

Praktiserende læge, MPM
Camilla Høegh-Guldberg
Lægehuset Remisen
Jernbanevej 16
4720 Præstø
23.maj 2013

Til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Høringssvar

til lovudkast dateret 3.maj 2013 om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Overordnede betragtninger

Indledningsvist vil jeg gerne udtrykke min bekymring over selve forløbet, der i efterforløbet af såkaldte overenskomstforhandlinger har ført til fremlæggelse af et lovudkast til styring af et tidligere aftalebaseret område. De i lovudkastets bemærkninger (p 6-7) anførte begrundelser og målsætninger syntes på ingen måde at stå mål med indgrebets omfang eller kunne hellige de midler, hvorigennem indgrebet er søgt gennemført.

Det er i et demokrati stærkt bekymrende, at tilliden til regeringen sættes på prøve gennem først regionernes gennemførelse af skinforhandlinger med ultimative regeringsstøttede krav og siden sundhedsministerens misvisende information på pressemødet den 3.maj om indholdet af det planlagte lovindgreb. På pressemødet blev gentagne gange fremført, at de grundlæggende vilkår for praksis var uændrede, og at det økonomiske grundlag frem til september 2014 var uændret – hvilket som det tydeligt fremgår af lovforslaget og dets bemærkninger ikke er korrekt.

At indholdet af lovudkastet reelt fremstår som en blanco check til den til enhver tid siddende sundhedsminister er i dette lys stærkt bekymrende, selv om det er forståeligt at loven er skrevet med margin for forandringer i forhold til ønskede opgaveløsninger og samfunds/sundhedsøkonomi – dette tages der aktuelt højde for ved gennemførelse af forhandlinger mellem regioner og almen praksis hvert andet år.

Det er endvidere undergravende for almen praksis' evt. fortsatte fremtidige centrale placering som primær behandler, gatekeeper og tovholder, at de danske regioner og regeringen i de seneste mange måneder har sat spørgsmålstegn ved de praktiserende lægers arbejdsmoral, hæderlighed og faglighed. Som stand betragtet har de praktiserende læger leveret varen gennem årtier og sikret mulighed for besparelser på sygehusområdet. Der findes ganske givet brodne kar blandt praktiserende læger som blandt andre professioner, men det synes at bryde med ethvert retsprincip at dømme en hel lægestand skyldige og efterfølgende gennem lovgivning at fratage dem ledelsesretten til deres egen virksomhed.

Med lovudkastet synes regeringen at have ønsket at opnå en driftsmodel, hvor de praktiserende læger fortsat er selvstændige i den forstand, at de bygger/køber lægehuse, investerer i forbedringer, ansætter og uddanner personale samt er fagligt og økonomisk ansvarlige – på trods af at de ikke har indflydelse på hverken de økonomiske rammer, de pålagte opgaver eller evt. løbende ændringer i disse. Og på trods af ønsket om større integration af de praktiserende læger med det øvrige offentlige sundhedsvæsen – det fremgår f.eks. af bemærkningerne p 5-7 at de praktiserende

læger fortsat skal have ansvar på opfølgning på det offentliges behandling – så undtages de fremover fra at være omfattet af Lov om klage- og erstatningsansvar indenfor sundhedsvæsenet

Den danske "entreprenør" model for almen praksis kan som driftsform – som professor og sundhedsøkonom Kjeld Møller Petersen beskriver det – være besværlig ud fra centralisters styrings og ordenslogik, men man bør tænke sig meget længe og uendeligt grundigt om, før man overvejer ændringer på dette felt, idet erfaringer fra Sverige og Norge med offentligt og fastansatte læger ikke er opmuntrende (citeret fra Kjeld Møller Petersens "Sundhedspolitik" 2005).

Regeringen har et klart defineret – og fuldt forståeligt - ønske om mest mulig sundhed for pengene. Med LEON princippet i mente har man gennem en årrække flyttet opgaver (kontrol af sukkersyge, blodtryksforhøjelse, hjertesygdom etc.) fra sygehuse til almen praksis til alles tilfredshed – opgaver, hvor man gennem forhandling med de praktiserende læger har sikret, at disse havde kompetence og ressourcerne til at yde et kvalificeret behandlingstilbud.

Regeringen forholder sig i det aktuelle forhandlings – og lovgivningsforløb ikke til det faktum at med regeringens og regionernes ønske – uanset baggrund herfor - om kontrol og styring af almen praksis, ville det logiske skridt være at etablere rent offentlige lægehuse. Regeringen har ikke forklaret, hvorfor dette ikke ønskes. Den middelbare forklaring er, at det aktuelt er uladsiggørligt. Såfremt der skulle bemandes lægepraksis over hele landet med ansatte speciallæger i almen medicin ville dette kræve et meget større antal læger end det, der er til rådighed i dag (og i årene frem) – selvstændige praktiserende læger har sjældent 37 timers arbejdsuge, de er ikke berettiget til betalt ferie, efteruddannelse, sygedage, barns sygedage etc.

Regeringen forholder sig med lovudkastet ikke til det faktum, at regionerne allerede har kontrol over drift af sygehuse og speciallægepraksis inkl. placering af disse. Dette har i mine øjne ikke medført bedre dækning for speciallæge eller sygehusydelse i provinsen. Mange lokale sygehuse er lukket, hvilket ud fra økonomiske og kvalitetsmæssige hensyn sikkert ikke kan kritiseres, men man må blot konstatere, at dette har medført udfordringer for almen praksis i form af mere skadestuearbejde herunder henvisninger til røntgen og overtagelse af en del ambulante kontroller i geografiske områder, hvor dækningen af såvel speciallæger som praktiserende læger ikke er optimal.

Det er mit håb, at regeringen og det øvrige folketing vil indse, at 3500 praktiserende læger ikke sætter deres dyrt erhvervede lægehus, deres patienters tillid, deres ansattes løn og egen økonomiske sikkerhed på spil uden grund – og forkaster lovudkastet.

Almen praksis i forhold til ministerens sundhedsudspil/lovudkast

Alle har en interesse i, at der leveres kvalificeret lægearbejde i hele sundhedsvæsenet også i almen praksis. Men præmisserne og opgaverne for almen praksis er anderledes end for det øvrige sundhedsvæsen. Patienterne kommer af egen drift på baggrund af konkret eller frygtet sygdom/skade, grundet bekymring evt. tilskyndet af en sundhedskampagne som Kend dit blodtryk/dit kolesterol tal eller Få checket dit modermærke, grundet kontroller tilrådet i forbindelse med indlæggelse eller ambulant udredning på sygehus (de typiske kronikersygdomme), grundet bekymringer eller stress relateret til enhver af livets udfordringer (sygdom/dødsfald i familie, fyringsrunder, arbejdsbelastninger. Hertil kommer forebyggende indsatser i form af børneundersøgelser, graviditetskontroller, vaccinationer, rådgivning ved udlandsrejser og kommunalt samarbejde i forhold til opsøgende hjemmebesøg, opfølgende hjemmebesøg, aftaler vedr. dosisdispensering af fast medicin, netværksmøder og diverse attestarbejde. For ikke at glemme receptudskrivning/fornyelser og henvisninger til speciallæge eller sygehus – tilsyneladende

simple rutineprægede opgaver, der dog ikke blot kan gøres ”med venstre hånd”, da risiko for fejl i recepter eller unødige eller fejlvisiterede henvisninger kan være resultatet.

Fælles for henvendelserne til almen praksis er, at de i stort omfang er uvisiterede til forskel for ambulatorier og speciallægers patientgrupper. Der er et stort spænd i henvendelses-årsager og stor forskel på forventninger til samme. Den selvoplevede raske patient med sundhedsforsikring og ønske om en henvisning til speciallæge på vej på arbejde vil blive voldsomt irriteret over oplevet ventetid i telefon/venteværelse eller på rent faktisk at få en tid (som patienten ofte oplever som en unødvendig forsinkelse), mens moderen til det højfebrile barn eller den velkendte patient med svær lungelidelse vil glæde sig over at kunne blive set samme dag. Det er næppe overraskende, hvis patienter med mere serviceprægede henvendelsesårsager (forebyggelseskontroller, rejsevacciner, børneundersøgelser) vil efterspørge udvidede åbningstider i lægehuse og gerne i nærheden af arbejdspladsen, mens ældre, kroniske og akut syge patienter efterspørger hurtigst mulige lægetid tæt på hjemmet, samt mulighed for sygebesøg.

I en ideel verden uden økonomiske eller lægeressourcemæssige restriktioner ville alle modsat rettede ønsker kunne honoreres. Politisk er der dog tidligere taget stilling til prioritering ved f.eks. indførelse af den 6. ferieuge og omsorgsdage til brug for f.eks. de ikke-akutte lægebesøg og gennem den bølge af LEON, LEAN og NPM inspirerede omlægninger/besparelser, der er gennemført i sundhedsvæsenet. Samtidigt er der i den gældende aftale med praktiserende læger et klart krav om, at patienthenvendelser ikke kan mødes af en lukket dør – der skal være tilgængelighed alle dage. Dette til forskel for f.eks. speciallægepraksis, der efter opbrugt behandlingsskvote kan ferielukke eller sygehuse, der kan afvise henvisninger såfremt patienten vurderes at falde uden for afdelingens målgruppe. Det vil i praksis sige, at de praktiserende læger fungerer som et filter til og opsamlingsnet for resten af sundhedsvæsenet.

Der har gennem en årrække – siden regeringens forhandlingsoplæg til Amdtsrådsforeningen i 1999 – (og altså uafhængigt af finanskrisen, OECD rapporter etc.) været en tendens til at se samling af praktiserende læger i større praksisenheder/lægehus som løsningen på alle udfordringer i almen praksis. Det vil angiveligt give større kvalitet, færre henvisninger til sygehuse, bedre lægedækning, længere åbningstider for færre penge. I den forbindelse skal nævnes, at de praktiserende læger aktuelt efter ”almindelig åbningstid” i eget lægehus bemande lægevagten med lægedækning for akut opstået sygdom i tidsrummet 16-08 på hverdage og alle weekender/helligdage.

Mange praktiserende læger har rent faktisk sluttet sig sammen i større eller mindre lægehuse med hjælpepersonale. Dette er dog ikke udbredt i hovedstadsområdet, hvor antallet af solopraksis er stort bl.a. henset til de mulige konsultationslokaler – der desværre også af lokalplansmæssige hensyn tidligere ikke har kunnet placeres i adgangsvenlige forhold i stueetage. Egen læges placering i større lægehuse vil i flere større byer typisk medføre længere til lægen og et mindre tæt patient-lægeforhold, men til gengæld ofte medføre økonomisk mulighed for aflastende hjælpepersonale i praksis.

Som følge af det tidligere lille optag på lægestudiet og den efterfølgende forlængelse af speciallægeuddannelsen til almen medicin er aldersfordelingen af de praktiserende læger skæv, og der er relativ mangel på praktiserende læger. Mange ældre sololæger har uden tvivl veget tilbage fra millioninvesteringer i store lægehuse i deres sidste arbejdsår og unge ny-nedsatte læger vil ikke turde binde an med at bygge et stort lægehus i udkantsdanmark, hvis patientunderlaget ikke er der – og der oven i købet måske ikke er job til ægtefælle eller børnehave/skoletilbud til børnene. Det virker tvivlsomt, at et lovpålæg om etablering af praksis i form af et større lægehus i et udpeget givet område kan løse lægemanglen i yderområder – måske snare sikre at rekrutteringen til almen

praksis falder. Lovligheden i tvangsudstationering af selvstændigt erhvervsdrivende virker tilsvarende tvivlsom.

Indvendinger mod lovudkastets konkrete indhold

For overskuelighedens skyld er valgt at følge opstillingen svarende til den af ministeriet udarbejdede "Pixi udgave" af lovforslaget:

- **Sammenhæng: Mulighed for at regioner – i samarbejde med kommunerne – kan beslutte, hvilke opgaver der skal løses i almen praksis og derved sikre sammenhæng til det øvrige sundhedsvæsen**

De praktiserende læger er selvstændige erhvervsdrivende med fagligt og økonomisk ansvar for deres virksomhed. De praktiserende læger har gennem mange år honoreret de kontrakter, de har tegnet med det offentlige i forhold til implementering af nye systemer og opgaver og investeret betydelige summer i deres lægehuse/klinikker. De har fungeret som gatekeepere og tovholder under diverse omstillinger i kommuner, regioner og sygehusfunktioner.

At tilsidesætte de praktiserende læger ved at oprette praksisplanudvalg uden deltagelse af dem, der skal bstride opgaven og som besidder den faglige kompetence og patientkendskabet til netop at sikre den efterspurgte sammenhæng i sundhedsvæsenet, forekommer barokt og uigennemtænkt fagligt set.

Juridisk set fremstår det uklart, med hvilken retsgrundlag sundhedsministeren kan fratage selvstændige erhvervsdrivende retten til selv at vurdere, hvilke ydelser de kan og vil tilbyde samt på hvilke præmisser, og erstatte dette af en forpligtelse til at udføre deres virksomhed i overensstemmelse med sundhedsaftaler, der er indgået imellem regioner og kommuner (kapitel 70b §231d) under bødestrafansvar ved overtrædelse.

Såfremt regioner og kommuner enes om at praktiserende læger skal overtage f.eks. kontrol af kræftpatienter eller - i endnu større omfang end nu - varetage behandling af psykiatriske patienter, vil de praktiserende læger med lovudkastet kunne pålægges dette uden mulighed for indvendinger eller tilførsel af ressourcer. De vil endvidere kunne straffes for ikke at følge fastlagte forløbsprogrammer, der indgår som del af sundhedsaftalerne – det fremgår ganske vist at læger tillades at afvige herfra såfremt der er faglige hensyn, der forklarer dette. Til gengæld vil regionerne være den vurderende og dømmende instans i disse sager, hvilket i lyset af de erfaringer, der er gjort i almen praksis vedr. tolkning af honorarudbetalinger, vurderes stærkt problematisk. Specielt da en redegørelse for afvigelser uvægerligt vil fremstå som udlevering af patientens personlige og fortrolige journal.

- **Lægedækning: styrkelse af regionernes planlægnings kompetencer for at sikre en effektiv lægedækning og et sammenhængende sundhedsvæsen**

Det fremgår af lovudkastets bemærkninger (p 10), at kommunerne gennem praksisplaner skal sikres indflydelse på områderne tilgængelighed, medicin håndtering og besøg, herunder til patienter der opholder sig på kommunale tilbud (aflastningspladser). Ifølge lovudkastet ændres den nuværende struktur med et samarbejdsudvalg, hvor der indgås kontraktlige aftaler /overenskomst/lokale §2 aftaler mellem 2 ligeværdige parter i form af en udbyder (de praktiserende læger repræsenteret ved demokratisk valgt repræsentation PLO) og køber (regioner/kommuner). Udvalget består men uden beslutningskompetence for så vidt de elementer, der er reguleret i loven

– da stort set alt synes at være reguleret i loven vil udvalget reduceres til et ”forum for drøftelser og dialog”.

Det fremgår yderligere af lovudkastets bemærkninger (p12), at det er hensigten at der skal forhandles decentralt mellem enkelte praksis og kommune/region omkring tilpasning af almen praksis til lokale forhold – lovudkastet tolkes som at de praktiserende læger fratages muligheden for at organisere sig i PLO og forhandle gennem denne organisation.

Det fremgår ikke af lovudkastets bemærkninger med hvilken lovhjemmel man vil frata PLO forhandlingsretten på sine medlemmers vegne.

Det fremgår ikke af lovudkastets bemærkninger på hvilken måde udelukkelse af de praktiserende læger fra planlægning af deres arbejde vil bidrage til at styrke og modernisere almen praksis eller til at skabe gode sammenhængende patientforløb.

En af intentionerne med lovudkastet er at sikre en effektiv lægedækning. Det fremgår af lovudkastet og dets bemærkninger, at regionerne ud over tildeling og placering af ydernumre gives mulighed for at etablere alternativer til den velkendte familielæge praksis. Allerede nu har regionerne drevet lægeklinikker i f.eks. Næstved og andre byer med periodisk lægemangel. Årsagerne til lægemangel og yngre lægers uvilje mod at nedsætte sig i udkantsregioner er diskuteret tidligere i dette høringssvar.

Det fremgår af lovudkastet, at der kan etableres praksis under flere former udbudt af regionsrådet og at evt. bud skal sammenlignes med, hvad en offentlig drevet enhed vil koste. Dette må være baseret på regionernes erfaring med regionsklinikker. Regnskaber for drift af disse klinikker har ikke været offentliggjort, men det må på grundlag af udbetalte lønninger til korttidsansatte vekslende speciallæger formodes at have været relativt dyre praksis at drive. Såfremt de ændrede organisationsformer indføres for at ”få mere sundhed for pengene” og der etableres praksis i konkurrence til allerede nedsatte læger må buddene skulle sammenlignes med hvad almen praksis koster i dag (ca. 1400 kr. årligt pr. tilknyttet patient, hvor beløbet inkluderer lægevagtsdækning) fremfor hvad en offentligt drevet klinik har kostet.

Det fremgår ikke af lovudkastet eller tilknyttede bemærkninger med hvilke læger, disse klinikker skal bemandes. Det formodes, at der fortsat er tale om speciallæger i almen medicin – da det ellers virker utroværdigt at tale om sikring af kvalitet i behandlingen – men hvorfra de skal rekrutteres er uklart. Som tidligere anført vil ansatte lægers arbejdsforhold være reguleret på en anden måde end selvstændiges. På sigt vil der blive uddannet flere praktiserende læger, men til gengæld har flere undersøgelser vist, at det, der typisk får yngre læger til at vælge almen praksis, er muligheden for egen praksis og indflydelse på egen arbejdssituation.

Det fremgår ikke af lovudkastet på hvilken måde regionernes allerede styrkede planlægningskompetencer på speciallægepraksisområdet har udmøntet sig. Såfremt erfaringerne på dette område har været, at det har medvirket til at sikre en effektiv speciallægedækning landet over vil det formentlig støtte regionernes ønske om lignende styring for almen praksis. I modsat fald vil det svække regionernes krav om styrket planlægningsret.

- **Kvalitet og kontrol: styrkelse af regionernes adgang til anonymiserede data om kvalitet og ydelser og dermed bedre muligheder for kontrol og opfølgning**

Det fremgår af lovudkastet at ”regionerne skal have adgang til registrerede oplysninger om antallet af og INDHOLDET i patientkontakter for så vidt angår henvendelsesårsag, aktivitet, ydelse,

viderehenvielse, medicinforbrug m.v.” og at disse forudsættes behandlet OVERVEJENDE i krypteret form. Formålet skulle være at sikre effektiv ressource-udnyttelse, at undgå overlappende funktioner, at kunne analysere patientforløb på tværs af sektorer og sammenligne resultat (i form af patientens sundhedstilstand) af forskellige behandlingstilbud. Endeligt vil data også blive brugt som kvalitetsindikator for hvorvidt forløbsprogrammer iht. de af regioner og kommuner indgåede sundhedsaftaler overholdes (og kunne udvirke sanktion i form af bødestraf jf. kapitel 70b §273a).

Det er af sundhedsministeren flere gange bedyret, at den ønskede kodning ikke medfører ekstra administrativt arbejde, da det er oplysninger der i forvejen findes i journalen. Der diagnosticeres aktuelt i alle praksis for de store kroniske patientgrupper (f.eks. cancer, diabetes, KOL) og iht. seneste overenskomst skulle alle praksis tilknyttes det såkaldte datafangstmodul inden overenskomstperiodens udløb 1.april 2013. Der kodes således ikke i alle lægepraksis for alle henvendelser som ønsket af regionerne, men kodes i det omfang det vurderes at være hensigtsmæssigt af hensyn til journaloverblik eller til brug for egne kvalitetsvurderinger via datafangst projektet.

Lovudkastet forholder sig ikke til placering af ansvar for eventuelt brud på lægens tavshedspligt som følge af afkrypterede data lækkes.

Lovudkastet forholder sig ikke til den mistillid og underminering af læringskulturen i sundhedsvæsenet, der iværksættes ved disse kontrol og sanktionsforanstaltninger. Der er over mange år søgt etableret en kultur med f.eks. indberetning af utilsigtede hændelser med det formål at skabe læring og opkvalificere behandlingsforløb. Nu etableres en kultur, hvor kvaliteten af lægers arbejde bedømmes alene på objektive målte parametre – er den overvægtige rygende patient med dårligt reguleret sukkersyge nødvendigvis udtryk for dårligere lægelig behandling?

Nogle af de vigtigste ydelser i almen praksis kan ikke kodes. Kendskabet til den enkelte patient – måske til familien i flere generationer - der etableres over tid er netop grundlaget for at mange konsultationer kan afvikles hurtigt og effektivt. Motivation og sygdoms-forståelse kan nogle gange skulle modnes over tid, før der er compliance omkring en given behandling. Opfølgning på sygehusindlæggelser i form af samtaler om ”hvad sagde lægen?” er ikke nødvendigvis et udtryk for dårlig behandling eller kommunikation på sygehuset – snarere et udtryk for, at tanker og forståelse tager tid og ikke altid kan effektiviseres eller accelereres i et hurtigt forløb.

Lovudkastet og dets bemærkninger forholder sig ikke til hvad kvalitet i almen praksis er.

I forhold til kontrol af ydelser (honorar for disse) skal anføres at der med regionernes egne opgørelser er fundet fejl i ganske få procent ud af årligt indsendte 40 millioner regninger. Det er ikke forsøgt opgjort hvor mange ydelser, der ikke er indsendt regning for. Den samlede udgift til almen praksis udgør 6% af de samlede udgifter til sundhedsvæsenet.

Lovudkastet og dets bemærkninger redegør ikke for, hvad en øget kontrolindsats vil koste eller hvilken besparelse/bedre udnyttelse af de økonomiske ressourcer, der forventes med indførelse af skærpet kontrol af ydelser i almen praksis.

- **Patientens rettigheder: Retten til lægevalg flyttes fra den nuværende overenskomst**

Det fremgår af bemærkninger til lovudkastet (p 6), at intentionen er, at sikre ”at alle har en praktiserende læge, uanset hvor i landet de bor” og at bemyndigelsesbestemmelsen (ophævelse af overenskomstens afstandsbeholdning mellem patientens adresse og den valgte læge) bl.a. vil blive brugt til at sikre pendlere mulighed for at vælge en læge nær deres arbejdsplads (p 8).

Om der dermed menes at syge bør gå på arbejde uanset deres tilstand – hvilket er i strid med nationale retningslinier for f.eks. epidemibekæmpelse – eller at hensynet til raske borgeres planlagte lægebesøg (profylakse, kontrol af kroniske tilstande) skal opprioriteres ud over de allerede nævnte tiltag ved 6. ferieuge er uklart. Fagligt set er det nærliggende at forestille sig at kort afstand til lægen fra borgerens bolig vil være en fordel, når virkelig syg, mens den lange pendlerafstand under de samme omstændigheder vil medføre henvendelse som ”passant” til et lægehus i nærheden af bopælen frem for det valgte lægehus, der ligger ved arbejdspladsen.

Det har tidligere fremgået af regionernes ”forhandlingsoplæg”, at det også er et ønske om at sikre, at praktiserende læger kører sygebesøg på ”egne patienter” på midlertidige aflastningspladser uanset afstand til denne. Som et konkret eksempel på betydningen af dette fra egen praksis, der ligger i Præstø tæt på en kommunegrænse med patienter i begge disse kommuner (Næstved og Vordingborg) betød 2 aflastningsplads lægebesøg på samme dag, at der først skulle køres 32 km mod syd, aflægges besøg på kendt plejehjem og derefter køres 32 km retur og yderligere 32 km i nordlig retning til et besøg på et ikke tidligere besøgt plejehjem før retur til lægehuset og ventende patienter. Det er de færreste lægehuse, der har så få patienter, at der uden problemer kan indføres tid til 120 km kørsel oveni 2 lægebesøg på en almindelig arbejdsdag. Og det for fuldstændighedens skyld tilføjes at der i mit tilfælde findes plejehjem med aflastningspladser, der geografisk er placeret længere væk end de i eksemplet anførte 32 km afstand fra praksis.

Der synes i lovudkastet at være lagt vægt på de få patienters rettigheder på bekostning af de fleste patienters – samtidigt uden at der tages hensyn til de faktuelle forhold i almen praksis anno 2013. Der er allerede i dag i overenskomsten mulighed for lokalt at aftale lægevalg, der tager højde for sommerhusbeboelse, midlertidige flytninger, studier etc. men igen er forudsætningen i dag, at den praktiserende læge er den, der vurderer, om det er realistisk og fagligt forsvarligt med f.eks. en ”pendlerpatient” ud fra kendskab til patienten, lægens ressourcer og lokale forhold så som f.eks. offentlige transportmuligheder. Akutte besøg på aflastningspladser varetages oftest efter konkret aftale af nærmeste lægehus, mens opfølgende og andre planlagte besøg varetages af egen læge.

- **Økonomi: Den nuværende overenskomst forlænges frem til den 1. september 2014**

Her er der ikke overensstemmelse mellem pixibogen/sundhedsministerens fremlægning (der igen og igen fremhæver, at der er uændrede økonomiske forhold frem til september 2014) og selve lovudkastets formulering. Det fremgår af lovteksten, at seneste overenskomst aftale af 21. december 2010 med virkning fra 1. april 2011 vil være i fortsat anvendelse DOG fremgår det af §3 stk. 4 at økonomiprotokollatet af 21. december 2012 (der udløb 1. april 2013) genindføres fra 1. september 2013. Dvs. at der pr. 1. september 2013 indføres en fast økonomisk ramme med nulvækst svarende til den tidsbegrænsede aftale fra december 2012. Det fremgår også af lovteksten, at den økonomiske ramme ikke nødvendigvis forlænges frem til 1. september 2014, men derimod løber frem til § 1 træder i kraft i sin helhed. Det er min forståelse, at det betyder enten når der hypotetisk opnås en ny aftale mellem PLO og regioner - eller når regeringen vurderer, at der ikke kan opnås en aftale og evt. som beskrevet i regeringsnotat af marts 2013 fratager PLO aftaleretten og ministeren derved opnår rettigheder til at fastlægge regler for fremtidig økonomi og pålæggelse af lægelige pligter og opgaver.

Ministeren har ikke forholdt sig til denne diskrepans. Lovudkastets bemærkninger redegør ikke for hvorfor der pålægges almen praksis et fornyet økonomi protokollat. Ministeren har tidligere givet klart udtryk for, at pålagt nulvækst i sundhedsvæsenet vil medføre dårligere kvalitet og længere ventetider – det er derfor uklart hvorfor dette indføres, såfremt intentionen i lovforslaget er at højne kvaliteten og sikre tilgængelighed.