

## **HØRINGSSVAR**

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

### **Indledning**

Undertegnede Pernille Thorsen og Christian Freitag ønsker hermed at komme med nedenstående høringssvar til ovenstående lovforslag. Vi arbejder i Holte Lægehus som praktiserende læger. Vi er samtidig ejere af Lægehuset. Vi arbejder i et område uden lægemangel. Vi har så stor søgning af patienter, at vi er nødt til at lukke for tilgang, da tilgangen af patienter ellers vil blive for stor. Vi har nyt telefon- og IT-system med patientadgang via internettet. Vi har ansat 2 sygeplejersker og en SOSU-assistent. Patienterne kan komme dagligt i "drop-in"-konsultation hos sygeplejersken uden tidsbestilling. Vi arbejder med forløbsprogrammer for alle de store kronikersygdomme på tværs af faggrænser. Vi monitorerer vores kvalitet ved både interne audits og v.h.a. datafangst.

Umiddelbart imødekommer vi alt det Region og Minister gerne vil have. Alligevel er vi voldsomt bekymret for ministerens lovindgreb på området, og vi kan ikke arbejde som læger for gruppe-1 sikrede patienter under de forudsætninger.

Grundlæggende handler vores dybe bekymring om 3 problemstillinger:

- 1. Regionsrådet får mulighed for at lade Regionerne udkoncurrere eksisterende lægepraksis på ulige vilkår.**
- 2. Regionen, Kommunen og Ministeren får mulighed for at definere og pålægge lægepraksis nye opgaver, vel at mærke udenfor det normale aftalesystem.**
- 3. Loven giver indenfor nogle meget uspecifikke rammer myndighederne generelt og Ministeren specifikt mulighed for dels at rekvirere oplysninger om både virksomheden og patienterne, og dels pålægge lægerne forpligtelser med en detaljeringsgrad der synes unødvendig, uklog og uforsvarlig.**

De 3 problemstillinger uddybes nedenstående med henvisninger til lovforslaget.

I følge Ministerens redegørelse i forbindelse med lovforslaget skal lovindgrebet blandt andet bidrage til:

- A. At øge lægedækning i yderområderne.
- B. At sikre myndighederne bedre indblik i de resultater der opnås i almen praksis.
- C. At kunne tilføre almen praksis nye opgaver og skabe effektiviseringer.
- D. At sikre et bedre samarbejde mellem de 3 sektorer (Hospitaler, almen praksis og Kommunerne).

Disse 4 områder er naturligvis helt legitime, men de er ikke betinget af et lovindgreb på området. Afslutningsvis viser vi, hvorledes de samme mål kan nås blot uden et lovindgreb.

## **1. Regionsrådet får mulighed for at lade Regionerne udkonkurrere eksisterende lægepraksis på ulige vilkår.**

Vedr.: Regionsrådets mulighed for etablering af nye ydernumre, håndtering af gældende ydernumre samt driftsbetingelserne for disse. §227.

Uanset Ministerens motiver kan lovforslaget, som det ser ud i dag, medføre en fuldstændig skævvridning af konkurrencen indenfor den primære lægetjeneste. Følgende eksempel skal ikke dokumentere Ministerens (eller andres) motiver blot anskueliggøre, hvad loven kan medføre (§227):

### **Eksempel 1.**

Regionen opretter, overtager eller køber 6 ydernumre i "X-købing" (stk. 2). Regionen forkaster eventuelle bud fra andre (stk. 4). Regionen vælger selv at drive de 6 ydernumre i egne lokaler (stk. 5). Loven fastsætter ikke de økonomiske forudsætninger for en sådan Regionsklinik. I de følgende 4 år kan Regionen derfor med skattefinansieret tilskud udkonkurrere de omkringliggende lægepraksis, på konkurrenceparametre som f.eks.: faciliteter, weekend-åbent og hjælpepersonale. Så vidt vi kan se af lovforslaget, er der ikke krav til Regionen om, at klinikkerne skal bemandes med speciallæger. Dette vil således yderligere skævvride konkurrencen til fordel for Regionen. PLO eller andre får ikke indsigt i hverken investeringsomkostninger eller driftsøkonomien for en sådan klinik.

### **Eksempel 2.**

Som eksempel 1 blot med den forskel at Regionen laver en aftale med et privat firma, der bliver driftsherrer. Loven beskriver intet om de økonomiske rammer for en sådan aftale. Derfor kan Regionen lave én aftale med firmaet og en helt anden med de omkringliggende praktiserende læger (overenskomsten). Udfaldet kan blive det samme: At de eksisterende praktiserende læger "udkonkurreres" på ulige vilkår.

### **Kommentar**

Konkurrence skal være velkommen, men det bør ske på lige vilkår. Skattefinansieret Regionsklinikker vil naturligvis have så store økonomiske ressourcer at de uden problemer, på kort sigt, kan udkonkurrere små personligt ejede virksomheder. Desuden er det problematisk, at Regionerne således bliver kunde og leverandør på et marked, der styres af dem selv og i sidste ende af en anden offentlig myndighed (Ministeren). Uden at være eksperter på konkurrence-lovgivning skulle det undre os, om en sådan konstellation er helt "regelret".

## **2. Regionen, Kommunen og Ministeren får mulighed for at definere og pålægge lægepraksis nye opgaver vel at mærke udenfor det normale aftalesystem.**

Vedr.: Myndighedernes mulighed for gennem Sundhedsaftalerne at pålægge almenpraksis nye opgaver udenom aftalesystemet (§231d, stk.1 og stk. 2).

Med lovforslaget vil Kommuner og Region, i modsætning til i dag, gennem Sundhedsaftaler kunne pålægge almen praksis nye opgaver. Detaljeringsgraden kan være meget stor.

### Eksempel:

Region og Kommune beslutter gennem sundhedsaftaler et forløbsprogram for f.eks. *"Den svage ældre"*. Almen praksis vil formentlig blive "hørt", men er ikke aftalepart. Forløbsprogrammet kan f.eks. beskrive følgende: *"Lægen skal lave opfølgende hjemmebesøg 2 gange årligt, medicingennemgang 4 gange årligt, samtale med pårørende 2 gange årligt, møde med hjemmeplejen 2 gange årligt samt efter hver indlæggelse. Udgiften skal holdes indenfor omsætningsloftet."*

### Kommentar:

Vi har nu i 2 år (indtil 1. april 2013) arbejdet under et "omsætningsloft". Vi har i de 2 år modtaget adskillige nye opgaver fra især hospitalerne som følge af forkortede indlæggelsesforløb og nedlæggelse af ambulatorier. En stor del af disse opgaveflytninger er ganske fornuftige både for den enkelte patient, for Hospitalet og for os praktiserende læger. Problemet er, at med "omsætningsloftet" har vi skulle løse alle disse opgaver "gratis". Vi har i Region Hovedstaden fremsendt massiv dokumentation for dette merarbejde. Meddelelsen til os har blot været, at dette skal vi løse indenfor "omsætningsloftet".

Med ovenstående § 231 d kan Region og Kommune nu yderligere pålægge os nye opgaver. I visse tilfælde formentlig fornuftige men da uden honorar. I andre tilfælde kan vi frygte, at det lægefaglige fundament ikke er i orden, og vi har da ikke hjemmel til at modgå dette.

**3. Loven giver indenfor nogle meget uspecifikke rammer myndighederne generelt og Ministeren specifikt mulighed for dels at rekvirere oplysninger om både virksomheden og patienterne, og dels pålægge lægerne forpligtelser med en detaljeringsgrad der synes unødvendig og uforsvarlig.**

Vedr.: §59 stk.3; § 60 stk. 3; §195 stk. 2, 231e stk.3 (oplysninger); §273a (bødestraf).

Formuleringerne i §§ 59; 60 og 195 må siges at være meget generelle. Dermed lægger loven en magt i hænderne på ministeren, som i bedste fald er uklar, i værste fald næsten ubegrænset.

Igen skal vi ikke betvivle Ministerens motiver, men det bør gøres tydeligt for Folketinget hvilke beføjelser Ministeren får med denne lov. Det vil være for omfattende at beskrive, hvad Ministeren kan kræve efter denne lov. Her blot et par eksempler:

**Eksempel 1:**

Sygebesøg, §60; §231c. stk. 1 og 2:

Ministeren kan inden for lovens rammer f.eks. fastsætte at: *"Ethvert personale på plejehjem/hjemmepleje kan rekvirere et lægebesøg såfremt der enten er feber (besøg samme dag) eller anden efter personalets vurdering påtrængende årsag (besøg indenfor 2 hverdage)."* §231c, stk.2 sikrer denne ret, for der står i lovforslaget: "efter lægens vurdering, ELLER forhold i øvrigt der nødvendiggør dette". Sidstnævnte kan Ministeren jo netop fastsætte jvf. §60.

Vi håber, det er indlysende, at dette vil være helt urimeligt i forhold til at prioritere lægens tid, og i værste fald med risiko for de patienter som lægen må aflyse som følge af sygebesøget.

**Eksempel 2:**

Oplysninger om praksis - §195 stk.2.

Ministeren kan med loven rekvirere alle tænkelige oplysninger om en specifik lægepraksis, der kan blot refereres til "kvalitets-sikring". Når det ikke er specificeret, kan vi forestille os alt: Beskrivelse af arbejdsgange, mødetider, telefon-statistik, sygdom, interne instrukser, oplysninger om kurser/uddannelse, ferie, kalenderstyring, ventetider på telefonen og i venteværelse. Listen er vanskelig at begrænse.

Vi synes ligeledes, at dette eksempel taler for sig selv.

Lovens §273a giver endda Ministeren ret til bødestraf af lægerne såfremt oplysningerne ikke fremsendes.

**Eksempel 3:**

Kodning af henvendelser - §231e.

De fleste læger koder i dag alle konsultationer og vigtigste henvendelser. Resten af lægerne er på vej, og ellers bør de "stimuleres" til dette via det normale aftalesystem (samarbejdsudvalget).

Af lovforslaget fremgår det, at (alle?) henvendelser skal diagnosekodes. Vi har ikke tal på antallet af henvendelser i vores praksis dagligt, men vi håber, at Ministeren vil præcisere, at der ikke menes henvendelser vedr. prøvesvar, tidsbestilling og andre almindeligt forekommende henvendelser, der ikke vedrører specifik sygdom. I modsat fald skal registreringsarbejdet udvides betydeligt uden værdi for nogen samtidig med at den tid kan kun tages fra patienterne.

At indføre bødestraf for manglende registrering virker helt ude af proportioner med formålet.

## Generelt

Grundlæggende handler vores indsigelse om, at loven på helt centrale områder både i vores lægefaglige arbejde og i reguleringen af vores "marked" fratager de praktiserende læger aftaleretten. Aftaleretten har i næsten 100 år bidraget til, at almen praksis har sikret danskerne en stabil, omkostningsbevidst og ret effektiv primær lægehjælp.

Christian Freitag har selv i en periode siddet i Samarbejdsudvalget i Region Hovedstaden. Aftaleretten har betydet, at ingen af parterne har kunnet gennemtrumfe deres krav ensidigt. Det har for begge parter medført at hurtige ændringer, der kun imødekommer den ene part, ikke har kunnet lade sig gøre. Udvikling har krævet samarbejde.

Ud over de nævnte 3 områder kan vi være bekymret for, hvad denne ændring af aftalesystemet vil betyde for hele samarbejdet mellem myndighederne og de praktiserende læger og for hele sammenhængen i sundhedsvæsenet. På ethvert lederkursus vi har deltaget i, har "inddragelse af medarbejderne" været et vigtigt ledelsesredskab for at opnå motivation, forståelse og for at sikre den rette adfærd.

Det er indlysende, at med denne lovgivning vil Folketinget skabe to modpoler. Det er ligeså indlysende at denne lovgivning vil medføre, at de praktiserende læger vil komme til at bruge meget tid og energi i at undgå de "overgreb", som vi ser dette lovforslag som et udtryk for. Dette vil direkte hæmme det sammenhængende sundhedsvæsen stik imod lægernes og Ministerens ønske.

Vi kan desværre ikke finde meget i lovforslaget, der vil forbedre almen praksis og det danske sundhedsvæsen. Vi kan derimod finde meget, der vil styrke Regionernes, Kommunernes og ikke mindst Ministerens indflydelse på de praktiserende læger, men dette er vel ikke et mål i sig selv?

Vi appellerer til at Ministeren og Folketinget i stedet for en lovgivning, der ensidigt imødekommer den ene part både nu og i det fremtidige system, genetablerer et konstruktivt forhandlingsklima, hvor almen praksis er en ligeværdig partner. I modsat fald er det indlysende, at loven vil medføre uoprettelig skade og skelsættende ændringer på hele den primære lægetjeneste i Danmark.

Et sådan forhandlingsklima bør ikke ske med truslen: "Hvis I ikke bliver enige inden september 2014 så vil Ministerens ophæve den ene parts krav til lov". En sådan bestemmelse fratager jo fuldstændigt Regionernes lyst til reelle forhandlinger. De vil naturligvis blot læne sig tilbage og vente på d. 1. september 2014.

Men venlig hilsen

Pernille Thorsen og Christian Freitag

Speciallæger i almen medicin

Holte Lægehus

Dronninggårds allé 13

2840 Holte

[cf@holtelaegehus.dk](mailto:cf@holtelaegehus.dk) og [pt@holtelaegehus.dk](mailto:pt@holtelaegehus.dk)

[www.holtelaegehus.dk](http://www.holtelaegehus.dk)

## **Notat om hvordan Ministeren kan opnå sine mål uden lovgivning:**

### **Ad. A. Lægedækning i yderområderne**

På lang sigt kan problemet afhjælpes væsentligt ved en lille overproduktion af praktiserende læger for derved at lade "markedet" presse lægerne ud i disse områder, som f.eks. i 80'erne. Om det politisk er den rigtige løsning, skal vi ikke afgøre.

Hvis Folketinget og Regionerne på kort sigt ønsker at imødegå lægemanglen i yderområderne, må man først erkende, at uanset hvilken model man vælger, så kommer det til at koste penge og relativt mange penge sammenlignet med udgiften pr. dansker i dag.

Hvis Regionen skal bygge og bemande store lægehuse i tyndt besatte områder, bliver det dyrt, det er indlysende. Der vil være store etableringsomkostninger og store omkostninger med at "lokke" læger og andre til disse områder. Der ses jo det samme blandt sygehuslæger i dag, hvor speciallæger "lokkes" til Bornholm og Esbjerg (det er de områder vi umiddelbart kender til) med lønninger, der ligger langt over deres normale lønninger i Regionen.

Private firmaer kan næppe gøre det billigere end Regionen, da et sådan område naturligvis ikke er så attraktivt med mindre, der følger anseelige beløb med i "kontrakten". Vi ved ikke, hvad "Dansk Supermarked A/S" skal have for at bygge et "BILKA" på Mors, men det vil nok ikke blive billigt.

Den billigste løsning vil nok være at "overbetale" praktiserende læger gennem større honorarer, bedre faciliteter eller personale. Det er ikke nogen optimal løsning, men måske en midlertidig.

Endelig kan en løsning jo være at beslutte, at de borgere, der bor i et yderområde får længere til lægen. Ligesom de har længere til indkøb, skoler og sygehuse. Det skal igen være en politisk beslutning, men træffes den, så kan den jo fint og gradvist implementeres sammen med PLO og ikke udenom.

### **Ad. B: At sikre myndighederne bedre indblik i de resultater der opnås i almen praksis.**

Naturligvis er almen praksis interesseret i at vise sin primære "kunde" Regionerne, hvad de får for pengene. Der findes i dag et omfattende indberetningssystem via vores ydelser, men vores og Regionernes store udfordring er at konkretisere og visualisere de resultater almen praksis bidrager med.

Nogle mål fremtræder umiddelbart relativt simple, f.eks. et mål for blodsukkerniveauet hos en diabetes patient (HgbA1c). Til trods for dette siger dette ikke nødvendigvis noget om lægens kvalitet og indsatser. Vi vil som læger i Holte, ret sikkert have et lavere (bedre) HgbA1c-niveau blandt vores patienter, end tilsvarende læger i Ishøj. Dette er bare et lille eksempel på problemerne med at visualisere resultater frem for indsatser (som vi gør i dag).

Vi praktiserende læger deltager meget gerne i et arbejde med at give Regionen data så de bedre kan se, hvad de får for pengene, men vi skal starte med at erkende, at et rigtig godt system findes ikke noget sted i Verden i dag.

#### **Ad. C. At kunne tilføre almen praksis nye opgaver og skabe effektiviseringer.**

Vi kan ikke se, at nye opgaver og herunder effektiviseringer med fornuft, skal kunne gennemføres udenom et aftalesystem, hvor begge parter accepterer aftalen. Man kan godt sige, at PLO har haft "vetoret", så længe vi er enige om, at det har Regionerne naturligvis også haft. Vi vil dog foretrække at kalde det "samarbejde" – sådan har det fungeret siden begyndelsen af almen praksis.

Regionen har jo som kunde ret til at møde op til forhandlingerne med ønsket om et andet produkt end tidligere. Almen praksis må så se om de kan udbyde dette "produkt" og til hvilken pris – dette er en forhandlingssituation som har fungeret fint i mange år. Regionen har naturligvis også lov til at købe mindre end året før (for at holde budgetterne), dette kan sagtens være udgangspunktet for forhandlingerne.

#### **Ad. D. At sikre et bedre samarbejde mellem de 3 sektorer (Hospitaller, almen praksis og Kommunerne).**

Det har været tydeligt de senere år, at især behovet for et tættere samarbejde mellem Kommune og almen praksis har været stigende. Dette samarbejde er i dag ikke godt nok, først og fremmest fordi Kommune og almen praksis ikke har haft tradition for forpligtende samarbejde på samme måde som Region og almen praksis.

Et bedre samarbejde mellem Kommunerne og almen praksis er betinget af, at KL og PLO sætter sig ned, og afdækker behov og løsninger. Dette kunne naturligt ske som led i den kommende aftale mellem det offentlige Danmark og de selvstændige praktiserende læger.

Holte d. 20. maj 2013

Pernille Thorsen og Christian Freitag