

Høringssvar til udkast til lovforslag om ændring af Sundhedsloven

Sagsnr.1302269 , Dok. nr.1205338

Indvending mod paragraf 204 stk 2-4

Jeg finder det uacceptabelt at lovforslaget ændrer en velfungerende ordning med årtiers tradition for et ligeværdigt samarbejde mellem det offentlige og private samarbejdspartnere fagligt organiseret i PLO til en ren politisk styring.

Som sundhedsvæsenet aktuelt finansieres over skatten og ikke via direkte egenbetaling eller personlige forsikringsordninger har RLTN allerede en de facto monopol position som aftager af PLO medlemmernes ydelser og ved at fjerne parieteten i samarbejdet åbnes der fuldstændig op for at PLO medlemmer efter lovens ikrafttræden principielt uden begrænsninger kan pålægges nye arbejdsopgaver og ansvarsområder uden at opgavemængden modsvares af en passende honorering.

Ved at fjerne parieteten i samarbejdet og regulere det ved hjælp af lovgreb istedet for løbende realforhandlinger mellem ligeværdige samarbejdspartnere gøres arbejdet i primærsektoren potentielt til kasterbold for skiftende regions- og kommunalpolitiske projekter og kortsigtet centralistisk økonomistyring snarere end styret af en ligelig kombination af faglig indsigt og langsigtet kvalitetsudvikling samt planlægning af opgaver efter lokale og nationale sundhedspolitiske og økonomiske behov.

Indsigelse mod Kapitel 70b paragraf 231c-e samt paragraf 273a

PLO medlemmer arbejder som højt specialiserede vidensarbejdere med egne virksomheder forankret i lokalsamfund typisk med en 20-30 års tidshorisont per læge. Der er derfor naturlige incitamenter til at yde en høj behandlingsstandard efter Best Clinical Practice princippet i det omfang det er kendt og ikke alene efter Laveste Effektive Omkostnings Niveau-princippet.

Den faglige kvalitet af PLO medlemmers lægefaglige arbejde er desuden allerede sikret og reguleret til et højt niveau via sundhedslovens paragraffer om forsvarlig lægegering og journalføring.

Såfremt det faglige niveau og omfang af behandlingen af patienter i primærsektoren udelukkende reguleres politisk som det fremgår af lovforslaget, vil der i PLO-medlemmernes daglige arbejde med patienterne opstå konflikt mellem hvad der lægefagligt skønnes som Best Clinical Practice og det LEON-princip som man fra RLTN tilsyneladende vil nøjes med.

Best Clinical Practice og iøvrigt også LEON er for en meget stor del af arbejdet i PLO-medlemmernes lægelige arbejde ikke dokumenteret, idet den lægelige kerneopgave for familielæger er at vurdere, sortere og håndtere *alle* henvendelser fra borgere, der mener at have helbredsmæssige problemer samt at etablere og fastholde en tillidsfuld løbende dialog patienterne om disse.

Det medfører, at adfærdsstyring af familielæger ved hjælp af dataregistrering på baggrund af diagnosekodning vil være et særdeles upræcist og potentielt farligt styringsredskab fordi:

1. tilliden fra patient til lægen er alvorligt truet alene af en tvivl hos patienter om at detaljeret viden om årsagen til og indholdet af en konsultation registreres centralt på individniveau og kan dekrypteres efter politisk ønske og ikke udelukkende som led i PLO-medlemmernes udvikling og sikring af kvalitet i egen praksis. Det vil påvirke datas kvalitet og dermed al fremtidig kvalitetssikring og faglig udvikling
2. loven definerer ikke, hvordan man påtænker at PLO-medlemmer skal forholde sig patienter, der ikke ønsker at henvendelsesårsagen eller andet indhold af konsultationen registreret centralt.

Dette er stærkt problematisk i forhold til borgernes adgang til vederlagsfri sundhedsydelser og ret til fortrolighed i konsultationen.

PLO-medlemmerne vil på den ene side være bundet af lægeløfte og sundhedslovens bestemmelser om tavshedspligt og på den anden side overenskomsten med RLTN og det aktuelle forslag om ændring af sundhedsloven.

Dette dilemma kan ikke undgå at påvirke datas kvalitet og dermed al fremtidig kvalitetssikring og faglig udvikling

3. anvendelsen af det negative incitament bødestraf som styringsmiddel overfor PLO-medlemmer, der i udefineret omfang ikke opfylder paragraf 231e med flere er ikke hensigtsmæssig, da det vil påvirke datas kvalitet og dermed al fremtidig kvalitetssikring og faglig udvikling
4. anvendelsen af det negative incitament bødestraf som styringsmiddel overfor PLO-medlemmer, der i udefineret omfang ikke opfylder paragraf 231e med flere er ikke rimelig, hvis dette er efter patientens ønske

LEON princippet versus Best Clinical practice - perverse incitamentsstrukturer og mere ulige adgang til sundhed

Overordnet finder jeg det uhensigtsmæssigt hvis kvaliteten og indholdet af lægers arbejde tiltagende forsøges centralstyret fra politisk hold efter LEON princippet, da der allerede på nuværende tidspunkt er en tendens til at ressourcestærke borgere i stigende grad tilkøber sig ekstra sundhedsydelser via private forsikringsordninger som familielægerne er forpligtet til at vurdere og forvalte relevansen af samt dokumentere på forskellig vis.

Såfremt familielægernes arbejde jævnfør paragraf 204 stk 2-4 fremover alene styres politisk ved lov og cirkulærer efter LEON princippet og ikke som et ligeværdigt og mere flexibelt samarbejde

mellem læger og Danske Regioner efter Best Clinical Practice princippet, vil der svarende til graden af centralstyring tiltagende opstå parallelstrukturer på sundhedsmarkedet, som ressourcestærke patienter vil opsøge.

Jeg forventer derfor at de afledte konsekvenser af lovforslaget vil medføre en øget grad af ulighed i adgangen til sundhed, øget uigennemsigthed i tilbuddenes mængde og kvalitet samt en forringet sammenhæng mellem sektorerne blandt andet på grund af en tiltagende mængde og forskellighed af sundhedsaktører og kommunikationen mellem disse.

Såfremt familielægen både af økonomiske og kvalitetsmæssige årsager fortsat ønskes at være fundamentet i det danske sundhedsvæsen vil det være en kritisk fejldisposition at åbne op for at indholdet og kvaliteten af det lægelige arbejde alene styres fra politisk hold efter LEON princippet og ikke Best Clinical Practice princippet.

Lovforslaget, ressourcer og økonomi i almen praksis

Det har vist sig at være økonomisk særdeles fordelagtigt at satse på den danske primærsektor med familielæger, der er i stand til at overtage mange ikke komplicerede ambulante kontroller og til dels behandlingsforløb for patienter fra andre lægefaglige specialer, der aktuelt foregår i hospitalsregi.

Lovforslagets tekst indeholder, at familielægerne skal acceptere at påtage sig et principielt ubegrænset øget antal opgaver af udefineret opgavetyngde uden garanti for en veldefineret og proportionalt øget ressourcetilførsel.

Aktuelt indeholder lovforslaget og forudgående rapporter fra RLTN også klare udmeldinger om at opgaveglidningen fra hospitalsvæsenet til almen praksis skal foregå med en 0-udvikling i økonomien, hvilket ikke skønnes realistisk gennemførligt overordnet og da slet ikke indenfor den af Sundhedsministeriet fastlagte tidsramme før 14. september 2014.

Opgavestyringen og -tildelingen vil således foregå via lovændringer, cirkulærer og sundhedsplaner alene defineret fra politisk hold (folketinget, RLTN og KL) uden at familielægerne indgår som en ligeværdig samarbejdspartner forstået som at begge parter har samme grad af beslutningskompetence i forhold til at indgå eller ikke indgå en aftale om en konkret og veldefineret opgave.

Ovennævnte forhold er uforenlige med forsvarlig virksomhedsdrift inden for alle erhverv.

Ydermere er det fundamentalt brud på den frie forhandlingsret mellem arbejdsmarkedets parter hvis man fra politisk hold ikke anerkender PLO som den naturlige forhandlingspartner på danske familielægers vegne.

Lovforslaget og rekruttering til specialet

I perioden 2001-11 er antallet af hospitalslæger steget med 37%, mens antallet af PLO-medlemmer er steget med 1%.

Overordnet forventes antallet af læger i Danmark dog at stige.

Set fra et samfundsmæssigt synspunkt vil det på baggrund af den demografiske udvikling i Danmark derfor være særdeles ønskværdigt om antallet af PLO-medlemmer de kommende 10 år steg svarende til hospitalslægenes stigningstakt.

Hvis man fra samfundet side ønsker at familielægen af kvalitetsmæssige og økonomiske årsager fortsat skal være fundamentet i det danske sundhedsvæsen, vil det være en kritisk fejldisposition at forringe familielægenes arbejdsvilkår således at specialet bliver uattraktivt.

Konsekvensen vil blive at samfundet derfor ikke i tilstrækkeligt omfang kan rekruttere danskuddannede speciallæger i almen medicin nok til at løfte arbejdsopgaven.

Kombinationen af 4-års reglen og de fremtidige arbejdsvilkår for familielæger vil kunne få uddannelsessøgende læger til at flytte til andre lande enten for at uddanne sig til eller arbejde som praktiserende læger dér på fuld- eller deltid eller flytte til andre lande for at omskole sig til et andet grenspeciale, der iøvrigt også kunne være mangel på i Danmark.

Konklusion

I erkendelse af at der på intet tidspunkt har været reelle forhandlinger mellem PLO og RLTN og at parterne nu er så langt fra hinanden at der er en nærliggende fare for at det faglige og økonomiske fundament for Danmarks sundhedsvæsen skrider til fordel for en totalliberaliseret primær sektor vil jeg anbefale, at man trækker lovforslaget tilbage med det erklærede formål at genetablere det ligeværdige, respektfulde samarbejde, der har været mellem PLO og RLTN indtil cirka september 2012.

Venlig hilsen

Cecilie Thorning Jacobsen

Nynedsat praktiserende læge Amagerbro, København