



Til lovforslag nr. L 227

Folketinget 2012-13

Betænkning afgivet af Sundheds- og Forebyggelsesudvalget den 21. juni 2013

Betænkning

over

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

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

[af ministeren for sundhed og forebyggelse (Astrid Krag)]

1. Ændringsforslag

Der er stillet 12 ændringsforslag til lovforslaget. Ministeren for sundhed og forebyggelse har stillet ændringsforslag nr. 1, 2, 10 og 11. Dansk Folkeparti og Det Konservative Folkeparti medlemmer af udvalget har stillet ændringsforslag nr. 3-6, 8, 9 og 12. Enhedslistens medlemmer af udvalget har stillet ændringsforslag nr. 7.

2. Udvalgsarbejdet

Lovforslaget blev fremsat den 28. maj 2013 og var til 1. behandling den 3. juni 2013. Lovforslaget blev efter 1. behandling henvist til behandling i Sundheds- og Forebyggelsesudvalget.

Møder

Udvalget har behandlet lovforslaget i 4 møder.

Høring

Et udkast til lovforslaget har inden fremsættelsen været sendt i høring, og ministeren for sundhed og forebyggelse sendte den 3. maj 2013 dette udkast til udvalget, jf. SUU alm. del – bilag 279. Den 28. maj 2013 sendte ministeren for sundhed og forebyggelse de indkomne høringssvar og et notat herom til udvalget.

Skriftlige henvendelser

Udvalget har i forbindelse med udvalgsarbejdet modtaget skriftlige henvendelser fra:

Christian Carstensen, Allerød,

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM),

En gruppe af tidligere chefer og nøglemedarbejdere fra Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed (DAK-E) og Dansk AlmenMedicinsk Database (DAMD),

De praktiserende læger på Bornholm,

Poul Michael Fanøe, Herlev,

Forsikring & Pension,

Hans Holmsgaard, Thyborøn,

Gunver Lillevang, Roskilde,

A. M. N.,

Monique Nielsen, Næstved,

Praktiserende Lægers Organisation (PLO),

Henrik Schaumburg, Sønderborg,

Pernille Vieht, Ry, og

Frantz Vogel, København

Ministeren for sundhed og forebyggelse har over for udvalget kommenteret de skriftlige henvendelser til udvalget.

Deputationer

Endvidere har Praktiserende Lægers Organisation (PLO) mundtligt over for udvalget redegjort for deres holdning til lovforslaget.

Spørgsmål

Udvalget har stillet 105 spørgsmål til ministeren for sundhed og forebyggelse til skriftlig besvarelse, som denne har besvaret. Nogle af disse spørgsmål og ministerens svar herpå er optrykt i bilag 2 til betænkningen.

3. Indstillinger og politiske bemærkninger

Et flertal i udvalget (V, S, RV og SF) indstiller lovforslaget til *vedtagelse* med de af ministeren for sundhed og forebyggelse stillede ændringsforslag.

Socialdemokratiets, Radikale Venstres og Socialistisk Folkeparti medlemmer af udvalget bemærker, at samarbejde og sammenhæng i sundhedsvæsenet er en afgørende forudsætning for, at borgerne oplever god behandling. En af sundhedsvæsenets vigtige aktører er den praktiserende læge, ikke mindst for patienter med kronisk sygdom og ældre, me-

dicinske patienter. Den praktiserende læge er nemlig det centrale omdrejningspunkt, når det handler om at skabe sammenhæng for patienter, hvis behandling og pleje sker som led i forløb på tværs af sundhedsvæsenet.

Men den praktiserende læge er også central for alle danskeres sundhed. Borgerne kontakter den praktiserende læge, når de har spørgsmål om sundhed og mistanke om sygdom. Den praktiserende læge er borgerens egen læge og typisk også læge for hele familien. Det er herfra borgerne – når det er nødvendigt – henvises til f.eks. sygehus eller kommunale tilbud. Og det er hos den praktiserende læge, at der, f.eks. efter en indlæggelse, skal være styr på opfølgningen. Derfor er det afgørende, at sammenhængen mellem de praktiserende læger, sygehusene og den kommunale sundhedsindsats sikres, og at den praktiserende læges rolle i sundhedsvæsenet styrkes.

S, RV og SF bemærker desuden, at der med dette lovforslags vedtagelse etableres en overordnet lovgivningsramme, som skal sikre, at almen praksis også fremover udvikler sig i takt med det øvrige sundhedsvæsen.

S, RV og SF lægger vægt på, at en række patientrettigheder fremover fremgår af lovgivningen. Loven vil endvidere give kommunerne og borgerne større indflydelse på planlægningen af almen praksis, samtidig med at det sikres, at regionerne har den nødvendige kompetence og dermed mulighed for at leve op til deres forpligtelse til planlægning og sikring af tilbud i hele det behandlende sundhedsvæsen. S, RV og SF lægger endvidere vægt på, at dette sker under behørig iagttagelse af de praktiserende lægers integritet som selvstændigt erhvervsdrivende og med sikkerhed for deres indflydelse på vilkårene for de ydelser, som lægerne indgår aftale med regionerne om at levere til det offentlige.

Det er endvidere væsentligt, at der gives muligheder for nye organisationsformer i almen praksis, bl.a. med det formål at sikre lægedækning i alle egne af landet. Læger, der arbejder inden for rammerne af en overenskomst, vil kunne eje op til seks ydernumre, og regionerne vil på nærmere fastsatte vilkår kunne udbyde driften af klinikker til private aktører eller vil, såfremt dette ikke løser et lægedækningssprobleme, i en 4-årsperiode selv kunne drive almene medicinske klinikker.

Herudover sikres det, at regionerne får øget viden om virksomheden på praksisområdet til brug for deres planlægning, kvalitetssikring og kontrol. S, RV og SF skal i den forbindelse bemærke, at det fortrolige rum imellem læge og patient bevares, idet det fremgår af reglerne, at oplysninger vedrørende diagnose og datafangst ikke må identificere eller gøre det muligt at identificere patienten.

Venstres medlemmer af udvalget tager til efterretning, at det ikke er lykkedes Regionernes Lønnings- og Takstnavn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) at opnå enighed om en ny samarbejdsaftale i forhandlingerne om en ny overenskomst, og herunder at regeringen efterfølgende har valgt at fremsætte et lovforslag, hvormed der foreslås etableret en overordnet lovgivningsramme.

Venstre mener ikke, at det er en opgave for Folketinget at detailregulere arbejdstilrettelæggelsen i almen praksis. Det afgøres af et lægefagligt skøn og af aftaler mellem relevante

parter. I den forbindelse noterer Venstre sig med tilfredshed, at omfanget af ministerbemyndigelser og muligheder for detaljstyring er blevet indhænet.

Venstre lægger vægt på, at de praktiserende læger er selvstændige erhvervsdrivende, og understreger almen praksis' yderst centrale rolle i sundhedsvæsenet. Venstre ønsker at styrke almen praksis' rolle i sundhedsvæsenet.

Venstre mener, at alle danskere skal have adgang til en praktiserende læge tæt på deres bopæl, og bemærker i den sammenhæng, at der i dag er problemer med at sikre lægedækning i bl.a. nogle af landets yderområder.

Venstre støtter, at lovforslaget på den ene side giver regioner og kommuner bedre muligheder for at sikre befolkningen lægedækning i hele landet, uanset hvor i landet man bor, og på den anden side kan bidrage til at sikre en bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet.

I den forbindelse lægger Venstre vægt på, at der åbnes op for nye organisationsformer i almen praksis, hvor læger, der arbejder inden for rammerne af en overenskomst, vil kunne eje op til seks ydernumre, ligesom regionerne på nærmere fastsatte vilkår vil kunne udbyde driften af klinikker til private sundhedsleverandører. I den forbindelse bemærker Venstre, jf. svaret på spørgsmål 59, at regionerne undtagelsesvis vil få adgang til at kunne etablere et midlertidigt tilbud i form af en regionsdrevet klinik i en periode på op til 4 år.

Venstre understreger, at regionerne ikke får adgang til at kunne tvangsopkøbe eller tvangsflytte praksisser. Det bemærkes, at der med lovforslagets vedtagelse skal nedsættes praksisplanudvalg vedrørende almen praksis, hvor både almen praksis, kommuner og regioner bliver repræsenteret. Det bemærkes i øvrigt, at almen praksis og regionen sikres ligelig repræsentation i sammensætningen af praksisplanudvalget, og at der skal tilstræbes enighed i udvalget om den endelige udformning af praksisplanen. Venstre konstaterer samtidig, at det i dag er regionerne, der har myndigheds- og finansieringsansvaret for praksisområdet.

Praksisplanen vil fremover blive et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj, og Venstre forventer, at kommunernes øgede indflydelse vil bidrage til at skabe bedre sammenhæng til den kommunale sundhedsindsats. Derudover bemærkes det, at der i forbindelse med ændringen af sundhedsloven lægges op til, at den centralt forhandlede overenskomst for almen praksis i højere grad end i dag suppleres af decentrale aftaler indgået efter forhandlinger mellem regionen, kommuner og almen praksis.

I lovbehandlingen har det været centralt for Venstre at få præciseret, at aftaleretten i relation til praksisplanerne oprettholdes, og herunder at få tydeliggjort, at nye opgaver qua eksempelvis forløbsprogrammer eller sundhedsaftaler, vil skulle følges op af en underliggende aftale mellem parterne på området i forhold til implementering, og herunder spørgsmålet om økonomi. Dette er sikret med ministerens svar på spørgsmål nr. 10, 21, 66, 74, 77 og 78. I ministerens besvarelser præciseres det bl.a., at lovforslagets bemærkninger vedrørende underliggende aftaler ikke er begrænset til de opgaver, som beskrives i et forløbsprogram, men vil gælde alle de opgaver, som følger af sundhedsaftaler.

Venstre mener ikke, at de praktiserende læger skal pålægges et nyt omfattende registreringsarbejde. I den forbindelse bemærker Venstre, at de data, som de praktiserende læger fremover skal dele med regionen, er de data, som de praktiserende læger i forvejen er forpligtet til at registrere, jf. svar på spørgsmål nr. 89. Samtidig bemærkes det, jf. ministerens svar på spørgsmål 23 og 61, at en udvidelse af kodningsforpligtelsen forudsætter, at der skal foreligge en indstilling fra det faglige selskab, og at der skal indgås en efterfølgende aftale med lægerne om implementering. Det bemærkes samtidig, jf. svaret på spørgsmål nr. 61, at »parterne bag den gældende Overenskomst om almen praksis har tilkendegivet, at man er enige om, at resultaterne af dataindsamling for kodede henvendelser skal danne grundlag for en senere aftale om udvidelse af kodningsforpligtelsen«.

Venstre mener, at patienter skal kunne have tillid til, at følsomme og personlige oplysninger, som patienten deler med f.eks. deres praktiserende læge, bliver behandlet strengt fortroligt og med respekt for den enkelte patient. Det er afgørende, at der ikke kan stilles spørgsmålstejn ved det fortrolige rum imellem patient og læge. I den forbindelse lægger Venstre afgørende vægt på, at de oplysninger, der deles mellem praksis og regionerne, ikke må være på personniveau, så man kan identificere den enkelte patient.

Venstre ønsker at fremme et mere åbent og gennemsigtigt sundhedsvæsen. Forudsætningen for et reelt frit valg er, at patienterne har adgang til relevant information og dermed et godt grundlag at træffe deres valg på. Et frit valg skal også være et informeret valg. På den baggrund lægger Venstre vægt på, at borgerne får øget adgang til relevante data på praksisniveau, og herunder, at f.eks. de nuværende praksisdeklarationsoplysninger udbygges, og patienttilfredshedsundersøgelser gøres offentligt tilgængelige på praksisniveau. Dette understøtter borgernes frie valg, og Venstre ser gerne, at der arbejdes hen imod lignende initiativer i forhold til også sygehusvæsenet, som kan skabe øget gennemsigtighed omkring bl.a. kvaliteten i sundhedsvæsenet.

Venstre ønsker, at alle patienter frit skal kunne vælge praktiserende læge uanset geografisk afstand, så man f.eks. har mulighed for at vælge læge tæt på sit arbejde, eller at man kan beholde sin familielæge, selvom man flytter længere væk fra lægens praksis. På den baggrund lægger Venstre vægt på, at kilometergrænsen ved valg af læge ophæves, idet lægen dog ikke forpligtes til at komme på hjemmebesøg, hvis afstanden overstiger den nuværende grænse på 5 km i hovedstaden og 15 km i resten af landet.

Venstre ønsker at beholde aftalesystemet og mener, at den samlede økonomiske ramme, der skal dække opgaveløsningen i almen praksis, fortsat skal fastlægges i forhandlingerne om en overenskomst mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Venstre imødeser, at parterne forhandler en ny aftale på plads i løbet af de næsten 15 måneder, hvor overenskomsten i kraft af lovforslaget løber uændret videre.

Et *mindretal* i udvalget (DF og KF) indstiller lovforslaget til *vedtagelse* med de af mindretallet og de af ministerens for sundhed og forebyggelse stillede ændringsforslag. Såfremt

mindretallets ændringsforslag ikke vedtages, vil mindretallet stemme imod lovforslaget ved 3. behandling.

Dansk Folkeparti og Det Konservative Folkepartis medlemmer af udvalget bemærker, at almen praksis og de praktiserende læger har en meget vigtig rolle i det danske sundhedsvæsen. Som speciallæger i almen medicin kan de favne bredt, og de har en helhedsorienteret tilgang til deres patienter. Godt 9 ud af 10 henvendelser i almen praksis bliver afsluttet med behandling i almen praksis. Og en af de helt store styrker ved familielægerne er de langvarige patient-lægeforhold. Det skaber detaljeret kendskab, sammenhæng og tryghed i behandlingen. Rigtig mange danskere lægger en meget stor værdi i, at de har deres egen læge, der både kender dem og deres familie godt. Netop den tillid er afgørende, særlig i den forebyggende indsats og i behandlingen af patienter med kroniske sygdomme. Dansk Folkeparti og Det Konservative Folkeparti lægger derfor meget stor vægt på at fastholde familielægeinstitutionen og mener på den baggrund, at det er et problem, at dette lovforslag udvander styrkerne i almen praksis og familielægeinstitutionen.

F.eks. giver dette lovforslag regionerne mulighed for at udvande familielægeinstitutionen ved konsekvent at kunne sætte driften af overtagne og nye ydernumre i udbud til private leverandører eller etablere regionsklinik uden først at undersøge, om der er alment praktiserende læger, der gerne vil overtage ydernummeret. Som argument for at fremsætte dette lovforslag har ministeren ellers gang på gang lagt meget vægt på, at det er for at sikre lægedækning for alle. I sin pressemeddelelse den 3. maj 2013 skriver ministeren bl.a., at forslaget skal sikre, at »Alle har adgang til en praktiserende læge tæt på deres bopæl. Sådan er det ikke i dag, hvor det er svært at få læger til at praktisere i visse områder langt fra byerne og i socialt belastede områder.« I bemærkningerne til lovforslaget fremgår det desuden, at »Regeringen ønsker, at regionernes mulighed for som ansvarlig myndighed at opfylde forpligtelsen til at tilbyde alle gruppe 1-sikrede borgere adgang til almen lægehjælp på effektiv vis og af høj kvalitet skal forbedres.« De nye muligheder for at sende ydernumre i udbud og drift af regionsklinikker (jf. § 227) bliver begrundet med ønsket om at sikre lægedækning til alle på baggrund af nogle forventninger om, at der i fremtiden »vil være problemer i forhold til praksis, der ikke kan sælges eller passes af andre praksis.« Men af svarene på spørgsmål 27, 28, 39 og 60 fremgår det klart, at de nye bestemmelser i § 227 kan bringes i anvendelse, når regionen vil det – og ikke fordi regionen skal løse et problem med lægedækning i tilfælde af lægemangel. Dansk Folkeparti og Det Konservative Folkeparti ønsker, at de nye bestemmelser i § 227 kun kan bringes i anvendelse i tilfælde af lægemangel, og at regionen først skal have forsøgt at sælge ydernummeret til en praktiserende læge, før de nye muligheder for udbud og regionsklinikker kan bringes i anvendelse. Ligesom Dansk Folkeparti og Det Konservative Folkeparti mener, at der skal være de samme periodekrav til udbudsklinikkerne som til regionsklinikkerne – dvs. en 4-årig driftsperiode (jf. svar på spørgsmål 29). Derfor har partierne stillet ændringsforslag nr. 6 for at sikre, at der ikke sker en udvanding af familielægeinstitutionen.

Dansk Folkeparti og Det Konservative Folkeparti er desuden bekymret for, at ministeren kun vil sikre »en vis ensartethed i borgernes adgang til og kvaliteten i almen medicinsk lægehjælp, uanset leverandør« i de nye udbudsklinikker og regionsklinikker. Dertil stiller ministeren ikke de samme uddannelseskra­v til lægerne hos de private aktører, som der i dag stilles til de alment praktiserende læger. Som det fremgår af lovforslaget, kan en privat aktør drive en klinik med flere læger, hvor der kun er krav om, at en af disse skal have en almenmedicinsk speciallægeuddannelse. Af svarene på spørgsmål 26 og 53 fremgår det meget klart, at ministeren ikke vil stille de samme uddannelseskra­v til lægerne, der bemand­er en almen praksis efter udbud eller en regionsklinik, som de krav, der i dag og fremover stilles til en almen praksis ejet og drevet af en alment praktiserende speciallæge i almen medicin. Det finder Dansk Folkeparti og Det Konservative Folkeparti er et stort problem, da styrken ved almen praksis netop er, at ens læge – familielægen – har en speciallægeuddannelse i almen medicin. På den baggrund har de to partier stillet ændringsforslag for at sikre samme høje kvalitet også i de nye organisationsformer – udbudsklinikker og regionsklinikker, jf. ændringsforslag nr. 8.

De nye muligheder for at afhænde ydernumre, uden der er tale om lægemangel, samt de færre kvalitetskrav – herunder uddannelsesnive­au hos lægerne i udbuds- og regionsklinikker – finder Dansk Folkeparti og Det Konservative Folkeparti er et opgør med familielægeinstitutionen, som vi kender den i dag. Styrken ved det langvarige patient-lægeforhold bliver udvandet, ligesom der vil ske en udvanding af kvaliteten, da der i de nye organisationsformer kun er tale om en »vis ensartethed« i forhold til de krav, der i dag stilles til alment praktiserende læger, der ejer og driver deres almene praksis. Især det sidste er bekymrende, da speciallæger i almen medicin jo netop er specialister i at kunne henvise korrekt videre og er oplært i at tage sig af alt fra psykiatriske lidelser til at kunne opspore kræftsygdomme.

Når det gælder de nye praksisudvalg, vil Dansk Folkeparti og Det Konservative Folkeparti gerne kvittere for, at ministeren erkender, at det var forkert fuldstændigt at udelukke lægerne i det lovforslag, som blev sendt i høring. Med det ændrede forslag vil ministeren give lægerne pladser i udvalgene, og der skal tilstræbes en enighed i udvalget om den endelige udformning af praksisplanen i de enkelte regioner. Dansk Folkeparti og Det Konservative Folkeparti finder, at aftaler, der er resultatet af forhandlinger og enighed, har en høj værdi, da alle parter har medejerskab og dermed medansvar for at virkeliggøre aftalen. Derfor ser vi gerne princippet om ligestilling i de nye praksisudvalg, dog med undtagelse af sikringen af almene praksisklinikker i alle dele af landet, dvs. placering og sikring af lægedækning alle steder. I svarene på spørgsmål 36, 54 og 56 fremhæver ministeren bl.a., at den konkrete udmøntning af praksisplanerne forudsætter, at der indgås underliggende aftaler med de praktiserende læger. Dansk Folkeparti og Det Konservative Folkeparti finder, at dette kunne fremgå tydeligere af lovforslaget, ligesom styrken ved ligestilling samarbejde bør sikres, da det vil bane vejen for et stærkere samarbejde mellem hospi-

tal, kommune og praktiserende læge til glæde for patienterne – især dem med kroniske lidelser.

I øvrigt hæfter vi os ved, at professor i offentlig markedsaktivitet Karsten Naundrup Olesen og lektor og ph.d. i sundhedsret Kent Kristensen, begge fra Syddansk Universitet, der har gennemgået lovforslaget, betegner lovforslaget som særdeles vidtgående i forhold til den indflydelse, som regioner og kommuner vil få over de praktiserende læger i eksempelvis sundhedsaftalerne.

Faktisk mener de, at lovforslaget afgørende bryder med den retspraksis, man i Danmark har omkring aftaler.

»Det er uhyre sjældent, at to aftaleparter kan aftale noget, som en tredjepart er tvunget til at udføre. Lovforslaget betyder reelt, at dele af de ledelsesmæssige beføjelser, kommuner og regioner har over ansat personale, i princippet også kommer til at gælde for de praktiserende læger,« siger Karsten Naundrup Olesen.

Han peger på, at lovforslaget er særligt vidtgående, fordi den enkelte læge ikke vil kunne sige nej til opgaver i eksempelvis sundhedsaftalerne.

Ifølge PLO tilgår der næste år ca 30.000 patienter, som skal behandles i eget hjem frem for i hospitalsregi. Da aftalen betyder, at praksislægen oftere skal komme på hjemmebesøg og at det er patienter, der er mere svækket end normalt, bør disse besøg udløse økonomiskompensation, så lægerne har de ressourcer, der skal til for at ansætte det personale, som kan sikre den nødvendige kapacitet.

I og med at hospitalet sparer penge ved at 30.000 patienter ikke er indlagt, må der selvfølgelig sørges for, at ressourcerne følger patienterne. På den baggrund har de to partier stillet ændringsforslag nr. 4, 5, 9 og 12.

Lovforslaget giver også ministeren en række bemyndigelser, når det gælder dataregistreringer, ligesom ministeren med lovgivning vil sikre regionernes adgang til data. Såfremt der skal ske en udvidelse af kodningsforpligtelsen, fremgår det af svaret på spørgsmål 23, at der skal være en indstilling fra det faglige selskab, ligesom der skal indgås en efterfølgende aftale med lægerne om implementeringen. Dansk Folkeparti og Det Konservative Folkeparti er tilfredse med denne præcisering i svaret. Det er vigtigt, at registreringer giver mening for dem, der skal stå for registreringerne, og at der ikke bare kan ske en udvidelse af kodningsforpligtelsen. Dansk Folkeparti og Det Konservative Folkeparti ønsker dog også, at den fremtidige kvalitet af dataregistreringerne bevares. Her er det vigtigt at hæfte sig ved de udenlandske erfaringer af dataregistreringer, som kan bruges til kontrol af den enkelte læge. Det viser sig nemlig, at værdien af data forringes, hvis data skal bruges til at jage den enkelte læge. På den baggrund er ministerens svar på spørgsmål 55 bekymrende, hvilket også er baggrunden for, at Dansk Folkeparti og Det Konservative Folkeparti har stillet ændringsforslag nr. 3.

Et andet mindretal i udvalget (EL) indstiller lovforslaget til *vedtagelse* med det af mindretallet stillede ændringsforslag og de af ministeren for sundhed og forebyggelse stillede ændringsforslag. Såfremt det af mindretallet stillede ændringsforslag ikke vedtages, vil mindretallet stemme imod lovforslaget ved 3. behandling.

Enhedslistens medlemmer af udvalget bemærker, at almen praksis udgør en nøglefunktion i det danske sundhedsvæsen. Speciallæger i almen medicin har ofte indgående kendskab til deres patienter og har en helhedsorienteret tilgang til borgerens sundheds- og sygdomsproblemer. Den praktiserende læge er samtidig afgørende for at skabe sammenhæng i behandlingen og koordinere mellem sundhedsvæsenets øvrige aktører i kommune og region. EL bemærker samtidig, at EL bakker op om lovens formål om at sikre bedre lægedækning i egne af landet, som i dag mangler praktiserende læger, og at sikre bedre opgavefordeling og mere sammenhæng mellem almen praksis, kommuner og regioner. EL er endvidere tilfreds med, at de praktiserende læger er repræsenteret i praksisplanudvalget, idet det giver bedre mulighed for at koordinere og samtænke vores sundhedsvæsen.

EL er imod, at regionerne fremover tvinges til at udbyde driften af almen praksis til private aktører, såfremt det ikke er muligt at afsætte et ydernummer til en speciallæge i almen medicin. Private hospitaler og andre private selskaber skal ikke være en del af det primære sundhedsvæsen, hvor indtjening og kommerialisering bør fylde mindre og ikke mere. EL har derfor stillet ændringsforslag med henblik på at sikre, at regionerne ikke tvinges til at gennemføre udbud, men kan vælge at drive klinik selv.

EL bemærker samtidig, at data, som genereres i almen praksis ikke i fremtiden bør bruges til bedømmelse eller honorering af den enkelte læge. Data bør alene bruges til at forbedre kvalitet og forbedre opgavefordeling og planlægning.

Et tredje mindretal i udvalget (LA) vil redegøre for sin stilling til lovforslaget ved 3. behandling. Mindretallet vil stemme for de af ministeren for sundhed og forebyggelse stillede ændringsforslag.

Inuit Ataqatigiit, Siumut, Sambandsflokkurin og Javnaðarflokkurin var på tidspunktet for betænkningens afgivelse ikke repræsenteret med medlemmer i udvalget og havde dermed ikke adgang til at komme med indstillinger eller politiske udtalelser i betænkningen.

En oversigt over Folketingets sammensætning er optrykt i betænkningen.

4. Ændringsforslag med bemærkninger

Ændringsforslag

Til § 1

Af *ministeren for sundhed og forebyggelse*, tiltrådt af *udvalget*:

1) I indledningen ændres »og senest ændret ved lov nr. 361 af 9. april 2013« til: »og § 5 i lov nr. 622 af 12. juni 2013 og senest ved § 1 i lov nr. 653 af 12. juni 2013«.

[Lovteknik]

2) I den under *nr. 4* foreslåede ændring ændres »§ 59, stk. 3« til: »§ 59, stk. 5«, og »Stk. 3« til »Stk. 5«.

[Lovteknik]

Af et *mindretal* (DF og KF):

3) I det under *nr. 6* foreslåede § 195, stk. 2, indsættes efter »patienten«: »eller lægen«.

[Ingen pligt til at give oplysninger, der identificerer lægen]

4) I det under *nr. 7* foreslåede § 204, stk. 2, affattes 3. og 4. pkt., således:

»Der skal være enighed i udvalget om praksisplanen i alle forhold bortset fra placering af lægepraksis. Er det ikke muligt at opnå enighed om placering af lægepraksis, tilfalder den endelige beslutningskompetence vedrørende placering af praksis regionsrådet.«

[Beslutningskompetence i praksisplanudvalget]

5) Efter det i *nr. 7* foreslåede § 204, stk. 2, indsættes som nye stykker:

»Stk. 01. Inden regionsrådet træffer beslutning efter stk. 2, 4. pkt., om placering af lægepraksis, skal det sikre sig, at placeringen ikke underminerer driftsgrundlaget for en eksisterende nabopraksis.

Stk. 02. Regionsrådene nedsætter i forening et uvildigt nævn, der kan efterprøve beslutninger truffet af et regionsråd efter stk. 2, 4. pkt., og beslutninger truffet af et regionsråd i henhold til en praksisplan. Nævnets formand skal være en dommer, der er udpeget af præsidenten for SØ- og Handelsretten.«

[Beslutningskompetence og efterprøvelse af regionsrådets beslutninger]

6) Det under *nr. 12* foreslåede § 227, stk. 3, affattes således:

»Stk. 3. Hvis det ikke har været muligt at afsætte et ydernummer til en læge, som vil praktisere i henhold til stk. 1, 1. pkt., jf. stk. 2, kan regionen i tilfælde af lægemangel udbyde drift af praksis, som hidtil har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1, og hvor regionsrådet har fået overdraget ydernummeret. Regionsrådet kan desuden under iagttagelse af de i 1. pkt. anførte betingelser udbyde drift af praksis vedrørende nye ydernumre, som regionsrådet har oprettet, samt som led i praksisplanlægningen opkøbe eksisterende ydernumre fra læger, der har ønsket at sælge, og udbyde driften af disse praksis. Udbud af drift af praksis kan ske i en periode på op til 4 år.«

[Præcisering af adgangen til at anvende visse organiseringsformer og tidsbegrænsning af den periode, en almen medicinsk klinik kan drives på baggrund af udbud]

Af et *mindretal* (EL):

7) Det under *nr. 12* foreslåede § 227, stk. 5, affattes således:

»Stk. 5. Regionsrådet kan vælge selv at etablere en praksis i en periode op til 4 år. Et regionsråd, der ønsker at fortsætte driften efter udløbet af 4-årsperioden, kan alene gøre

dette, hvis det ikke er muligt at sælge ydernummeret til en læge efter stk. 2.«

[Regionsrådet kan drive praksis uden forudgående udbud af ydernumer]

Af et *mindretal* (DF og KF):

8) Efter nr. 12 indsættes som nyt nummer:

»01. Efter § 227 indsættes:

»§ 227 a. Regionsrådet skal ved udbud af drift af praksis efter § 227, stk. 3, og ved etablering af praksis efter § 227, stk. 5 eller 6, sikre, at lægebemandingen her sker med læger, der har Sundhedsstyrelsens tilladelse til at betegne sig som speciallæge i almen medicin, jf. dog stk. 2.

Stk. 2. Der vil i de i stk. 1 nævnte stillinger kunne ansættes læger, der er i uddannelsesforløb, og i særlige tilfælde læger, der ikke har Sundhedsstyrelsens tilladelse til at betegne sig som speciallæge i almen medicin, i et kortvarigt vikariat.«

[Krav om almenmedicinsk speciallægeuddannelse]

9) Den under nr. 13 foreslåede affattelse af § 229 affattes således:

»§ 229. Foreligger der ingen overenskomst vedrørende vilkårene for ydelser efter § 227, stk. 1, fastsætter ministeren for sundhed og forebyggelse nærmere regler om vilkårene for regionernes og kommunernes tilskud, herunder regler om ydelsernes indhold og anvendelse og om udbetaling af honorarerne til sundhedspersonerne, om honorarstørrelserne på de enkelte ydelser, og om kørselsgodtgørelse til læger, der tilkaldes til de i § 59 omhandlede personer m.v. Ministeren kan fastsætte regler om den samlede økonomiske ramme for ydelserne, dog ikke regler om, at eventuelle overenskomstaftalte pris- og lønreguleringer annulleres, samt regler om eventuel modregning i fremtidige honorarer ved overskridelse af denne ramme. Ministeren kan ligeledes fastsætte regler om, at hidtidige overenskomstfastsatte forpligtelser knyttet til udbetaling af honorarer skal være gældende ligesom ministeren kan fastsætte regler om henvisning til behandling.«

[Justering af bemyndigelsen til at fastsætte vilkår i en periode, hvor der ikke foreligger en overenskomst]

Af *ministeren for sundhed og forebyggelse*, tiltrådt af *udvalget*:

Til § 2

10) Efter nr. 3 indsættes som nye numre:

»01. I § 30, stk. 6, ændres »nr. 1-3« til: »nr. 3 og 4«.

02. I § 31, stk. 6, ændres »nr. 1 og 2« til: »nr. 3«.
[Lovtekniske konsekvenser af lovforslagets § 2, nr. 3]

Til § 3

11) Efter nr. 1 indsættes som nyt nummer:

»01. I § 2, stk. 1, ændres »1. juli 2013« til: »1. september 2013«.

[Ændret ikrafttrædelsesdato for forsikringspligt for private sygehuse, specialklinikker og speciallægepraksisser]

Af et *mindretal* (DF og KF):

Til bilag 1

12) Efter »106 mio. kr. pr. 1. april 2011 og yderligere 108 mio. kr. fra 1. april 2012 (beløbet er opgjort i 1. april 2011-niveau)« indsættes:

– 108 mio. kr. pr. 1. september 2013 (beløbet er opgjort i 1. april 2011-niveau)«

[Forhøjelse af økonomirammen]

B e m æ r k n i n g e r

Til nr. 1 og 2

Der er tale om lovtekniske ændringer.

Til nr. 3

Det foreslås at fastsætte, at forpligtelse efter § 195, stk. 2, for alment praktiserende læger til at give oplysninger om deres virksomhed til regionsrådene ikke skal omfatte oplysninger, der identificerer eller gør det muligt at identificere den enkelte læge. Hermed vil der hverken skulle gives oplysninger, der identificerer eller gør det muligt at identificere patienten eller den alment praktiserende læge.

Til nr. 4 og 5

Med den foreslåede bestemmelse fastsættes det, at der skal være enighed i det praksisplanudvalg, som i medfør af § 204, stk. 2, foreslås oprettet i hver region, om udformningen af de praksisplaner, som udvalget ifølge den foreslåede bestemmelse i § 206 a, stk. 1, skal udarbejde i hver valgperiode.

Kravet om enighed gælder dog ikke i spørgsmål om den fysiske placering af en praksis. Det foreslås således, at regionsrådet træffer den endelige beslutning, hvis det ikke er muligt at nå til enighed herom i udvalget.

Endelig foreslås det at etablere et uvildigt nævn, der skal efterprøve regionsrådenes beslutninger om placering af en praksis, i sager, hvor det ikke har været muligt at nå til enighed herom i udvalget. Nævnet, der vil skulle oprettes af regionsrådene i forening og skal have en dommer udpeget af præsidenten for Sø- og Handelsretten som formand, vil ifølge forslaget også kunne efterprøve beslutninger truffet af regionsrådene i medfør af allerede vedtagne praksisplaner.

Til nr. 6

Den foreslåede affattelse af bestemmelsen indebærer, at alment praktiserende læger, der ønsker at virke efter overenskomst, jf. lovens § 227, stk. 1, får fortrinsret til overdragene, nye eller opkøbte ydernumre. Det præciseres desuden, at

adgangen til at etablere praksis efter udbud eller etablere midlertidige regionsdrevne praksis alene vil være mulig i tilfælde af lægemangel. Ved lægemangel forstås i den forbindelse, at patienterne i det berørte område ikke kan tilmeldes en almen lægepraksis, der drives på sædvanlige overenskomstmæssige vilkår. Der kan f.eks. være tale om, at praksis i patientens lokalområde har lukket for tilgang af nye patienter, eller at det ikke har været muligt at besætte et ydernummer, der er blevet ledigt. Endvidere foreslås det, at udbud af drift af praksis kan ske i en periode på op til 4 år. Et regionsråd kan med andre ord også vælge, at udbudsperioden skal have en kortere udstrækning end den i bestemmelsen fastsatte 4-årsgrænse.

Til nr. 7

Ændringsforslaget indebærer, at det er muligt for regionen at vælge at drive klinik, uden at regionen behøver at udbyde driften af ydernumre, før denne mulighed tages i brug.

Til nr. 8

Den foreslåede bestemmelse fastsætter en pligt for regionsrådene til ved udbud af drift af praksis efter den foreslåede bestemmelse i § 227, stk. 3, og ved etablering af midlertidige praksis, som regionerne selv driver efter § 227, stk. 5 eller 6, at sikre, at lægebemandingen i de omhandlede praksis udelukkende sker med læger, der har speciallægeuddannelse i almen medicin. Regionsrådet kan sikre den rette bemanding ved i udbudsmaterialet at betinge sig dette, og på midlertidige klinikker, som regionerne selv driver, ved at ansætte læger med speciale i almen medicin.

Der vil dog i henhold til den foreslåede bestemmelse stk. 2 kunne ansættes læger i uddannelsesstillinger og i ganske særlige tilfælde læger, der ikke har Sundhedsstyrelsens tilladelse til at betegne sig som speciallæge i almen medicin, i et kortvarigt vikariat.

Det skal samtidig bemærkes, at den foreslåede § 227 a ikke berører adgangen til at ansætte andre sundhedspersoner end læger i de pågældende praksis.

Til nr. 9

Den ændrede affattelse af bestemmelsen indebærer, at ministeren for sundhed og forebyggelse i en situation, hvor der ikke foreligger en overenskomst om vilkårene for ydelser efter § 227, stk. 1, ikke kan fastsættes, regler om, at honorarerne for de enkelte ydelser kan nedsættes i tilfælde af væsentligt øget aktivitet i en overenskomstløs periode, der ikke er begrundet i et tilsvarende øget behov for sundhedsydelser.

Det fremgår endvidere eksplicit af den foreslåede affattelse af bestemmelsen, at ministeren ikke kan fastsætte regler om, at eventuelle overenskomstaftalte pris- og lønreguleringer annulleres.

Til nr. 10

Der er tale om lovtekniske konsekvensændringer som følge af, at der i § 30, stk. 5, efter nr. 1 indsættes et nyt nr. 2. Nr. 2 og 3 bliver herefter nr. 3 og 4.

Til nr. 11

Med vedtagelsen af lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (Private sygehuse, klinikker og speciallægepraksissers medfinansiering af patientskadeerstatningsordningen, vederlag og befordringsgodtgørelse til Forbrugerrådets og Danske Patienters repræsentanter i tandlægenævnene m.v.) den 6. december 2012 blev det besluttet, at private sygehuse, klinikker og speciallægepraksisser ikke længere skal have visse patientskadeerstatninger på deres område finansieret af det offentlige, men selv skal finansiere de skader, som sker.

Der er tale om de undersøgelser, behandlinger el.lign., som er betalt af borgeren selv eller af en sundhedsforsikring, men også de undersøgelser, behandlinger el.lign., som foretages efter sundhedslovens §§ 87 (det udvidede frie sygehusvalg), 87 a-d (udvidet ret til undersøgelse og behandling for psykisk syge børn og unge) og 87 e-h (udvidet ret til behandling af psykisk syge voksne), som vedrører det udvidede frie sygehusvalg.

Desuden forpligtes de private sygehuse, klinikker og speciallægepraksisser til ved ændringen at dække erstatninger efter lovens § 30, stk. 1, af en forsikring.

At de private sygehuse, klinikker og speciallægepraksisser gives et økonomisk medansvar for patientskadeerstatningsordningen, vil være med til fortsat at sikre patienterne sundhedsydelser af høj kvalitet.

Med dette ændringsforslag ændres alene på datoen for, hvornår forsikringspligten for de private sygehuse, klinikker og speciallægepraksisser træder i kraft. Der ændres ikke på, at de private sygehuse, klinikker og speciallægepraksisser skal forsikre sig mod patientskaderne nævnt ovenfor.

En udskydelse af ikrafttrædelsesdatoen vil ikke påvirke patientens muligheder for erstatning.

Der er tale om en ny form for lovpligtig forsikring, som introducerer et nyt marked for forsikringsudbydere.

I tiden efter lovforslagets vedtagelse i december 2012 er relevant data om de private aktørers skadehistorik og risikoprofiler blevet opdyrket og bearbejdet, så det kunne danne grundlag for forsikringsselskabernes stillingtagen til, hvorvidt de ønskede at udbyde forsikringer på området, og i givet fald være grundlag for fastsættelsen af de konkrete forsikringspræmier.

Der er bl.a. i tæt samarbejde med de relevante parter foretaget en gennemgribende opdatering af bekendtgørelsen om forsikringspligtens gennemførelse (bekendtgørelse nr. 403 af 17. april 2013), som afløser den oprindelige fra 1992. Bekendtgørelsens formål er at fastsætte en ensartet ramme for at udbyde og tegne forsikringer til de forsikringspligtige efter loven. Desuden er det formålet at sikre, at enhver erstatningsberettigende skade efter loven er dækket af en forsikring. Der er således søgt en balance mellem på den ene side at gøre det muligt at udbyde forsikringer på området og på den anden side at gøre det muligt at betale for tilbuddet.

Det er selvsagt afgørende, at der skabes de bedst mulige rammer for, at patientskadeerstatningerne bliver forsikringsbart for alle parter.

Der skal desuden skabes rammer for, at der kan opstå en konkurrencesituation, hvor der er flere forsikringsudbydere på dette i forsikringsssammenhæng forholdsvis lille marked.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er bekendt med, at foreløbigt to danske forsikringsselskaber har valgt at udbyde forsikringer på området.

Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker har efter fremsættelsen af lovforslaget skrevet til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og gjort opmærksom på, at brancheforeningen har modtaget tilbud om forsikring til deres medlemskreds fra begge forsikringsselskaber. Dog vil forsikringspræmierne efter det oplyste blive 2-3 gange højere end de faktiske skadesudbetalinger for brancheforeningens medlemmer. Derudover afspejles risikoen ved de enkelte behandlingstyper, der udføres på det enkelte behandlingssted, ikke i alle tilfælde i forsikringspræmierne.

Af hensyn til behovet for at kunne skabe et mere præcist grundlag og de rette forudsætninger for forsikringstibuddene og præmierne, vurderes det mest hensigtsmæssigt, at tidspunktet for forsikringspligten udskydes. Dermed gives der også mere tid til at indgå i en grundig dialog med de interesserede forsikringsselskaber med henblik på at få korrigeret eventuelle skævheder, som måtte være i de konkrete fremsendte forsikringstilbud.

Derfor foreslås det at udskyde datoen for de private sygehuse, klinikker og speciallægepraksis' medfinansiering af patientskadeerstatninger fra den 1. juli 2013 til den 1. september 2013. Det skaber mere tid til at sikre det nødvendige grundlag for, at forsikringsselskaberne kan udbyde forsikringerne under de rette forudsætninger.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er opmærksom på, at nogle private aktører – særlig speciallægepraksis – allerede har tegnet forsikring, som træder i kraft den 1. juli 2013. Ifølge Forsikring og Pension vil der blive fundet en løsning herpå.

Af lovprocessuelle årsager er det ikke muligt at lade udskydelsen træde i kraft den 1. juli 2013, men først den 15. juli 2013, jf. lovforslagets § 4, stk. 3. Dog har den virkning fra 1. juli 2013.

Til nr. 12

Med ændringen af bilagets tekst fastsættes, at der den 1. september 2013 lægges 108 mio. kr. til den overordnede økonomiramme. Beløbet vil efter lovforslaget skulle løn- og prisreguleres fra den 1. april 2013.

Annette Lind (S) Flemming Møller Mortensen (S) Julie Skovsby (S) Karen J. Klint (S) Sophie Hæstorp Andersen (S) fmd.

Daniel Toft Jakobsen (S) Orla Hav (S) Camilla Hersom (RV) Marlene Borst Hansen (RV) Liv Holm Andersen (RV)

Jonas Dahl (SF) Eigil Andersen (SF) Özlem Sara Cekic (SF) Stine Brix (EL) Per Clausen (EL) Hans Andersen (V) nfmd.

Martin Geertsen (V) Jane Heitmann (V) Sophie Løhde (V) Hans Christian Schmidt (V) Eyvind Vesselbo (V)

Gitte Lillelund Bech (V) Liselott Blixt (DF) Jens Henrik Thulesen Dahl (DF) Karina Adsbøl (DF)

Mette Hjermind Dencker (DF) Joachim B. Olsen (LA) Thyra Frank (LA) Benedikte Kiær (KF)

Inuit Ataqatigiit, Siumut, Sambandsflokkurin og Javnaðarflokkurin havde ikke medlemmer i udvalget.

Venstre, Danmarks Liberale Parti (V)	47	Liberal Alliance (LA)	9
Socialdemokratiet (S)	45	Det Konservative Folkeparti (KF)	8
Dansk Folkeparti (DF)	22	Inuit Ataqatigiit (IA)	1
Radikale Venstre (RV)	17	Siumut (SIU)	1
Socialistisk Folkeparti (SF)	15	Sambandsflokkurin (SP)	1
Enhedslisten (EL)	12	Javnaðarflokkurin (JF)	1

Oversigt over bilag vedrørende L 227

Bilagsnr.	Titel
1	Udkast til tidsplan for udvalgets behandling af lovforslaget
2	Hørings svar og høringsnotat, fra ministeren for sundhed og forebyggelse
3	Henvendelse af 2/5-13 fra Poul Michael Fanøe, Herlev
4	Henvendelse af 5/5-13 fra Hans Holmsgaard, Thyborøn
5	Henvendelse af 12/5-13 fra Pernille Vieht, Ry
6	Henvendelse af 14/5-13 fra de praktiserende læger på Bornholm
7	Henvendelse af 15/5-13 fra Monique Nielsen, Næstved
8	Henvendelse af 14/5-13 fra Henrik Schaumburg, Sønderborg
9	Henvendelse af 22/5-13 fra gruppe af tidligere chefer og nøglemedarbejdere fra Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed (DAK-E) og Dansk AlmenMedicinsk Database (DAMD)
10	Henvendelse af 23/5-13 fra Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)
11	Henvendelse af 30/5-13 fra Praktiserende Lægers Organisation (PLO)
12	Tidsplan for udvalgets behandling af lovforslaget
13	Henvendelse af 5/6-13 fra Gunver Lillevang, Roskilde
14	Henvendelse af 5/6-13 fra Frantz Vogel, København
15	Henvendelse af 12/6-13 fra A. M. N.
16	Ændringsforslag fra ministeren for sundhed og forebyggelse
17	Samtlige svar på lovforslaget (1-94)
18	Ændringsforslag fra ministeren for sundhed og forebyggelse
19	Henvendelse af 18/6-13 fra Forsikring & Pension
20	Henvendelse af 19/6-13 fra Christian Carstensen, Allerød
21	Henvendelse af 20/6-13 fra Praktiserende Lægers Organisation (PLO)
22	Svar nr. 95-102 og 104 på lovforslaget
23	Udkast til betænkning

Oversigt over spørgsmål og svar vedrørende L 227

Spm.nr.	Titel
1	Spm., om ministeren kan oplyse prisen på OECD-rapporten, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
2	Spm. om kommentar til henvendelse af 2/5-13 fra Poul Michael Fanøe, Herlev, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
3	Spm. om kommentar til henvendelse af 5/5-13 fra Hans Holmsgaard, Thyborøn, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
4	Spm. om kommentar til henvendelse af 12/5-13 fra Pernille Vieht, Ry, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
5	Spm. om kommentar til henvendelse af 14/5-13 fra en gruppe praktiserende læger på Bornholm, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå

- 6 Spm. om kommentar til henvendelse af 15/5-13 fra Monique Nielsen, Næstved, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 7 Spm. om kommentar til henvendelse af 14/5-13 fra Henrik Schaumburg, Sønderborg, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 8 Spm. om kommentar til henvendelse af 22/5-13 fra gruppe af tidligere chefer og nøglemedarbejdere fra DAK-E og DAMD, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 9 Spm. om kommentar til henvendelse af 23/5-13 fra DSAM, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 10 Spm. om kommentar til henvendelse af 30/5-13 fra Praktiserende Lægers Organisation (PLO), til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 11 Spm. om kommentar til henvendelse af 5/6-13 fra Gunver Lillevang, Roskilde, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 12 Spm., om ministeren vil give konkrete eksempler på, hvor de praktiserende lægers indflydelse på praksisudviklingsplanen har givet negative virkninger, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 13 Spm., om ministeren vil konkretisere sine udtalelser fra Deadline den 3. maj 2013 om, at der kan realiseres produktivitetstgevinster i almen praksis svarende til 2 pct., til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 14 Spm. om, hvordan ministeren vil sikre, at der følger nye penge med, hvis der pålægges almen praksis nye opgaver i perioden frem til den 1. september 2014, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 15 Spm., om ministeren mener, at de praktiserende læger skal tilføres flere ressourcer, såfremt nye kliniske retningslinjer, forløbsprogrammer og opgaveudlægninger fra sygehusene skaber merarbejde i almen praksis, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 16 Spm., om ministeren kan give konkrete eksempler på, at PLO har blokeret for løsninger på lægedækningsproblemer, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 17 Spm. om, hvordan ministeren vil sikre, at kontinuiteten og kvaliteten i almen praksis kan opretholdes, når private aktører fremover kan drive praksisklinikker, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 18 Spm., om ministeren kan give eksempler på private aktører, som kan byde på praksisdrift af ubesatte ydernumre (jf. § 227), til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 19 Spm. om, hvordan ministeren vil sikre, at afgivelse af ydernumre ikke udløser betaling for lægebesøg, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå

- 20 Spm., om manglende sammenhæng i sundhedsvæsenet skyldes almen praksis, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 21 Spm., om man skal forstå lovforslaget således, at den aftaleret, som de praktiserende læger tillægges i lovforslaget, svarer til den aftaleret, som de praktiserende læger har i relation til § 2 i overenskomst om almen praksis, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 22 Spm. om, hvordan ministeren forestiller sig at der fremover skal gives lægerne den nødvendige beskyttelse mod praksisplaner, der påfører dem driftsøkonomisk tab, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 23 Spm., om ministeren med bemyndigelsen selv kan udvide omfanget af forpligtelsen til kodning, eller om udvidede kodningsforpligtelser kun kan ske efter aftale mellem overenskomstens parter (bemærkningerne side 20, 2. spalte), til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 24 Spm. om, hvordan ministeren vil sikre, at kvalitetsdata ikke bliver brugt til kontrolformål med den risiko, at værdien af kvalitetsdata forringes, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 25 Spm. om, hvilke konsekvenser det vil kunne få for praksislægerne i lokalområderne, hvis de ressourcestærke borgere vælger læge nær ved arbejdspladsen, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 26 Spm. om årsagen til, at der ikke stilles de samme uddannelsesmæssige krav til læger, som er ansat hos private aktører, i regionsklinikker eller i et af regionen midlertidigt etableret alment medicinsk lægetilbud, som i de almene praksisklinikker, der drives efter overenskomst om almen praksis, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 27 Spm. om, hvilke betingelser der skal være til stede, for at en region efter lovforslagets § 227, stk. 3, kan benytte sig af muligheden for udbud til private aktører, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 28 Spm., om det vil kunne forekomme, at et regionsråd kan benytte sig af muligheden i § 227, stk. 3, uden der foreligger lægemangel, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 29 Spm. om ministerens udtalelse om, at private aktører kun vil kunne få tildelt ret til at drive almen praksis i en afgrænset periode, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 30 Spm. om, hvornår ministeren forventer at iværksætte det i § 204, stk. 2, omtalte praksisplanudvalg, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 31 Spm., om lovforslaget indebærer, at opgaveflytninger fra sygehusene 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 føl-

- ger nye ressourcer med til at ansætte mere klinikpersonale, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 32 Spm., om lovforslaget skal forstås således, at §§ 93 og 94 i den nugældende overenskomst om almen praksis opretholdes, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 33 Spm. om ministeren vil konkretisere, hvilke forhold som fremover vil være omfattet af regionens beslutningskompetence og hvilke områder, hvor samarbejdsudvalget således ikke længere vil have beslutningskompetence, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 34 Spm., om et regionsråd kan etablere en midlertidig praksis i henhold til § 227, stk. 6, uden bemanning af speciallæge i almen medicin, eller gælder der de samme forhold som ved udbud, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 35 Spm. om, hvordan og hvem der udpeger de tre læger til praksisplanudvalget, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 36 Spm., om det er praksisplanen, der vil være den ramme, som sikrer kommunerne indflydelse på decentrale aftaler, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 37 Spm., om ministeren vil beskrive de hidtidige erfaringer med private aktører i almen praksis og private aktørers drift af almen praksis i Danmark, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 38 Spm. om, hvordan ministeren vil sikre, at private aktører leverer den samme kvalitet som alment praktiserende læger, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 39 Spm. om, hvordan en fakultativ adgang stemmer overens med andre bemærkninger om, at regionsrådet alene kan etablere et midlertidigt tilbud, hvis praksis ikke kan afsættes til praktiserende læger eller regionsrådet har kasseret bud fra privat aktør, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 40 Spm., om det kun er ledigblevne ydernumre, der fortsat kan tildeles vederlagsfrit, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 41 Spm., om det er ministerens opfattelse, at en yderligere adgang til helbredsoplysninger for administratorer, er nødvendig for at skabe bedre patientforløb, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 42 Spm., om ministeren kan fremlægge konkrete eksempler på, at PLO skulle have sagt nej til at løse problemer med lægedækning, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 43 Spm. om ministerens kommentar til, at PLO i en skrivelse til RLTN af den 4. december 2012 har meddelt, at PLO var indstillet på at imødekomme RLTN's ønske om flere data vedrørende almen praksis, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 44 Spm., om ministeren har kendskab til konkrete kontrolsager vedrørende praktiserende læger, hvor tilstedeværelsen af praktiserende læger i

- samarbejdsudvalgene har medført, at sagsbehandlingen er trukket i langdrag, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 45 Spm. om, hvorfor notatet »Samlet opsummering vedrørende de nye reguleringsmæssige rammer for almen praksis«, anvender betegnelsen »lægenes vetoret« om den nuværende paritetiske styreform i almen praksis? Kan man ikke lige såvel tale om »regionernes vetoret«, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 46 Spm. om notatet »Samlet opsummering vedrørende de nye reguleringsmæssige rammer for almen praksis« hvor det fremgår, at »det skal undersøges, om der ud fra forbrugerbeskyttelseshensyn kan fastsættes regler, der regulerer/sætter loft over egenbetalingen«. Vil ministeren oplyse om resultatet af denne undersøgelse, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 47 Spm., om ministeren vil uddybe sine synspunkter, herunder fremlægge uddybende redegørelse for konkurrencelovgivningens muligheder for at fjerne PLO's forhandlingsret, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 48 Spm. om regionernes mulighed for at opdage og gribe ind over for tilfælde, hvor der sker misbrug af det afregningssystem, som bruges i dag, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 49 Spm om kommentar til henvendelse af 5/6-13 fra Frantz Vogel, København, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 50 Spm. om kommentarer til kritikpunkterne i hvidbogen, herunder, at PLO var enig med regionen i de 13 kontrolsager, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 51 Spm. om at sikre, at borgere, der har fravalgt en læge i deres nærområde, kan få lægebesøg, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 52 Spm. om begrundelsen for, at ministeren foreslår de paritetiske udvalg afskaffet, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 53 Spm., om ministeren vil ændre lovforslaget, så der sikres reel parallelitet og dermed samme kvalitet m.v., til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 54 Spm., om ministerens bemærkninger dækker flere ting, herunder også, hvilke opgaver de praktiserende læger skal udføre, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 55 Spm. om, hvorfor ministeren mener, at en adgang til data, der identificerer den enkelte praktiserende læge, giver regionerne bedre mulighed for sundhedsplanlægning end de data, der leveres i dag, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 56 Spm., om læger har mulighed for at indgå aftaler om, hvordan opgaver skal udføres, samt økonomi, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå

- 57 Spm., om der med lovforslaget ændres ved, hvilken uddannelse en læge, som arbejder i eller driver en almen praksis, skal have, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 58 Spm., om det er muligt i dag for regionerne at udbyde drift af almen praksis og i så fald under hvilke rammer, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 59 Spm., om det bliver obligatorisk for regioner, som ikke kan sikre lægedækning med privat praktiserende læger, at udbyde driften, før regionen kan vælge selv at etablere en klinik, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 60 Spm., om privatpraktiserende læger ikke nødvendigvis har fortrinsret til nye ydrenumre samt ydrenumre, som regionerne har opkøbt, eller begrænser lovforslaget muligheden for udbud til de tilfælde, hvor det ikke er muligt at afsætte driften til en alment praktiserende læger, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 61 Spm., om ministeren kan garantere, at alment praktiserende læger ikke pålægges registreringer og kodning af data, som ikke allerede i dag foretages i den almindelige praksis, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 62 Spm., om regionerne vil have mulighed for at benytte kvalitetsdata til kontrolformål og evt. honorering af den enkelte læge, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 63 Spm., om ministeren har konkrete planer for refusion af det beløb, som borgerne skal betale for at gå til deres hidtidige praktiserende læger, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 64 Spm., om ministeren påtænker at lave specielle ordninger for de borgere, der ikke måtte have økonomisk råderum til at betale en evt. difference mellem, hvad det offentlige måtte dække, og det beløb, der skal betales hos lægen, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 65 Spm. om, hvordan uddannelse af nye speciallæger i almen medicin sikres, såfremt et meget stort antal læger vælger at aflevere deres ydrenumre, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 66 Spm. om at redegøre nærmere for begrebet »underliggende aftale«, herunder præcis angivelse af det potentielt materielle indhold og omfang af aftalen, samt hvem denne »underliggende aftale« tænkes indgået imellem, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 67 Spm. om at redegøre for, om opgaver i sundhedsaftaler indgået mellem regioner og kommuner forud for implementering skal forhandles med PLO (pva. de alment praktiserende læger), herunder om organisationen (pva. de alment praktiserende læger) af økonomiske eller andre årsager kan sige nej til at løse de definerede opgaver, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 68 Spm. om at redegøre for de registrerings- og konkurrencemæssige konsekvenser, såfremt de praktiserende læger indleverer deres yder-

- numre og derfor i princippet fungerer på lige fod med privathospitalerne, herunder om de praktiserende læger f.eks. med PLO som »tovholder« må indgå aftaler om fælles fastsættelse af priser for ydelser, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 69 Spm. om, hvorvidt de praktiserende læger vil skulle registrere og datakode mere i en situation, hvor de i betydeligt omfang har indleveret deres ydernumre, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 70 Spm. om at redegøre for de nærmere konsekvenser for henholdsvis patienter og de praktiserende læger, såfremt de praktiserende læger i stort omfang indleverer deres ydernumre, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 71 Spm. om, hvorvidt de praktiserende læger i dag er forpligtet til at registrere og datakode mere end de private hospitaler, der har aftaler med det offentlige, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 72 Spm. om at redegøre for, om de definerede rammer i praksisplaner aftalt mellem regioner og kommuner forud for implementering skal forhandles med PLO (pva. de alment praktiserende læger), herunder om organisationen (pva. de alment praktiserende læger) af økonomiske eller andre årsager kan sige nej til at arbejde inden for de definerede rammer, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 73 Spm., om ministeren kan bekræfte, at praksisplanudvalget ikke kan tvinge de praktiserende læger til specifikke opgaver som f.eks. opfølgende hjemmebesøg i forbindelse med udskrivning fra sygehus, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 74 Spm., om ministeren kan bekræfte, at såfremt en opgave via sundhedsaftaler indebærer en opgave for de praktiserende læger, at det så vil kræve implementering i en aftale med lægerne, herunder i forhold til spørgsmålet om eventuelle økonomiske ressourcer til opgaven, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 75 Spm., om det kan bekræftes, at de eneste private aktører, der kan eje et ydernummer, er de praktiserende læger selv, og dermed, at øvrige private aktører ikke kan eje et ydernummer, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 76 Spm. om, inden for hvilke områder privathospitalerne i dag er pålagt »merbyrder«, sammenlignet med de praktiserende læger som private erhvervsdrivende, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 77 Spm., om de praktiserende læger har aftaleret i relation til de opgaveflytninger, der løbende sker i forhold til almen praksis, og herunder, om der kan ske en omfattende opgaveudflytning til almen praksis, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 78 Spm. om, hvad betegnelsen »f.eks.« i afsnit 3.4.2 i bemærkningerne dækker over, og herunder om »f.eks.« også omfatter sundhedsaftalerne, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå

- 79 Spm. om, hvorvidt de praktiserende læger har aftaleret i relation til de opgaver, der i sundhedsaftalerne beskrives som en opgave for de praktiserende læger, herunder i forhold til spørgsmålet om eventuelle økonomiske ressourcer, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 80 Spm., om der findes eksempler inden for sundhedsområdet, hvor myndigheds- og finansieringsansvar ikke følges ad, nu hvor PLO tilsyneladende er utilfredse med, at regionerne har det endelige myndighedsansvar, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 81 Spm. om, hvorvidt regionerne med lovforslaget har hjemmel til endeligt at beslutte en placering af en ny lægepraksis, som på urimelig måde kan underminere driftsgrundlaget for en eksisterende nabopraksis, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 82 Spm. om, hvor mange danskere der på landsplan i dag benytter sig af, at vælge en læge uden for 15/5 km. grænsen, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 83 Spm. om ministeren deler bekymringer fra de praktiserende læger om, at borgerne i stor stil vil vælge en læge nær arbejdspladsen, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 84 Spm. om, hvad der forstås ved »god almen medicinsk praksis«, som regionsrådet skal sikre, at den sundhedsfaglige virksomhed er i overensstemmelse med, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 85 Spm. om, hvornår en region skal benytte salg af ydernummer, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 86 Spm., om det er korrekt, som PLO oplyser, at f.eks. 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 ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 87 Spm., om hvad samarbejdsudvalgenes fremtidige rolle bliver, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 88 Spm., om en lægepraksis skal bemandedes af en speciallæge i almen medicin, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 89 Spm., om de data, som de praktiserende læger fremover skal dele med regionen, er de data, som de praktiserende læger i forvejen er forpligtiget til at registrere, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 90 Spm. om teknisk bistand til ændringsforslag om uddannelsesmæssige krav, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 91 Spm. om teknisk bistand til ændringsforslag om kvalitetsdata om patientbehandlingen i almen praksis, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 92 Spm. om teknisk bistand til ændringsforslag om praksisplanen, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå

- 93 Spm. om teknisk bistand til ændringsforslag om udbud af drift af almen lægepraksis, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 94 Spm. om kommentar til henvendelse af 12/6-13 fra A. M. N., til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 95 Spm. om teknisk bistand til ændringsforslag omkring overenskomstens reguleringsprocent fra den 1. april 2013 og fremover, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 96 Spm. om teknisk bistand til et ændringsforslag omkring den økonomiske ramme for perioden 1. september 2013 til 1. september 2014, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 97 Spm. om, hvem der ejer de data, som generes i almen praksis, og om de data, som regionen ifølge loven skal have adgang til, kan sælges til kommercielle formål, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 98 Spm. om at redegøre for, om Region Sjællands offentlig-privat partnerskabsaftale, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 99 Spm om kommentar til henvendelse af 18/6-13 fra Forsikring & Pension, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 100 Spm. om at sikre, at der også i klinikker, der drives af en privat aktør eller i en regionsklinik, skal kunne ansættes læger i uddannelsesforløb, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 101 Spm. om at yde teknisk bistand til et ændringsforslag der sikrer, at periodeafgrænsningen for driften af almen praksis for private aktører m.v., til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 102 Spm., om det fremsendte ændringsforslag indebærer, at regionen først skal afprøve, om der er en eksisterende praktiserende læge, der vil tage et ledigt ydernummer, før regionen sender det i udbud, jf. § 227, stk. 3, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 103 Spørgsmålet er taget tilbage
- 104 Spm. om at reducere honorarerne og/eller annullere pris- og lønregulering, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 105 Spm. om kommentar til henvendelse af 19/6-13 fra Christian Carstensen, Allerød, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 106 Spm. om kommentar til henvendelse af 20/6-13 fra Praktiserende Lægers Organisation (PLO), til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå

Bilag 2

Nogle af udvalgets spørgsmål og ministeren for sundhed og forebyggelses svar herpå.

Spørgsmålene og svarerne herpå er optrykt efter ønske fra DF og KF

Spørgsmål nr. 21:

I lovforslaget fremgår det, at de praktiserende læger har aftaleret i relation til opgaver, som er defineret i praksisplanen. Men det fremgår ikke klart, om de praktiserende læger også har aftaleret i relation til alle opgaver, der følger af sundhedsaftalerne. Skal man forstå lovforslaget således, at den aftaleret, som de praktiserende læger tillægges i lovforslaget, svarer til den aftaleret, som de praktiserende læger har i relation til § 2 i overenskomst om almen praksis?

Svar:

Den foreslåede bestemmelse i § 57 b, stk. 2, vedrørende lægernes pligt til at følge sundhedsaftaler, har følgende ordlyd:

»Stk. 2. Alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede personer, jf. § 60, stk. 1, er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med de sundhedsaftaler, der er indgået imellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen, jf. § 205, herunder følge forløbsprogrammer m.v.«

I bemærkningerne til bestemmelsen anføres bl.a.:

»De opgaver, som beskrives f.eks. i et forløbsprogram, og som dermed er rammen om de praktiserende lægers forpligtelse, vil for de læger, som virker inden for overenskomsten, jf. § 227, stk. 1, skulle følges op af en underliggende aftale om vilkårene for at følge denne forpligtelse.«

Bemærkningerne om, at der for de læger, som virker inden for overenskomsten, vil skulle følges op med en underliggende aftale om vilkårene for at følge denne forpligtelse, er ikke begrænset til de opgaver, som beskrives i et forløbsprogram, men vil gælde for alle de opgaver, som følger af sundhedsaftaler.

Den nugældende overenskomsts § 2 har hidtil bl.a. været anvendt til at indgå lokale aftaler om ydelser, som de praktiserende læger f.eks. i overensstemmelse med en sundhedsaftale skulle levere. Om denne bestemmelse videreføres i samme form i den kommende overenskomst, er det op til parterne at aftale.

Spørgsmål nr. 23:

I følge lovforslaget får ministeren bemyndigelse til at fastsætte regler for de praktiserende lægers kodning af henvendelser. Det anføres i bemærkningerne, at det på sigt vil kunne blive aktuelt at udvide forpligtelsen til at kode henvendelser til almen praksis til at omfatte andre typer diagnoser end de nuværende forpligtelser. Kan ministeren med bemyndigelsen selv udvide omfanget af forpligtelsen til kodning, eller kan udvidede kodningsforpligtelser kun ske efter aftale mellem overenskomstens parter (bemærkningerne side 20, 2. spalte)?

Svar:

Der fremgår bl.a. følgende af bemærkningerne til bestemmelsen om kodning og datafangst:

»[...] Der vil i medfør af den foreslåede bemyndigelse til ministeren blive stillet krav om, at der foretages kodning af henvendelser vedrørende diagnoserne KOL, astma, kroniske muskel- og skeletlidelser, knogleskørhed (osteoporose), hjerte-karsygdomme, cancer, diabetes og ikke-psykotiske psykiske lidelser i lovgivningen – svarende til det i overenskomsten aftalte. Der vil desuden blive stillet krav om, at lægen anvender de indikatorsæt i datafangst, der er udviklet for de pågældende diagnoser.«

»Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse hæfter sig ved, at parterne bag overenskomsten om almen praksis har tilkendegivet, at man er enige om, at resultaterne af dataindsamling for kodede henvendelser skal danne grundlag for en senere aftale om udvidelse af kodningsforpligtelsen.

Det vil således på sigt – og efter indstilling fra det faglige selskab – kunne blive aktuelt at udvide forpligtelsen til at kode henvendelser til almen praksis til at omfatte andre diagnoser end de i overenskomsten aftalte. For læger, der virker efter overenskomst, jf. § 227, stk. 1, vil der skulle indgås en efterfølgende aftale om implementering.«

En udvidelse af kodningsforpligtelsen, der binder læger, som arbejder efter overenskomsten, forudsætter således 1) at der skal være en indstilling fra det faglige selskab, og 2) der skal indgås en efterfølgende aftale med lægerne om implementering.

Spørgsmål nr. 26:

Såfremt en privat aktør eller en region driver en klinik med flere læger, er det efter lovforslaget nok, at én af disse har en almenmedicinsk speciallægeanerkendelse. Hvad er årsagen til, at der ikke stilles de samme uddannelsesmæssige krav til læger, som er ansat hos private aktører, i regionsklinikker eller i et af regionen midlertidigt etableret alment medicinsk lægetilbud, som i de almene praksisklinikker, der drives efter overenskomst om almen praksis?

Svar:

Med hensyn til kvaliteten i de klinikker, der drives på baggrund af udbud i henhold til lovforslagets § 227, stk. 3, eller praksis, som regionsrådet selv etablerer i henhold til § 227, stk. 5, fremgår det af bemærkningerne, at:

»Regionsrådet skal sikre – både ved udbud af drift af praksis og ved etablering af et midlertidigt tilbud – at den sundhedsfaglige virksomhed er i overensstemmelse med god almenmedicinsk praksis, og at der sikres bemanning med en læge med speciallægeuddannelsen i almen medicin. Regionsrådet kan sikre den rette bemanning ved i udbudsmaterialet at betinge sig dette og på midlertidige tilbud, som regionsrådet selv driver, ved at ansætte speciallæger i almen medicin.«

Det forudsættes således også, at regionen sikrer sig (i udbudsmaterialet og i de klinikker, som regionen selv driver), at den uddannelsesmæssige baggrund af det personale, som bemander klinikkerne, er sammenlignelig med den standard, som findes i de klinikker, der drives efter overenskomst, jf. § 227, stk. 1.

Det skal i den forbindelse bemærkes, at der inden for den gældende ordning er mulighed for, at de enkelte praksis kan have en forskellig ratio i forholdet læge/antal tilmeldte patienter.

Spørgsmål nr. 27:

Hvilke betingelser skal der være til stede for, at en region efter lovforslagets § 227, stk. 3, kan benytte sig af muligheden for udbud til private aktører?

Svar:

En region kan i henhold til bestemmelserne i § 227, stk. 3, foretage udbud i følgende situationer:

1) Regionen kan udbyde drift af praksis, som hidtil har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1, og hvor regionsrådet af lægen har fået overdraget ydernummeret.

2) Regionen kan desuden udbyde drift af praksis vedrørende nye ydernumre, som regionsrådet har oprettet.

3) Endelige kan regionen som led i praksisplanlægningen opkøbe eksisterende ydernumre fra læger, der har ønsket at sælge, og udbyde driften af disse praksis.

Spørgsmål nr. 28:

Vil det kunne forekomme, at et regionsråd kan benytte sig af muligheden i § 227, stk. 3, uden der foreligger lægemangel?

Svar:

Efter de gældende regler i sundhedsloven er den altovervejende hovedregel, at regionernes myndighedsansvar for at stille vederlagsfri lægehjælp i almen praksis til rådighed for borgerne i regionen, løftes via aftalen med »organisationer af sundhedspersoner«, jf. § 227, stk. 1 (i praksis PLO). Der vil ikke med lovforslaget blive ændret ved dette. Muligheden i henhold til § 227, stk. 3, er ikke begrænset til en lægemangelsituation, men vil i disse tilfælde kunne medvirke til at sikre lægedækningen til alle borgere i en region.

Spørgsmål nr. 29:

Ministeren har udtalt, at private aktører kun vil kunne få tildelt ret til at drive almen praksis i en afgrænset periode. Er der tale om samme periode som for en regionsklinik, dvs. 4 år, eller er der tale om en anden tidsperiode?

Svar:

Regionsrådet kan alene foretage udbud af driften af praksis. Der er således ikke tale om, at regionsrådet i denne forbindelse kan sælge et ydernummer til en leverandør, der virker uden for overenskomsten, og som på denne måde får ret til videresalg. Udstrækningen af den periode, hvor en privat leverandør, via udbud, kan forestå driften af praksis, er ikke nærmere afgrænset i lovforslaget.

Spørgsmål nr. 36:

I henhold til nuværende overenskomst kan kommunerne indgå decentrale aftaler med de praktiserende læger. Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at praksisplanen vil være den ramme, som sikrer kommunerne indflydelse på decentrale aftaler. Ligger der heri nogen realitetsændring i forhold til nuværende aftalemulighed mellem kommunerne og almen praksis?

Svar:

Jeg kan bekræfte, at der i henhold til den gældende Overenskomst om almen praksis bl.a. skal nedsættes såkaldte kommunalt-lægelige udvalg i hver kommune bestående af lokale praktiserende læger og repræsentanter for kommunen, som bl.a. kan udarbejde udkast til lokale aftaler, som efter overenskomstens regler kan sende aftaleudkast til det regionale samarbejdsudvalg med henblik på at få aftale formaliseret som en såkaldt § 2-aftale.

Med lovforslagets vedtagelse bliver der et lovfastsat krav om, at der i alle regioner skal nedsættes praksisplanudvalg vedrørende almen praksis, hvor både almen praksis, kommuner og regionen bliver repræsenteret.

Praksisplanen vedrørende almen praksis, som skal udarbejdes af praksisplanudvalget, bliver et centralt – og efter min vurdering – mere gennemgribende og sammenhængende samarbejds- og planlægningsværktøj imellem region, kommune og almen praksis, end det, der findes i den gældende overenskomst.

Praksisplanen skal beskrive, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernumre. Praksisplanen vedrører således både den fysiske planlægning, herunder spørgsmålet om sikring af lægedækning i alle egne af regionen, og den indholdsmæssige del i relation til f.eks. sundhedsaftaler om udskrivningsforløb for ældre medicinske patienter.

For så vidt angår den fysiske planlægning, skal der beskrives en plan for sikring af den nødvendige lægedækning i alle egne af regionen, herunder for så vidt angår kapacitet og tilgængelighed.

Planen skal endvidere bl.a. forholde sig til den strukturelle udvikling og opgavevaretagelse i almen praksis under hensyntagen til udviklingen i det samlede sundhedsvæsen. Det kommunalt-lægelige udvalg kan – såfremt det videreføres i den aftale, parterne forventes at indgå inden 1. september 2014 - fortsat udarbejde udkast til lokale aftaler og sende dem til praksisplanudvalget.

Kommunerne vil få større indflydelse på planlægningen af almen praksis, hvilket vil medvirke til at sikre sammenhæng til den kommunale indsats for f.eks. kronisk syge og ældre medicinske patienter, og det vil samtidig understøtte nødvendige faglige synergier, når almen praksis tænkes sammen med kommunale og regionale sundhedstilbud, f.eks. ved placering i sundhedshuse.

Den konkrete udmøntning af denne ramme forudsætter fortsat, at der indgås en underliggende aftale med de praktiserende læger. I den forbindelse skal bemærkes, at dette må antages at forudsætte, at den centralt forhandlede landsoverenskomst om almen praksis i højere grad end i dag suppleres af decentrale aftaler indgået efter forhandlinger imellem regionen/kommuner og almen praksis. Dette forudsætter, at en større andel af den samlede økonomiske ramme for sektoren kan udmøntes decentralt.