

Til:
Indenrigs- og Sundhedsministeriet



PRAKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION

Høringssvar vedrørende forslag til lov om ændring af sundhedsloven.

PLO takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende forslag til lov om ændring af sundhedsloven (National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud).

Høringssvaret er – udover et kort resumé – opdelt i to dele:

Del I: Bemærkninger til forslaget om, at regionsrådets kan fastlægge lukkegrænser.

Del II: Bemærkninger til de øvrige dele af lovforslaget.

Resumé

PLO bakker 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 stærkt og balanceret sundhedsvæsen, der er 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, og
- at langt mere behandling og pleje kan foregå hos egen læge og/eller i borgerens eget hjem.

PLO er imidlertid meget bekymret ved ét af lovforslagets *midler* til at opnå målet: At der i lovforslaget er hjemmel til, at regionsrådet ensidigt – og uden tidsmæssig sammenhæng med de tiltag i sundhedsreformen, der skal styrke almen praksis – kan fastlægge antallet af patienter - en klinik som minimum skal have tilknyttet, før klinikken får ret til at lukke for tilgang af yderligere patienter.

Dato: 7. marts 2025
Sagsnr.:
Aktid: 6457856
Sagsbehandler: HDA

Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf.: +45 3544 8477
Tlf. (dir.): +45 35 44 84 61
E-mail: plo@DADL.DK
E-mail: gio.plo@DADL.DK
www.plo.dk

Det er PLO's vurdering, at dette tiltag kan få utilsigtede konsekvenser i form af mindre tid til patienterne og flere udbrændte læger, der forlader faget før tid. Det vil indebære en dårligere lægedækning og dermed være kontraproduktivt for sundhedsreformens mål.

PLO anbefaler derfor, at lovforslaget udmøntes i overensstemmelse med de bagvedliggende intentioner i sundhedsreformen, herunder at fordelingen af antallet af patienter forsøges aftalt med klinikkerne.

Del I: Bemærkninger til forslaget om, at regionsrådets kan fastlægge lukkegrænser.

Det fremgår af lovforslaget, at den enkelte kliniks adgang til at lukke for tilgang af patienter fremover vil skulle ske under hensyn til behandlingsbehovet blandt de tilmeldte patienter i området, at beregningen af behandlingsbehovet fastlægges med udgangspunkt i den nationale fordelingsmodel, og at det endeligt fastlægges af regionsrådet, hvor mange patienter en klinik som minimum skal have, før klinikken får ret til at lukke for tilgang af yderligere patienter (såkaldt lukkegrænse).

Lovforslagets regulering af lukkegrænser er, som det også anføres i lovforslaget, et indgreb i en eksisterende aftale mellem PLO og RLTN, der ændrer på de forudsætninger, hvorunder de praktiserende læger har erhvervet deres ydernumre. Indgrebet kan blive så omfattende, at det vil påvirke værdien af ydernumrene ved videresalg; fx hvis et ydernummer pålægges så høj en lukkegrænse, at det ikke er attraktivt for potentielle købere. Indgrebet vil dermed kunne svække den enkelte læges tillid til, at indgåede aftaler vil blive respekteret, og gøre det mindre attraktivt at fungere som selvstændig erhvervsdrivende med det offentlige som (eneste) kunde.

PLO's overordnede anbefaling er derfor, at en differentiering indføres gradvist over en år-række med fuldstændig og ubetinget sikring af økonomien i klinikkerne således, at ingen klinikejere lider et økonomisk tab som følge af indgrebet.

PLO advarer mod, at regionsrådet tildes en umiddelbar hjemmel til at fastsætte lukkegrænserne i almen praksis med den virkning, at nogle praktiserende læger mod deres vilje kan blive pålagt at håndtere et større antal patienter:

- Mange praktiserende læger er ifølge den seneste undersøgelse fra 2023 udbrændte i et omfang, der er kritisk højt. Det gælder såvel læger på landet som i de fleste af de store byer. Et krav om, at nogle praktiserende læger mod deres vilje skal påtage sig en endnu større arbejdsbyrde, vil kunne komme patienterne til skade og øge mistriivslen i almen praksis. Det vil være kontraproduktivt for ønsket om at øge lægedækningen i hele Danmark.
- En række klinikker kan ikke vokse yderligere med fx personale, fordi de har til huse i mindre, ældre lejemål, ikke har økonomi til at flytte klinikken til bedre fysiske forhold og/eller har svært ved at finde lejemål i nærheden af eksisterende klinik, der lever op til de nye standarder og krav til den fysiske indretning af almen praksis. Det er derfor

ikke givet, at de faktiske forhold giver mulighed for at håndtere et højere patientantal.

Det bemærkes, at Sundhedsstrukturkommissionen anbefalede, at differentieringen af patientantallet skete i sammenhæng med "en omlægning og prioritering af opgaveløsningen i de berørte klinikker, som isoleret set kan bevirke et oplevet fald i serviceniveauet for nogle patientgrupper eller i nogle områder." Det fremgår desuden af kommissionens anbefalinger, at den "nationalt fastlagte opgavebeskrivelse skal medvirke til processen og understøtte en prioritering i klinikker, som oplever et pres som følge af opgavemængden."

Sammenhængen mellem antallet af patienter og prioriteringen af opgaveløsningen er desværre ikke blevet en del af lovforslaget. Det indebærer, at det vil være op til den enkelte praktiserende læge at prioritere opgaveløsningen i det omfang, hvor lægen tvinges til at have flere patienter. Det vil ikke som forudsat af kommissionen "understøtte en mere lige adgang til sundhed og en solidarisk fordeling af opgaverne mellem de almenmedicinske tilbud."

Af aftalen om en sundhedsreform fremgår følgende:

"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.

Hvis der mod forventning ikke kan indgås en aftale, er aftalepartierne enige om at stemme for lovgivning, der i den situation kan være nødvendig for at sikre fuld gennemførelse af alle reformens initiativer."

Lovforslaget lever i sin nuværende form ikke op til dette princip om "aftaler før lovgivning", idet regionsrådets hjemmel kan bringes i anvendelse også uden forudgående forsøg på at indgå frivillige aftaler.

PLO anbefaler derfor:

- at differentieringen indføres sideløbende med, at der uddannes flere speciallæger i almen medicin, at almen praksis tilføres flere ressourcer, at sygehusene gradvist vendes udad, og at der sideløbende med differentieringen sker en prioritering af opgaveløsningen i almen praksis, og
- at regionsrådet skal forsøge at fastlægge det differentierede patientantal ved aftale med klinikkerne.

For så vidt angår muligheden for at indgå frivillige aftaler, gør PLO endelig opmærksom på, at de praktiserende læger allerede i dag har ca. 440.000 flere patienter, end de er forpligtede til med de nuværende lukkegrænser, og at et stort antal patienter derfor allerede er tilknyttet en praktiserende læge som følge af frivillighed.

Del II: Bemærkninger til de øvrige dele af lovforslaget.

Flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud

Lovforslaget indebærer, at regionsrådet fremadrettet får mulighed for at drive regionsklinikker "på lige fod" med udbudsklinikker og klinikker etableret af alment praktiserende læger, der virker efter overenskomsten om almen praksis.

PLO bemærker, at den nuværende struktur for almen praksis i Danmark er internationalt anerkendt for at være forandringsparat og leverer høj kvalitet i behandlingen på et lavt omkostningsniveau. I andre lande som fx Storbritannien og Australien, hvor man i de seneste årtier har valgt at indføre nye organisationsformer af almen praksis, har det desværre haft negative konsekvenser for sundhedsvæsenet og befolkningen. Det bemærkes også, at det af den senest offentliggjort patienttilfredshedsundersøgelse tydeligt fremgår, at patienttilfredsheden er markant og signifikant højere målt på alle parametre i klinikker drevet efter overenskomsten med PLO end i regionsklinikker, udbudsklinikker og partnerskabsklinikker.

Regionsrådets mulighed for at afprøve andre klinikformer bør ikke ske på bekostning af patienterne, og lovforslaget bør derfor sikre, at nye klinikformer har samme høje kvalitet og patienttilfredshed som de eksisterende. Det er i den forbindelse ikke tilstrækkeligt, at det i lovforslaget anføres, at "udbuds- og regionsklinikker på længere sigt i øvrigt skal efterleve krav, der stilles med hjemmel i lov ved en national fastlagt opgavebeskrivelse". Kravene for alle klinikker bør af hensyn til patienterne være ens fra og med det tidspunkt, hvor de frit kan etableres.

PLO gør for god ordens skyld opmærksom på, at det ikke er givet, at flere og nye klinikformer nødvendigvis vil tiltrække flere praktiserende læger. Den seneste medlemsundersøgelse fra Forum for Yngre Almenmedicinere (FYAM) viser, at 73% af de kommende praktiserende læger forventer at eje egen klinik inden for fem år efter endt uddannelse, men det er ikke ensbetydende med, at de resterende 27 pct. ønsker at arbejde i alternative klinikformer. Tværtimod viser selvsamme undersøgelse, at kun 1 pct. ønsker at arbejde i en koncernklinik, og 0 pct. ønsker at arbejde i regionsklinikker. Langt størstedelen af de 27 pct. ønsker at begynde som vikarer i almen praksis, inden de erhverver egen klinik.

Det anføres i lovforslaget, at ændringen "... forventes derfor også at ville medføre en gradvis ændring i sammensætningen af kliniktyper over tid", og at ændringen "... kan få den effekt, at privatpraktiserende læger, der virker efter overenskomsten samt private aktører, der byder ind på udbudsklinikker, i mindre omfang får mulighed for at deltage i driften af lægeklinikker...".

PLO bemærker i den forbindelse, at det er afgørende, at regionsrådets tilrettelæggelse af praksisdrift skal foregå på åbne, objektive og ikke diskriminerende vilkår, der sikrer en fair og lige konkurrence mellem alle klinikformer med henblik på at fremme en effektiv samfundsmæssig ressourceanvendelse.

Et sådant krav følger allerede af den eksisterende konkurrencelovgivning, men det fremgår alene af lovforslagets "Sammenfattende skema", s. 39: "Etableringen af klinikker skal desuden ske i henhold til øvrig lovgivning, som indebærer, at konkurrencereglerne skal iagttages, hvilket betyder, at private klinikker ikke må udsættes for konkurrenceforvridende tiltag." I og med, at skemaet alene er en "sammenfatning", bør en tilsvarende bemærkning af lovtekniske grunde sættes ind i såvel de generelle bemærkninger som i bemærkningerne til § 227, stk. 5.

Det bemærkes i den forbindelse, at lovforslagets bemærkninger til § 227, stk. 5, ikke er tilstrækkelige, dels fordi de alene omfatter regionsrådets "udbud" af praksisdrift, dels fordi regionsrådet efter den nye affatning af § 227, stk. 5, ikke er forpligtet til at udbyde praksisdrift, og dels fordi sammenligningen mellem private og offentlige bud ifølge bemærkningerne alene skal bruges til at forkaste private bud, hvis omkostningerne hertil er væsentligere højere end regionsklinikker.

Den nationale fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud

PLO anerkender, at fordelingen af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud bør ske efter en national model, og at opgaven med at udforme modellen skal placeres hos indenrigs- og sundhedsministeren, herunder at behandlingsbehovet i modellen skal estimeres inden for et afgrænset geografisk område med afsæt i blandt andet befolkningens demografiske, socioøkonomiske og sundhedsmæssige karakteristika.

Det er for PLO væsentligt, at modellen også tager højde for den tiltagende urbanisering således, at der dels udløses flere kapaciteter i takt med befolkningstilvæksten, dels at der tages højde for socialt belastede områder, hvor det traditionelt har været svært at tiltrække praktiserende læger.

PLO er enig i, at der er behov for at tilgodese områder med lægemangel og mange behandlingskrævende borgere, herunder også ved at læger i områder med mange borgere med stort behandlingsbehov skal have færre patienter.

I den forbindelse er det afgørende for PLO, at flere læger i det almenmedicinske tilbud som anført i lovforslaget forventeligt vil medføre, at alle lægekapaciteter og klinikker i hele landet vil skulle varetage færre patienter. Dette er en forudsætning for, at klinikkerne kan bruge mere tid på de patienter, der har de største behov.

Lovforslaget indeholder en tidsbegrænset hjemmel til, at regionerne i en periode, frem mod en ny honorarstruktur for de praktiserende læger træder i kraft 1. januar 2027, får mulighed

for at understøtte klinikker i områder med lægemangel med et midlertidigt tillæg. Formålet er ifølge lovforslaget at understøtte og styrke lægedækningen, fastholde eksisterende klinikker og sikre indtægtsgrundlaget for klinikker, der får færre patienter som følge af, at lægedækningen i området styrkes.

PLO støtter op om forslaget, men gør – som det også anføres i lovforslaget – opmærksom på, at der de seneste år er igangsat en række tilsvarende indsatser, blandt andet ved sundhedsaftalen fra 2022. Ingen af disse tiltag synes at være bragt i anvendelse i nævneværdig grad af regionerne, og det er ikke transparent, hvad der er sket med de midler, der hidtil er sat af til at fremme lægedækningen.

Det anbefales derfor, at regionerne pålægges:

- at aflægge særskilt beretning og regnskab for anvendelse af midlerne,
- at kriterierne for anvendelse af midlerne defineres tydeligere, og
- at midlerne skal "tilbagebetales", hvis de ikke anvendes til formålet.

I den forbindelse bør det indskræpes over for regionerne, at de økonomiske incitamenter ikke kan tilbageholdes, alene fordi regionen ønsker at afsøge andre muligheder for at opnå bedre lægedækning end de ved lovgivningen fastsatte.

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

Begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge

PLO tilslutter sig, at lovforslaget begrænser antallet af ydernumre, der kan ejes af én læge, fra de nuværende seks til tre. PLO så dog gerne, at antallet blev reduceret yderligere. Intentionen om at sikre, at sundhedskoncerner ikke de facto overtager kontrollen med ydernumre i almen praksis, vil ikke nødvendigvis blive opfyldt med den indførte begrænsning. Den vil blot indebære, at koncernerne skal finde flere stråmænd til at eje ydernumre og/eller forsøge at få flere kapaciteter tilknyttet hvert ydernummer, idet et ydernummer i princippet kan have tilknyttet et ubegrænset antal kapaciteter.

PLO anbefaler derfor, at man yderligere vanskeliggør sundhedskoncerners de facto overtagelse af kontrollen med klinikker drevet efter PLO's overenskomst ved følgende tiltag:

- At der opstilles en grænse for antallet af kapaciteter inden for et ydernummer.

- Krav om, at ydernumrene og de dertil knyttede kapaciteter skal befinde sig i en sådan geografisk nærhed af hinanden, at ejeren af ydernumrene har mulighed for at tage et personligt, sundhedsfagligt ansvar for patienterne i alle klinikker.
- Der føres tilsyn med, at en ejer af mere end ét ydernummer tilmeldes lægevalglisten i én af sine klinikker, og at lægen har sin hovedbeskæftigelse med fysisk fremmøde her.

Endelig forudsætter PLO, at det som hidtil alene vil være speciallæger i almen medicin, der har adkomst til helt eller delvist at eje et ydernummer.

Ny honorarstruktur fra 2027

PLO bemærker, at det af aftalen om en sundhedsreform fremgår, at centrale initiativer om økonomiske rammer og vilkår for de almenmedicinske læger skal aftales.

Den nye honorarstruktur, der skal træde i kraft den 1. januar 2027, er således ikke en del af lovforslaget, men omtales alligevel flere steder:

- På s. 5 anføres, at læger i yderområder med mange borgere med stort behandlingsbehov skal have mere i honorar pr. patient end de læger, der behandler de mindre syge borgere.
- På s. 5 anføres, at en ny honorarstruktur skal fastsættes i overensstemmelse med den nationale fordelingsmodel og baseres på borgerens behandlingsbehov.
- På s. 7 anføres, at almenmedicinske tilbud i områder med lavt sundhedsbehov skal varetage flere patienter inden for den nuværende honorering.
- På s. 16 anføres, at udviklingen af en ny kommende honorarstruktur vil skulle ske i overensstemmelse med den nationale fordelingsmodel.
- På s. 34 samt 37-38 anføres, at en ny honorarstruktur skal understøtte sammenhængen mellem lægens honorar og borgerens sundhedstilstand og behandlingsbehov.

Det forekommer PLO utidigt, at der i bemærkningerne til et lovforslag, som ikke omhandler den kommende honorarstruktur, stilles konkrete krav til, hvordan en kommende aftale skal udformes. Ikke mindst når det tilkendegives, at nogle praktiserende læger skal varetage flere behandlinger inden for samme honorering, eftersom det vil sætte økonomien i en række klinikker under et betydeligt pres.

Afskaffelse af praksisplanen

PLO har noteret, at lovforslaget lægger op til, at praksisplanen skal afskaffes. PLO bemærker hertil, at et sammenhængende sundhedsvæsen er et samarbejdende sundhedsvæsen. Praksisplanen har her været et af flere redskaber, som har været anvendt til en formaliseret dialog imellem region, kommuner og almen praksis om at skabe sammenhæng imellem sektorerne. Samtidig har parterne i praksisplanen kunnet opstille fælles forpligtende mål for almen praksis.

Hvis praksisplanen afskaffes, er det derfor væsentligt for et velfungerende almenmedicinsk tilbud fremadrettet, at der fortsat bliver mulighed for en formaliseret dialog og aftaler mellem aktørerne i det nære sundhedsvæsen; dels på regionalt niveau, dels inden for sundhedsrådenes virkeområder.

Derudover er det væsentligt, at de emner, der hidtil har været behandlet i praksisplanerne, indgår som et væsentligt element i nationale og/eller lokale sundhedsplaner.

Med venlig hilsen



Jørgen Skadborg
formand



Niels Ulrich Holm
næstformand