



PRAKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION

Til:
Sundheds- og Kirkeministeriet

Dato: 22. sept. 2026
Sagsnr.: 2026-09287

PLO'S HØRINGSSVAR TIL UDKAST TIL LOV OM ADGANG TIL OG ANVENDELSE AF DATA FOR ALMENMEDICINSKE TILBUD TIL BRUG FOR KVALITETSUDVIKLING OG PLANLÆGNING M.V.

1. Sammenfatning

PLO takker for muligheden for at afgive høringssvar til lovudkastet.

Udkastet fremhæver kvalitetsudvikling og planlægning som bevæggrunde, men det omfatter tillige kontrol med udbetalte honorarer, detaljeret økonomisk overvågning og en meget bred adgang til personfølsomme- og henførbare oplysninger. Titlen og bemærkningerne underspiller derfor udkastets væsentlige indvirkning på almen praksis' status som selvstændige virksomheder, konkurrencen mellem offentlige og private klinikker samt forholdet mellem læge og patient.

PLO kan ikke støtte lovudkastet i sin nuværende form, dels fordi det på nogle områder er i strid med det forståelsespapir, der blev indgået mellem den forhenværende sundhedsminister og PLO den 21. september 2025 (forståelsespapiret), dels fordi det vil have betydelig, negativ indvirkning på almen praksis og relationen mellem læge og patient.

Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf.: +45 3544 8477
Tlf. (dir.): +4526470043
E-mail: plo@DADL.DK
E-mail: gio.plo@DADL.DK
www.plo.dk

PLO anbefaler derfor, at lovudkastet ændres på følgende måder:

- *Regnskabsoplysninger (nedenfor 2).*
 - Kravet om aflevering af regnskabsoplysninger afgrænses i overensstemmelse med forståelsespapiret til relevante, økonomiske nøgletal m.v.
 - Der indbygges værn mod konkurrencemæssig asymmetri for at sikre fri og lige konkurrence.
 - Regnskabsoplysninger afgrænses tydeligt til virksomhed omfattet af ydernummerordningen, således at privat virksomhed ikke er omfattet.
 - Tekniske udfordringer i et evt. sammenligningsgrundlag afklares, de administrative byrder vurderes realistisk, og der indhentes sammenlignelige data fra alle kliniktyper.
- *ICPC-kodning (nedenfor 3).*
 - Indførelse af yderligere ICPC-kodning underlægges demokratisk kontrol.
 - Registreringsopgaven afklares yderligere.
 - Data til brug for kontrol og kvalitet adskilles.
 - Administrative, tekniske og økonomiske ressourcer bringes på plads, før reglerne træder i kraft.
- *Oplysning om behandler (nedenfor 4):*
 - Der tages højde for den kliniske hverdag, hvor flere behandlere kan være knyttet til samme patient i løbet af samme behandling.
 - Administrative, tekniske og økonomiske ressourcer bringes på plads, før reglerne træder i kraft.
- *Personhenførbare helbredsoplysninger (nedenfor 5):*
 - Planlægnings- og kontroldata m.v. skal som udgangspunkt være anonyme, pseudoanonyme eller aggregerede.
 - Adgang til personhenførbare oplysninger skal knyttes til klart definerede og dokumenterede behov og følge et princip om dataminimering.

Det skal for god ordens skyld understreges, at PLO ikke vil modsætte sig yderligere datadeling. PLO støtter deling af data, der giver klinisk værdi, fremmer læring og forbedrer patientforløb, men modsætter sig dataindsamling, der primært skaber administration, kontrol og konkurrencemæssig asymmetri samtidig med, at det udfordrer klinikernes status som selvstændigt erhvervsdrivende.

Endelig bemærker PLO, at lovudkastet er så omfattende og indgribende, at det vil være hensigtsmæssigt at ledsage det med en egentlig analyse af, hvad det indebærer for klinikkerne og patienterne. Analysen bør bl.a. belyse tidsforbruget til kodning, validering og indberetning, konsekvenserne for tiden med patienterne, risikoen for defensiv dokumentation, påvirkningen af den faglige autonomi samt betydningen for investering, rekruttering og fastholdelse i almen praksis.

2. Regnskabsoplysninger

PLO anbefaler for det første, at de oplysninger, der skal afleveres, som aftalt i forståelsespapiret begrænses til det, der med rimelighed kan betegnes som relevante, økonomiske nøgletal m.v.

PLO anbefaler for det andet, at lovudkast sikrer den fri og lige konkurrence mellem private og offentlige klinikker, herunder:

- Et lovbestemt anvendelsesforbud, så oplysninger ikke direkte eller indirekte kan anvendes til økonomi- eller honorarforhandlinger, fastsættelse af generelle eller individuelle vederlag, udformning eller evaluering af udbud og planlægning eller etablering og drift af regionsklinikker.
- At kravene til regnskabsoplysninger fastsættes i lovgivningen og ikke overlades til en bekendtgørelse.
- En lovbestemt sikret adgang for private udbydere af almenmedicinske ydelser til samme anonymiserede og aggregerede data, som regionsrådene og andre offentlige aktører får stillet til rådighed.
- At alle direkte og indirekte omkostninger skal medregnes, når data indhentes fra offentlige klinikker, herunder HR, jura, økonomi og løn, IT, bygninger, pension, kapital, forsikring, rekruttering, vikarer, ledelse, fælles indkøb, garantier og underskudsdækning, der stilles til rådighed af regionerne. Hvis det ikke er muligt, bør de pågældende data heller ikke indhentes fra private aktører.
- Kompetence til Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen til at godkende data og sammenligninger, føre tilsyn med adgang og anvendelse af data, behandle klager over databehandling, kræve ændring af analyser og påbyde ophør med evt. konkurrenceforvridende anvendelser.

For det tredje anbefaler PLO, at lovudkastet entydigt fastslår, at pligten til at aflevere regnskabsoplysninger ikke omfatter den del af den praktiserende læges virksomhed, der ikke er omfattet af ydernummersystemet.

PLO anbefaler for fjerde og sidste, at en række tekniske forhold og de administrative og økonomiske byrder vurderes korrekt, inden lovudkastet vedtages.

Den foreslåede § 195 b indebærer, at alment praktiserende læger, som leverer behandling efter aftalen i medfør af sundhedslovens § 227 a, for hvert regnskabsår skal indberette en lang række oplysninger til Digital Sundhed Danmark (DSD).

Derved etableres et permanent register med omfattende og detaljerede oplysninger om samtlige klinikker, der sammenholdt med oplysninger om patienternes sygdomsbyrde, geografiske

forhold og klinikkens organisering vil give mulighed for at rekonstruere stort set hele klinikkens resultat- og omkostningsstruktur samt ejerlægens økonomiske udbytte.

Lovudkastet lægger op til, at disse oplysninger kan deles med andre aktører på aggregeret og anonymiseret niveau, herunder regionsrådene.

Det er en særdeles vidtgående hjemmel, og PLO anser derfor udkastet til § 195 b for at være den mest problematiske del af lovudkastet:

- Lovudkastet går længere end forståelsespapiret, hvor det er aftalt, at almen praksis skal dele relevante, økonomiske nøgletal m.v. Det bemærkes, at lovudkastet også går videre end den aftale om aflevering af regnskabsoplysninger, Foreningen Af Praktiserende Speciallæger (FAPS) har indgået med RLTN, uden at dette er begrundet.
- Udkastet til § 195 b indebærer, at staten ved lov giver den offentlige forhandlingspart en informationsfordel, som ingen privat markedsaktør ville kunne opnå uden de berørte virksomheders frivillige medvirken eller adgang til samme datasæt. Når regionerne samtidig kan etablere og drive klinikker i konkurrence med de virksomheder, der ved lov pålægges at afgive oplysningerne, er der tale om en grundlæggende konkurrencemæssig interessekonflikt. En sådan regulering kan ikke gennemføres uden en grundig konkurrenceretlig prøvelse og tiltag, der sikrer fri og lige konkurrence.
- Det er uklart, om lovudkastet i strid med forståelsespapiret vil pålægge praktiserende læger at afgive oplysninger om privat virksomhed.
- Lovudkastet indeholder en række regnskabstekniske udfordringer, undervurderer den administrative byrde og mangler bestemmelser om beskyttelse af personfølsomme oplysninger m.v.

2.1 Relevante økonomiske data m.v.

PLO anbefaler, at udkastet til § 195 b omformuleres og bringes i overensstemmelse med forståelsespapiret, hvorefter pligten til at aflevere regnskabsoplysninger indskrænkes til de oplysninger, der er nødvendige og relevante for regionernes udvidede opgave, herunder den faglige ledelsesmæssige opgave for de almenmedicinske tilbud. For hver regnskabsoplysning bør lovudkastet nøje redegøre for sammenhængen til forståelsespapiret og hvilket relevante formål, oplysningen skal opfylde.

Følgende fremgår af forståelsespapiret: *"Der forventes i kommende reguleringer med forventet ikrafttrædelse fra 1. januar 2027, at blive foreslået regler, der skal sikre regionerne den adgang til data, som forudsættes nødvendig for at løfte og understøtte en udvidet opgave, herunder den faglige og ledelsesmæssige opgave for de almenmedicinske tilbud i regionsrådene, der foreslås i dette lovforslag. Det kunne bl.a. omfatte relevante data om økonomiske nøgletal, aktivitet og kvalitet på klinik niveau, oplysninger om virksomhedskonstruktion, bemanning og organisering af de enkelte klinikker m.v."*

De regnskabsoplysninger, der ifølge lovudkastet skal afleveres, er ikke det, der sædvanligvis betegnes som "nøgletal". Nøgletal er beregnede størrelser som overskudsgrad, soliditetsgrad eller personaleandel. I lovudkastet kræves adgang til de bagvedliggende regnskabsposter, hvorfra myndighederne selv kan beregne nøgletallene foruden en lang række øvrige tal.

Der er heller ingen angivelse i lovudkastet af, hvorfor disse data anses for at være "relevante" for at "løfte og understøtte en udvidet opgave" for regionerne, således som det er forudsat i forståelsespapiret.

En sammenligning med årsregnskabsloven udstiller til gengæld en påfaldende selektering i de data, der efterspørges i medfør af udkastet til § 195 b. Bestemmelsen giver adgang til data om indtjening, løn, omkostninger, investeringer og overskud, men ikke oplysninger, som er nødvendige for at vurdere kapitalbinding, soliditet, likviditet, gældsrisiko, økonomisk robusthed og virksomhedens samlede balance. Det efterlader et indtryk af, at udkastet til § 195 b i højere grad er beregnet på at analysere lønsomhed med henblik på at blive brugt i forhandlinger med private aktører end til at understøtte regionernes faglige og ledelsesmæssige opgave for de almenmedicinske tilbud.

Det er derfor PLO's opfattelse, at de krav, der i medfør af § 195 b stilles til aflevering af regnskabsoplysninger m.v., i væsentlig grad går ud over det, der er aftalt i forståelsespapiret. Både for så vidt angår deres indhold og deres anvendelsesområde.

I den forbindelse bemærkes, at der findes andre leverandørsektorer, som også afleverer regnskabsoplysninger til det offentlige, herunder fx praktiserende speciallæger. En sammenligning af udkastet til § 195 b med de krav, der stilles til praktiserende speciallæger, viser imidlertid betydelige forskelle. De væsentligste er – når bortses fra, at speciallægernes regnskabsoplysninger indhentes med udgangspunkt i et aftalebaseret system – at speciallægernes deling finder sted én gang i en overenskomstperiode, er afgrænset til speciallægernes virksomhed i henhold til overenskomsten og omfatter færre regnskabsoplysninger. Følgende skal fx indberettes i medfør af lovudkastet, som speciallægerne ikke skal indberette:

- Årets resultat.
- Overført overskud.
- Klinikejerens egen løn.
- Pensioner.
- Indtægter fra attestarbejde.
- "Øvrige indtægter".
- Klinikmedarbejdere fordelt på uddannelse.
- Heltidsnorm for ansatte.
- Klinikens beliggenhed.

Lovudkastet indeholder ingen begrundelse for, hvorfor oplysningspligten for alment praktiserende læger går så meget videre end oplysningspligten for speciallæger.

Det fremgår også af forståelsespapiret, at regionernes faglige og ledelsesmæssige opgave skal udøves med respekt for, at de alment praktiserende læger driver klinikkerne som ”selvstændige erhvervsdrivende” og ”som private virksomheder med ansvar for drift, økonomi, personale og den daglige ledelse og organisering af arbejdet.”

Forståelsespapiret anerkender dermed, at praktiserende læger dels er autoriserede sundhedspersoner med et selvstændigt behandlingsansvar, dels er selvstændigt erhvervsdrivende, som investerer i lokaler, personale, udstyr og drift. Denne dobbeltrolle er en forudsætning for almen praksis’ opgavevaretagelse, fleksibilitet og omstillingsevne. Nye data- og kontrolkrav bør derfor udformes, så de understøtter den faglige opgave og ikke gradvist gør klinikejeren til et udførende led i en regional linjeorganisation. Når almen praksis samtidig forventes at overtage flere og mere komplekse opgaver, må øget ansvar følges af et reelt fagligt og driftsmæssigt råderum. Økonomisk risiko uden tilsvarende indflydelse vil gøre det mindre attraktivt at drive en selvstændig klinik.

2.2 Konkurrencemæssig asymmetri

PLO anbefaler for det første, at lovudkastet ikke gennemføres, før Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen har foretaget en vurdering efter konkurrencelovens § 2, stk. 5, og før lovudkastet indeholder bestemmelser om konkurrenceneutralitet, symmetrisk information og organisatorisk funktionsadskillelse.

For det andet anbefaler PLO, at lovudkastet udtømmende opregner de oplysninger, der kan indhentes fra almen praksis.

Lovudkastet skal vurderes i lyset af, at regionerne via RLTN forhandler med PLO om den samlede økonomiske ramme og honorarstrukturen samtidig med, at regionerne har fri adgang til at udbyde konkurrerende tilbud i form af fx regionsklinikker.

RLTN nævnes ikke som selvstændig modtager af oplysninger i udkastet til § 195 b, men lovudkastet udelukker ikke en sådan datadeling. Lovudkastet indeholder heller ingen informationsmæssig barriere mellem regionernes planlægningsfunktion, kontrolfunktion, drift af egne klinikker og forhandlingsfunktion som medlem af RLTN.

Dette er centralt for vurderingen af lovudkastet, eftersom oplysninger om fx overskud, lønomkostninger, lokaleomkostninger, ejeraflønning, investeringer, produktivitet og økonomisk variation kan være relevante dels i regionernes forhandling med PLO, dels i etableringen af regionernes konkurrerende klinikker.

Samlet set giver lovudkastet en ensidig og strukturel informationsfordel til det offentlige i et marked, hvor regionerne samtidig er altdominerende køber (i konkurrenceretlig henseende en monopsonistisk købermagt), kontrollant, forhandlingspart og ejer af konkurrerende klinikker. En sådan konstruktion skaber en alvorlig og uafklaret risiko for konkurrenceforvridning og offentlig selvbegunstigelse, som ikke er i overensstemmelse med sundhedsreformens krav om, at konkurrence mellem alle former for private og offentlige klinikker skal ske på frie og lige vilkår, og som heller ikke er i overensstemmelse med konkurrenceretten.

Det er PLO's opfattelse, at lovudkastet giver anledning til følgende konkurrenceretlige udfordringer:

- Det kan have skadelige virkninger for konkurrencen eller hindre en effektiv samfundsmæssig ressourceanvendelse, jf. konkurrencelovens § 2, stk. 5.
- Det kan give manglende lige konkurrencemuligheder og strukturelle interessekonflikter, jf. EUF-traktatens artikel 106, stk. 1, sammenholdt med artikel 102 om offentlige virksomheder, der samtidig konkurrerer og udøver regulerings- eller kontrolbeføjelser over deres konkurrenter.
- Det kan i strid med EU-domstolens praksis give en offentlig eller privilegeret virksomhed ret til at udøve funktioner, der giver den mulighed for at påvirke konkurrenternes markedsvilkår.
- Det kan anvendes til at presse honorarer under et konkurrencemæssigt bæredygtigt niveau, begunstige regionsklinikker, målrette etablering af offentlige klinikker, tilrettelægge udbud ud fra private konkurrenters omkostninger eller diskriminere mellem klinikformer, hvilket vil være i strid med konkurrencelovens § 11 og EUF-traktatens artikel 102.

Ud fra samme konkurrenceretlige betragtninger er PLO endelig meget betænkelig ved, at ministeren efter lovudkastets § 195 kan fastsætte yderligere regler om indberetning af "øvrige oplysninger om klinikforhold". Det harmoner ikke med en løbende konkurrenceretlig vurdering af, om oplysningerne anvendes på lovlig måde.

2.3 Privat virksomhed

PLO anbefaler, at det udtrykkeligt fremgår af lovgivningen, at det alene er oplysninger om ydernummervirksomheden, der skal indberettes, og at oplysninger om privat virksomhed ikke skal indberettes.

På den ene side fremgår det af § 195 b, at lægen skal indberette økonomiske oplysninger for sin "ydernummervirksomhed", der i bemærkningerne er defineret "som et led i, at klinikken yder behandling efter aftale", dvs. i henhold til sundhedslovens § 227 a.

På den anden side fremgår det af lovudkastets bemærkninger, at oplysningerne ikke alene omfatter indtægterne fra ydernummervirksomheden i dag- og vagttid, men også omfatter "indtægter fra attestarbejde". Derudover skal hele årets resultat, klinikkens nettoomsætning og stort set hele omkostningssiden indberettes.

Det anføres endvidere i bemærkningerne til lovudkastet, at oplysningerne om klinikkernes indtægter skal vise, hvor stor en del der kommer fra "udstedelse af attester eller øvrige indtægter".

På den baggrund er det uklart, om lovudkastet er begrænset til at omfatte den økonomi, der genereres som følge af ydernummervirksomheden, eller om private indtægter og udgifter fra an-

den (evt. sundhedsfaglig) virksomhed også skal indberettes. Attester kan fx være betalt af arbejdsgivere, forsikringsselskaber eller patienten selv, og "øvrige indtægter" kan tolkes som alle indtægter, uanset om de vedrører ydernummervirksomheden eller ej.

Hvis formålet med lovudkastet er at indhente oplysninger, der ligger uden for ydernummervirksomheden, herunder privatbetalte ydelser i selve klinikken (fx fra virksomhed som søfartslæge, dykkerlæge eller private attester) og/eller den praktiserende læges øvrige virksomheder, som er sundhedsvæsenet helt uvedkommende, er det principielt særdeles betænkeligt.

Det anføres i lovudkastet, at formålet med reguleringen er at give indsigt i, hvordan honorarregningen anvendes til drift og aflønning, hvordan klinikkernes omsætning og dermed "de offentlige midler, der finansierer det almenmedicinske tilbud", anvendes, og om ressourceanvendelsen i det offentligt finansierede almenmedicinske tilbud er effektiv.

Lægges det til grund, er der ingen saglig nødvendigheds- eller proportionalitetsbegrundelse for, hvorfor det offentlige skal have oplysninger om en omsætning, som ikke består af offentlige midler, der har betalt for ydelser omfattet af ydernummervirksomheden. Ikke mindst i lyset af, at det i forståelsespapiret er aftalt, at en kommende regulering skal sikre regionerne adgang til data, som "forudsættes nødvendig" for at varetage deres udvidede opgave. Regionerne har de facto ingen opgave i forhold til de praktiserende lægers private virksomheder.

Det bemærkes i øvrigt, at aftalen mellem FAPS og RLTN undtager den private virksomhed fra de regnskabsoplysninger, der skal indsamles.

2.4 Regnskabstekniske udfordringer

PLO anbefaler, at en række regnskabstekniske udfordringer i lovudkastet afklares.

Lovudkastet indeholder en række regnskabstekniske udfordringer, der vil gøre det vanskeligt – og i visse tilfælde umuligt – at fremstille aggregerede data på et sammenligneligt niveau.

For det første udbetaler en ejer af en enkeltmandsvirksomhed ikke løn til sig selv. Indtjeningen efter virksomhedens øvrige omkostninger bliver i stedet virksomhedens overskud og dermed ejerens arbejds- og virksomhedsindkomst. En ejer af fx et ApS kan derimod ansættes i sit selskab og modtage løn, som reducerer selskabets resultat. Hvis en personligt ejet klinik skal sammenlignes med en klinik organiseret som fx et ApS, må der derfor beregnes en standardiseret markeds-mæssig arbejds aflønning for samtlige ejerlæger, uanset juridisk form. Ellers bliver sammenligningen af personligt ejede virksomheders og fx anparts- og aktieselskabers overskud systematisk skæve.

For det andet omfatter årsregnskabslovens resultatopgørelse for et selskab skat af årets resultat før den endelige post "årets resultat". I en enkeltmandsvirksomhed beskattes ejeren personligt af virksomhedens overskud, og den personlige indkomstskat er derfor ikke en omkostning i klinikregnskabet på samme måde, som selskabsskat er i et selskab. Hvis der i medfør af udka-

stet til § 195 blot indsamles det tal, der i regnskabet benævnes som "årets resultat", vil et selskabs resultat efter selskabsskat skulle sammenlignes med en personligt ejet kliniks resultat før ejerens personlige skat.

For det tredje er "overført overskud eller underskud" efter årsregnskabsloven en post under selskabets egenkapital, der kan være en akkumuleret størrelse fra flere regnskabsår. Resultatdisponeringen viser derimod, hvor meget af det aktuelle års resultat der overføres til egenkapitalen. Lovudkastet præciserer ikke, om der menes den akkumulerede egenkapitalpost, årets overførsel, overskud efter udbytte eller et skattemæssigt opsparet overskud. For enkeltmandsvirksomheder og interessentskaber findes i øvrigt ikke en direkte parallel til selskabers "overførte overskud", og virksomhedsordningens skattemæssige opsparede overskud er heller ikke det samme.

For det fjerde vil udkastet til § 195 b indebære, at organisatoriske valg vil blive forvekslet med effektivitet, idet den samme omkostning kan bogføres meget forskelligt. Nogle eksempler kan belyse denne problemstilling:

- En ansat sygeplejerske vil være en personaleudgift, mens en ekstern sygepleje- eller vikarydelse kan bogføres som øvrig driftsomkostning.
- Ejede lokaler giver afskrivning og finansielle omkostninger, mens lejede lokaler bogføres som lokaleudgifter.
- Købt apparatur giver afskrivninger, mens leaset apparatur kan bogføres som en løbende driftsomkostning.
- Egen administration vil fremstå som personaleudgifter, mens fælles back-office købt udefra bogføres som øvrige driftsomkostninger.

Selv i tilfælde, hvor to klinikker drives på helt samme måde, således at de aflægger enslydende og fuldt ud sammenlignelige regnskaber, vil en sammenligning for det femte og sidste være meningsløs, medmindre der tages højde for forskelle på fx patienternes alder, sygdomsbyrde, socioøkonomiske status, evt. psykiatriske sygdomme og multisygdomme samt klinikkernes geografiske nærhed til speciallæger og sygehuse. Ellers kan en variation i data skyldes forhold, som den pågældende klinik ikke har indflydelse på, og som derfor ikke er udtryk for, om ressourceanvendelsen i det offentligt finansierede almenmedicinske tilbud er effektiv.

Problemet med sådanne sammenligninger styrker indtrykket af, at regnskabsoplysningerne primært efterspørges med henblik på at give det offentlige en ensidig og strukturel informationsfordel, der kan anvendes i forhandlingerne med private aktører samt ved planlægning og drift af konkurrerende tilbud.

2.5 Byrdevurderingen

PLO anbefaler, at lovudkastets vurdering af de administrative omkostninger gøres retvisende.

Lovudkastets vurdering af de administrative omkostninger ved at indføre § 195 b er ikke korrekt.

Udgangspunkt for vurderingen af den administrative og økonomiske byrde er, som det anføres i bemærkningerne til lovudkastet, at de fleste klinikker i dag ikke aflægger årsrapporter efter årsregnskabsloven:

“Størstedelen af de almenmedicinske tilbud, der virker efter sundhedslovens § 227 a, stk. 1, der træder i kraft den 1. januar 2027, og § 227, stk. 3, vil således enten ikke være omfattet af eller være undtaget fra årsregnskabslovens krav om årsrapporter. Det skyldes, at de nævnte størrelser for størstedelen af klinikkerne er under de angivne grænseværdier.”

Alligevel forudsætter lovudkastet, at oplysningerne i vidt omfang allerede findes. Det er imidlertid ikke tilfældet. De underliggende bilag og bogføringsdata findes typisk, men selv for virksomheder, der følger årsregnskabsloven, vil der ikke nødvendigvis foreligge et standardiseret klinikregnskab pr. ydernummer, den krævede opdeling af nettoomsætningen, en ensartet opgørelse af ejerlægens arbejdsvederlag, fordelingsnøgler for fællesudgifter, en neutral opgørelse af resultat og overført overskud eller en særskilt revisorerklæring på de indberettede data.

Selv for de klinikker, der i dag aflægger årsregnskab for deres juridiske virksomhed, men som i henhold til udkastet til § 195 b også skal aflevere oplysninger for hver klinik, der leverer ydelser efter § 227 a og knytte data til hvert ydernummer, vil lovudkastet være en yderligere belastning. Det er tilfældet, når ét CVR-nummer:

- driver flere klinikker eller ydernumre,
- flere aktiviteter drives i samme selskab,
- fælles administration, IT, ledelse eller personale betjener flere klinikker,
- lokaler ejes i et særskilt ejendomsselskab, eller
- flere klinikker deles om medarbejdere og faciliteter.

Der skal i alle disse tilfælde udarbejdes et særskilt delregnskab pr. klinik. Det kræver fordelingsnøgler for fælles personale, ledelse, IT, bogføring og revision, husleje og lokaler, finansielle udgifter, goodwill, forsikringer og fælles indkøb.

I bemærkningerne til lovudkastet vurderes det på den ene side, at ændrede arbejdsgange og systemtilpasninger kan give mindre negative økonomiske og administrative konsekvenser. Det sammenfattende skema anfører på den anden side, at der er “ingen” økonomiske eller administrative konsekvenser for erhvervslivet.

De to vurderinger hænger ikke sammen, og begge er misvisende: Der er tale om betydelige krav til private virksomheder, som vil udløse en stor administrativ og økonomisk byrde. PLO vurderer, at omkostningen for de klinikker, der er omfattet af PLO's aftale med det offentlige, samlet set vil udgøre mindst 50 mio. kr. årligt.

2.6 Sammenlignelige data for alle klinikformer

PLO anbefaler, at krav om opgørelse af alle direkte og indirekte omkostninger til offentlige klinikker udtrykkeligt fremgår af lovudkastet.

PLO er enig i, at data bør indsamles for alle klinikformer, uanset hvem der har driftsansvaret, jf. også ovenfor om lovudkastets konkurrenceretlige udfordringer.

En korrekt sammenligning af data kræver imidlertid, at regionsklinikker og andre klinikker drevet af det offentlige skal medregne alle direkte og indirekte omkostninger, herunder regional ledelse, HR og jura, IT og økonomifunktion, lokaler, pension, kapitalomkostninger, rekruttering og vikarer, underskudsdækning og andre centrale støttefunktioner. Ellers bliver de private klinikkers fulde omkostninger sammenlignet med en kunstigt lav offentlig klinikomkostning.

Sådan som lovudkastet er formuleret, er det ikke entydigt klart, om disse oplysninger skal indsamles fra klinikker, der drives af det offentlige.

2.7 Personfølsomme oplysninger

PLO anbefaler, at lovudkastet afklarer, hvem der er dataansvarlig, hvilket behandlingsgrundlag der gælder, hvor længe oplysningerne opbevares, hvordan ejerlægen orienteres, hvordan urigtige oplysninger berigtiges, hvem der har adgang til data, og hvordan der klages over anvendelsen.

I en solopraksis vil oplysninger om årets resultat, ejeraflønning og overført overskud i praksis være oplysninger om en identificerbar læges indkomst og økonomiske forhold.

I mindre kompagniskaber vil kombinationen af ydernummer, antal ejere og økonomiske nøgletal også kunne gøre det muligt at udlede personlige økonomiske oplysninger.

Økonomiske forhold som indkomst, skat og gæld er personoplysninger, når de kan knyttes til en identificerbar person, jf. databeskyttelsesforordningens art. 4, nr. 1.

Det indebærer, at indsamling og behandling af fx oplysninger om ejeraflønning, årets resultat og overført overskud ikke alene er et spørgsmål om indsamling af virksomheds- eller regnskabsdata, men også skal opfylde databeskyttelsesforordningens krav.

For offentlig myndighedsbehandling vil det relevante behandlingsgrundlag navnlig skulle findes i databeskyttelsesforordningens art. 6, stk. 1, litra e, sammenholdt med art. 6, stk. 3. Det følger heraf, at behandlingen skal have et tilstrækkeligt nationalt retsgrundlag, tjene et formål i samfundets interesse og være nødvendig og proportional i forhold til dette formål. Hertil kommer principperne i databeskyttelsesforordningens art. 5 om bl.a. formålsbegrænsning, dataminimering og opbevaringsbegrænsning.

PLO finder ikke, at lovudkastet i sin nuværende form giver tilstrækkelig klarhed om den påtænkte behandling. Behovet for klarhed skærpes af, at lovudkastet giver ministeren adgang til ved bekendtgørelse at udvide de økonomiske oplysninger, der skal indberettes, og fastlægge yderligere modtagere. Når der er tale om behandling af personoplysninger, bør lovgrundlaget

afgrænse behandlingens formål og væsentlige rækkevidde så klart, at nødvendigheden og proportionaliteten kan vurderes ved lovens vedtagelse.

PLO savner endelig en konkret begrundelse for, hvorfor personhenførbare oplysninger om bl.a. ejeraflønning, overskudsdisponering og øvrige dele af ejerlægens økonomi er nødvendige for at opfylde lovudkastets formål. Efter databeskyttelsesforordningens princip om dataminimering kan oplysninger ikke indsamles, alene fordi de kan være relevante eller give et mere fuldstændigt økonomisk billede; behandlingen skal være nødvendig i forhold til det konkrete formål.

3. ICPC-kodning

Udkastet til § 195 a pålægger almenmedicinske tilbud, der behandler gruppe 1-sikrede, at foretage kodning af henvendelser og anvende automatiseret datadeling.

Klinikkerne skal samtidig levere oplysninger til regionerne og sundhedsrådene til brug for blandt andet planlægning, kvalitetsudvikling og kontrol med udbetalte tilskud og honorarer. Sundhedsministeren får en bred bemyndigelse til at fastlægge de nærmere krav til kodning, datadeling, offentliggørelse og oplysninger til regionerne.

3.1 Ministerens bemyndigelse

PLO anbefaler, at kravene til kodningen i alt væsentligt fremgår af lovudkastet og ikke henvises til en kommende bekendtgørelse. Lovgivningen bør navnlig opregne,

- hvilke oplysninger der kan kræves,
- de udtømmende formål,
- hvilke modtagere der kan få hvilke oplysninger,
- på hvilket detaljeringsniveau, og
- hvilke anvendelser der udtrykkeligt er forbudt.

Bemærkningerne kan efterlade det indtryk, at klinikkerne i det væsentlige allerede registrerer de nødvendige oplysninger, og at der derfor kun er tale om tekniske justeringer. Det er imidlertid ikke retvisende.

Der er endvidere en principiel og praktisk forskel mellem obligatorisk kodning på udvalgte sygdomsområder, klinisk begrundet kodning efter lægens eget behov og obligatorisk kodning af kontakter for at levere styrings-, kontrol- og planlægningsdata.

Det sidste ændrer kodningens karakter: Kodningen bliver ikke alene en del af den kliniske dokumentation, men også et myndigheds- og kontrolinstrument

Når væsentlige dele af de nye krav ikke fastlægges i selve loven, svækkes reglernes forudsigelighed og den demokratiske kontrol med lovens rækkevidde. Det bliver vanskeligere for klinikkerne på baggrund af loven at fastslå, hvilke oplysninger de kan pålægges at registrere og aflevere, til hvilke formål de skal anvendes, og hvem der kan få adgang til dem.

Samtidig indebærer en bred administrativ bemyndigelse, at ministeren kan udvide kravet til alle former for koder og ikke kun ICPC-koder. Fx ville ministeren kunne beslutte, at alle de nuværende ydelseskoder skal opretholdes, selv om enkelttydelsessystemet skal afskaffes. Denne bemyndigelse indebærer, at bekendtgørelsen bliver andet og mere end en teknisk og administrativ udfyldning af lovgivningen – den bliver selve lovgivningens reelle rækkevidde og indhold.

Det fremgår i øvrigt af lovudkastet, at ministeren ved fastsættelse af kravene vil inddrage DSAM. Ministeren bør også inddrage PLO og Fagligt Råd, idet kodning ifølge lovudkastets bemærkninger ikke alene er et fagligt redskab, men tillige skal bruges til andre formål.

3.2 Registreringsopgaven

PLO anbefaler for det første, at lovudkastet afklarer:

- om der skal registreres én eller flere koder pr. kontakt,
- om der skal kodes kontaktårsag, symptom, arbejdsdiagnose eller endelig diagnose,
- hvordan en kode efterfølgende skal kunne ændres, hvis sygdomsbilledet udvikler sig, og
- hvem der har det sundhedsfaglige ansvar for kodningens rigtighed, hvis kodningen foretages af andre end den praktiserende læge.

For det andet anbefaler PLO, at lovudkastet tager udtrykkeligt stilling til, hvilket konkrete formål kravene til yderligere ICPC-kodning har, herunder hvad der er formålet med at kode fx længerevarende konsultationer, børneundersøgelser m.v.

For det tredje og sidste anbefaler PLO, at oplysninger, der allerede findes i de eksisterende systemer, så vidt muligt genbruges, således at almen praksis ikke skal flytte tid fra patientkontakt til administrativt arbejde alene for at foretage nye registreringer, der kunne hentes andetsteds.

Det er i den forbindelse væsentligt at tage højde for almen praksis' særlige karakter. En konsultation i almen praksis tager ofte udgangspunkt i symptomer og problemstillinger, hvor diagnosen endnu ikke er kendt. Diagnostisk usikkerhed er således ikke udtryk for mangelfuld registrering, men en grundlæggende del af arbejdsformen. Patienten kan samtidig henvende sig med flere forskellige problemstillinger – fx smerter, søvnproblemer, medicin, sociale forhold og kronisk sygdom – hvoraf nogle kan afklares under konsultationen, mens andre først kan diagnosticeres efter et længere forløb.

Et krav om systematisk kodning må derfor ikke føre til, at lægen af administrative hensyn presses til at registrere en diagnose tidligere eller mere entydigt, end der er sundhedsfagligt grundlag for. Det vil skabe en falsk diagnostisk præcision og kan samtidig forringe kvaliteten af de data, som myndighederne ønsker at anvende.

Lovudkastet bør derfor udtrykkeligt anerkende, at symptomkoder, kontaktårsager og arbejdsdiagnoser kan være både korrekte og fagligt relevante registreringer. En patientkontakt bør ikke

efterfølgende kunne vurderes som mangelfuldt kodet, alene fordi der på kontakttidspunktet ikke var grundlag for at stille en endelig diagnose.

PLO finder desuden, at omfanget af nye registreringskrav må ses i sammenhæng med reformens erklærede ønske om at forenkle honorarstrukturen og reducere unødigt administration i almen praksis. Det vil være vanskeligt at forene med reformens formål, hvis afskaffelsen eller forenklingen af det nuværende enkeltydelsessystem samtidig ledsages af et nyt og mere omfattende registreringssystem. PLO lægger derfor til grund, at nye krav om ICPC-kodning ikke etableres som et yderligere registreringslag oven på de ydelses- og aktivitetskoder, som almen praksis allerede anvender. Hvis nogle af de eksisterende ydelseskoder fortsat skal anvendes efter omlægningen af honorarstrukturen, bør lovforslaget og den efterfølgende regulering klart beskrive forholdet mellem ydelseskoder, aktivitetsregistrering og ICPC-kodning og sikre, at den samme aktivitet ikke skal registreres flere gange til forskellige administrative formål.

3.3. Adskillelse af data til kvalitet og kontrol

PLO anbefaler en lovbestemt formålsadskillelse, hvorefter data indsamlet til kvalitetsudvikling ikke må anvendes som selvstændigt grundlag for sanktioner, tilbagebetalingskrav eller andre indgribende afgørelser, og at data til regional planlægning som udgangspunkt skal være aggregerede.

Lovudkastet sammenblander mindst fire forskellige formål med datadeling, herunder klinisk behandling, kvalitetsudvikling og læring, regional planlægning og kontrol med honorarer og opga-veopfyldelse.

Data, der er egnede til ét formål, er ikke nødvendigvis egnede til et andet. Kvalitetsudvikling forudsætter normalt et læringsorienteret og ikke-sanktionerende miljø. Hvis de samme data kan bruges til tilbagebetalingskrav, sanktioner, offentlig rangordning eller vurdering af, om en klinik opfylder basisfunktionen, vil det ændre lægernes incitament og undergrave tilliden til kvalitetsarbejdet.

Der giver en risiko for utilsigtede incitamenter, hvis klinikkerne begynder at indrette registreringen efter honorar- og kontrolhensyn frem for hensynet til patientforløb, læring og kvalitet. Det er derfor afgørende, at nye krav om kodning afspejler dette, således at registreringskrav ikke skaber incitamenter, der påvirker klinikernes arbejdsdeling eller flytter fokus fra patientbehandling til defensiv kodning og administration.

3.4 Adgang til egne data

PLO anbefaler, at adgang til anvendelse af egne data og datadeling fra myndighederne til klinikkerne udtrykkeligt indeholdes i lovudkastet.

Nye regler om ICPC-kodning og deling af data på personfølsomt niveau bør modsvares af, at almen praksis får rettidig og brugbar adgang til relevante oplysninger om egne patienter. Det er en nødvendig forudsætning for, at almen praksis reelt kan løfte rollen som koordinator for patienter

med kronisk sygdom og komplekse forløb.

Dataadgang bør derfor ikke være ensrettet fra klinikkerne til myndighederne. Der bør udvikles funktionelle løsninger, som giver klinikkerne et samlet, ajourført og klinisk anvendeligt overblik uden ekstra administrativ byrde.

Det forudsætter dels, at sundhedslovens opslagsregler tilpasses, så der skabes hjemmel til, at læger må foretage opslag som led i opgaven med at sikre en behandling, der til enhver tid er sammenhængende, målrettet og af høj kvalitet, dels at der skabes hjemmel til, at læger får mulighed for at følge op på patienternes behandling efter et kvalitetssikrings- eller udviklingsprojekt.

3.5. Byrdevurderingen

PLO anbefaler, at de administrative, tekniske og økonomiske konsekvenser ved ICPC-kodning m.v. revurderes.

Automatiseret overførsel betyder ikke, at selve registreringen vil kunne ske uden et betydeligt ressourcetræk.

Den praktiske byrde består blandt andet i lægens eller personalets valg af korrekt kode, kontrol af, at koden er korrekt registreret, efterfølgende rettelser, håndtering af systemfejl og afviste data, oplæring af personale, vedligeholdelse af lokale arbejdsgange og dialog med region eller myndighed om uoverensstemmelser.

Selv en beskeden ekstra tidsanvendelse pr. patientkontakt på fx 30 sekunder bliver en betydelig arbejdsbelastning, når den ganges med antallet af kontakter til almen praksis.

Lovudkastets bemærkninger anfører på den ene side, at der kan være mindre negative økonomiske og administrative konsekvenser for de almenmedicinske tilbud på grund af ændrede arbejdsgange og systemtilpasninger. På den anden side fremgår det af det sammenfattende skema, at der ikke er administrative konsekvenser for erhvervslivet. De to vurderinger er ikke indbyrdes forenelige.

PLO har beregnet, hvilke omkostninger de nye krav til ICPC-kodning vil pålægge almen praksis, dels i form af at etablere og vedligeholde en sikker dataløsning, dels i form af løbende ressourcer til selve IT-understøttelsen, dels i form af lægens og personalets tidsforbrug. PLO har samtidig vurderet, hvor lang tid det vil tage at udvikle løsningerne.

Der findes ikke i dag en tilfredsstillende løsning til vedligeholdelse af ICPC-klassifikationen. Der er fx ingen reel IT-understøttelse af området, ingen automatik i opdateringen af koderne og heller ingen aftaler om, at lægesystemerne skal importere nyeste version. Almen praksis har derfor behov for en ny, digital løsning til forvaltning, vedligeholdelse og distribution af ICPC-klassifikationen samt tilhørende sammenligninger mellem ICPC og ICD-klassifikationerne, således at alle lægepraksissystemer (LPS) anvender de samme, klinisk validerede og ajourførte klassifikationsdata.

For at opnå dette må der forventes en udviklingsperiode på 6-9 måneder. En løsning vil derfor ikke kunne træde i kraft den 1. januar 2027.

Udviklingen af løsningen forudsætter tilførsel af en økonomi på ca. 2-3 mio. kr. afhængigt af krav til sikkerhed, integrationsomfang og involvering af eksterne leverandører. Dertil kommer omkostninger til løbende drift og forvaltning af den tekniske løsning, herunder drift, klassifikationsforvaltning og klinisk validering, samt release-, kvalitets- og integrationsstyring. De samlede årlige omkostninger til årlig drift og forvaltning estimeres til ca. 0,8-1,5 mio. kr.

Selve håndteringen af løsningen vil skulle varetages af den praktiserende læge med bistand fra klinikkens personale. Det vurderes, at der i dag er ca. 2,8 mio. længerevarende kontakter (inkl. børneundersøgelser) årligt. Med de nye kronikerpakker forventes en stigning på skønsmæssigt mindst 400.000 kontakter, der også skal kodes. Samlet set svarer det til, at der for klinikker drevet efter RLTN's aftale med PLO skal afsættes i alt ca. 14 årsværk alene til yderligere ICPC-kodning, hvilket vil medføre en årlig meromkostning på mindst 29 mio. kr.

4. Oplysninger om behandler

Oplysninger om den konkrete behandler og dennes uddannelses- eller autorisationsforhold kan være relevante i visse analyser, men de åbner også mulighed for måling af enkelte lægers og medarbejders aktivitet.

PLO anbefaler derfor for det første, at det skal fremgå udtrykkeligt af lovudkastet, at sådanne oplysninger ikke må anvendes til offentlig rangordning, disciplinære formål eller individuelle produktivitetmålinger.

For det andet anbefaler PLO, at et krav om identifikation af behandler tilpasses hverdagen i en klinik, hvor en patientkontakt ofte vil involvere flere medarbejdere og faggrupper. I det tilfælde giver det ikke nødvendigvis mening at identificere én ansvarlig behandler for hver aktivitet.

PLO anbefaler for det tredje, at denne del af lovudkastet ikke træder i kraft, førend der foreligger en tilstrækkelig digital løsning.

Der har gennem flere år været drøftelser om etableringen af et system, der kan registrere behandleren, men løsningen har vist sig at være teknisk kompliceret, allerede fordi den forudsætter en "identitetsudbyder", der har et løbende opdateret register over ejerlæger og ansatte i alle klinikker, og som kan verificere brugerens identitet og håndtere sikkert log-in. Derudover forudsætter en løsning, at der laves en opdatering af de afregningsfiler, der sendes til regionerne, og dermed tillige en opdatering af de eksisterende kommunikationsstandarder.

Opgaven er så kompleks, at er svært for PLO at vurdere, hvor lang tid det vil tage, og hvad det vil koste at udvikle et sådant system, men erfaring fra tidligere projekter tilsiger, at det vil tage mere end ét år fra iværksættelsen og vil kræve en investering på et anseeligt millionbeløb. En kodning af behandlere vil derfor ikke kunne træde i kraft den 1. januar 2027.

5. Personhenførbare helbredsoplysninger

PLO anbefaler for det første, at planlægningsdata som udgangspunkt anvendes anonymt, pseudoanonymt eller aggregeret, og at adgangen til personhenførbare oplysninger er knyttet til klart definerede og dokumenterede nødvendige behov.

For det andet anbefaler PLO, at den efterfølgende regulering præciserer datakategorier, modtagerkreds, konkrete formål, adgangsniveau, opbevaring, dataansvar samt krav om logning og kontrol.

PLO anbefaler for det tredje, at det er tydeligt, hvordan patienter og praktiserende læger orienteres, når oplysninger anvendes til nye formål, og hvordan patienter får indsigt i anvendelsen af egne oplysninger. I den forbindelse er det væsentligt, at patienten har fri og uhindret adgang til at sige fra over for deling af personhenførbare oplysninger, at fravalget så vidt muligt håndteres, inden oplysningerne forlader klinikken, og at videresendelse og anvendelse logges og gøres synlig for patienten.

Udkastet til § 197 a giver sundhedsministeren hjemmel til at fastsætte regler om, at centrale sundhedsmyndigheder og Digital Sundhed Danmark kan videregive eller give adgang til oplysninger, herunder helbredsoplysninger, til blandt andre regionsråd og sundhedsråd, kommunalbestyrelser, autoriserede sundhedspersoner og private personer eller institutioner, der driver sygehus.

Bemærkningerne forudsætter, at oplysninger kan anvendes både til konkret patientbehandling og til styringsmæssige, statistiske og planlægningsmæssige formål. Der nævnes også mulighed for, at administrative medarbejdere i sundhedsråd kan få adgang til personhenførbare oplysninger fx for at identificere en patientgruppe og sende oplysninger videre til patientens læge.

Der er tale om en meget vidtgående hjemmel, der ikke altid er nødvendig og proportional. Ved vurderingen af udkastet til § 197 a må der sondres mellem to situationer:

- Ved konkret behandling kan adgang til relevante oplysninger være både nødvendig og til gavn for patienten.
- Ved planlægning, statistik og ledelse kan man i en række tilfælde nøjes med anonyme, pseudoanonyme eller stærkt aggregerede oplysninger. Personhenførbare data bør alene anvendes, hvis det konkret dokumenteres, at formålet ikke kan nås med mindre indgribende oplysninger, jf. også databeskyttelsesreglernes grundprincipper om formålsbegrænsning, dataminimering, opbevaringsbegrænsning og fortrolighed.

Denne sondring deler lovudkastet imidlertid ikke, og det indebærer en ikke ubetydelig risiko for, at lovudkastet vil svække patienternes tillid til sundhedssystemet.

Patienternes tillid kan fx påvirkes, hvis de oplever, at oplysninger, som er givet til egen læge i en fortrolig behandlingssituation, efterfølgende kan anvendes af andre, uden at det er strengt nødvendigt at dele oplysninger på en personhenførbart måde. Hvis patienter eller læger får en oplevelse af, at personfølsomme oplysninger i stigende grad også er styrings- og kontroloplysninger på et personhenførbart niveau, kan det også påvirke adfærden. For lægen kan det føre til mere defensiv journalføring, mens det for patienten i værste fald kan påvirke villigheden til at fortælle alt det, der er klinisk relevant.

PLO bakker i øvrigt op om udkastet til § 42 d, så relevante oplysninger kan anvendes til tværsektoriel kvalitetssikring og kvalitetsudvikling, herunder også at ældre oplysninger kan anvendes. Det er imidlertid som nævnt ovenfor afgørende for PLO, at anvendelsen er konkret nødvendig og dataminimeret.

Med venlig hilsen



Jørgen Skadborg
Formand for PLO