



Dato: 21. august 2025

Sagsnr.: 2025-05219

PLO's høringssvar vedr. lov om ændring af sundhedsloven.

PLO takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Indførelse af national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, aftale om vilkår for alment praktiserende læger, differentieret honorarstruktur, praksisklagenævn m.v.).

Høringssvaret indeholder – foruden et resumé – bemærkninger til følgende elementer i lovforslaget:

1. Den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktionen.
2. Aftalen om vilkår for alment praktiserende læger.
3. Reglerne om etablering af almen praksis.
4. Nyt tvistløsningssystem.
5. Adgang til data m.v.
6. Etablering af almenmedicinske tilbud.

Resumé

PLO bakker fortsat op om sundhedsreformens mål, herunder at styrke det nære sundhedsvæsen med henblik på:

- at der skal være mindst 5.000 praktiserende læger
- at skabe et stærkere, mere nært og bedre balanceret sundhedsvæsen, der er endnu tættere på borgerne
- en reduktion af ulighed i sundhed
- en bedre fordeling af sundhedsvæsenets ressourcer på tværs af landet
- en økonomisk, faglig og geografisk prioritering af indsatser og ressourcer til dem, der har de største behov
- at alle borgere har adgang til en praktiserende læge tæt på, uanset hvor man bor
- at langt mere behandling og pleje kan foregå hos egen læge og/eller i borgerens eget hjem

Det fremsatte lovforslag vil imidlertid efter PLO's opfattelse i sin nuværende udformning ikke fremme de ovenfor anførte mål.

Lovforslaget underminerer i høj grad det aftalebaserede system, indfører en betragtelig topstyring af almen praksis, fratager de praktiserende læger væsentlige dele af deres autonomi, eksponerer de praktiserende læger for økonomiske risici uden tilstrækkeligt retssikkerhedsgarantier og risikerer at afvikle den almenmedicinske viden og faglighed, der er opbygget i det aftalebaserede system i form af fx efteruddannelse, forskning, kvalitetsklynger og IT.

I praksis vil det indebære, at de praktiserende lægers selvstændighed, faglige

Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø
Tlf.: +45 3544 8477
Tlf. (dir.): +45 3544 8315
E-mail: lip@dadl.dk

www.plo.dk

indflydelse og dedikation til at udvikle sektoren undergraves til fordel for en overstyring af almen praksis med ensidigt fokus på økonomi – uden at det offentlige samtidig overtager ansvaret for fx drift, personale og økonomi.

Samlet set er der tale om så væsentlige indgreb i de praktiserende lægers faglighed, økonomi og trivsel, at lovforslaget sandsynligvis vil indebære, at flere læger vil forlade faget før tid, og at færre yngre læger vil have lyst til at blive praktiserende læger. Det vil føre til yderligere lægemangel, dårligere lægedækning og mindre tid til patienterne samtidig med, at det vil hindre den faglige udvikling, der har gjort dansk almen praksis til én af verdens bedste.

PLO anbefaler derfor, at lovforslaget grundlæggende omformuleres på en række centrale områder således, at de nuværende og kommende praktiserende lægers tillid til, at almen praksis som selvstændigt erhverv har en fremtid, genetableres, herunder navnlig, at:

- der i videst mulig udstrækning bevares et balanceret, tillidsbaseret og forpligtende aftalerum mellem det offentlige og PLO, hvor almen praksis kan udvikles med udgangspunkt i et ligeværdigt samarbejde, herunder:
 - at det udtrykkeligt fremgår af lovgivningen, at alle øvrige vilkår udover opgavebeskrivelser, basisfunktioner, tvistløsningssystem og kapacitetsstyring fortsat er en del af aftalerummet, herunder fx åbningstid, efteruddannelse, forskningsområdet, kvalitetsklynger og IT
 - at honorarstrukturen overlades til frie og uafhængige forhandlinger mellem det offentlige og PLO uden forudgående lovgivningsmæssige bindinger om udformning og resultat
- lægernes retssikkerhed i forbindelse med tvister utvetydigt sikres således, at der ikke kan rejses tvivl om proportionalitet og habilitet i de afgørelser, der træffes af offentlige myndigheder
- der bevares et aftalebaseret grundlag for, at regionerne og de praktiserende læger kan samarbejde om udviklingen af almen praksis

Det bemærkes, at lovforslaget siden dets fremsættelse har ført til så omfattende protester fra medlemmer af fx PLO, FYAM, DSAM, YL og FADL, at det har haft en negativ indvirkning på den opbakning til sundhedsreformen, der hidtil har været blandt de nuværende og kommende praktiserende læger. Det er derfor PLO's anbefaling, at en evt. ændring af lovforslaget så hurtigt som muligt kombineres med en tydelig kommunikation om – og plan for – fremtidens almene praksis således, at det bliver muligt at genskabe den tillid, der er gået tabt.

Endelig gør PLO opmærksom på, at lovforslaget er præget af et meget stort rum for fortolkning, der gør det vanskeligt at overskue konsekvenserne, hvis det vedtages i den nuværende form. Politiske hensigtserklæringer ("mere lighed og nærhed"), reguleringsstekst ("regionsrådet kan..."), og implementeringsideer ("det kunne f.eks. indebære...") sammenblandes på en sådan måde, at det skaber uklarhed med hensyn til, hvad der ændres i den nuværende struktur, og hvad der bevares. Bemærkninger i lovforslaget har endvidere nogle steder karakter af lovgivning, selvom de ikke fremgår af selve lovteksten. Det har i sig selv bidraget til en betydelig usikkerhed om hensigterne og skabt et rum for fortolkninger, som muligvis ligger ud over intentionerne.

PLO anbefaler derfor, at lovforslaget gennemskrives på ny med henblik på en præcisering af, hvad lovforslaget egentlig indebærer for almen praksis, herunder navnlig hvilke dele af det nuværende system, der demonteres som følge af lovforslaget, og hvad der bevares.

1. Den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktionen.

Klinikkernes åbningstid

Sundhedsstrukturkommissionen foreslog i sin rapport, at der som led i opgavebeskrivelsen skulle fastlægges en basisfunktion, som bl.a. omfattede en beskrivelse af *"basal tilgængelighed ... som alle klinikker uanset leverandørform i udgangspunktet skal leve op til."*

PLO bemærker, at ordet "basal" ikke er medtaget i bemærkningerne til lovforslaget: *"Basisfunktionen vil indeholde krav og anbefalinger til ... tilgængelighed..."*.

Der er betydelig forskel på, om myndighederne kan fastsætte den basale tilgængelighed, svarende til den aktuelt aftalte i overenskomst om almen praksis, eller om myndighederne frit kan fastsætte tilgængeligheden. Den hjemmel, ministeren får i medfør af bestemmelsen, kan således rent juridisk anvendes til at stille krav om, at almen praksis skal holde åbent alle ugens dage, døgnet rundt, hele året – også i weekender og på helligdage.

PLO gør for det første opmærksom på, at tilgængelighed for solopraktiserende læger er lig med arbejdstiden. Lovforslaget vil derfor kunne indebære, at praktiserende læger bliver den første gruppe af selvstændigt erhvervsdrivende i Danmark, der ikke selv kan bestemme deres arbejdstid, og vil stille de læger, der udøver deres hverv i en selvstændig klinik ud fra en aftale med det offentlige, betydeligt ringere end læger, der er ansatte i almenmedicinske tilbud, og hvis højeste arbejdstid dermed er indhegnet af kollektive overenskomster.

For det andet vil kravet om øget åbningstid for læger i større praksis ofte indebære, at der skal udvides med flere ressourcer og investeres yderligere i klinikkerne. Den risikovillighed vil ikke nødvendigvis være til stede i lyset af, åbningstiden og opgavemængden til enhver tid kan omkalfatres af det offentlige uden forhandling med repræsentanter for de praktiserende læger.

Konsekvensen af ovenstående er, at mindre praksis vil blive tvunget til at lukke eller søge at blive sammenlagt i større enheder, der i højere grad kan foretage en kollektiv risikoafdækning og trække på fælles ressourcer. Det vil imidlertid indebære et ønske om centralisering af klinikkerne – formentlig ind mod de større bysamfund – stik imod intentionerne i sundhedsreformen om større nærhed og lighed i adgangen til sundhed.

For det tredje må det ved fastlæggelsen af åbningstiden tages i betragtning, at øget tilgængelighed lægger beslag på flere læger og derfor er i konkurrence med ønsket om bedre lægedækning, indtil der er uddannet tilstrækkeligt mange læger. Dette er navnlig en udfordring, fordi den øgede tilgængelighed ifølge forskningen som oftest kommer de ressourcestærke i de største bysamfund til gode og derfor kan skabe mere ulighed i sundhed.

I den forbindelse bemærkes, at en øget åbningstid i almen praksis også indebærer, at de funktioner på sygehusene, der understøtter almen praksis i åbningstiden, skal have udvidet deres tilgængelighed tilsvarende. Det er omsonst at udvide åbningstiden i almen praksis, medmindre muligheden for at fx at kontakte specialister på sygehusene og sende blodprøver til laboratorierne udvides tilsvarende. En større tilgængelighed skal derfor koordineres meget nøje med en udvidelse af almen praksis' tilgængelighed til det sekundære sundhedsvæsen.

For det fjerde vil en ændring af den nuværende aftalte åbningstid være så væsentligt et indgreb i den eksisterende aftale, at det ikke alene vil få betydelige, negative konsekvenser for lægernes trivsel og samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen, men også kan indebære, at overenskomsten må anses for at være bortfaldet som følge af bristende forudsætninger, idet myndighederne ensidigt har ændret en bindende aftale ved lov. Det bemærkes i den forbindelse, at der allerede som følge af lov nr. 718 af 20. juni 2025 og bekendtgørelse nr. 975 af 30. juni 2025 er foretaget væsentlige indgreb i den gældende overenskomst i kraft af den nationale kapacitetsstyring og fastsættelse af minimumspatienttal.

Når det er sagt, respekterer PLO forventningen om, at tilgængeligheden på sigt vil blive bedre som følge af, at antallet af praktiserende læger øges. Forventningen om, at 5.000 praktiserende læger vil tilbyde bedre tilgængelighed end ca. 3.500 praktiserende læger, må imidlertid ikke omsættes til et diktat, der direkte eller indirekte vedrører den enkelte læges åbningstid.

PLO anbefaler derfor for det første, at det udtrykkeligt fremgår af lovgivningen, at ministeren alene i kraft af basisfunktionen kan fastsætte regler om den basale åbningstid, og at denne basale åbningstid ikke kan gå ud over, hvad der allerede er aftalt i den gældende overenskomst. Alle krav om øget åbningstid derudover må forhandles med de praktiserende læger som led i den nationale aftale således, at den reelle arbejdstid for den enkelte praktiserende læge fortsat er en del af aftalen mellem parterne.

Endelig bemærkes, at det i henhold til den nuværende overenskomst står alle praktiserende læger frit for at holde mere åbent, end der fremgår af overenskomsten. På samme måde står det allerede regionsklinikker og udbudsklinikker frit for at holde mere åbent end praktiserende læger, der virker efter overenskomsten. Det er så vidt ses i ingen tilfælde sket. For så vidt angår klinikker drevet efter overenskomsten, beror det på, at regionerne ikke har været villige til at dække de omkostninger, en øget åbningstid vil medføre for klinikkerne, og øge den økonomiske ramme tilsvarende.

Forskning, efteruddannelse og kvalitetsarbejde m.v.

Det følger af forslaget til ny § 57 I, at krav og opgaver m.v. til det almenmedicinske tilbud fastsættes i den nationale opgavebeskrivelse med en basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, at regionsrådet er forpligtet til at tilvejebringe og tilrettelægge det almenmedicinske tilbud i henhold til den nationale opgavebeskrivelse, og at klinikker i det almenmedicinske tilbud er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med krav og opgaver m.v. fastsat i basisfunktionen for det almenmedicinske tilbud.

I bemærkningerne til § 57 I anføres det, at den nationale opgavebeskrivelse vil omfatte "... regionsrådets forpligtelser i forhold til at understøtte og udvikle de

almenmedicinske tilbud fagligt. Heriblandt regionens understøttelse af forskning i almenmedicinske tilbud og patientforløb i det primære sundhedsvæsen og dataunderstøttet kvalitetsudvikling i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Opgavebeskrivelsen vil desuden skulle indeholde en beskrivelse af regionsrådets forpligtelser til opfølgning på overholdelse af krav i opgavebeskrivelsen og basisfunktionen, herunder brug af data og opfølgning af kvalitet."

Det anføres desuden i bemærkningerne til § 57 I, at basisfunktionen vil indeholde en *"... beskrivelse af systematisk og selvvalgt efteruddannelse til vedligeholdelse og udvikling af kompetencer hos læger og øvrige faggrupper m.v. Derudover vil basisfunktionen skulle indeholde krav til klinikkens arbejde med kvalitetssikring og -udvikling data og deltagelse i f.eks. kvalitetsarbejde."*

Endelig fremgår det af bemærkningerne til den ny § 227 a, stk. 1, at en *"... smallere central rammeaftale fra 2027 skal erstatte Overenskomst om almen praksis..."* og at det vil være en *"... smal aftale om primært økonomi med afsæt i den nationalt fastsatte opgavebeskrivelse."*

Det nævnes ingen steder i lovforslaget, om fx den nuværende overenskomsts bestemmelser om forskning, efteruddannelse, kvalitetsarbejde og IT fortsat skal aftales. En tolkning af forarbejderne synes tværtimod at lægge op til, at forskningen henlægges til regionerne, at efteruddannelse, kvalitetsarbejdet og IT fastlægges af ministeren som en del af basisfunktionen og/eller bestemmes af regionerne, og at aftalesystemet i alt væsentligt alene kommer til at vedrøre den økonomi, der måtte være forbundet med de opgaver, der fastlægges i basisfunktionen.

Med udgangspunkt i § 57 I og § 227 a kan ministeren og regionerne dermed så vidt ses overføre forsknings-, efteruddannelses- og IT-området fra et aftalebaseret system til offentlig regulering. Det vil ikke alene indebære, at den almenmedicinske faglighed ikke længere inddrages systematisk i udviklingen af faget, men også gøre skade på almen praksis' internationalt anerkendte kvalitetsinfrastruktur.

Lovforslaget går på dette område videre end aftalen om en sundhedsreform, hvoraf det fremgår, at *"Aftalepartierne bakker op om, at en fuld gennemførelse af reformen tager udgangspunkt i, at centrale initiativer om økonomiske rammer og vilkår for de almenmedicinske læger skal aftales."* Sammen med selve honorarstrukturen og åbningstiderne findes der ikke et mere centralt element i den nuværende overenskomst end overenskomstens bestemmelser om det, der under ét kan betegnes som "fagets institutioner", dvs. forskningen, efteruddannelsen, kvalitetsklyngerne og IT-området.

Det bemærkes, at lovforslaget også går længere end anbefalingerne fra Sundhedsstrukturkommissionen, idet kommissionen anbefalede, at det alene var den nationale fastlæggelse og regulering af basisfunktioner, omfordelingen af ressourcer efter sundhedsbehov og et nyt system for tvistløsninger, der ikke længere skulle være en del af overenskomsten, mens alle øvrige elementer som hidtil skal fastlægges ved en central rammeaftale.

PLO anbefaler derfor, at det som anbefalet af Sundhedsstrukturkommissionen udtrykkeligt fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at parterne som hidtil aftaler alt det, der ikke udtrykkeligt ved lov skal reguleres af det offentlige, herunder fx aftaler om forskning, efteruddannelse, kvalitetsklynger og IT-området m.v. således, at

parterne med inddragelse af DSAM kan opretholde det nødvendige samarbejde for at kunne udvikle disse områder i fællesskab med regionerne.

Almen praksis' faglige udvikling

Faget almen praksis er hidtil blevet udviklet i et tæt samarbejde mellem de praktiserende læger og de offentlige myndigheder, hvor navnlig DSAM har spillet en stor og væsentlig rolle.

Dette samspil ændres markant med lovforslaget, når det i forslaget til § 57 l, stk. 4, anføres, at det er indenrigs- og sundhedsministeren, der fastsætter nærmere regler om den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud. Hjemlen indebærer, at ministeren i princippet kan fastsætte disse regler uden inddragelse af faglig ekspertise og på baggrund af politiske prioriteringer, der kan tilside-sætte almen praksis' faglighed. Bestemmelsen indebærer fx, at en siddende minister vil kunne flytte opgaver til almen praksis uden dokumentation for faglighed, kapacitet, patienthensyn eller sundhedsøkonomisk gevinst. En minister vil også kunne fravælge opgaver af politiske årsager. Begge dele kan medføre en skævvridning af resourcer, forringet kvalitet og uforudsigelighed for både patienter og læger.

Med henblik på at sikre en betryggende adskillelse af politiske hensyn og faglige overvejelser anbefaler PLO for det første, at det udtrykkeligt fremgår af selve lovteksten, at den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion skal udarbejdes af Sundhedsstyrelsen efter inddragelse af de relevante organisationer og eksperter, herunder PLO, DSAM og forskningsenhederne, og at ministerens opgave bliver at godkende det af Sundhedsstyrelsen udarbejdede forslag. Det bemærkes hertil, at PLO ikke anser det for tilstrækkeligt, at det fremgår af forarbejderne til loven, at Sundhedsstyrelsen skal udarbejde en opgavebeskrivelse og basisfunktion, idet der ikke bør lovgives i forarbejderne.

For det andet anbefaler PLO, at det udtrykkeligt fremgår af lovforslaget, at der i forbindelse med en ændring af basisfunktionen skal laves en analyse af kapacitet og faglighed i almen praksis og en beregning af den samfundsøkonomiske betydning. Derudover bør patienternes perspektiv inddrages. Formålet er at sikre mod vilkårlige ændringer, der hverken tjener patienter eller samfundet og/eller går ud over rammerne for faglighed og kapacitet i almen praksis. Samtidig er det nødvendigt, at basisfunktionen tager højde for, hvad der realistisk kan stilles af faglige krav til almen praksis. Variansen i patientsammensætningen kan fx indebære, at ikke alle klinikker har den nødvendige rutine til at udføre en funktion, og der må i de tilfælde være mulighed for at, at en klinik kan fritages for en opgave.

For det tredje anbefaler PLO, at lovforslaget ændres, så det klart fremgår af bemærkningerne, at basisfunktionen definerer rammer og minimumsforventninger – men ikke fratager den enkelte læge retten til at prioritere og planlægge ud fra konkrete og lokale forhold, herunder navnlig hensynet til patienterne. Den nuværende formulering efterlader en tvivl om, hvorvidt basisfunktionen kan anvendes til at gribe ind i alle de dele af lægens virksomhed, som ikke direkte vedrører det faglige skøn i relation til patienten. I den forbindelse er det afgørende, at basisfunktionen beskrives så præcist, at den enkelte praktiserende læge har klarhed over, hvad der forventes; ikke mindst fordi regionen kan sanktionere den enkelte læge for manglende opfyldelse af basisfunktionen.

For det fjerde gør PLO opmærksom på, at forslaget indebærer et nybrud, idet regionerne ikke længere både bestiller og betaler for opgaver i almen praksis. Det bliver således ministeren, der fastsætter almen praksis' opgaveportefølje, men det er regionerne, der skal betale for, at opgaverne udføres. Konsekvensen heraf kan være en manglende betalingsvilje hos regionerne, hvis regionerne ikke efterfølgende får øget deres budgetter svarende til opgaveudviklingen, hvilket kan vanskeliggøre forhandlingerne mellem parterne.

Endelig gør PLO for det femte og sidste opmærksom på, at ønsket om, at almen praksis fortsat skal have en stabil gatekeeperrolle, levere kontinuitet og være en aktiv medspiller i det samlede sundhedsvæsen, ikke genfindes i lovforslaget, når man samtidig fjerner de praktiserende læger fra de tværsektorielle beslutningsfora, hvor der er mulighed for at være en del af det samlede sundhedsvæsen. Et ensidigt fokus på det almenmedicinske tilbud som en leverandør er et paradigmeskift og kan desværre bidrage til at flytte al opmærksomhed til det eneste, som almen praksis fortsat vil kunne påvirke: De økonomiske rammer. Det kan skabe en øget mistillid imellem parterne i det nære sundhedsvæsen og føre til, at den nylige udvikling med flere private tilbud i almen praksis vil blive accelereret.

PLO anbefaler derfor, at der lovgivningsmæssigt opretholdes en samarbejdsstruktur, hvor parterne kan udvikle det nære sundhedsvæsen i fællesskab, og at den nærmere aftale om, hvordan denne struktur skal opbygges, indgås af parterne i forbindelse med indgåelsen af den nationale aftale.

Opgaveglidning

PLO anerkender, at et af hovedformålene i sundhedsreformen er et mere ensartet almenmedicinsk tilbud. Dette indbefatter, at det klarlægges, hvilke opgaver der reelt ligger i det almenmedicinske tilbud, og hvilke der skal ligge andre steder i sundhedsvæsenet, således som det også blev anbefalet af Sundhedsstrukturkommissionen. Det er imidlertid uklart, hvordan den tiltænkte basisfunktion og opgavebeskrivelse skal sikre en entydig og ensartet fordeling af opgaverne i hele landet, og hvordan den skal være et værn mod opgaveglidninger som følge af lokale prioriteringer eller faglige selskabers retningslinjer. Den såkaldte opgaveglidning, der typisk sker fra hospitaler til almen praksis, og som påvirker antallet og omfanget af opgaver i det almenmedicinske tilbud, er dermed ikke tilstrækkeligt indhegnet.

PLO anbefaler derfor, at det udtrykkeligt fremgår af lovforslaget, at basisfunktionen og opgavebeskrivelsen i fællesskab skal udgøre et værn mod opgaveglidning, herunder at det klart tilkendegives, at opgaver alene kan flyttes mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen i kraft af basisfunktionen og opgavebeskrivelsen. Det vil indebære, at opgaver ikke kan flyttes ved ensidig beslutning af en afdeling på et sygehus, eller ved at et fagligt selskab reviderer sine retningslinjer for, hvordan en patient skal behandles.

2. Aftale om vilkår for alment praktiserende læger.

Honorarstruktur

PLO er enig i, at der skal udvikles en ny honorarstruktur for alment praktiserende læger. Den nuværende struktur kan forekomme unødigt kompliceret og indeholder nogle steder bestemmelser, der ikke giver tilstrækkelige incitamenter til at understøtte de overordnede mål med sundhedsreformen.

PLO tilslutter sig endvidere fortsat som anført af Sundhedsstrukturkommissionen, at honorarstrukturen skal understøtte sammenhæng mellem patienttyngde og differentiering, understøtte tværfagligt samarbejde samt være enkel og overskuelig.

PLO finder derudover, at en ny struktur også skal fastholde en rimelig sammenhæng mellem arbejdsmængde og honorering, og at den bør give incitamenter, der understøtter udvikling og ibrugtagning af ny sundhedsteknologi. Endelig må en forenkling af honorarstrukturen 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 giver dermed mindre tid til patientbehandling og sundhed for pengene.

Sundhedsstrukturkommissionen forudsatte, at en ny honorarstruktur skal forhandles mellem parterne. Parterne bag aftalen om sundhedsreformen gav udtryk for det samme, når det i aftalen blev anført, at *"Aftalepartierne bakker op om, at en fuld gennemførelse af reformen tager udgangspunkt i, at centrale initiativer om økonomiske rammer og vilkår for de almenmedicinske læger skal aftales. Samtidig lægger aftalepartierne generelt stor vægt på, at arbejdet med implementeringen af reformen sker i tæt og konstruktiv dialog mellem parterne. Aftalepartierne forventer på den baggrund, at nødvendige aftaler kan indgås med de praktiserende læger."*

Lovforslaget lægger imidlertid ikke op til, at honorarstrukturen skal forhandles i nævneværdigt omfang. Den foreslåede bestemmelse i sundhedslovens § 227 a, stk. 4, fratager således de praktiserende læger store dele af det aftalerum om økonomiske rammer, som både kommissionen og aftalepartierne havde lagt op til, når det udtrykkeligt anføres, at dele af honoreringen skal differentieres med udgangspunkt i det behandlingsbehov på klinikniveau, som følger af den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud.

Bestemmelsen giver således i vid udstrækning ministeren mulighed for ensidigt at fastsætte dele af honorarstrukturen – eller underkende det forhandlingsresultat, som parterne måtte nå frem til. At dette er hensigten, synes også at fremgå af bemærkningerne, hvoraf følgende fremgår:

"Den foreslåede ordning vil medføre, at parterne, der indgår aftale om vilkår for alment praktiserende læger lovmæssigt forpligtes til at aftale en væsentlig differentiering af honorarerne for ydelser udført i henhold til § 60, stk. 1 om vederlagsfri behandling i det almenmedicinske tilbud og for efterlevelse af krav i basisfunktionen for det almenmedicinske tilbud efter § 57 I.

Forslaget forudsætter, at honoreringen for de alment praktiserende læger differentieres med udgangspunkt i den nationale model for styring og fordeling af lægekapaciteter og det derigennem beregnede behandlingsbehov blandt patienterne på klinikniveau. Honorarerne skal dermed afspejle, at der er forskel på behandlingstygden på tværs af klinikker i det almenmedicinske tilbud. Differentieringen i honorering skal fx understøtte, at der er rimelige og sammenlignelige indtægtsmuligheder på tværs af lægekapaciteter, hvor fordelingsmodellen på klinikniveau tilsiger forskellige antal tilmeldte patienter svarende til det samme antal sygdomsvægtede borgere. Det følger af Aftale om Sundhedsreform 2024, at læger med en høj patienttyngde skal kunne have færre patienter uden at miste indtjening, mens læger med en lavere patienttyngde skal have flere patienter for at opretholde den samme indtjening.

Det er intentionen, at honoreringen for det almenmedicinske tilbud i væsentlig grad skal differentieres med udgangspunkt i den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, men også indeholde visse aktivitetsbaserede honorarer."

Aftalerummet indskrænkes imidlertid ikke alene, for så vidt angår bestemmelsen om, at der skal aftales en differentiering med udgangspunkt i den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud. Det indskrænkes yderligere af, at det fremgår af forarbejderne til bestemmelsen, at differentieringen skal have en *"væsentlig grad"*, og at *"læger med en høj patienttyngde skal kunne have færre patienter uden at miste indtjening, mens læger med en lavere patienttyngde skal have flere patienter for at opretholde den samme indtjening"*.

Såvel størrelsen af differentieringen som resultatet af differentieringen bliver dermed et lovgivningsmæssigt anliggende, hvorefter ministeren med hjemmel i den nye § 227 a, stk. 4, kan underkende en aftale, fx fordi ministeren ikke synes, at differentieringen er væsentlig nok, eller at resultatet ikke i tilstrækkelig grad øger arbejdsbyrden for nogle læger uden tilsvarende økonomisk kompensation.

Den frie forhandling af en ny honorarstruktur er hermed i alt væsentligt sat ud af kraft, og det tilbageværende aftalerum er så begrænset, at parterne alene inden for nogle snævre rammer har hjemmel til at forhandle et oplæg til ministerens godkendelse.

Derudover er det ud fra en konkurrenceretlig betragtning i sig selv problematisk, at lovforarbejderne tilkendegiver, at honorarstrukturen for praktiserende læger, der virker efter aftalen med det offentlige, skal indrettes på en sådan måde, at *"læger med en høj patienttyngde skal kunne have færre patienter uden at miste indtjening, mens læger med en lavere patienttyngde skal have flere patienter for at opretholde den samme indtjening"*.

Denne del af lovforslaget vil indebære, at det vil blive mindre attraktivt at slå sig ned som praktiserende læge i områder med en lavere patienttyngde, men kun for så vidt angår praktiserende læger, der er omfattet af aftalen med det offentlige. Det offentliges egne klinikker (fx regionsklinikker) og andre private udbydere (fx udbudsklinikker) bliver så vidt ses ikke underlagt samme krav til honorarstruktur og vil derfor have en konkurrencemæssig fordel, al den stund de ikke i lovgivning, aftale eller overenskomst bliver pålagt en ringere honorering og mere arbejde som følge af en lavere patienttyngde.

Det er derfor PLO's opfattelse, at et sådant statsligt indgreb i honorarstrukturen, der ikke gælder alle aktører på markedet, kan være i strid med konkurrencelovgivningen og reglerne om statsstøtte. For at undgå langvarige tvister om dette spørgsmål i retssystemet anbefaler PLO derfor, at der foretages en dybtgående juridisk granskning af formuleringerne i denne del af lovforslaget.

PLO skal for god ordens skyld understrege, at kritikken af ovenstående ikke er udtryk for en uenighed om, at praktiserende læger skal prioritere blandt patienter, at serviceniveauet skal være højere for gruppen af patienter med høj sygdomsbyrde end for patienter med lav sygdomsbyrde, og at en ny honorarstruktur skal være med til at understøtte en bedre lægedækning i form af fx en differentiering af honorarer. Det

er alene dels udtryk for, at PLO rent principielt mener, at der skal være et frit og åbent forhandlingsrum, når honorarstrukturen skal forhandles mellem parterne, og at PLO ikke kan acceptere, at lovgivningen fastsætter, at differentieringen er et nul-sumsspil, hvor nogle praktiserende lægers honorarer reelt skal sættes ned, for at andres kan sættes op.

PLO anbefaler derfor, at bemærkningerne i lovforslaget om honorarstrukturens indretning omformuleres således, at parterne frit kan indgå en aftale om en ny honorarstruktur uden at være bundet af et diktat i lovteksten og lovens forarbejder.

Produktivitetsgevinster og den økonomiske ramme

Forhandlingsrummet i en ny honorarstruktur begrænses ud over ovenstående yderligere af, at det fremgår af lovens forarbejder, at honorarstrukturen skal "... udarbejdes og aftales under hensyn til, at det almen medicinske tilbud skal styrke sin tovholderfunktion, det tværfaglige- og-sektorielle samarbejde og understøtte en effektiv prioritering og fokusering af opgaverne i det almen medicinske tilbud. En forenklet honorarstruktur skal også sikre, at produktivetsforbedringer kommer hele sundhedsvæsenet til gavn."

PLO er ikke uenig i, at en honorarstruktur skal honorere fx tovholderfunktion og tværfagligt- og sektorielt samarbejde, men finder principielt ikke, at bemærkningerne til et lovforslag skal forsøge at diktere, hvad parterne skal aftale.

Hertil kommer bemærkningen om produktivitetsgevinster, som er vanskeligt forståelig, da det ikke uden videre kan konkluderes, at en ændret honorering øger produktiviteten.

Opnår en selvstændig erhvervsdrivende forbedret produktivitet, tilfalder et muligt overskud som udgangspunkt virksomheden, som evt. kan vælge at anvende et øget provenu til investering i opretholdelse og udvikling af virksomheden. Det kommer i sig selv hele sundhedsvæsenet til gavn. Det er imidlertid uklart, om bemærkningen skal forstås således, at produktivitetsgevinsten derudover også i henhold til lovforslaget skal omfordeles til andre dele af sundhedsvæsenet. PLO anerkender, at det kan være et led i en forhandling – men ikke, at det ved lovgivning dikteres, hvorledes produktivetsforbedringer skal fordeles.

PLO anbefaler derfor, som nævnt ovenfor, at bestemmelserne om, hvad honorarstrukturen skal eller ikke skal indeholde, fjernes, således at parterne frit kan indgå en aftale om en ny honorarstruktur uden at være bundet af et diktat i lovens forarbejder.

Økonomi til nye opgaver

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at det kommende aftalesystem "... vil skulle afspejle og tage afsæt i det faglige indhold og krav til klinikker, som vil følge af Sundhedsstyrelsens basisfunktion ... Det vil medføre, at parterne med udgangspunkt i den nationalt fastsatte basisfunktion vil kunne aftale vilkår vedrørende økonomi for opgaverne i de almenmedicinske tilbud, der drives af alment praktiserende læger, der ejer et ydernummer. Den foreslåede ordning vil således ikke ændre ved det grundlæggende forhold, at der skal være klare regler og rammer for de økonomiske vilkår m.v. for, at de beskrevne funktioner, opgaver og krav i basisfunktionen forpligter de alment praktiserende læger.

Det er dog centralt, at en ny, smal aftale for det almenmedicinske tilbud er fleksibel således, at nye eller ændrede opgaver og justeringer i basisfunktionen eller øvrige krav, som udgangspunkt ikke automatisk forudsætter en genforhandling af de økonomiske vilkår, medmindre der er tale om væsentlige forhold."

PLO tilslutter sig, at det er en forudsætning for, at basisfunktionen forpligter de alment praktiserende læger, at der er indgået en aftale, som fastsætter klare regler og rammer for de økonomiske vilkår m.v. Det kan heller ikke udelukkes, at der vil være en række tilfælde, hvor en honorarstruktur kan sammensættes på en sådan måde, at det ikke er nødvendigt at genforhandle aftalen for hver ny opgave; fx hvis opgaven kan placeres inden for en allerede eksisterende struktur, sådan som fx Honorarstrukturrådet har foreslået.

Det er dog helt afgørende, at der i alle tilfælde forhandles ny økonomisk ramme samtidig med, at der tilføres nye opgaver – på helt samme måde som den økonomiske ramme også må genforhandles, hvis der flyttes opgaver ud af almen praksis.

PLO anbefaler derfor, at det tilføjes i lovbemærkningerne, at nye ændrede opgaver og justeringer i basisfunktionen eller øvrige krav altid indebærer, at parterne har pligt til at forhandle den samlede økonomi, også selv om parterne indarbejder selve ydelsen i den eksisterende honorarstruktur uden at tilføje nye ydelseskoder. I modsat fald vil der som følge af lovforslaget opstå en betydelig tvivl om, hvorvidt det offentlige kan flytte opgaver til almen praksis uden tilsvarende økonomisk kompensation.

Andre forhold

Den nuværende overenskomst om almen praksis indeholder en lang række bestemmelser om fx vikarer, deletilladelse, generationsskifte, tilladelse til ekstra ansat læge uden for normering, ophør i særlige tilfælde, inddragelse af ubesatte kapaciteter, lægemiddelordination m.v. Det er som følge af lovforslaget uafklaret, om disse forhold fortsat skal aftales, eller om de fremadrettet vil blive reguleret i basisfunktion, opgavebeskrivelse eller andetsteds.

PLO anbefaler derfor, at det tydeliggøres i lovforslaget, at de områder, som ikke udtrykkeligt trækkes ud af det aftalebaserede system, jf. også ovenfor, fortsat kan forhandles og aftales mellem parterne.

3. Etablering.

Forhåndsgodkendelse

I medfør af forslaget til § 227 c, stk. 1, skal en speciallæge i almen medicin ved køb af et ydernummer ansøge om at blive forhåndsgodkendt af regionsrådet, som skal vurdere, om det kan sandsynliggøres, at lægen kan og vil efterleve gældende regler for almenmedicinske tilbud samt aftaler indgået efter § 227 a.

Af bemærkningerne til bestemmelsen fremgår følgende: *"Med bestemmelsen vil regionsrådet skulle fortage en vurdering af en ansøger, der ønsker at erhverve et ydernummer, ud fra nogle formelle og objektive krav samt nogle parametre, som kan variere alt efter ansøgers omstændigheder. Når regionsrådet f.eks. skal vurdere en ansøgning, vil det kunne indgå, om ansøger allerede driver almenmedicinske tilbud eller har drevet klinikker før, og i den forbindelse har efterlevet regler om vilkår for praksisdrift i almenpraksis. Den foreslåede ordning vil således medføre, at regionsrådene*

vil få øget indblik i og indflydelse på, hvilke praksisydere, der leverer almenmedicinske ydelser inden for deres regionsgrænser."

Et ydernummer er en immateriel rettighed, der giver adgang til at afregne med det offentlige for sundhedsydelser. Ydernummeret har med udgangspunkt i markedsforholdene en formueværdi. Ydernumre omsættes således i dag i fri handel ogandel mod økonomisk vederlag, og omsætningen er alene begrænset af nogle få, objektive kriterier, der er klart definerede i lovgivningen.

Lovforslaget ændrer det objektive system til et subjektivt, hvor regionerne tillægges et betydeligt og ikke klart defineret rum for en skønsmæssig vurdering, jf. også følgende bemærkninger i lovforslaget: *"En afgørelse truffet i henhold til reglerne om opfølgning på nationale krav overfor de almenmedicinske tilbud er det vurderingen, at afgørelsen beror på skøn, hvorfor der vil være begrænset mulighed for at automatisere sagsbehandlingen, ved at anvendelse af objektive kriterier."*

Når ydernummerets omsætning afhænger af et skøn, som det offentlige kan foretage på baggrund af parametre, der kan *"variare alt efter ansøgers omstændigheder"*, mister den immaterielle rettighed sin mest centrale komponent: Retten til fri omsætning. Det kan i yderste konsekvens udhule aktivets økonomiske værdi, dels fordi det kan blive vanskeligere at finde købere, dels fordi den indførte vilkårlighed og uvished om muligheden for videresalg kan gøre det mindre attraktivt at betale samme pris for rettigheden.

Den nuværende ordning med ydernumre har været så langvarig, stabil og etableret, at den har karakter af en egentlig retsposition, der alene kan fjernes ved ekspropriation. Det blev også anerkendt af Sundhedsstrukturkommissionen.

PLO anbefaler derfor, at lovforslaget ændres således, at kriterierne for forhåndsgodkendelse er fast definerede og på forhånd offentliggjorte, og at regionerne ikke får mulighed for at foretage konkrete skøn på baggrund af varierende og ikke offentliggjorte kriterier. Derved sikres, at forhåndsgodkendelse forvaltes på et ensartet og transparent grundlag i hele landet.

I modsat fald kan det ikke udelukkes, at der vil være praktiserende læger, som må opgive et salg af ydernumre og i forbindelse hermed vil ønske at få efterprøvet ved domstolene, om lovforslaget udgør en hel eller delvis ekspropriation af deres ydernumre.

Endelig gør PLO opmærksom på, at der er forskel på ydernumre og kapaciteter, og at mange aftaler om overdragelse vedrører én eller flere kapaciteter. Lovforslaget bør derfor tydeligt skelne mellem kapaciteter og ydernumre og præcisere, hvornår der tales om det ene eller det andet, herunder hvornår en handel kræver forhåndsgodkendelse.

Ejerskab til ydernumre

Der indsættes som ny bestemmelse i § 227 c, stk. 2, at det ikke skal være muligt for en speciallæge i almen medicin at eje et ydernummer uden at have hovedbeskæftigelse med at drive og tage ansvar for egen klinik/egne klinikker.

Kravet udspringer af en enslydende bestemmelse i den nuværende overenskomst om almen praksis § 8, stk. 2, der således søges videreført med lovforslaget. Ifølge

forarbejderne vil regionerne kunne anvende dette til *"vurderingen af en ansøgning om en forhåndsgodkendelse at bede ansøger om at redegøre for eventuel anden beskæftigelse, som køber har eller forventer at have ud over drift af det almenmedicinske tilbud. Med kravet vil regionen kunne sikre sig, at en køber af et ydernummer deltager i driften af sin klinik/klinikker og har ansvaret herfor."*

Formålet med bestemmelsen er prisværdigt, men den eksisterende bestemmelse er blevet håndhævet på en måde, som ikke indebærer, at en praktiserende læge fx fysisk skal være til stede i sine klinikker. Der er således eksempler på, at regionerne har accepteret personer med bopæl i udlandet ud fra en betragtning om, at de deltager i driften allerede ved at tage det sundhedsfaglige ansvar og fx udstede retningslinjer for arbejdet i klinikken.

PLO anbefaler derfor, at bestemmelsen skærpes, således at det udtrykkeligt fremgår, at den praktiserende læge løbende skal deltage i driften i sine klinikker i kraft af en fysisk tilstedeværelse i klinikken.

4. Tvistløsning.

Konsekvenser for samarbejdet m.v.

I medfør af lovforslaget vil det det paritetiske system for håndtering af tvister mellem den enkelte praktiserende læge og den offentlige myndighed blive nedlagt og erstattet af et nyt såkaldt Praksisklagenævn.

Det fremgår ikke af lovforslaget, hvorfor lovgiver ønsker en radikal omlægning af et system, der bevares for alle andre privat praktiserende sundhedsprofessionelle. PLO anbefaler at lovforslaget begrunder dette, ikke mindst i lyset af, at det er mange år siden, at parterne har haft brug for at føre en sag ved den nuværende uafhængige klagemyndighed (opmanden).

Hvis lovforslaget gennemføres i sin nuværende form, vil det ifølge PLO's opfattelse indebære:

- at parterne ikke længere vil have et forum til at drøfte samarbejdet om det nære sundhedsvæsen, herunder lejlighed til at konstatere fortolkningsproblemer i aftaler og løse mindre problemstillinger i mindelighed
- at konkrete afgørelser om tvister mellem praktiserende læger og regionen ikke længere vil blive udtryk for et kompromis for at få samarbejdet til at fungere, men derimod alene juridisk korrekte
- 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 i nogle sager mister muligheden for at fortolke den fælles aftale
- at sagsbehandlingen vil blive mere langvarig og omkostningskrævende end det nuværende system

Praksisklagenævnet kan efter PLO's opfattelse derfor ikke erstatte det samarbejde om udviklingen af sundhedsvæsenet, der har fundet sted i regi af de lokale samarbejdsudvalg.

PLO's overordnede anbefaling er derfor, at de lokale samarbejdsudvalg bevares, og at de også fremadrettet bidrager til den faglige og organisatoriske udvikling regionalt. Dette vil give mulighed for, at det lokale samarbejde kan opretholdes, og at

tvister mellem regioner og læger kan forsøges løst i mindelighed ved forhandling mellem parterne, inden de føres over i et mere omkostningskrævende forvaltningsretligt system. På nationalt niveau foreslår PLO tillige et forum for samarbejde med henblik på, at det også nationalt fortsat bliver muligt at samarbejde om den faglige og organisatoriske udvikling af almen praksis samt fortolke og tilrette de indgåede aftaler. Løsning af tvister, der ikke kan opnås enighed om, kan som anført i lovforslaget ske i et Praksisklagenævn.

Indførelsen af Praksisklagenævnet vil som nævnt ovenfor indebære, at den nuværende praksis for at håndtere uenigheder mellem den praktiserende læge og regionen vil blive ændret til et mere formelt system, hvor kompromisser og mindelige løsninger træder i baggrunden for juridisk korrekt afgørelser. Fx må regionernes hidtidige praksis med at tilbageholde honorarer uden forudgående partshøring ophøre, da afgørelser truffet af regionerne som anført i forarbejderne er forvaltningsretlige afgørelser, hvorfor *"regionen til enhver tid skal følge de almindelige forvaltningsretlige regler og rets grundsætninger om blandt andet legalitet, saglighed, ret til partsaktindsigt og partshøring samt reglerne om, at der ikke må træffes afgørelse, før sagen er oplyst tilstrækkeligt (officialprincippet) m.v."*

PLO antager, at adfærds- og serviceklager fortsat skal indbringes til regionen, at disse klager skal behandles i overensstemmelse med forvaltningslovens regler, og at afgørelser herom kan indbringes for Praksisklagenævnet, jf. følgende bemærkning i lovens forarbejder: *"Regionen skal sikre, at patienter og kommuner har mulighed for at klage til regionen over service i det almen medicinske tilbud og skal på baggrund af klagerne handle i overensstemmelse med pligterne jf. loven."*

Der mangler imidlertid en afklaring af, om det kun er den praktiserende læge, der kan klage over regionens afgørelser i sager om adfærd og service, eller om borgerne også kan indbringe sådanne sager for Praksisklagenævnet, og om de i givet fald til lige skal betale et klagegebyr herfor.

På tilsvarende vis er det det uafklaret, hvortil en borger eller praktiserende læge kan rette en klage over, at et sygehus ikke overholder gældende bestemmelser, at aftaler for samarbejde mellem almen praksis og sygehusene ikke overholdes, eller at en region ikke efterlever opgavebeskrivelsen.

Det er endelig i lovforslaget uafklaret, om Praksisklagenævnet alene kan behandle klager fra praktiserende læger, der virker efter aftalen med det offentlige, eller om klageadgangen også omfatter fx udbudsklinikker og andre klinikformer.

Uafhængighed

Det anføres i bemærkningerne til lovforslaget, at *"Praksisklagenævnet skal være juridisk uafhængigt, hvilket vil indebære, at nævnet og dets sekretariat ikke kan modtage instrukser i nogen henseende om en enkelt sags afgørelse. Kravet om uafhængighed i forhold til arbejdet for nævnet vil også gælde medlemmer, der er udpeget efter indstilling fra det almenmedicinske tilbud og Danske Regioner. Klagenævnet og dets afgørelser er dermed uafhængige af f.eks. de politisk valgte regionsråd og regionsforvaltningen, og sikrer dermed, at klagenævnet ikke varetager regionernes interesser på bekostning af klageren."*

Denne uafhængighed bliver imidlertid væsentligt udfordret, når det samtidig af lovforslaget fremgår, at "... Danske Regioner etablerer et sekretariat til betjening af Praksisklagenævnet herunder forberedelse og behandling af sager, der skal forelægges nævnet. Det foreslås, at sekretariatsbetjeningen af nævnet er uafhængig af Danske Regioners politiske organisation, og at sekretariatet refererer direkte til klagenævnet angående sager, der indbringes for Praksisklagenævnet. Sekretariatet må dermed ikke modtage instruktioner om fra medarbejdere i Danske Regioner, hvordan den enkelte sag skal behandles og afgøres. Uafhængigheden udelukker dog ikke, at nævnet kan benytte faciliteter i Danske Regioner."

Et forvaltningsretligt nævn, der skal træffe bindende afgørelser i tvister mellem offentlige myndigheder og det private, skal være organisatorisk, funktionelt, personelt og finansielt uafhængigt. Ved at placere sekretariatet i Danske Regioner udfordres flere af disse principper.

For det første rejses der uanset lovgivningens intention om fuldstændig adskillelse en mistanke om inhabilitet, når én af parterne i en retlig tvist skal servicere det klagenævnet, der skal træffe afgørelser i sager. Det er ikke tilstrækkeligt, at nævnet betegnes som uafhængigt i lovforslaget: Denne uafhængighed skal også kunne iagttages udefra uden mistanke om inhabilitet. Spørgsmålet om, hvorvidt man udefra vil anse en sådan konstruktion som habil, kan udtrykkes ved en simpel, retorisk øvelse: Ville Praksisklagenævnet blive anset for at være uafhængigt, hvis sekretariatet blev placeret hos den part, der repræsenterer lægerne for Praksisklagenævnet, fx de praktiserende lægers interesseorganisation? Svaret på det retoriske spørgsmål vil givetvis være nej, og det er derfor åbenbart, at sekretariatet ikke kan placeres hos hverken den ene eller den anden af de parter, der er en del af en retlig tvist.

For det andet er der ikke en tilstrækkelig organisatorisk adskillelse mellem nævnets sekretariat og Danske Regioner, når det ifølge lovforslaget er sidstnævnte, der ansætter, forfremmer, afskediger, forhandler løn, bevilger ferie m.v. for sekretariatets ansatte. Der er ingen garanti for, at denne ledelsesret ikke indirekte vil påvirke de ansatte i sekretariatet og dermed deres sagsbehandling og nævnets afgørelser.

PLO anbefaler derfor, at Praksisklagenævnets sekretariat placeres et neutralt sted, fx i Nævnenes Hus.

Finansiering

Det fremgår af lovforslaget, at udgifterne til Praksisklagenævnet og dets sekretariat skal afholdes ligeligt af regionerne, men af forarbejderne til lovforslaget fremgår følgende: *"Konkret vil finansieringen af klagenævnet ske gennem den økonomiske ramme for de almenmedicinske tilbud, hvilket sikrer, at der inden for den økonomiske ramme, der fastsættes ved aftale, er økonomi til driften af klagenævnets virke."*

Det er derfor ikke helt retvisende – eller i det mindste åbent for fortolkning – om udgiften reelt afholdes af regionerne. Hvis udgiften skal afholdes inden for den økonomiske ramme, der afsættes til at honorere de praktiserende læger, bliver det i sidste ende de praktiserende læger, der kommer til at afholde udgifterne til sekretariatet og nævnet. Udgifter, der fuldt ud afhænger af, hvor meget der klages, og hvorledes regionerne vælger at indordne sekretariatsbetjeningen.

I praksis vil dette betyde, at praktiserende læger vil skulle reducere deres samlede

aktivitet, og at der dermed ydes mindre behandling i almen praksis, hvilket vil være til gunst for patienterne.

Det er i dansk ret en hovedregel, at offentlige klageorganer finansieres af staten eller andre relevante myndigheder, og at klageren (borgere eller virksomheder) ikke selv skal betale for hverken nævn eller sekretariat. Der er fx tilfældet for Ankestyrelsen, Skatteankestyrelsen, diverse tilsynsråd, Forbrugerklagenævnet m.fl. I visse tilfælde betales klagegebyr – sådan som det også foreslås i lovforslaget – men der stilles aldrig krav om, at driftsudgifterne til nævnet og dets sekretariat skal dækkes af klagerne.

Partsbidrag forekommer kun i de tilfælde, hvor nævnene oprettes af parterne i fællesskab, således som det har været tilfældet med fx Samarbejdsudvalg og Landsamarbejdsudvalg, hvor hver part har afholdt egne omkostninger til nævnsmedlemmer og sekretariatsbetjening. Denne paritet vil lovforslaget imidlertid ophæve til fordel for et rent forvaltningsretligt system, hvor sager ensidigt kan afgøres af regionerne og efterprøves af et nævn.

PLO anbefaler derfor, at det udtrykkeligt fremgår af lovforslaget, at udgifterne til nævnet og dets sekretariat afholdes af det offentlige og ikke påvirker den økonomiske aftale mellem de praktiserende læger og regionerne.

For så vidt angår klagegebyret, anbefaler PLO dels, at de nærmere regler for fastsættelse af klagegebyret beskrives, således at gebyret ikke kan fastsættes arbitrært af den til enhver tid siddende minister, dels at det fremgår af lovforslaget, at klager også får gebyret tilbage, hvis klager får delvist (cfr. fuldstændig) medhold i sin klage.

Klageadgang

Det følger af forslaget til § 276 c, at det kun er afgørelser truffet i henhold til §§ 57 l, 206 b, 276 b, stk. 1, 227 c samt aftaler indgået i henhold til § 227 a, stk. 1-2, der kan påklages til Praksisklagenævnet. Og da kun i det omfang, andet ikke er fastsat i loven eller regler udstedt i medfør heraf.

Som følge heraf skal alle andre klager over regionernes forvaltning indbringes direkte for domstolene, hvilket vil være omkostningskrævende for begge parter og indebære langvarige processer. De negative konsekvenser heraf er betydeligt større for de praktiserende læger end for regionerne, allerede fordi sidstnævnte har betydeligt flere ressourcer til at føre sager for.

PLO anbefaler derfor, at det udtrykkeligt anføres i lovgivningen, at alle regionens forvaltningsretlige afgørelser vedrørende driften af almenmedicinske tilbud hos private erhvervsdrivende kan indbringes for Praksisklagenævnet, medmindre andet er fastsat i loven eller regler udstedt i medfør heraf. En opremsning som den nuværende indebærer, at forvaltningsretlige afgørelser, der træffes i medfør af andre bestemmelser i sundhedslovgivningen eller med hjemmel i anden lovgivning, ikke vil være omfattet af klageadgangen til Praksisklagenævnet. Det er hverken hensigtsmæssigt eller retssikkerhedsmæssigt forsvarligt.

Opsættende virkning

I medfør af forslaget til § 276 b, stk. 2, er det alene klager over afgørelser truffet i henhold til § 276 b, stk. 1, nr. 3-5, der har opsættende virkning indtil klagefristens

udløb og i tilfælde af en klage inden klagenævnets afgørelse i sagen.

Af forarbejderne til loven fremgår dog, at *"Formanden for Praksisklagenævnet kan i særlige tilfælde tillægge klager over afgørelser truffet af regionen opsættende virkning i andre tilfælde end dem der følger af § 276 b, stk. 2."*

Bemærkningerne synes at være i modstrid med lovens tekst, og PLO anbefaler derfor, at formandens beføjelser tilføjes til § 276 b, stk. 2. I modsat fald vil der være lovgivet i bemærkningerne, hvilket ikke bør være tilfældet.

Bestemmelsen indebærer desuden, at påbud om at bringe forhold i orden med evt. tilkendegivelse af gentagelsesvirkning og pålæg om tilbagebetaling af honorarer, som regionen antager er blevet udbetalt uretmæssigt, ikke har opsættende virkning. Dette sidste – at regionen kan pålægge at tilbagebetale honorarer, uden at en klage får opsættende virkning – kan i nogle tilfælde være retssikkerhedsmæssigt meget betænkeligt. I princippet kan regionen pålægge en praktiserende læge at tilbagebetale så betydelige honorarer, at det fører til, at lægen må lukke sin klinik – evt. med den virkning, at lægen også går konkurs. Vinder lægen efterfølgende sagen ved Praksisklagenævnet, udestår der dels et retligt spørgsmål om, hvorledes lægen kan godtgøres for det tab, fx en konkurs har medført, dels spørgsmålet om, hvorvidt en sådan ordning lever op til grundlæggende retssikkerhedsprincipper. Den manglende opsættende virkning vil således kunne gøre klageadgangen illusorisk i alle de tilfælde, hvor lægen som følge af et tilbagebetalingskrav reelt ikke kan afvente resultatet af en klagesag. Dermed udelukkes adgangen til effektiv prøvelse af lægens retigheder.

Det er et almindeligt anerkendt og fulgt forvaltningsretligt princip i dansk ret, at myndigheder ikke bør træffe afgørelser, der medfører uoprettelige følger, hvis afgørelsen senere kan ophæves. På andre områder er der derfor indført muligheder for fx henstand eller sikkerhedsstillelse for at undgå uoprettelige tab. PLO anbefaler derfor, at tilbagebetalingskrav over en vis størrelse altid gives opsættende virkning; subsidiært at lægen i disse tilfælde får mulighed for at få henstand med kravet.

Frister og suspension

Det fremgår af lovforslaget, at regionen i tilfælde af påbud skal give lægen en frist til at bringe forholdet i orden. Det er uafklaret, om fristen fastsættes ensidigt af regionen eller i dialog med den praktiserende læge.

For så vidt angår de tilfælde, hvor samarbejdet suspenderes, fremgår det ikke af lovforslaget, hvem der skal varetage opgaverne i relation til de patienter, der er tilmeldt en suspenderet klinik.

PLO anbefaler, at begge disse forhold afklares i lovforslaget.

5. Adgang til data m.v.

Det fremgår af forarbejderne til lovforslaget, at det forventes, at der i *"kommende reguleringer med forventet ikrafttrædelse fra 1. januar 2027"* vil blive foreslået regler, der skal sikre regionerne den adgang til data, som forudsættes nødvendig for at løfte og understøtte en udvidet opgave, herunder bl.a. *"data om aktivitet og kvalitet på klinikniveau, oplysninger om virksomhedskonstruktion, bemanning og organisering af de enkelte klinikker m.v., ligesom det kunne være indblik i regnskaber m.v."*

PLO finder det meget betænkeligt og i strid med god forvaltningsskik, at ministeriet påtænker, at det offentlige skal have en så vidtgående adgang til en privat leverandørs forretningshemmeligheder, alene fordi leverandøren har en aftale med det offentlige.

Den påtænkte hjemmel går væsentligt videre, end hvad offentlige myndigheder normalt har af adgang til oplysninger, herunder fx oplysninger fra privat praktiserende speciallæger, fysioterapeuter og kiropraktorer, leverandører af medicin og medicinsk udstyr m.fl.

En sådan adgang vil også række langt ud over, hvad regionerne har brug for med henblik på at sikre, at almen praksis lever op til kravene i basisfunktionen og foretager korrekt afregning.

Den giver endelig adgang til forretningskritiske og konkurrencefølsomme data, der kan give regionerne et fuldt indblik i klinikernes forhandlingsposition – og anvendes til at underminere denne og forvride konkurrencen til fordel for fx regionsklinikker og udbudsklinikker.

Dette brud med grundlæggende erhvervsretlige og forvaltningsretlige principper om proportionalitet og beskyttelse af fortrolige oplysninger vil derfor i alvorlig grad svække de praktiserende lægers forhandlingsposition. Ikke kun ved aftaler med den enkelte læge, men også ved forhandling af lokalaftaler og den landsdækkende aftale.

Der findes PLO bekendt ingen andre eksempler på, at myndighederne skal have en så vidtgående adgang til private leverandørers oplysninger, når bortses fra tilfælde, hvor der er et konkret begrundet kontrolbehov, der ikke kan imødekommes på anden måde, herunder fx mistanke om misligholdelse, svig eller sikkerhedsrisici. Selv på områder af høj betydning for samfundet som fx medicinalindustrien og apotekersektoren er myndighedernes indsigt begrænset og betinget af konkrete kontrol- eller tilsynsformål. En generel og permanent adgang til samtlige virksomhedens oplysninger foreligger ikke.

PLO anbefaler derfor, at det citerede afsnit slettes fra forarbejderne.

6. Etablering af almenmedicinske tilbud

Det følger af lovforslaget, at sundhedsrådene frit kan vælge en leverandør til det almenmedicinske tilbud. PLO tilslutter sig dette, forudsat det som forudsat i lovgivningen sker på åbne, transparente og fair vilkår, herunder at et offentligt tilbud skal drives på samme økonomiske vilkår som for de klinikker, der drives efter aftale med det offentlige.

I den første tid efter nedsættelse af sundhedsrådene gives der mulighed for – igennem den nationale fordelingsmodel – at udbyde langt flere ydernumre, end der uddannes speciallæger i almen medicin.

PLO anbefaler derfor, at der sker en koordinering på regions- eller tværregionalt niveau i de første år for at sikre, at der er overensstemmelse imellem uddannede og købsparate læger og det relevante antal ydernumre, der udbydes. Herunder at det

planlægges på en måde, der tager højde for, at der ligeledes vil komme et udbud fra læger, der går på pension eller ønsker at overdrage deres praksis.

Hvis en sådan koordination ikke finder sted, er der risiko for, at flere sundhedsråd ikke kan rekruttere læger på almindelige aftalevilkår – særligt i områder, hvor der er behov for det – samtidig med, at der er et stort antal uddannede læger, som ikke i takt med, at de bliver færdiguddannede, kan købe praksis, da man i stedet har etableret mere eller mindre permanente regions- eller udbudsklinikker.

Med venlig hilsen



Jørgen Skadborg
formand