

## **PLO's høringsvar over Sundhedsstrukturkommissionens rapport fra juni 2024.**

### ***Et sammenhængende sundhedsvæsen er et samarbejdende sundhedsvæsen.***

PLO takker for muligheden for at kommentere Sundhedsstrukturkommissionens (kommissionens) rapport fra juni 2024.

Høringsvaret er – udover et kort resumé med nogle overordnede, indledende betragtninger – opdelt i tre dele:

- Del I: Bemærkninger til kommissionens generelle anbefalinger, herunder bl.a. kapacitetsudvidelsen af almen praksis, myndighedsansvaret for almen praksis og det samarbejdende sundhedsvæsen.
- Del II: Bemærkninger til kommissionens konkrete anbefalinger om organiseringen og styringen af almen praksis.
- Del III: Bemærkninger til kommissionens konkrete anbefalinger om forskning, uddannelse, organisering af IT og datadeling m.v.

### **Resumé**

Kommissionens anbefalinger vedrørende almen praksis er overordnet fornuftige, begrundede og peger ind i en fremtid, hvor markant flere borgere kan blive hjulpet i deres eget nærmiljø i det nære sundhedsvæsen.

PLO finder det især positivt,

- at kommissionen anerkender såvel styrker som svagheder ved den nuværende organisering af almen praksis – herunder at denne praksisform er mest effektiv og sikrer størst kontinuitet og kvalitet for patienterne – og derfor tager udgangspunkt i en forventning om, at denne organisering fortsat vil være den dominerende,
- at kommissionen vil øge antallet af praktiserende læger markant og styrke kapaciteten i det almenmedicinske tilbud,
- at kommissionen anbefaler, at en større andel af sundhedsudgifterne fremover skal bruges på almen praksis,
- at kommissionen anbefaler at bevare et nationalt aftalesystem, hvor PLO indgår aftaler på vegne af de praktiserende læger,
- at kommissionen forudsætter, at omstillingen af opgavevaretagelsen i almen praksis skal ske i takt med, at kapaciteten og kompetencen i det almenmedicinske tilbud udvides, og at den nødvendige faglige og diagnostiske støtte fra det sekundære sundhedsvæsen er tilgængelig,
- at kommissionen anbefaler, at en læge højst må eje to ydernumre, og
- at kommissionen anbefaler større indhold af almen medicin på universiteternes lægeuddannelser.

Det er overordnet set de rigtige anbefalinger til at håndtere en fremtid, hvor vi bliver flere ældre, og flere vil leve med kroniske sygdomme og multisygdom.

PLO bemærker hertil, at det ifølge FYAM's seneste undersøgelse fortsat er langt de fleste nyuddannede speciallæger i almen medicin, der efter 5 år ønsker at eje egen klinik. Det er derfor væsentligt at bevare en struktur, der understøtter ejerlægen som den dominerende organisationsform.

PLO er endelig enig i kommissionens overvejelser og målsætning om at imødegå ulighed i sundhed, herunder anbefalingerne om, at det skal gøres mere attraktivt at være læge i områder med stor sygdomstynge, og at der skal etableres en national styring af ydernumre. PLO advarer dog imod, at praktiserende læger i andre dele af landet mod deres vilje skal tvinges til at have et højere normtal, eftersom det risikerer at føre til øget afgang fra faget og dermed forværre problemerne med lægemangel i almen praksis.

PLO har derudover en række forbehold, hvoraf følgende skal fremhæves:

- PLO mener ikke, at den nødvendige udbygning af kapaciteten i det almenmedicinske tilbud skal understøttes af en struktur, hvor myndighedsansvaret for det almenmedicinske tilbud placeres samme sted som ansvaret for sygehusene. Kompetent faglig administration af almen praksis og andre aktører i det primære sundhedsvæsen kræver et solidt indblik heri, som ikke skal sammenblandes med sygehusenes driftsansvar og interesser.
- For PLO er det afgørende, at en reform anerkender, at et sammenhængende sundhedsvæsen er et samarbejdende sundhedsvæsen, og sundhedsvæsenet derfor fortsat bygges op om et velfunderet, beslutningsdygtigt og handlingsorienteret samarbejde.
- En konkurrenceudsættelse forudsætter, at der sikres lige og fri konkurrence på markedet, herunder ikke mindst i relation til de offentliges egne klinikker.
- Opgavebeskrivelsen bør ud over de kerneværdier som kontinuitet og generalistkompetence, der fremhæves af kommissionen, tillige beskrive det brede, almenmedicinske tilbud som en kerneværdi.
- Der er ikke i de store byer en sådan ledig kapacitet, at en tvangsmæssig forøgelse af normtallet for de praktiserende læger er mulig.
- En forenkling af honorarstrukturen skal fortsat skabe incitamenter til et effektivt system og sikre, at ressourcerne anvendes på patienterne og ikke på øget administration og kontrol.
- Den nuværende forvaltning af økonomirammen skal ændres, så det bliver muligt at udvikle de almenmedicinske tilbud.
- En faglig ledelse skal være stærkt forankret i læger med uddannelse i det almenmedicinske speciale og fortsat tilknytning til hverdagen i almen praksis. Den faglige ledelse skal ses i sammenhæng med på den nuværende faglige ledelse og dels adskilles fra det offentliges kontrol, dels afgrænses præcist over for klinikejernes ledelsesret.
- Deling af data bør ske med respekt for patientens rettigheder og ud fra en analyse af, hvilke data der skaber værdi for patienterne og sundhedsvæsenet.
- PLO finder ikke, at en fælles service- og leveranceorganisation på IT-området er en del af løsningen, idet centralisering af driften vil være på bekostning af løsninger, der er baserede på lokale behov og muligheder.

Det ligger i øvrigt til grund for PLO's høringssvar, at det er den nationale regulering af basisfunktioner, omfordelingen af ressourcer efter sundhedsbehov og et evt. nyt system for tvistløsninger, der falder ud af overenskomsten, mens overenskomstens øvrige elementer fortsat skal indeholdes i en national rammeaftale.

## **Del I: Bemærkninger til kommissionens generelle anbefalinger, herunder bl.a. kapacitetsudvidelsen af almen praksis, myndighedsansvaret for almen praksis og det samarbejdende sundhedsvæsen.**

### *Kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud*

PLO er enig i kommissionens anbefalinger om en betydelig kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud, herunder at det demografisk afledte løft på det regionale sundhedsområde på 750 mio. kr. årligt frem mod 2030 målrettes det primære sundhedsvæsen og dermed også almen praksis.

Kommissionen forudsætter, at omstillingen af opgavevaretagelsen i almen praksis skal ske i takt med, at kapaciteten og kompetencen i det almenmedicinske tilbud udvides, og at den nødvendige faglige og diagnostiske støtte fra det sekundære sundhedsvæsen er tilgængelig. PLO har i høringssvaret lagt til grund, at denne forudsætning vil blive opfyldt.

For at indfri målet om 5.000 praktiserende læger i 2035 har PLO beregnet, at der som minimum er brug for en 6-årig periode med 400 uddannelsespladser inden for almen medicin og yderligere indsats for, at pladserne bliver besat særligt i de dele af landet, hvor der i dag er lægemangel. Med den nuværende dimensionering vil der mangle ca. 250 praktiserende læger i 2035, og målet vil først blive nået i 2037/2038.

Det er derfor afgørende, at det hurtigst muligt besluttes at øge dimensioneringen af uddannelsesstillinger inden for almen medicin, hvilket kan rummes inden for den nuværende dimensioneringsplan. Det er endvidere afgørende, at der – som anbefalet af kommissionen – inden for rammerne af en national sundhedsplan indføres en stærkere styring af den lægelige videreuddannelse m.v.

I lyset af kommissionens anbefaling om en betydelig udvidelse af opgaver og øvrige funktioner for almen praksis er der i forbindelse med fastsættelsen af kapaciteten i øvrigt brug for en analyse af, om 5.000 praktiserende læger er tilstrækkeligt til at imødekomme de fremtidige krav til de almenmedicinske tilbud. Det må antages, at efterspørgslen efter læger med almenmedicinsk speciale vil blive øget også uden for almen praksis, herunder til kommuner, akutmodtagelser, misbrugscentre og vagtlægeordninger m.fl.

Ifølge kommissionens figur 7.13 var der i 2020 0,8 alment praktiserende læger pr. 1.000 indbyggere. Tallene hidrører fra WHO og dermed formentlig fra Danmarks Statistik, der medregner almene medicinere, som kun arbejder på deltid som fx vikarer eller vagtlæger. Ser man på "fuldtids" beskæftigede i almen praksis i dagtiden, er tallet ifølge PLO's egne beregninger tættere på 0,6. Det understreger behovet for en grundigere analyse af hvor stor en kapacitet, der skal tilvejebringes i de kommende år.

PLO bemærker endelig, at den nuværende fastsættelse og forvaltning af økonomirammen i overenskomst om almen praksis i alt væsentligt gør det umuligt at udvikle de almenmedicinske tilbud. Det er ikke tilstrækkeligt at løfte kapaciteten, hvis der ikke samtidig sker en tilsvarende forøgelse af den økonomiske ramme. Der bør derfor findes en ny model for økonomisk rammestyring af almen praksis, der sikrer, at den økonomiske ramme automatisk tilpasses den samlede opgavemængde og tilførslen af yderligere kapacitet.



## *Organiseringen af det samarbejdende sundhedsvæsen*

PLO læser kommissionens overordnede anbefalinger således, at der lægges op til, at sundhedsvæsenet skal ændres fra et system, der fx i form af sundhedsklyngerne og en række andre samarbejdsfora lægger stor vægt på et forpligtende samarbejde mellem flere aktører, til en konstruktion, hvor der i højere grad er én beslutningstager (aktør) og en række leverandører af sundhedsydelser. Kædeansvaret bliver dermed så vidt ses udmøntet i en form for enstrengt ledelse, hvor det samarbejdende sundhedsvæsen træder i baggrunden til fordel for et topstyret sundhedsvæsen.

En sådan udvikling anser PLO for at være bekymrende ud fra den betragtning, at et sammenhængende sundhedsvæsen er et samarbejdende sundhedsvæsen.

I dag udgør sundhedsklyngerne med sundhedssamarbejdsudvalget og de faglige og politiske klynger et forpligtende samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis, der har et stort potentiale, hvis det fremadrettet tilføres de nødvendige ressourcer og beslutningskraft. De rigtige incitamentter til at agere korrekt, til fælles bedste og med henblik på sikre lavest mulige omkostningsniveau kan kun opnås, når alle aktører har et fælles ansvar for det samlede sundhedsvæsen, og ikke blot er leverandører, hvis eneste opgave er at optimere egen virksomhed. Det gælder også for de overgange mellem sektorer og snitflader, der ikke kan undgå uanset valg af model for organiseringen af sundhedsvæsenet.

En ændring af almen praksis' rolle fra aktør til leverandør risikerer derfor at udvande det ansvar, som almen praksis tager for hele sundhedsvæsenet, idet almen praksis alene vil have et incitament til at være en leverandør, som den ansvarlige myndighed foretrækker at bruge. Det giver mere konkurrence, men mindre fælles ansvarsfølelse. Den øgede forretningsmæssige risiko, der følger af at være leverandør i stedet for aktør, kan også indebære, at prisen for almenmedicinske ydelser bliver højere, hvis leverandørerne vil ønske at få afdækket risikoen i form af en økonomisk kompensation.

PLO anbefaler derfor, at sundhedsvæsenet fortsat bygger på, at den nødvendige omstilling skal ske ved et samarbejde mellem sektorer.

## *Placeringen af myndighedsansvaret for det almenmedicinske tilbud*

Kommissionen anbefaler, at myndighedsansvaret for det almenmedicinske tilbud placeres samme sted som ansvaret for sygehusene for at give bedre redskaber til opgaveomstilling, styrket koordination og mere sammenhængende patientforløb.

PLO er af en række grunde betænkelig ved kommissionens anbefalinger:

- For det første er der en risiko for, at en fortsat samling af det primære og sekundære sundhedsvæsen vil være medvirkende til, at den strategiske inert, der har ført til en utilsigtet nedprioritering af udviklingen af det nære sundhedsvæsen, vil fortsætte fremover.

Kommissionen konstaterer, at regionerne har givet sygehusene "langt mere politisk og ledelsesmæssig opmærksomhed end det nære sundhedsvæsen, at dette bl.a. kan skyldes "størrelsesforholdet" mellem de to sektorer, og at konsekvensen uanset årsagen har været, at det almenmedicinske tilbud ikke har fået tilstrækkelig politisk og ledelsesmæssig opmærksomhed. Der er desværre intet, der tilsiger, at kommissionens anbefalinger om en markant styrkelse af det nære sundhedsvæsen vil ændre herpå, eftersom også reformen fra 2007, der indførte regionerne,



understregede vigtigheden af at styrke almen praksis som en central del af sundhedsvæsenet – bl.a. for at reducere presset på sygehusene.

- Selv om det for det andet anerkendes, at der er et behov for styrket koordination og mere sammenhængende patientforløb mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen, skal hensynet hertil afvejes over for alle de patienter, som i alt væsentligt alene har kontakt med almen praksis.

PLO anbefaler derfor, at samarbejdet i det nære sundhedsvæsen styrkes med to patientgrupper in mente: Den lille gruppe, der har stort behov for koordinerede forløb, og den store gruppe, der i alt væsentligt kun har behov for at gå til egen læge og evt. også benytter kommunale tilbud.

Der er derfor brug for tiltag, som isoleret set styrker de nære almene tilbud i almen praksis og kommunerne samtidig med en styrket koordination og mere sammenhængende patientforløb.

- Ansvar for styring af nære, almene sundhedstilbud er for det tredje og sidste en anden opgave end at drive et højt specialiseret sygehusvæsen. Det bemærkes i den forbindelse, at der er et stort potentiale i et tættere og mere velreguleret samarbejde mellem almen praksis og kommunerne, forudsat kommunerne får bedre økonomiske, strukturelle og regulatoriske forudsætninger for at løfte de opgaver, de er pålagt.

## Del II: Bemærkninger til kommissionens konkrete anbefalinger om organiseringen og styringen af almen praksis.

### *Kompetence til at sammensætte det almenmedicinske tilbud ud fra lokale behov*

Kommissionens forslag indebærer, at de lovgivningsmæssige begrænsninger for de ansvarlige sundhedsmyndigheders valg af klinikform afskaffes, og at "konkurrencen" dermed sættes fri.

PLO bemærker, at den nuværende struktur for almen praksis i Danmark er internationalt anerkendt for at være agil og levere høj kvalitet i behandlingen på et lavt omkostningsniveau. I andre lande som fx England og Australien, hvor man i de seneste årtier har valgt at indføre nye organisationsformer af almen praksis, har det desværre haft negative konsekvenser for sundhedsvæsenet og befolkningen. En ændring af den nuværende struktur skal derfor ske med stor omtanke og med inddragelse af erfaringer fra udlandet.

Af den samtidig offentliggjort patienttilfredshedsundersøgelse, som kommissionen kun omtaler kursorisk, fremgår tydeligt, at patienttilfredsheden er markant og signifikant højere målt på alle parametre i klinikker drevet efter overenskomsten med PLO, end i regionsklinikker, udbudsklinikker og partnerskabsklinikker. En øget konkurrenceudsættelse bør derfor kombineres med handleplaner for at øge patienttilfredsheden i disse alternative klinikformer, således at konkurrenceudsættelsen bliver til gavn for patienterne. Tilstedeværelsen af en fast læge bør fx være et krav til alle klinikformer.

PLO har i øvrigt følgende forbehold til forslaget:

- I forbindelse med yderligere konkurrenceudsættelse bør myndighederne for det første være opmærksomme på, at sammenhængskraften i de almenmedicinske tilbud vil komme under pres, efterhånden som andre klinikformer vinder indpas. Det er derfor som anført nedenfor væsentligt, at den nationalt fastsatte opgavebeskrivelse omfatter alle klinikformer og at en række af de faglige funktioner som fx kvalitetsklyngerne (KiAP) fortsat er fælles for alle uanset organisationsform.
- For det andet anbefaler PLO, at der ved valg af leverandør også arbejdes med modeller, hvor eksisterende klinikker drevet efter overenskomsten med PLO kan understøttes ved fx hjælp til drift og rekruttering af personale m.v. eller ved at gøre det mere attraktivt at drive licensklinikker. De eksisterende muligheder er, som kommissionen konstaterer, ikke udnyttet i nævneværdig grad.
- PLO bemærker for det tredje, at kommissionen har undersøgt, om det er en mulighed at afskaffe ydernumrene, men at det såvel af økonomiske grunde som hensyn til kvalitet og kontinuitet m.v. ikke anbefales. I den forbindelse lægges til grund, at langt de fleste almene medicinere under uddannelse fortsat ønsker at eje egen praksis, hvilket bekræftes af flere undersøgelser blandt uddannelseslæger i almen medicin.
- PLO er for det fjerde enig i, at muligheden for at eje flere ydernumre skal begrænses til to og foreslår i forlængelse heraf, at der stilles krav om, at disse ydernumre skal befinde sig i en sådan geografisk nærhed af hinanden, at lægen reelt har mulighed for at tage et nært, sundhedsfagligt ansvar for patienterne i begge praksis. Ikke mindst fordi der allerede kan være knyttet flere kapaciteter til et ydernummer.



- For det femte har PLO, uanset hvad kommissionen skriver i baggrundsrapporten, ikke en "monopol lignende tilstand" på udbud af almenmedicinske ydelser. Et monopol ville forudsætte, at PLO som organisation var leverandør af tjenesteydelserne og dermed kunne kontrollere både pris og udbud. Det er ikke tilfældet og det er allerede i dag muligt for det offentlige at benytte sig af udbudsklinikker, regionsklinikker og partnerskabsklinikker.
- I forbindelse med konkurrenceudsættelsen bemærkes for det sjette og sidste, at de ansvarlige sundhedsmyndigheder reelt har et købermonopol på erhvervelse af almenmedicinske ydelser.

Det er derfor som anført af kommissionen afgørende, at det ved lovgivning, transparens og kontrol sikres, at en konkurrenceudsættelse ikke udnyttes af de ansvarlige sundhedsmyndigheder til at skaffe sig selv uretmæssige fordele til skade for private aktører og/eller på et usagligt grundlag forskelsbehandler private aktører. Der er desværre allerede i dag tilfælde, hvor regionerne er villige til at betale langt mere for egne klinikker eller udbudsklinikker (fx fordi de ikke er underlagt maksimale honorarsatser/lønninger), end de er villige til at betale for klinikker, der drives efter overenskomsten med PLO.

Det er i den forbindelse ikke tilstrækkeligt, at kommissionen henholder sig til "øvrige lovgivning" for så vidt angår konkurrencen, eftersom der i dag ikke findes eller håndhæves en lovgivning, der sikrer private klinikker mod konkurrenceforvridende tiltag fra de ansvarlige sundhedsmyndigheder.

### *Nationalt fastsat opgavebeskrivelse*

PLO er enig med kommissionen i, at det vil være en styrkelse af det almenmedicinske tilbud, hvis opgavebeskrivelsen løbende fremover fastlægges af nationale myndigheder. Dette bør selvfølgelig koordineres med diverse kompetenceopbyggende tiltag.

PLO bakker endvidere op om, at opgavebeskrivelsen samtidig skal beskrive, hvordan sygehuse, øvrige specialister og sundhedstilbud skal understøtte de almenmedicinske tilbud, fx med tydelig beskrivelse af, hvad sygehusene tilbyder almen praksis, en definition af de opgaver, der skal færdiggøres på sygehusene, samt retningslinjer for rådgivning og konference, overleveringsforløb, håndtering af patienter med komplicerede problemstillinger, rehabilitering og adgang til diagnostiske undersøgelser.

Det er i forbindelse med alle beskrivelser væsentligt, at der tages udtrykkeligt stilling til, hvilke rettigheder patienter og læger har, hvis almen praksis, sygehuse og øvrige sundhedstilbud m.fl. ikke lever op til sine forpligtelser i relation til opgavebeskrivelsen. Det kan derfor overvejes at definere dele af opgavebeskrivelsen som egentlige patientrettigheder.

For PLO er de overordnede målsætninger med at definere sygehusenes rolle dels, at den omfattende, accelererende og ikke aftalte opgaveglidning, der i stor skala har fundet sted de seneste år, bringes til ophør, dels at patienterne kun undtagelsesvis afvises, når de henvises til sygehuset fra almen praksis.

Opgavebeskrivelsen kan med fordel også adressere udvikling, indførelse og anvendelse af ny sundhedsteknologi, sådan at basisfunktionen i samspil med den centrale rammeaftale er med til at udvikle anvendelsen heraf i almen praksis.



I forbindelse med opgavebeskrivelsen skal den relevante myndighed være forpligtet til at sikre, at der er de nødvendige kompetencer og ressourcer – personelle og økonomiske – til stede i almen praksis til at varetage opgaverne, eller at der laves en plan for, hvorledes de tilvejebringes. Det gælder ikke mindst, når almen praksis tillægges nye opgaver.

Det må samtidig være en forudsætning, at den relevante myndighed tager højde for, at den praktiserende læge ofte befinder sig i et krydspres mellem på den ene side patientens ønsker og på den anden side forventninger og krav fra myndighederne. Basisfunktionen skal derfor være så veldefineret, at den kan danne grundlag for en eksakt forventningsafstemning med patienterne og myndighederne.

I opgavebeskrivelsen bør der også tages højde for, hvilke opgaver andre aktører i sundhedsvæsenet kan overtage fra almen praksis.

Opgavebeskrivelsen bør ud over de kerneværdier som kontinuitet og generalistkompetence, der fremhæves af kommissionen, tillige holde fast i det brede, almenmedicinske tilbud som kerneværdi. Det er for PLO væsentligt, at de praktiserende læger fortsat har en bredde i opgaveporteføljen, der sikrer kontinuitet, sammenhæng og opmærksomhed på såvel individet som den hele familie fra fødsel til død. Kommissionen nævner en passant forskellige steder en række øvrige egenskaber ved almen praksis, der med fordel også kan indgå i definitionen af kerneværdier, herunder:

- generalistkompetencen,
- rollen som gatekeeper og tovholder,
- tillid og tryghed i forholdet mellem læge og patient og
- fagets personcentrerede tilgang til opgaven.

Opgavebeskrivelsen bør endvidere have øje for volumen, herunder ikke mindst ved overflytning af opgaver fra sygehus til almen praksis. En patientgruppe kan blive så lille, at det vil kompromittere patientsikkerhed, faglig kvalitet og vedligeholdelse af kompetencer at flytte den til almen praksis.

Det er væsentligt for PLO, at kompetencen til at fastlægge opgavebeskrivelsen som anbefalet af kommissionen henlægges til en national myndighed som fx Sundhedsstyrelsen med inddragelse af den relevante fagvidenskabelige kompetence, herunder DSAM og de almen medicinske forskningsmiljøer. Endelig bør PLO inviteres til at bidrage til arbejdet med at fastlægge og vedligeholde en national opgavebeskrivelse for at sikre, at opgavebeskrivelsen ikke kun er fagligt retvisende, men også svarer til den kapacitet og de ressourcer, der er til rådighed i almen praksis.

PLO bemærker, at kommissionen skriver følgende om opgavebeskrivelsen: "Som et led i opgavebeskrivelsen fastlægges en basisfunktion, som omfatter en faglig beskrivelse af de funktioner, opgaver, kompetencer og kerneværdier, fx kontinuitet, generalistkompetence, lokal forankring, tovholderfunktion og basal tilgængelighed og samarbejde, som alle klinikker uanset leverandørform i udgangspunktet skal leve op til."

Kommissionen kommer ikke nærmere ind på, hvad der forstås ved de opregnede begreber, herunder hvorledes de skal defineres. Dette bør afklares i den proces, der skal omsætte kommissionens anbefalinger til fremtidig styring og regulering.

For så vidt angår tilgængeligheden vil PLO dog gøre opmærksom på, at tilgængelighed for solopraktiserende læger er lig med arbejdstiden. PLO antager derfor, at myndighederne – også i lyset af, at konkurrencen skal være lige – ikke ved fastlæggelse af den basale tilgængelighed går ud over det allerede aftalte i gældende overenskomst. I modsat fald vil der være tale om et indgreb af så væsentlig betydning i aftalesystemet, at det vil få betydelige, negative konsekvenser for lægernes trivsel.



Derudover må det ved fastlæggelse af den basale tilgængelighed tages i betragtning, at øget tilgængelighed lægger beslag på flere læger og derfor er i konkurrence med ønsket om bedre lægedækning. Dette er navnlig en udfordring, fordi den øgede tilgængelighed som oftest kommer de ressourcestærke til gode og derfor kan skabe mere ulighed i sundhed.

I øvrigt antager PLO, at kommissionens anbefalinger om en nationalt fastsat opgavebeskrivelse vil ske med respekt for, at det er den nationale regulering af basisfunktioner, omfordelingen af ressourcer efter sundhedsbehov og et nyt system for tvistløsninger, der falder ud af overenskomsten, mens de øvrige elementer, herunder fx økonomi, kvalitetsklynger, organisationsformer for klinikker, der arbejder efter overenskomsten, finansiering af forskningsenheder m.v., fortsat skal aftales i national rammeaftale. Alt andet vil være kontraproduktivt for ønsket om at styrke det almenmedicinske tilbud, fordi det kan føre til øget mistro, hvis de praktiserende læger ikke har indflydelse på deres egne arbejdsvilkår.

PLO antager endelig, at basisfunktionen skal være gældende for alle typer af klinikker, herunder klinikker drevet efter overenskomsten, klinikker drevet af sundhedsmyndigheden selv (i dag kaldet regionsklinikker), udbudsklinikker, partnerskabsklinikker og 'alternative' klinikformer m.fl. Dels fordi forskellige krav til disse klinikformer i sig selv kan være konkurrenceforvridende, dels fordi det er afgørende for patienterne og sammenhængen i sundhedsvæsenet, at alle klinikker har samme kerneværdier og leverer samme opgavevaretagelse og kvalitet m.v. uanset organisationsform, jf. også Honorarstrukturrådets rapport pkt. 3.1.

### *Differentierede patientnormer*

PLO har noteret, at kommissionen stiller forslag om, at der indføres differentierede patientnormer i det almenmedicinske tilbud på baggrund af en national model, og at honorarstrukturen tilpasses i overensstemmelse hermed.

Det er PLO's anbefaling, at en differentiering indføres gradvist over en årrække med fuldstændig og ubetinget sikring af økonomien i klinikkerne.

PLO har også noteret, at kommissionen foreslår, at fordeling af patienttypen må ske ud fra et estimat af behandlingsbehovene i den enkelte klinik. Kommissionen anerkender således, at der på trods af geografiske forskelle ikke er noget sagligt grundlag for at sondre generelt mellem på den ene side klinikker i de store byer og på den anden side klinikker i udkantsområder. Hver klinik kan have særlige udfordringer og en generalisering af by og land vil gøre mere skade end gavn.

Det er væsentligt for PLO at advare mod, at kommissionens forslag fører til, at praktiserende læger i de større byer mod deres vilje bliver pålagt at håndtere et større antal patienter:

- For det første er mange praktiserende læger ifølge den seneste undersøgelse fra 2023 udbændte i et omfang, der er kritisk højt. Det gælder såvel læger på landet som i de fleste af de store byer. Et dekret om, at nogle læger skal øges i normtal og dermed påtage sig en endnu større arbejdsbyrde, kan derfor øge mistroen. Det vil være kontraproduktivt for ønsket om at øge lægedækningen i Danmark.
- For det andet er der også i de store byer betydelig varians i patienttyngden. Der er i de store byer såvel områder med en stor andel af velhavende og/eller unge patienter, med generelt få eller ingen sygdomme, som områder, hvor patienterne er socialt belastede og i høj grad har mange, komplekse



sygdomme. Hertil kommer, at der i alle klinikker er patienter, som bliver alvorligt syge, og som lægen derfor skal have tid til at udrede.

- For det tredje stiger patientantallet i de store byer fortsat. I Region Hovedstaden er der fx over de seneste 10 år kommet i gennemsnit 15.000 ekstra patienter pr. år. Der er ikke fuldt ud kompenseret herfor i form af flere praktiserende læger, og mange læger har derfor allerede i dag frivilligt påtaget sig at passe ekstra patienter.
- For det fjerde og sidste kan en række klinikker i de store byer ikke vækste yderligere med fx personale,
  - fordi de har til huse i mindre, ældre lejemål,
  - ikke har økonomi til at flytte klinikken til bedre fysiske forhold og/eller
  - ofte har svært ved at finde lejemål i nærheden af eksisterende klinik, der lever op til de nye standarder og krav til den fysiske indretning af almen praksis.

Det er derfor ikke givet, at de fysiske forhold giver mulighed for at håndtere et højere patientantal.

PLO anbefaler derfor:

- at differentieringen indføres sideløbende med, at der uddannes flere speciallæger i almen medicin, og at almen praksis tilføres flere ressourcer, hvorved det bliver muligt løbende at reducere normtallet for læger med mange syge patienter, uden at andre læger skal have forhøjet deres normtal,
- at en forøgelse af patienttallet beror på frivillighed, incitament og samt overgangsordninger for allerede nedsatte læger,
- at basisfunktionen tager højde for, hvilke opgaver der skal falde bort, når en læge tager flere patienter,
- at modellen tilrettelægges på baggrund af en omhyggelig analyse af fordele og ulemper ved at inddrage forskellige parametre, herunder at det overvejes at gøre modellen enkel og overskuelig ved alene at tage udgangspunkt i patienternes alder (indtil der evt. udvikles andre, gennemsigtige modeller med inddragelse af fx sygdomsbillede og socioøkonomiske vilkår),
- at der etableres en særlig pulje, der kan bistå læger, som frivilligt tager imod flere patienter, med at opskalere deres virksomhed, og
- at det løbende monitoreres, at modellen ikke fører til, at problemerne med lægedækning flyttes fra nogle steder af landet til andre.

### *National styring af lægekapaciteter*

Kommissionens anbefaling om en central, national styring af lægekapaciteter tages til efterretning.

Det er PLO's opfattelse, at den centrale nationale styring af lægekapaciteter skal ske i et tæt samarbejde med lokale aktører for at udnytte lokalkendskab og stærke samarbejdsstrukturer. Modellen bør endvidere tilrettelægges således, at kapaciteten sideløbende udbygges i alle lægedækningstruede områder i landet, og at ingen områder stilles dårligere i forbindelse med udbygningen af lægedækningen.

PLO skal endvidere gøre opmærksom på, at en national styring af de praktiserende lægers fordeling ikke kan stå alene. Forudsætningen for at kunne virke som praktiserende læge er, at andre sundhedstilbud i det primære og sekundære sundhedsvæsen også er velfungerende og ikke mangler de nødvendige, faglige ressourcer. Det er derfor afgørende, at kommissionens anbefalinger om en tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet, herunder en tilpasset ressourcefordeling mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen, koordineres.

PLO er derfor enig i kommissionens anbefalinger om,

- at sygehusene skal påtage sig en stærkere rolle med at understøtte udviklingen af det primære sundhedsvæsen,
- at sygehusene i højere grad skal stille deres specialistviden og -kompetencer til rådighed for det primære sundhedsvæsen og
- at der skal sikres en bedre geografisk fordeling af læger og en bedre fordeling af læger på tværs af det primære og det sekundære sundhedsvæsen.

### *Faglig ledelse*

PLO er med respekt for de nedenfor beskrevne forbehold positive over for, at den ansvarlige myndigheds politiske og ledelsesmæssige opmærksomhed i højere grad end i dag skal rettes mod det almenmedicinske tilbud og mod prioritering og udvikling af tilbuddet i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen:

- For PLO er det for det første afgørende, at ledelsen af samarbejdet og den faglige udvikling, har mere end en grundlæggende forståelse for arbejdet i de almenmedicinske tilbud. Der skal være pligt til at ansætte personer med almenmedicinsk specialuddannelse og anerkendt erfaring fra praksis. Derudover bør det stilles som krav, at lederne er forankret på deltid som klinikejer i almen praksis for at sikre løbende indsigt i fagets hverdag.
- Det er for det andet væsentligt, at den almenmedicinske ledelse får en autonomi og placering i hierarkiet, der ligestiller ledelsen med lederne af sygehusene, således at der er en ligestilling i den ledelsesmæssige kraft og bevågenhed, der tildeles det primære og sekundære sundhedsvæsen.
- Den faglige ledelse skal for det tredje fungere i tæt samarbejde med den ledelse og selvledelse af den faglige udvikling, der allerede findes i almen praksis, herunder fx
  - DSAM, der udfærdiger vejledninger, deltager i tværsektorielle arbejdsgrupper, har et kvalitetsudvalg og udsender nyhedsbreve og afholder seminarer,
  - PLO-Efteruddannelse, der står for selvvalgt og systematisk efteruddannelse samt afholder kurser, Lægedage og gruppebaseret efteruddannelse m.v.,
  - Forskningsenhederne for almen praksis, der efterprøver og udvikler fagets metoder og indgår i netværk med lægeklinikker,
  - KAP-enhederne, der bidrager med faglig udvikling specielt med fokus på samarbejdsrelationerne til den sekundære sektor og kommunerne samt med ledelsesforløb, efteruddannelse af praksispersonale og rationel farmakoterapi m.v., og
  - Kvalitetsklyngerne, der står for kvalitetsudviklingen af klinikker i samarbejde med KiAP.



- For det fjerde må den faglige ledelse som anført af kommissionen ikke sætte sig ud over, at den enkelte klinikejer har ret til at lede og fordele arbejdet i sin egen klinik. Det er derfor ved indførelsen af den faglige ledelse vigtigt at få beskrevet, hvor grænserne for ledelsen går, herunder sammenhæng mellem opgaveløsning og klinikens ressourcer, og hvorledes der skal forholdes, hvis den faglige ledelse disponerer på en måde, der indirekte griber ind i ledelsen af klinikken, og dermed påvirker patientbehandling, økonomi og trivsel m.v.
- Den faglige ledelse skal for det femte have øje for relevante og fagligt velbegrundede forskelle i, hvorledes de almenmedicinske tilbud løses i den enkelte klinik, herunder personalets faglighed og kompetencer. Det er herunder vigtigt, at ledelsen ikke fører til mere administration og bliver unødigt ressourcekrævende på bekostning af tid til patienterne.
- Indførelsen af en faglig ledelse er for det sjette et stort arbejde, som vil kræve betydelige ressourcer, forståelse og opbakning, ligesom enhver anden form for ledelse. PLO forudsætter derfor, at der bliver tale om en decentral og tilstedeværende ledelse, der er i løbende dialog med klinikejerne, og ikke en central enhed, der forsøger at lede på distancen via dekretter.
- For at skabe den nødvendige legitimitet er det for det syvende nødvendigt, at kontrolfunktionen og ledelsen af den faglige udvikling og kvalitet skilles ad. Der kan ikke skabes den nødvendige tillid og fortrolighed i et rum, hvor lederen er såvel kontrollant som leder, eftersom der løbende vil opstå tvivl om, hvorvidt det er kontrollanten eller lederen, der udøver sin funktion i relation til klinikken. PLO foreslår derfor, at kontrolfunktionen flyttes til en national enhed, som ud fra ensartede standarder kan udøve den nødvendige kontrol med lægernes afregninger.
- For det ottende og sidste bør det beskrives, hvorledes en klinikejer kan klage over mangelfuld, grænseoverskridende og/eller skadevoldende ledelse.

PLO medvirker gerne til at udvikle en model for, hvordan den faglige ledelse kan udmøntes og forankres, således, at den får størst mulig legitimitet og bliver til gavn for udviklingen af almen praksis og dermed også patienterne.

### *Specifikation af samarbejdsrelationen*

PLO bemærker, at kommissionen ønsker, at den ansvarlige myndighed skal have mulighed for at "specificere" krav til samarbejdsrelationen med leverandørerne med "udgangspunkt" i opgavebeskrivelsen og den centralt forhandlede rammeaftale.

Det er uklart, hvad kommissionen forstår ved begrebet "specificere", men hvis det indebærer, at myndigheden kan fastsætte krav, som den enkelte klinik skal leve op til, kan det ikke være med "udgangspunkt" i lovgivning og aftaler. Den enkelte klinik må have en berettiget forventning om, at myndigheden respekterer såvel den nationalt fastsatte basisfunktion som den indgåede nationale aftale, medmindre den er fraveget ved lokale aftaler. Den ansvarlige myndighed må derfor have pligt til at agere "inden for rammerne af" opgavebeskrivelsen og den centralt forhandlede rammeaftale.

## *Det paritetiske system*

Kommissionen foreslår, at det paritetiske system for håndtering af tvister mellem den enkelte praktiserende læge og den offentlige myndighed skal nedlægges, og at der i stedet skal oprettes en uvildig instans, som sagerne kan indbringes for.

PLO bemærker indledningsvis, at det af hensyn til retssikkerheden og procesomkostninger er afgørende,

- at der i så fald som foreslået af kommissionen oprettes en uvildig instans som erstatning for det paritetiske system,
- at instansen bliver fuldstændig uvildig, således at der hverken direkte eller indirekte optræder repræsentanter for nogen af parterne i instansen, og
- at sagsbehandlingen som hidtil sker uden omkostninger for den enkelte læge.

Det bemærkes endvidere, at en sådan uvildig instans vil indebære,

- at parterne i mindre omfang vil have lejlighed til at konstatere fortolkningsproblemer i den centrale aftale og løse mindre problemstillinger lokalt,
- at afgørelser i mindre grad vil blive udtryk for et kompromis for at få samarbejdet til at fungere,
- og at parterne vil skulle respektere en uafhængig instans' afgørelser, selv om de måtte være enige om, at et andet resultat havde været det rigtige, og dermed i fællesskab mister retten til at fortolke den centrale rammeaftale.

Der er endelig en risiko for, at afskaffelsen af det paritetiske system vil føre til mere langvarige og omkostningskrævende processer end det nuværende system.

Hvis det paritetiske system afskaffes, anbefaler PLO derfor, at der etableres et forum, hvor parterne kan mødes for at drøfte instansens afgørelser med henblik på evt. tilretninger af den centrale aftale og vejledning af lægerne. Dette forum bør endvidere kunne bruges til at drøfte sager, som ikke vedrører sanktionering af den enkelte læge, herunder fx frsigelser, serviceklager, delepraksis, øget patientantal i en delepraksis, nedsat patientantal grundet sygdom eller sårbarhed, dispensation for flytning af klinik grundet lokaleudfordringer m.v.

## *Godkendelse ved salg af ydernumre*

Kommissionen anfører, at det kan overvejes, om der skal indføres krav om, at en køber af et ydernummer skal forhåndsgodkendes af myndighederne.

Et sådant indgreb vil have karakter af en delvis ekspropriation, idet værdien af et ydernummer bliver mindre, når der lægges begrænsninger på muligheden for at finde en køber. Der vil derfor skulle udbetales delvis erstatning til alle de nuværende ejere af ydernumre, hvis forslaget gennemføres. En gennemførelse af forslaget vil endvidere kræve,

- at kriterierne for godkendelse er offentligt kendte,
- at de forvaltes og prøves på et sagligt og transparent grundlag,
- at de administreres ens i hele landet, så der er lighed i forvaltningen, og
- at en afgørelse kan indbringes og efterprøves af en uvildig instans.

PLO mener derfor ikke, at det bør overvejes at indføre et krav om godkendelse af købere af ydernumre.

## *Ny aftalemodel for alment praktiserende læger*

PLO har noteret, at kommissionen foreslår, at "økonomi, vilkår og honorarstruktur" som hidtil skal fastlægges via en centralt forhandlet rammeaftale.

PLO er enig i forslaget, forudsat det som nævnt af kommissionen alene er den nationale fastlæggelse og regulering af basisfunktioner, omfordelingen af ressourcer efter sundhedsbehov og et nyt system for tvistløsninger, der falder ud af overenskomsten, mens alle øvrige elementer som hidtil skal fastlægges ved en central rammeaftale. Det er afgørende for PLO, at praktiserende læger som selvstændigt erhvervsdrivende fortsat har omfattende og væsentlig indflydelse på deres egen virksomhed og dens arbejdsvilkår.

I den forbindelse bemærkes, at den nuværende aftale med RLTN indeholder en række elementer, som ikke vedrører basisfunktionen, ressourcefordelingen eller det paritetiske system, herunder fx om vilkår for praksisdrift (nedsættelse og selskabskonstruktioner), tilmelding og frasigelse af patienter, ophør, ansættelse af læger, diverse udvalg og fonde (Fonden for Almen Praksis, KiAP, kommunalt-lægelige udvalg), efteruddannelse, forskningsenheder m.v. Ud fra det af kommissionen anførte lægger PLO til grund, at disse dele fortsat skal indeholdes i en central rammeaftale.

Når kommissionen anfører, at omfordelingen af ressourcer efter sundhedsbehov tages ud af overenskomsten, antager PLO i øvrigt, at kommissionen refererer til det foreslåede system for differentieret normtal og honorering. For selve fordelingen af ydernumre har siden 2014 udelukkende været regionernes kompetence og dermed ikke en del af aftalesystemet.

PLO kan tilslutte sig, at det bliver muligt at indgå aftaler om opgaver, der ligger ud over basisfunktionen, og at der fortsat skal være mulighed for lokalaftaler. Erfaringen tilsiger dog, at det formentlig er en mulighed, der kun vil blive brugt i begrænset omfang, jf. også kommissionens betragtninger om, hvorfor det nuværende aftalesystem ikke har været tilstrækkeligt til at udvikle almen praksis. Kommissionens forslag om en central koordinering af lokale aftaler af hensyn til økonomien vil ikke forbedre disse muligheder, og det heraf følgende ensidige fokus på økonomien savner desværre såvel et patient- som udviklingsperspektiv.

PLO anbefaler derfor, at man ikke indskrænker de lokale muligheder for at udvikle den centrale rammeaftale. For patienterne vil det være en klar fordel, at klinikkerne fx har mulighed for efter aftale med de ansvarlige myndigheder at vælge opgaver til, der ligger ud over basisfunktionen, men som myndighederne vurderer, at der lokalt er behov for at få varetaget. På den måde kan man også bevare en væsentlig del af det lærende sundhedsvæsen, hvor en række gode initiativer som fx plejhjemslæger er opstået som lokale aftaler, der senere er blevet landsdækkende.

Det bør i øvrigt klargøres, hvem der har kompetencen til at indgå lokale aftaler på vegne af de almenmedicinske tilbud og den ansvarlige myndighed, og hvad en lokal aftale kan omfatte ud over basisfunktionen.

PLO kan endelig støtte op om kommissionens anbefaling om, at der ved uenighed mellem parterne om den centrale rammeaftale bliver mulighed for at opnå forlig via en mæglinginstitution, under forudsætning af, at forligsinstitutionen fungerer på en måde, der er sammenlignelig med den eksisterende forligsinstitution.

## *Ny honorarstruktur for alment praktiserende læger*

PLO tilslutter sig forslaget om en ny honorarstruktur for alment praktiserende læger, forudsat en ny honorarstruktur ikke behøver at være præcis den samme som den, Honorarstrukturrådet har foreslået.

PLO er enig med kommissionen i, at honorarstrukturen skal understøtte sammenhæng mellem patienttyngde og differentiering, understøtte tværfagligt samarbejde samt være enkel og overskuelig. Det bør tilføjes, at modellen også skal fastholde en rimelig sammenhæng mellem arbejdsmængde og honorering, og at den bør give incitamenter, der understøtter udvikling og ibrugtagning af ny sundhedsteknologi.

Kommissionen nævner produktivetsgevinster som et mål med en forenklet honorarstruktur. PLO er ikke enig i, at produktivetsgevinster skal være en del af en forud fastsat honorarstruktur. Vurderingen af, om sådanne gevinster er realiseret, og håndteringen af en given gevinst, er et økonomiske mellemværende mellem parterne, der løbende skal forhandles. Det anbefales i øvrigt, at evt. produktivetsgevinster holdes i sektoren og anvendes til at skabe et incitament til at investere i egen klinik, fx i sundhedsteknologiske løsninger, herunder kunstig intelligens.

En forenkling af honorarstrukturen må i øvrigt ikke komplicere forståelsen af samme. Hvis honorarstrukturen bliver sværere at fortolke, kan det medføre øget kontrol og dokumentation og risiko for flere sager. Det er tidskrævende og medfører mere bureaukrati og mindre sundhed for pengene.

Det bemærkes endelig, at honorarstrukturen ikke kan forenkles, førend almen praksis' opgaveportefølje er fastlagt som led i basisfunktionen, idet honorarerne skal modsvare opgaverne.

## *Udbredelse af netværksorganisering*

PLO anser kommissionens forslag om udbredelse af netværksorganisering for at være interessant og er enig i, at det kan være en metode til at møde nye opgaver og krav. PLO bidrager derfor gerne aktivt til, at tankerne bag en netværksdannelse udbredes i almen praksis og understøtter tillige gerne medlemmerne i en sådan ændring af organiseringen.

Det bemærkes dog, at forslaget ikke må føre til, at klinikkerne hver især kommer til at indeholde særligt specialiserede områder, dels fordi det vil være betænkeligt, at der i almen praksis opbygges et parallelområde til det specialiserede sundhedsvæsen, dels fordi en subspecialisering i de enkelte klinikker kan føre til, at de praktiserende læger mister deres generalistkompetencer. Begge dele vil skævvride adgangen til sundhedsydelse og være en suboptimal udnyttelse af sundhedsvæsenets samlede ressourcer.

## *Kvalitetsudvikling og læring*

PLO er enig i potentialet for at styrke fokus på databaseret kvalitetsudvikling i det primære sundhedsvæsen og tilslutter sig kommissionens bemærkninger om, at det kan ske i regi af KiAP med bistand fra Sundhedsdatastyrelsen. Det bemærkes, at der i de nuværende strukturer også er andre organisationer, som har relevante data, der kan bruges til at styrke kvalitetsudviklingen.





Det bemærkes endvidere, at kommissionen er enig i, at datadrevet og struktureret arbejde i smågrupper med fagfæller er en meget effektiv model, hvilket PLO læser som en støtte til KiAP og den konstruktion med kvalitetsklynger, som parterne har aftalt. Denne struktur bør derfor udbygges.

Deling af data bør ske med respekt for patientens rettigheder og ud fra en analyse af, hvilke data der skaber værdi for patienterne og sundhedsvæsenet. I den forbindelse er det nødvendigt at være opmærksom på, om datadeling medfører øget dokumentationskrav og øget tidsforbrug til registrering med mindre tid til patienten til følge. Gevinsten skal derfor altid holdes op mod et evt. produktionstab.

## Del III: Bemærkninger til kommissionens konkrete anbefalinger om forskning, uddannelse, organisering af IT og datadeling m.v.

### *Uddannelse af læger og forskning i det primære sundhedsvæsen*

Som anført indledningsvis er PLO enig i kommissionens forslag om, at styring af den lægelige videreuddannelse skal styrkes, og medicinuddannelsen skal tilpasses, herunder:

- at den grundlæggende lægeuddannelse skal tilrettelægges med henblik på et større fokus på de almene sundhedsindsatser og et bedre grundlag for bredde generalistkompetencer,
- at medicinstuderende skal have mere klinik i almen medicinske tilbud for at understøtte øget kendskab til og interesse for det nære sundhedsvæsen.
- at dimensioneringen af den lægelige videreuddannelse skal ske på baggrund af stærkere viden om det fremtidige behov for speciallæger,
- at målbeskrivelser for lægespecialer skal have et større fokus på faglig bredde og generalistkompetencer, og
- at uddannelseslæger skal bruge en større del af deres uddannelsesforløb uden for universitetshospitalerne i de større byer, samt at der skal laves tiltag for at understøtte denne udvikling.

Derudover anbefaler PLO, at der i forbindelse med en udvidelse af uddannelseskapaleteten sikres et sådan løft af den kollektive økonomiramme, at uddannelseslægerens bidrag til øget omsætning kan håndteres inden for rammen; alternativt at uddannelseslægers bidrag til omsætningen holdes uden for økonomirammen.

PLO har tidligere i samarbejde med universiteterne henvendt sig til såvel Indenrigs- og Sundhedsministeriet som Forsknings- og Uddannelsesministeriet med anbefaling om

- at finansiere længere tids kliniske ophold i almen praksis på medicinstudiet og
- at dække de studerendes udgifter til transport og overnatning ved klinikophold i almen praksis uden for universitetsbyerne.

Aktuelt tilbyder de danske universiteter som hovedregel kun 8-20 dages klinikophold i almen praksis i løbet af den 6-årige lægeuddannelse. Vurderingen er, at det ideelt set vil være relevant med minimum fire ugers klinisk ophold i almen praksis, hvilket samlet vil indebære en substantiel udvidelse af kliniktiden i almen praksis. Et længere klinikophold i almen praksis vil medføre at den lægestuderende lærer relationsdannelse, betydning af kontinuitet og ser effekterne af sin rådgivning og behandling. Alle disse kompetencer er vigtige for fremtidens læge, ikke kun i et virke som praktiserende læge, men også som sygehuslæge.

For så vidt angår forskningen, bemærker PLO, at overenskomstens parter i dag finansierer fire almen medicinske forskningsenheder, herunder to satellitenheder, der alle driver forskning på højeste internationale niveau og på en lang række områder er førende i verden. PLO bakker op om kommissionens forslag om, at forskningen i det primære sundhedsvæsen styrkes og anbefaler, at satsningen tager udgangspunkt i en videreudbygning af de fire forskningsmiljøer, som parterne finansierer, evt. inden for en anden organisatorisk ramme, hvor de får fælles, overordnet ledelse.

## *Generelt om data og digitalisering*

PLO er enig i det generelle udfordringsbillede, som kommissionen ser på området for digitalisering. Det er PLO's opfattelse, at en række fælles og tværsektorielle IT-projekter har vist sig svære at realisere de seneste år. Blandt andet fordi projekterne ofte er i konkurrence med lokale og sektorspecifikke projekter eller med parallelle, nationale projekter, som igangsættes sideløbende med hinanden. PLO oplever desuden finansieringsmæssige udfordringer for projekterne, da gevinsterne af en udvikling et sted i sektoren ofte høstes i en anden del af sundhedsvæsenet. Dette øger behovet for koordinering, nye finansieringsmodeller og governance.

PLO foreslår, at man i en kommende organisering af Digital Sundhed Danmark (DSD) fokuserer på de områder, som er ægte tværgående og fælles i forhold til borgernes adgang til sundhedsvæsenet, dvs. infrastrukturer, standarder og fælles løsninger, som fx understøtter datadeling, videoområdet og telemedicinske løsninger.

Den nye organisering bør også sikre større fokus på stabil økonomi til udvikling i det nære sundhedsvæsen og fælles løsninger de kommende år, som ikke udspringer af sygehus-IT.

Afslutningsvist bemærkes det, at PLO bakker op om forpligtelsen til datadeling via national infrastruktur. Almen praksis er tæt på at være i mål med delingen af alle strukturerede oplysninger via infrastrukturen på baggrund af nationalt fastsatte standarder, men savner en dedikation fra resten af sundhedsvæsenet, særligt sygehusene, til også at dele alle strukturerede data via samme infrastruktur, så de kan anvendes lokalt i arbejdsgangene, herunder i almen praksis.

Kommissionens beskrivelser af digitaliseringsområdet fokuserer på udfordringerne, men gør for lidt ud af at fremhæve de succeser, som er blevet realiseret de sidste 10 år, herunder fx Fælles Medicinkort, MedCom-kommunikation, sundhed.dk, den nationale serviceplatform, Min Læge-appen, videokonsultationer osv. Det er løsninger som disse, der bør danne afsæt for mange af fremtidens løsninger.

## *En forpligtende og fælles digitaliseringsstrategi*

PLO er enig i, at der er behov for en forpligtende digitaliseringsstrategi, der favner hele sundhedsvæsenet – fra praksissektor over plejesektoren og den kommunale forebyggelse til sygehusene og private hospitalstilbud. Det bør også være en strategi, der står alene og ikke befinder sig i konkurrence med lokale IT-strategier i fx kommunerne eller regionerne.

PLO forventer, at den omtalte digitale infrastruktur er en videreudbygning og videreudvikling af den eksisterende nationale delings-infrastruktur, som er opbygget i regi af Sundhedsdatastyrelsen.

Kommissionen anbefaler endvidere, at der etableres en national dataplatform. En sådan kan kun give mening, hvis den ikke skal opfylde for mange og for modstridende formål. At nyttiggøre data for patientbehandling, ledelse, kvalitetsudvikling, forskning og statistik kræver, at data let kan bevæge sig både ind og ud, og derfor er der i én fælles løsning en overhængende fare for, at det bliver uklart for de sundhedsprofessionelle – der sammen med patienterne producerer data – hvad deres registreringer bliver brugt til. Ligesom der er en risiko for en ophobning af data med patientfølsomme oplysninger, hvilket er i strid med princippet om dataminimering i GDPR.

## *National planlægningskompetence*

PLO bemærker, at der skal tildeles staten en national planlægningskompetence, der skal fastlægge, hvad der udvikles nationalt (centralt) og fælles, og hvad der skal forblive lokale løsninger. Så vidt PLO er bekendt, findes denne kompetence allerede i dag, idet Sundhedsdatastyrelsen via bekendtgørelser kan fastlægge fx, hvilke IT-standarder der skal benyttes til tværgående kommunikation. Da Sundhedsdatastyrelsen både er myndighed på dette område og driftsherre på en række centrale IT-løsninger, som er forudsætning for brugen af de selv samme IT-standarder, er styrelsens forvaltning af denne beslutningskompetence dilemmfyldt. Det virker derfor fornuftigt at anbefale, at det skal afklares, hvordan den konkrete organisering omkring den nationale planlægningskompetence skal være fremover.

I den forbindelse bemærker PLO, at det systemlandskab, kommissionen omtaler, er mangelfuldt. EPJ-løsninger i regionerne, EOJ-løsninger i kommunerne og LPS-løsninger på praksisområdet er væsentlige kernesystemer for registreringen af patientbehandlingen i de forskellige sektorer, men er langt fra de eneste IT-systemer, som de sundhedsprofessionelle arbejder med til dagligt.

Det er endelig uklart for PLO, hvor dybt og bredt den nationale planlægningskompetence skal gå, når det fx kommer til lokale og fællesregionale løsninger.

## *Etablering af en ny organisation (Digital Sundhed Danmark) ("DSD")*

PLO er enig i behovet for at understøtte styringen af en række af de fælles, nationale IT-løsninger, som drives i dag, og som forhåbentlig skal videreudvikles fremover, for at bidrage til den digitale transformation af sundhedsvæsenet.

PLO ser dog med stor bekymring på de mange, store opgaver, som kommissionen tiltænker DSD at skulle løse. Selv med den faseopdelte organisationsopbygning, som kommissionen lægger op til, virker opgaven uoverskuelig. Hertil kommer, at fortidens eksempler med det nu lukkede SDSD (Sammenhængende digital sundhed i Danmark) ikke virker tiltalende.

Kommissionen lægger op til, at man i første omgang ledelsesmæssigt sammenlægger organisationer såsom MedCom og sundhed.dk, sundhedsjournalen og FUT-organiseringen. Det kan være fornuftigt at reducere i de styringsorganer og fora, der i dag forvalter disse organisationer og løsninger, men det er vigtigt, at man ikke mister fokus fra den konkrete opgavevaretagelse, som er det primære formål for disse organisationer.

## *Samling af ansvar for digital understøttelse af det primære sundhedsvæsen*

Kommissionen foreslår, at digitaliseringen i primærsektoren og herunder praksissektoren samles i en enhed som en del af DSD. Forslaget går så langt, at der lægges op til, at DSD overtager systemforvaltningen og driften af de lægepraksissystemer, som anvendes af bl.a. de praktiserende læger.

PLO antager dog, at dette er et tilbud til praksissektoren, eftersom kommissionen andet sted fastholder, at praksissektoren, herunder almen praksis, fortsat skal bestå af selvstændige erhvervsdrivende.

Det er for PLO at se ikke formålstjenstligt, at staten driver og forvalter klinikernes IT-systemer – uanset om dette også omfatter finansieringen af driften eller ej – samtidig med, at klinikkerne fortsat selv står for al øvrig klinikdrift.

PLO bemærker det hensigtsmæssige i, at DSD får til opgave at hjælpe praksissektorens forskellige kliniktyper og forhandlingsorganisationer med diverse digitaliseringsopgaver og sætte skub i en positiv udvikling. Men det er samtidig PLO's opfattelse, at vejen til yderligere digitalisering i hele praksissektoren ikke er en fuldblyrdet nationalisering af opgaven til DSD.

### *Ny finansieringsmodel for digitaliseringsområdet*

Kommissionen lægger op til, at den nuværende finansieringsmodel for det fællesoffentlige samarbejde på digitaliseringsområdet – som bl.a. omfatter en tredelt finansiering mellem stat, regioner og kommuner af IT-løsninger såsom Fælles Medicinkort og den nationale infrastruktur – fremover udbygges til også at omfatte driftsfinansiering af den nye organisation DSD.

PLO har umiddelbart ingen holdninger til, hvordan de offentlige parter driftsfinansierer den kommende DSD-organisation. PLO ser dog en klar fordel i, at der i forhold til de fælles IT-løsninger og den strategiske retning for disse og kommende løsninger skabes klarhed og stabilitet i finansieringen.

Der lægges også op til, at lokale ressourcer og medarbejdere kan øremærkes og finansieres via målrettede midler til konkrete opgaver. PLO henleder opmærksomheden på de mange gode erfaringer som MedCom, som har skabt vellykkede resultater ved at hjælpe og bistå de personer, som i sidste ende skal bruge de konkrete løsninger.

### *Sikring af datakvalitet*

Kommissionen anfører, at konsulentfirmaet PA Consulting Group anbefaler, at det afsøges, om algoritmer eller lignende løsninger med kunstig intelligens kan lette byrden for sundhedspersonalet og "oversætte" lokale registreringer til et fælles dataformat.

PLO anerkender udfordringen med at sikre datakvalitet, men PLO råder til at handle varsomt med automatisk "oversættelse" af data. Erfaringerne fra den nu lukkede DAMD-database, hvor en central organisation, via algoritmer, rettede op på "dårlige registreringer" for at gøre data mere brugbare, er desværre ringe. Arbejdet dannede grobund for misforståelser, fordi klinikerne ikke kunne genkende egne data eller egen behandlingspraksis. Dermed opstod der mistillid til oplysninger og et direkte fald i motivationen til at arbejde med disse data. Skal der benyttes algoritmer til at sikre datakvalitet, bør de i stedet for bringes i spil helt ude ved behandleren selv, og hjælpe denne i forbindelse med registreringen – og her fx gøre opmærksom på fejl eller mangler. På den måde sikres kvaliteten ved kilden.

### **Tid til at samarbejde om sundhedsvæsenet**

PLO ser frem til den videre proces og deltager gerne i møder og dialog om kommissionens forslag og udmøntningen heraf. En åben og inddragende dialog er afgørende for at finde de løsninger, der kan sikre et bæredygtigt og effektivt sundhedsvæsen med høj kvalitet for alle borgere, hvor patienterne fortsat er i fokus og de praktiserende læger trives med deres arbejde.