskomstløs periode får udvidede beføjelser og kan fastsætte, at det alene er de praktiserende sundhedspersoner, der kommer til at bære de økonomiske konsekvenser af en konflikt. If. PLO forskydes den hidtidige balance mellem aftaleparterne dermed, og den frie aftaleret er i realiteten fjernet.

Høringssvarene har ikke på dette område givet anledning til ændringer af lovforslaget.

3.7. Videreførelse af vilkår for alment medicinske ydelser i en overgangsperiode

Danske Regioner påpeger, at den økonomiske ramme, der fastsættes i lovforslaget er for høj og skal nedjusteres.

Farmakonomforeningen bemærker, at det er tvingende nødvendigt at der tages hensyn til apotekernes mulighed for at kontrollere recepter og komme i kontakt med de alment praktiserende læger om konkrete receptspørgsmål under en eventuel konflikt mellem PLO og Danske Regioner.

PLO påpeger, at ikrafttrædelsesbestemmelserne giver ministeren mulighed for før 1. september 2014 at ophæve forlængelsen af overenskomsten og pålægge lægerne nye opgaver, hvortil der – i og med at økonomiprokollatet er genindført pr. 1. september 2013 – ikke følger ressourcer.

Tandlægeforeningen finder umiddelbart at forslaget om, at ministeren i en overenskomstløs periode, for at sikre, at borgerne ikke bliver udsat for en større egenbetaling, end tilfældet ville være efter overenskomst, ikke harmonerer med gældende konkurrence- og udbudsretlige regler. Foreningen sætter desuden spørgsmålstegn ved, om forslaget er i overensstemmelse med grundlovens §§ 73 og 74 samt Den Europæiske Menneskerettighedskonventions artikel 11 om ekspropriation.

Høringssvarene har ikke på dette område givet anledning til ændringer af lovforslaget.

3.8. Erstatningspligt for patientskader

Danske Handicaporganisationer er positivt indstillet over for forslaget om at de private sygehuse, klinikker og speciallægepraksisser får et økonomiske medansvar for patientskadeerstatningsordningen.

Forsikring & Pension støtter forslaget om, at speciallæger med speciale i almen medicin, der ikke yder vederlagsfri behandling efter sundhedsloven eller regler fastsat i medfør heraf, på linje med private sygehuse, klinikker og speciallægepraksisser skal tegne forsikring til dækning af egne patientskader.

Herudover har Forsikring & Pension anført, at man er usikker på, om formuleringen ”som ikke yder vederlagsfri behandling...” skal forstås helt bogstaveligt, nemlig at speciallæger med speciale i almen medicin kun er omfattet af erstatnings- og forsikringspligten, hvis de overhovedet ikke yder vederlagsfri behandling, jf. sundhedslovens § 60, stk. 1, efter sundhedsloven eller regler fastsat i medfør heraf.

Endelig har Forsikring & Pension anført, at det ikke er realistisk, at forsikringselskaberne kan have et forsikringsprodukt klar til de læger, som omfattes af lovforslaget, den 1. juli 2013. Desuden er det anført, at det – for at forsikringselskaberne kan tage stilling til, om de vil udbyde forsikringerne – er nødvendigt at få opdateret bekendtgørelsen nr. 403 af 17. april 2013 om forsikringspligtens gennemførelse. I den forbindelse påpeger Forsikring & Pension særligt på, at speciallæger omfattet af lovforslaget bør tilføjes som en ny og tredje kategori af forsikringspligtige i bekendtgørelsen.

Ikrafttrædelsen af lovforslagets § 2 for så vidt angår forsikringsforpligtelsen udskydes til 1. september 2013, hvor første del af lovforslaget træder i kraft.

Ministeriet vil snarest påbegynde arbejdet med en opdatering af bekendtgørelsen om forsikringspligtens gennemførelse, herunder indgå i en dialog med Forsikring & Pension herom.

Herudover præciseres det i lovforslaget, at det er speciallægepraksisser med speciale i almen medicin, som ikke virker efter overenskomst, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, jf. § 60, stk. 1, som har pligt til at yde erstatning og forsikre sig for skader efter behandling, undersøgelse el. lign., som er betalt direkte uden om det offentlige sundhedsvæsen.

4. Kommentarer fra borgere

De kommentarer til høringen, som Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har modtaget fra borgere, hovedsageligt læger herunder to lokalafdelinger af PLO, vedrører følgende hovedtemaer i lovforslaget:

- Sammensætningen af praksisplanudvalg og den foreslåede adgang for regionerne til at træffe beslutning om den endelige udformning af praksisplanen i tilfælde, hvor det ikke er muligt at opnå enighed blandt udvalgets medlemmer.
- De foreslåede bemyndigelser til ministeren til udstedelse af regler om borgernes ret til almenmedicinske ydelser og valg af læge.
- Forslaget om at pålægge lægerne at indsende oplysninger om deres virksomhed til regionerne med henblik på planlægning, kvalitetssikring og kontrol.
- Forslaget om at private aktører under visse omstændigheder skal kunne drive klinikker.
- Adgangen for regionsrådene til at opkøbe ydernumre som led i praksisplanlægningen.

Da disse temaer også er berørt i de svar, som er modtaget fra høringsparterne, skal Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse henvise til de af ministeriet hertil anførte bemærkninger.