

**Sendt:** 19. maj 2013 13:17  
**Til:** DEP Primær Sundhed Kontorpostkasse; Sven Erik Bukholt  
**Emne:** Høringssvar vedr. lovforslag om ændring af sundhedsloven  
**Vedhæftede filer:** signaturbevis.txt

Til Center for Primær Sundhed og Forebyggelse

Som almindeligt politisk interesseret skatteborger ønsker jeg at gøre indsigelse mod lovforslaget om ændring af sundhedsloven, som beskrevet i høringsbrev fra 3. maj 2013 (sagsnummer 1302269, dokumentnummer 1205338).

Der er mange problemer med lovforslagets ændringer af forholdene for almen praksis, hvorfor jeg vil opfordre til at lovforslaget bør bortfalde. Problemerne drejer sig primært om en rationel udnyttelse af det offentlige midler.

Med hensyn til udnyttelsen af skattekrone finder jeg det bekymrende, at man i 2013 stadig tror, at man kan regulere et marked ved hjælp af lovgivning. Dette sociale eksperiment blev bl.a. gennemført med utvetydige resultater i Rusland 1922-1991, samt mange andre lande i den tidligere østblok. Eksperimenterne viste alle, at et marked kollapse hvis man fra central hånd forsøger at regulere både pris, mængde og kvalitet. Derimod opstår som modreaktion altid sekundære markeder (ofte kaldet sortbørsmarkeder), hvor ressourcestærke individer kan opnå betydelige gevinster på bekostning af svagere stillede individer.

Det nuværende lovforslag forsøger netop fra central hånd at regulere både pris, mængde og kvalitet.

Prisen har længe været centralt reguleret af gældende overenskomst. Selv om dette ikke er optimalt, kan et marked dog stadig fungere under et sådan forhold, da aktører har muligheder for at justere på de andre parametre. Det nuværende lovforslag fastholder den centralt regulerede prisdannelse.

Lovforslaget lægger derudover op til at regulere mængden fra centralt hold, idet paritetsprincippet afskaffes og Praktiserende Lægers Organisation ikke længere får indflydelse på definitionen af alment praktiserende lægers arbejdsopgaver. Da stat og regioner begge er offentlige instanser må man formode et væsentligt interessesammenfald, så i praksis vil lovforslaget betyde at det offentlige suverænt kan definere, hvilke og hvor mange ydelser, alment praktiserende læger skal tilbyde.

Lovforslaget lægger yderligere op til at forsøge at måle og diktere (det kaldes vist 'sikre') kvaliteten i det udførte arbejde.

Lovforslaget indebærer derfor en indførelse af planøkonomi inden for almen praksis. Lægerne vil ikke kunne drive deres private virksomheder inden for planøkonomiske rammer, hvilket på både kort og lang sigt vil være til skade for svagere patientgrupper. Der vil nemlig ske det, der altid sker når man forsøger at indføre planøkonomi: Enten holder lægerne op med at arbejde fordi det ikke længere kan betale sig; de søger til udlandet fordi det bedre kan betale sig; eller et sekundært marked opstår.

Dette sekundære marked kan enten være legalt i form af private sundhedsforsikringer osv., eller illegalt i form af penge under bordet hvis man ønsker særlig behandling af sin læge. Med blik på Rockwool-fondens mange rapporter om sort arbejde, samt situationen inden for narkotikabekæmpelse, kan man konstatere at man ikke kan lovgive mod et sort marked. En lov kan således ikke 'sikre' at der ikke opstår et sort marked, eller andre uhensigtsmæssige markedsforvridninger.

Lovforslaget indeholder derudover forøgede krav til at lægerne skal dokumentere deres arbejde. Der er dog intet, der tyder på at dokumentation øger kvaliteten af udført vidensarbejde. Tværtimod tager det tid fra patienterne, så det er samfundsmæssigt skadeligt.

Derudover skaber øgede dokumentationskrav også såkaldte 'perverse incitamentsstrukturer'. Populært sagt kan man udtrykke det ved fyndordet "man får hvad man måler"; effekten er dog ganske reel. Hvis det offentlige kræver øget dokumentation fra de praktiserende læger, kommer det til at være nøjagtigt dét, man får: øget dokumentation. Da en alment praktiserende læge har begrænsede ressourcer (særligt da lovforslaget også indeholder et udgiftsloft), kan det kun betyde en formindsket fokus på patientbehandlingen – altså det modsatte af hvad man ville forsøge at opnå.

Man ved fra videnskabelige studier at hvis man vil have mest ud af vidensarbejdere skal man give dem autonomi. De fleste vidensarbejdere (deriblandt læger) ønsker at levere et godt arbejde, men gør det kun, hvis man lader dem. (For en underholdende og kort (10 minutter) introduktion til dette emne kan denne video anbefales: <http://www.youtube.com/watch?v=u6XAPnuFjJc> ) Lovforslaget indeholder desværre den modsatte tilgang, hvilket kun vil give dårligere patientbehandling.

Dette vil primært gå ud over de svageste patientgrupper, der ikke vil have råd til at tilkøbe sig en ordentlig behandling.

Derudover finder jeg også den forøgede detaljeringsgrad af den ønskede dokumentation betænkelig, ud fra et datasikkerhedsmæssigt hensyn. Selv hvis man anonymiserer patientdata (ved f.eks. af erstatte CPR-nummer med løbenummer, osv.), skal der ikke mange datapunkter til, før man kan korrelere anonymiseret data på individniveau (typisk 3-4 oplysninger, såsom alder, køn, postnummer). Når man tænker på den detaljeringsgrad, der lægges op til i lovforslaget, vil det være let for de offentlige myndigheder at få indblik i konkrete patientforhold. Dette vil således udgøre et reelt brud på lægernes tavshedspligt. Igen resulterer dette i dårligere behandling, idet fortroligheden mellem patient og læge undermineres.

Af alle ovennævnte grunde vil jeg dermed opfordre til at lovforslaget borfalder, og ikke vedtages.

Med venlig hilsen

cand.polit. Mark Seemann  
Vesterbrogade 163, 4. tv  
1800 Frederiksberg C