



Kommentarer fra PLO-Midtjylland til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger

Med henblik på udarbejdelse af PLO's høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens (kommissionens) anbefalinger har sekretariatet udarbejdet en skabelon, som PLO-R bedes udfylde ved udarbejdelse af bidrag til høringssvar.

Skabelonen er

- dels udarbejdet med henblik på, at de regionale bestyrelser får forholdt sig til alle kommissionens anbefalinger vedr. organisering og styring af det almenmedicinske tilbud, således som de er beskrevet i kapitel 9 i kommissionens rapport,
- dels for at lette udarbejdelsen af bidrag til høringssvar i de regionale sekretariater i uge 28-30, og
- dels med henblik på at gøre det muligt for sekretariatet i PLO-C at sammenfattede og indarbejde bidragene i PLO's høringssvar primo uge 31.

Selve skabelonen er derfor udarbejdet med udgangspunkt i kommissionens anbefalinger, således som de er beskrevet i førromtalte kapitel 9, herunder kommissionens indledende og overordnede overvejelser, dels kommissionens konkrete anbefalinger. For hver del har sekretariatet udarbejdet et kort resumé af de enkelte anbefalinger. Herunder forefindes PLO's kommentering af de enkelte anbefalinger, som kan være afsæt for konkretisering af PLO-R's egne bemærkninger.

Vær opmærksom på, at rapportens nummerering af de enkelte forslag til ændring af almen praksis er bibeholdt, men rækkefølgen er ændret grundet sekretariatets prioritering af væsentligheden af forslagene. Det vil sige, at anbefalingerne, der står øverst, er vigtigst at komme med input til for det tilfælde, at PLO-R ikke når at tage stilling til alle 9 anbefalinger.

Kommissionens generelle og overordnede overvejelser

Det almenmedicinske tilbud har en nøglefunktion i sundhedsvæsenet. De alment praktiserende læger løfter en stor og vigtig opgave i forhold til at varetage behandling og udrede og afklare, om borgerne skal henvises videre til det sekundære sundhedsvæsen.

Det almenmedicinske tilbud skal styrkes, udvikles og varetage flere opgaver, der i dag løses på sygehusene. Det betyder, at en større andel af de samlede sundhedsudgifter skal allokere til det almenmedicinske tilbud. Omstillingen af opgavevaretagelsen skal ske i takt med, at kapaciteten og kompetencerne i det almenmedicinske tilbud udvides, og den nødvendige faglige støtte fra det sekundære sundhedsvæsen er tilgængelig.

Det stiller krav til en udvikling, hvor kapacitet i og indretning af det almenmedicinske tilbud muliggør, at:



- Det almenmedicinske tilbud varetager behandling og tovholderfunktion for ældre medicinske patienter og patienter med langvarige psykiske og/eller fysiske sygdomme.
- Det almenmedicinske tilbud er en effektiv gatekeeper for det sekundære sundhedsvæsen.
- Det almenmedicinske tilbud understøtter håndtering af akutte problemstillinger 24 timer i døgnet, hvor sygehusbehandling ikke er påkrævet.
- Det almenmedicinske tilbud understøtter høj tilgængelighed for alle borgere, også de borgere, der ikke kan komme indenfor almindelig åbningstid.
- Det almenmedicinske tilbud agerer opsøgende og proaktivt på sundhedsproblemer i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.
- Det almenmedicinske tilbud er mere integreret i og tilpasser opgaveløsningen til det øvrige sundhedsvæsen og samarbejder tæt med det øvrige sundhedsvæsen, bl.a. med sygeplejen på plejecentre, midlertidige pladser og botilbud.
- Det almenmedicinske tilbud ledes og udvikles fagligt i samspil med det sekundære sundhedsvæsen og er repræsenteret i den faglige ledelse i sygehusledelserne.
- Det almenmedicinske tilbud er tilgængelig i hele landet med tilbud af ensartet, høj kvalitet.
- Det almenmedicinske tilbud benytter og deler data til læring, kvalitetsudvikling, opgaveudvikling og samarbejde om patienter på tværs af aktører.

PLO-R's bemærkninger:

- Overordnet set retter PLO-M særlig opmærksomhed på, at rapportens anbefalinger gør PLO til leverandør i stedet for aktør, hvilket bevirker, at både den politiske og faglige indflydelse minimeres. PLO-M har flere steder i kommenteringen af høringssvaret kommet med bud på, hvor det vil være relevant at få medindflydelse. Der er behov for yderligere konkrete forslag i høringssvaret til, hvor og hvordan vi gerne vil have indflydelse.
- I rapporten forslås almenmedicinske tilbud at understøtte håndteringen af akutte problemstillinger 24 timer i døgnet, hvor sygehusbehandling ikke er påkrævet. Dette tolkes af PLO-M som en funktion, der svarer til de eksisterende tilbud.
- Med rapportens anbefalinger vil det være nødvendigt med en hårdere prioritering af patienter, hvilket medfører et større ansvar til de almenpraktiserende læger. Dette gør sig særligt gældende, hvis differentierede normtal betyder flere patienter i udvalgte praksis.
- Styrket faglig ledelse er krumtappen i anbefalingerne. Hvad er PLO's holdning til dette?
- PLO har på nuværende tidspunkt en velfungerende fondsstruktur, som indeholder midler til forskning og efteruddannelse. PLO skal værne om de muligheder for udvikling og kvalitet, som forskning og efteruddannelse giver ved at indtænke det i en ny struktur.
- Med rapportens anbefalinger peges sundhedsvæsenet i retningen af massive strukturelle ændringer med et større fokus på det primære sundhedsvæsen og understøttelse heraf. Det er et paradigmeskifte, som kræver en stor kulturændring på hospitalerne og de



specialiserede områder, som er vigtige at være opmærksomme på i et implementeringsøjemed.

Forslag 2: Kompetence til at sammensætte det almenmedicinske tilbud ud fra lokale behov

De ansvarlige myndigheder skal have kompetence til at benytte forskellige klinikformer, bl.a. alment praktiserende læger, offentligt drevne klinikker og udbudsklinikker, hvor det skønnes relevant ud fra lokale forhold og behov. Dermed fjernes de eksisterende lovgivningsmæssige begrænsninger for, at det almenmedicinske tilbud kan udvikles til i fremtiden at bestå af en kombination af alment praktiserende læger og øvrige klinikformer, bl.a. klinikker med ansatte læger.

Forslaget indebærer, at de nuværende lovmæssige begrænsninger for at etablere og anvende regions- og udbudsklinikker fjernes.

Nye klinikformer vil kunne tages i brug for at møde de lokale behov i situationer, hvor 1) myndigheden overdrages et ydernummer, der ikke kan sælges, 2) der er behov for at udvide den samlede kapacitet, eller 3) der indgås aftale om opkøb af eksisterende ydernumre.

Etablering af klinikker skal ske i henhold til øvrig lovgivning, som indebærer, at konkurrencereglerne skal iagttages og private klinikker ikke udsættes for konkurrenceforvridende tiltag.

Der vil forventeligt fortsat være en stor andel af klinikker ejet og drevet af alment praktiserende læger, men suppleret af alternative klinikker i form af offentligt drevne klinikker og udbudsklinikker.

Den ansvarlige myndighed skal have mulighed for at etablere eller udbyde "fokuserede almenmedicinske tilbud". Det kan fx være et almenmedicinsk tilbud, som etableres i sammenhæng med øvrige sundheds- eller plejeindsatser målrettet bestemte grupper, fx modtagere af kommunal sygepleje, borgere med ophold på midlertidige pladser eller borgere på psykiatriske botilbud.

Muligheden kan også bruges til, at den lokale myndighed eksperimenterer med nye klinikformer evt. i samarbejde med private klinikker eller udbudsklinikker, hvor fx borgernes adgang til sundhedsfremmende og sociale tilbud i civilsamfund og offentlige sundhedstilbud understøttes.

PLO's kommentering af forslaget:

Der lægges op til at fjerne lovgivningsmæssige begrænsninger for, at der kan drives regions- og udbudsklinikker, og dermed bliver konkurrenceudsættelse en realitet. Der gøres opmærksom på, at der ikke må ske en økonomisk skævvridning ift. PLO-klinikker.

Hvordan det skal administreres i praksis, er uklart. Men det er bredt anerkendt, at PLO-klinikker er det mest omkostningseffektive almenmedicinske tilbud. Den seneste tilfredshedsundersøgelse, der er offentliggjort samtidig med kommissionens anbefalinger, viser også, at PLO-klinikker målt på alle parametre har markant højere patienttilfredshed end regions-, udbuds- og partnerskabsklinikker.

PLO-R's bemærkninger:

- PLO-M anerkender den store tilfredshed, der er med opgaveløsningen i det nuværende



almenmedicinske tilbud.

- PLO-m ønsker specificeret, hvad der menes med konkurrenceforvridning. Hvem skal fremover afgøre, hvorvidt der er tale om konkurrenceforvridning? I denne forbindelse er overvejelser om betydningen af honorarer til forskellige praksisformer ligeledes relevant, da de bidrager til konkurrenceforvridning og rekrutteringsudfordringer.
- Der ses eksempler på ikke PLO-klinikker i lægedækningstruede områder, hvor der tilbydes løn og arbejdsvilkår, som umuliggør rekruttering i PLO-klinikker i området. Det skaber en negativ spiral i de områder, man forsøger at hjælpe, hvor det i forvejen er svært at skaffe personale.
- PLO-M er bekymret for, hvilke konsekvenser det vil få ved ibrugtagning af nye klinikformer. Hvad er rammerne for opkøb af eksisterende ydernumre? Er der overvejelser om kompensation til kolleger, hvis praksis er usælgelige?
- Opgaveporteføljen defineres fra centralt hold, hvorefter økonomien defineres. Det er et opmærksomhedspunkt i PLO-M, at hvis PLO ikke vil tilslutte sig aftalen, kan konsekvensen være at Alles Lægehus eller andre aktører vil. Det kan medføre store konsekvenser for PLO.
- PLO-M bekymrer sig om, hvorvidt det bliver en glidebane mod etablering af stordriftsklinikker i stil med Finland eller andre dele af det øvrige praksisområde. De mulige konsekvenser heraf kan være at give afkald på kontinuitet, manglende ejerlæger m.m.
- PLO-M har drøftet, om PLO, hvis markante ændringer vedtages, er på vej mod at blive en koncern med franchise.



Forslag 5: Styrket grundlag for at lede samarbejdet og den faglige udvikling

De ansvarlige, lokale myndigheders lovmæssige grundlag for at tilrettelægge samarbejdet og følge op på efterlevelsen af opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud skal styrkes.

De ansvarlige myndigheders politiske og ledelsesmæssige opmærksomhed skal i højere grad end i dag rettes mod det almenmedicinske tilbud og mod prioritering og udvikling af tilbuddet i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Der skal dermed ske en opprioritering af den faglige ledelse og udvikling af det almenmedicinske tilbud fra den ansvarlige myndigheds side. Den myndighed, der er ansvarlig for at tilvejebringe almenmedicinske ydelser, kan derfor etablere en enhed, som er dedikeret til at lede samarbejdet med de almenmedicinske tilbud, understøtte den faglige udvikling og sikre gode patientforløb på tværs af sektorer.

Enheden skal samle ansvaret for opfølgning på kvalitetsudvikling, samarbejdsflader og kontrol og opfølgning i en enhed, hvor der er kompetencer, som sikrer et grundlæggende kendskab til og forståelse for arbejdet i de almenmedicinske tilbud.

De ansvarlige myndigheder skal have styrket lovmæssigt grundlag for at efterleve sin myndighedsforpligtigelse i forhold til tilvejebringelsen af almenmedicinske tilbud i henhold til de nationalt fastsatte krav og lokale aftaler.

Det vil konkret betyde, at myndigheden skal have mulighed for at specificere krav til samarbejdsrelationen med leverandørerne af de almenmedicinske tilbud med udgangspunkt i opgavebeskrivelsen og den centralt forhandlede rammeaftale. Derudover skal myndigheden sikre efter-

levelsen af nationale fastlagte basisfunktioner og krav, som leverandørerne skal opfylde.

Ved tvister om efterlevelse og fortolkning af lovgivningen skal de søges løst i mindelighed. Hvor tvister ikke kan løses i det forum, skal de kunne indbringes for en uvildig instans.

PLO's kommentering af forslaget:

Der lægges op til, at den ansvarlige myndighed kan følge op på, hvad der sker fagligt og udviklingsmæssigt i almen praksis. Derfor foreslås at etablere enheder, som skal sørge for, at udvikling af det almenmedicinske tilbud hænger bedre sammen med det øvrige sundhedsvæsen.

Faglig ledelse af almen praksis udvikles af de enheder, som nedsættes til formålet. Kommissionen angiver, at det skal ske med respekt for de enkelte klinikers ledelsesret. Nationalt fastsatte krav og lokalaftaler skal gøre det muligt at opnå større ensartethed i det almenmedicinske tilbud, og dermed at den nationalt fastsatte opgavebeskrivelse efterleves.

Der lægges op til at indføre et nyt system for tvisteløsning, som anvendes, hvor der ikke kan opnås enighed om fx sanktioner eller tilbagebetaling.

PLO-R's bemærkninger:

- Forslaget om maksimalt at eje to ydernumre, ser PLO-M positivt på.



- PLO-M anbefaler, at der som en del af det nye tvisteløsningssystem etableres et samarbejdsforum med repræsentation af lokale almen medicinske tilbud og den lokale ansvarlige myndighed. Frasigelser, serviceklager, delepraksis kunne være eksempler på sager, der kunne være relevante at håndtere i et sådant samarbejdsforum, som forventeligt vil kunne nedbringe antallet af væsentligt mere resursekrævende domstolsager. Der er behov for nærmere konkretisering, og PLO vil gerne medvirke i videre drøftelse heraf.
- PLO-M finder det bekymrende, hvis tvister udelukkende søges løst i det administrative system, da det dels kan medføre bureaukratiske arbejdsgange med håndtering af mange klagesager fra almen praksis og dels begrænser mulighederne for lærings- og kvalitetsforbedringer i samarbejdet.
- PLO-M understreger vigtigheden i at være aktør i sundhedsvæsenet og ikke blot "leverandør", som beskrevet i rapporten. Rollen som aktør giver større grad af engagement og medejerskab, som er meningsfyldt for de praktiserende læger.

Forslag 3: Nationalt fastsat opgavebeskrivelse

Opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud skal fastlægges af nationale myndigheder med inddragelse af relevante faglige selskaber og skal ses i tæt sammenhæng med en styrket sundhedsplanlægning og styret opgaveudvikling og arbejdsdeling i sundhedsvæsenet. Opgavebeskrivelsen skal samtidig fastlægge, hvordan sygehuse, øvrige specialister og sundhedstilbud skal understøtte de almenmedicinske tilbud. Ændringen betyder, at fastlæggelsen af opgaveporteføljen i det almenmedicinske tilbud adskilles fra forhandlinger om de økonomiske vilkår, som de alment praktiserende læger og øvrige klinikker virker efter.

Opgavebeskrivelsen beskriver krav og anbefalinger til den samlede almenmedicinske ydelse, som de ansvarlige myndigheder skal tilvejebringe. Som et led i opgavebeskrivelsen fastlægges en basisfunktion, som omfatter en faglig beskrivelse af de funktioner, opgaver, kompetencer og kerneværdier, fx kontinuitet, generalistkompetence, lokal forankring, tovholderfunktion og basal tilgængelighed og samarbejde, som alle klinikker, uanset leverandørform, i udgangspunktet vil skulle leve op til. Opgavebeskrivelsen skal samtidig beskrive, hvordan sygehuse, øvrige specialister og sundhedstilbud skal understøtte de almenmedicinske tilbud, fx med rådgivning og konference, håndtering af patienter med komplicerede problemstillinger, rehabilitering og adgang til diagnostiske undersøgelser. Endelig vil opgavebeskrivelsen indeholde yderligere krav og anbefalinger rettet mod de ansvarlige myndigheder, fx om at tilvejebringe fasttilknyttet læge på botilbud og midlertidige pladser og til at sikre tilgængelighed til almenmedicinske tilbud i ydertidspunkter for borgere, som har vanskeligt ved at komme i normal åbningstid, og for borgere med særlige behov og dermed udover, hvad der er omfattet af basisfunktionen.



Med udgangspunkt i de nationalt fastsatte basisfunktioner og krav skal der fastlægges økonomi, vilkår og honorarstruktur gennem kontrakt for udbudsklinikker og gennem en central rammeaftale med Praktiserende Lægers Organisation (PLO) for alment praktiserende læger, som virker under overenskomst i dag. Forslaget ændrer dermed ikke ved det grundlæggende forhold, at der fortsat skal indgås aftale om økonomi og vilkår m.v., inden de beskrevne funktioner og opgaver i basisfunktionen forpligter de alment praktiserende læger.

PLO's kommentering af forslaget:

Der lægges op til, at der skal ske en national beskrivelse af, hvilke opgaver almen praksis skal løse, og at det skal ske i et samarbejde mellem nationale myndigheder og relevante faglige selskaber. Der udarbejdes en gensidig common trunk, der går begge veje, således, at det gøres klart, hvordan det almenmedicinske tilbud understøttes af eksempelvis specialistrådgivning og sygehuse.

I den forbindelse skal der flyttes kompetence fra regionerne til nationalt niveau ud fra deisen om at få en mere lige fordeling af sundhedsressourcerne. Aftale om økonomi for basisfunktionen/common trunk for det almenmedicinske tilbud og øvrige vilkår (bortset fra fordeling af lægeressourcer og det paritetiske system) sker (fortsat) efter forhandling mellem PLO og rette myndigheder.

PLO-R's bemærkninger:

- PLO-M finder det positivt, at der kommer en fastsat opgavebeskrivelse.
- Det er vigtigt, at de praktiserende læger fortsat har en bredde i opgaveportefølje. Opgaver som fx børneundersøgelser, kroniker- og svangreundersøgelser er med til at lave tidlig opsporing og sikre kontinuitet, sammenhæng og opmærksomhed på individet såvel som den hele familie.
- Det er fortsat essentielt, at specialiserede opgaver varetages af speciallæger, men der er bekymringer for, i hvor stort omfang den fastsatte opgavebeskrivelse vil indbefatte opgaver på specialiseret niveau, som der på nuværende tidspunkt ikke er tilstrækkelige kompetencer til at løfte. Hvis der er for mange specialopgaver, der skal løses i en netværksorganisering, vil det medføre manglende kontinuitet i patientforløb.
- I forbindelse med opgaveoverdragelse ønsker PLO-M en opmærksomhed på volumen af de patientgrupper, der potentielt ønskes flyttet fra sygehuset til almen praksis. En patientgruppe kan blive så lille, at det ikke vil give mening at flytte ansvaret til almen praksis. Patientsikkerhed, faglig kvalitet og vedligeholdelse af kompetencer risikerer at blive kompromitteret. Allerede nu ses eksempler på forslag om udflytning af Parkinsonpatienter.
- Det er derfor nødvendigt, at PLO er med til at definere opgaveporteføljen på nationalt niveau. Vi hilser den fortsatte mulighed for at lave lokale aftaler velkommen, så der også fortsat sikres udvikling lokalt. PLO ser sig også her som en aktør i samarbejdet.



Forslag 6: Ny aftalemodel for alment praktiserende læger

En central rammeaftale skal fastsætte økonomi, vilkår og honorarstruktur for de alment praktiserende læger, men centrale elementer i form af basisfunktion, fordeling af lægeressourcer og tvistløsning reguleres fremadrettet udenfor aftalesystemet.

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at økonomi, vilkår og honorarstruktur for alment praktiserende læger, som i dag praktiserer efter overenskomst, fremover fastlægges via en centralt forhandlet rammeaftale. Det betyder, at der indgås en stående rammeaftale om økonomi og honorar mellem repræsentanter for de ansvarlige myndigheder og Praktiserende Lægers Organisation med afsæt i de nationalt fastsatte basisfunktioner.

Som led i en central rammeaftale bør der være mulighed for at indgå aftaler om honorar for opgaver, som ligger udover det aktuelt gældende basisindhold.

Der vil også kunne opstå situationer efter gennemførelsen af forslaget, hvor nationale udviklingsinitiativer begrænses af uoverensstemmelser om økonomi mellem parterne, som helt eller delvist kan skyldes de mindre klinikers kapacitet til at indoptage nye opgaver. Der skal beskrives et nærmere system for mægling indenfor aftalesystemet.

PLO's kommentering af forslaget:

Der lægges ikke op til at ændre på det bestående system for aftaleindgåelse med mulighed for opsigelse. Det præciseres, at beskrivelse af den nye basisfunktion (Common truck) holdes uden

for aftalen, da dette bliver fastlagt nationalt. Fordeling af lægeressourcer holdes ligeledes ude af den nationale aftale. Endelig fjernes det paritetiske system fra den nationale aftale.

Der ønskes et nyt mæglingssystem til løsning af tvister. Mæglingssystemet anvendes blandt andet i forbindelse med overenskomstforhandling (som en slags forligsinstitution).

PLO-R's bemærkninger:

- PLO-M har et opmærksomhedspunkt på, hvorvidt der vil følge økonomi med nye opgaver. Hvordan afgøres det, om en ny opgave ligger indenfor økonomirammen, eller der skal tilføres nye midler – hvordan er PLO's forhandlingsposition her, og har PLO forslag til, hvordan vi får indflydelse på dette?



Forslag 1: Kapaciteten i det almenmedicinske tilbud udbygges

Kapacitet og kompetencer i det primære sundhedsvæsen skal udbygges, og det kræver, at en større andel af de samlede sundhedsudgifter anvendes i det almenmedicinske tilbud.

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at andelen af de samlede sundhedsudgifter, som bruges på det almenmedicinske tilbud, skal stige i takt med, at opgaver omstilles til og nye opgaver løses af det almenmedicinske tilbud og kapaciteten udvides.

Udbygningen af kapaciteten i det almenmedicinske tilbud skal dermed ses i tæt sammenhæng med anbefalingen om en ændret organisering, der udgør grundlaget for opgaveomstilling, øget geografisk lighed i sundhed og bedre ressourceudnyttelse i det samlede sundhedsvæsen.

Det er en forudsætning for kommissionens anbefaling om organiseringen af det almenmedicinske tilbud, at målsætningen om at uddanne flere speciallæger i almen medicin bliver indfriet.

PLO's kommentering af forslaget:

Kommissionen gør opmærksom på, at opgaveflytning til almen praksis forudsætter, at der uddannes flere almenmedicinere – jf. den politiske målsætning om 5.000 praktiserende læger i almen praksis i 2035.

I takt med at kapaciteten i almen praksis udbygges, og omstilling til det nære sundhedsvæsen tager til, lægges der op til, at der flyttes ressourcer fra sekundærsektoren til primærsektoren. Det er ikke beskrevet, hvad der skal flyttes fra det sekundære til det primære sundhedsvæsen.

PLO-R's bemærkninger:

- PLO-M tilslutter sig de overordnede linjer med kapacitetsudvidelse og styrkelse af det primære sundhedsvæsen.
- Almen praksis skal kunne varetage opgaver, der flyttes fra sekundærsektoren, og derfor bliver kompetence og kapacitet afgørende faktorer.
- Opgaveoverdragelse: Det er vigtigt, når opgaver skal overdrages, at arbejdsgange og ansvar er klart og tydeligt defineret. Specialister og hospitaler skal understøtte almenmedicinske tilbud med rådgivning. Det er vigtigt, at der sikres let adgang til nødvendig diagnostisk undersøgelse med kort ventetid.
- Kompetencer: Nye opgaver kræver nye kompetencer og dermed tid til efteruddannelse.
- Kapacitet: De nyuddannede læger efterspørger en anden form for praksisliv, hvor man ikke køber sig ind på en fuld kapacitet, men søger et mere balanceret arbejds- og familieliv. Det samme kan gøre sig gældende for andre grupper af læger herunder læger omkring pensionsalderen. Dette kan forsinke omstillingen og hastigheden af implementeringen, men er vigtige faktorer mhp. rekruttering og fastholdelse.
- I implementeringsplanen er det nødvendigt, at hastighed for udflytning af opgaver til almen



praksis skal være i trit med ovenstående elementer. Det er stærkt bekymrende, at opgaveoverflytningen allerede sker, uden at der er de nødvendige kompetencer, kapacitet og økonomi-, aftale- og opgavebeskrivelser til stede. Det er nødvendigt at etablere et samarbejde omkring opgaveoverdragelse med afsæt i de ovenfor beskrevne elementer.

Forslag 7: Ny honorarstruktur for de alment praktiserende læger

Honorarstrukturen skal revideres med fokus på forenkling, sammenhæng mellem patienternes sundhedsbehov og honorering, styrket samarbejde med andre aktører og realisering af løbende produktivitetstiltag til gavn for det samlede sundhedsvæsen. Det vil bl.a. betyde, at hver enkelt, ny opgave ikke forudsætter forhandlinger om økonomi, da en forsimplet honorarstruktur kan rumme nye opgaver.

Kommissionen foreslår derfor, at der er behov for en ny finansieringsmodel. Sundhedsstrukturkommissionen foreslår en model, der:

- Sikrer sammenhæng mellem patienttyngde og honorering gennem en differentiering af de faste honorarer efter patienttyngde, så de understøtter behovet for prioritering af ressourcer efter patienternes behov i den enkelte klinik og på tværs af det almenmedicinske tilbud.
- Understøtter tværfagligt samarbejde og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.
- Er enkel og overskuelig.
- Realiserer løbende produktivitetstiltag til gavn for det samlede sundhedsvæsen.

PLO's kommentering af forslaget:

Der lægges op til forenkling af honorarstrukturen, hvor patienternes sundhedsbehov regulerer honoreringen – helt i tråd med Honorarstrukturrådets anbefalinger 2023.

Samtidig anses det for centralt, at det tværsektorielle samarbejde understøttes og honoreres. Aktiviteten har været stigende i det tværsektorielles samarbejde og vil antageligt fortsætte i opadgående retning.

Der omtales en produktivitetstiltag, som der ikke er redegjort nærmere for, og derfor vides det ikke, hvilken konsekvens det har for almen praksis.

PLO-R's bemærkninger:

- PLO-M ser positivt på en forenkling af ydelsesstrukturen, som er veldefineret og velbeskrevet for parterne. Der er ligeledes opbakning til, at det tværsektorielle samarbejde skal have mere fokus og honoreres.
- Det er vigtigt, at forenkling af honorarstrukturen ikke komplicerer forståelsen. Hvis honorarstrukturen bliver sværere at fortolke, kan det medføre øget kontrol og dokumentation og risiko for flere domstolssager. Det er tidskrævende og medfører mere bureaukrati og mindre sundhed for pengene.
- Det er vigtigt, at produktiviteten opretholdes, så forandringerne ikke medfører væsentlige ændringer på den samlede indtægt i almen praksis.



Forslag 4: Omfordeling af ressourcer efter sundhedsbehov

Ressourcer til det almenmedicinske tilbud skal fordeles efter patienternes sundhedsbehov. Differentierede patienttal og honorarer skal fastlægges på baggrund af en national model, som estimerer behandlingsbehovet for patienterne i den enkelte klinik. Effekten vil være, at klinikker med en stor andel af ressourcestærke og raske patienter skal varetage flere patienter indenfor den nuværende honorering, mens klinikker med en stor andel af sårbare borgere og borgere med multisygdom får reduceret patientantallet.

Forslaget ændrer ikke ved, at alle klinikker honoreres pr. konsultation, men det kræver, at der sker 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. Den nationalt fastlagte opgavebeskrivelse skal medvirke til processen og understøtte en prioritering i klinikker, som oplever et pres som følge af opgavemængden. Dermed understøttes en mere lige adgang til sundhed og en solidarisk fordeling af opgaverne mellem de almenmedicinske tilbud.

Ordningen skal indføres ud fra et hensyn om at give de almenmedicinske tilbud og den ansvarlige myndighed mulighed for at tilpasse kapaciteten til lokale behov, bl.a. ved udbud af nye eller opkøb af eksisterende lægekapaciteter/ydernumre.

PLO's kommentering af forslaget:

Der lægges op til omfordeling af de almenmedicinske ressourcer fra by til land. Vandkantsdanmark, hvor der er flest syge, skal tilgodeses, ved at borgere med de største sundhedsbehov får nemmere adgang. Det skal ske gennem differentieret honorar og antal patienter ud fra en nationalt fastsat model.

Kommissionens opdrag er, at en ændret organisering af sundhedsvæsenet skal være omkostningsneutral. Det vil i princippet betyde, at hvis patienttallet skal nedsættes i Vandkantsdanmark, må det omvendt indebære, at patienttallet sættes op, der hvor patientbyrden er mindre.

PLO-R's bemærkninger:

- PLO-M finder retorikken om geografisk omfordeling fra by til land forsimplet. Vi anerkender behovet for, at resurser fordeles ud fra, hvor behovet er størst. PLO-M bifalder en differentiering med sænkning af normaltal, hvor behovet er størst. Det er derfor vigtigt at have opmærksomhed på, hvordan man definerer patienternes sygdomstygde.
- Der skal være opmærksomhed på, at der kan være forskellige problemstillinger, der vægter i henholdsvis by- og landområder. Fx kan problemstillinger omkring psykisk sygdom og mistrivsel, som kan være særlig svært at få hjælp til andre steder i sundhedsvæsenet, fylde mere i bynære områder.



Forslag 8: Udbredelse af netværksorganisering

En dansk model for netværksorganisering skal udvikles og udbredes med den effekt, at det almenmedicinske tilbud kan møde skærpede krav til opgaver og funktioner indenfor en organisering med relativt mange mindre klinikker, bl.a. ved samarbejde mellem klinikker og fagligheder.

I Danmark er der en lang tradition for samarbejde mellem klinikker, fx samarbejdspraksis, 12-mandsforeninger og efteruddannelsesgrupper. Netværk med mulighed for at udvide samarbejdet med fælles personale er imidlertid ikke særlig udbredt i Danmark, men der er gode erfaringer med det i det hollandske sundhedsvæsen. Netværksorganisering kan ses som en metode til at møde nye opgaver og krav, som vil følge af basisfunktioner i det almenmedicinske tilbud. En andelsforening kan dermed vælge at løse visse opgaver i fællesskab og i fællesskab varetage vaccinationsindsatser og funktionen som læge på et plejecenter eller et botilbud.

PLO's kommentering af forslaget:

Med ønsket om at bibeholde den geografiske spredning af det almenmedicinske tilbud tæt på borgerne stilles der forslag om, at en form af netværksorganisering kan bidrage til en udvikling, der efterlever basisfunktionen via samarbejde på tværs af klinikker i samme geografiske område.

Dette kan ses som et modtræk til centralisering, hvor det må formodes, at der gives mulighed for indbyrdes arbejdsfordeling mellem flere klinikker. Et eksempel kan være fordeling af fx bestemte typer af prøvetagning, hvortil der henvises indbyrdes. Der vurderes at være et stort fortolkningsrum, da forslaget ikke er udtømmende beskrevet.

PLO-R's bemærkninger:

- PLO-M bifalder, at rapporten lægger op til praksisfællesskaber og netværk, specielt i relation til tilgængelighed og de brede almene kompetencer. Dog bifalder PLO-M ikke ideen om, at klinikkerne skal indeholde særligt specialiserede områder, da der i klinikkerne kan opstå et parallelområde til det specialiserede sundhedsvæsen, hvilket vi mener er u hensigtsmæssigt, da det skævvrider lige adgang til sundhedsydelser.
- Hvis netværksorganiseringen skal anvendes som metode til at imødekomme nye opgaver, bør der være opmærksomhed på, at det kan medføre mindsket kontinuitet. Fx hvis 12 læger deles om en funktion som plejehjems- eller bostedslæge.



Forslag 9: Kvalitetsudvikling og læring

Databaseret kvalitetsudvikling i det primære sundhedsvæsen skal styrkes markant, så grundlaget for læring, kvalitetsudvikling, og opfølgning på opgaveløsningen forbedres betydeligt.

Internationalt har det vist sig på tværs af mange forskellige faggrupper, at datadrevet og struktureret arbejde, der sker smågruppebaseret med fagfæller, er meget effektivt. Den indsigt ligger bag etableringen af kvalitetsklyngerne i Danmark, hvor kliniske data på praksisniveau kan sammenlignes og drøftes med kolleger med henblik på inspiration til kvalitetsudviklingsarbejdet i egen klinik. Erfaringen fra mange lande viser, at tilgangen er effektiv, men kræver solid og vedvarende opbakning fra en kvalitetsudviklingsorganisation, der sikrer høj kvalitet i data og i for-

midlingen af data.

Behovet for at udvide datagrundlaget skal desuden ses i sammenhæng med forslaget om en ny og forenklet honorarstruktur, som isoleret set vil have den ulempe, at indsigten i aktiviteten mindskes, hvis antallet af ydelseskoder reduceres.

PLO's kommentering af forslaget:

Der er og har længe været et krav om, at almen praksis i højere grad deler data. For nuværende gør lovgivningen det ikke muligt for regionerne at få adgang til patientjournaler fx i sammenhæng med controlling. I forslaget ligger, at de bestående systemer i højere grad skal "tale sammen" på tværs af sektorerne. Ønsket er at bruge yderligere data til kvalitetsudviklingen. I den forbindelse roses kvalitetsklyngerne.

Om mere dataadgang kan opveje, at der vil være færre ydelseskoder i en ny honorarstruktur, kan diskuteres. Det er desuden uvist, om der her menes, at der skal indføres diagnostiske koder for at sikre datakvaliteten.

PLO-R's bemærkninger:

- Deling af data er positivt, hvis det bidrager meningsfuldt til det samlede patientforløb. Derfor er det aktuelt at få defineret, hvilke data der skaber bedre sammenhæng og overblik over borgerens forløb.
- Det er nødvendigt at være opmærksom på, om data medfører øget dokumentationskrav og øget tidsforbrug til registrering med mindre tid til patienten til følge. Der skal ligeledes være gennemsigtighed i forhold til controlling, så der ikke anvendes unødigt lægetid.



Øvrige områder:

PLO-R's indflydelsesmuligheder i en nye forvaltningsstruktur

I Sundhedsstrukturkommissionens tre forvaltningsmodeller er PLO-R ikke omtalt som en formel samarbejdspart i udvalg eller i formelle tværsektorielle fora, og det nuværende Sundhedssamarbejdsudvalg er heller ikke nævnt – på trods af at Sundhedsaftalerne foreslås videreført.

Der er endvidere ikke tænkt i tværsektorielt samarbejde i de nye "Nærudvalg", der foreslås at erstatte sundhedsklyngerne. Nærudvalget er beskrevet som et underudvalg til regionsrådet i model 1 og 3.

Alle tre forvaltningsmodeller er således skrevet ud fra det, som kommissionen har betegnet som et "end-to-end" ansvar, kædeansvar eller "vertikal integration", hvor én myndighed skal have det samlede ansvar for hele sundhedsvæsenet, og hvor alle andre aktører – herunder også PLO – får en klassisk rolle som leverandør.

Der er forskellige forhold, der har indflydelse på, hvordan PLO-R kan arbejde fremadrettet med indflydelse på beslutninger i sundhedsstrukturen. Men i alle modeller afhænger muligheden af, i hvilket omfang – og på hvilke områder og præmisser – den ansvarlige myndighed vurderer, at det vil være hensigtsmæssigt at inddrage PLO og andre aktører i de politiske og forvaltningsmæssige beslutningsprocesser.

PLO's kommentering af forslaget:

Se *bilag 6*: PLO's indflydelsesmuligheder i en ny forvaltningsmodel.

PLO-R's bemærkninger:

Se under 1. Generelle kommentarer



Kommissionens rapport er på 420 sider (samt bilag) og indeholder en lang række øvrige anbefalinger, som direkte eller indirekte kan have betydning for almen praksis.

PLO vil i sit høringssvar primært koncentrere sig om ovenstående anbefalinger, der direkte vedrører almen praksis, idet mange af de øvrige anbefalinger efter omstændighederne vil blive adresseret i et fælles høringssvar med de øvrige medlemmer af Lægeforeningen.

Der kan dog være overvejelser og/eller anbefalinger fra kommissionen ud over ovenstående, som PLO-R finder, at det er særligt væsentligt, at PLO forholder sig til selvstændigt. Det bedes i givet fald angivet nedenfor.

(Overskrift på kommissionens overvejelse eller anbefaling – udarbejdes af PLO-R)
<i>(Resumé: Udarbejdes af PLO-R) Her kan der komme forslag til PLO's høringssvar, fx til den nye IT-struktur, ressourcefordeling, fordeling af ydernumre på statsligt niveau, forhøjelse af normtal eller lignende.</i>
<i>Herudover er det naturligvis velkomment med forslag til ros til forslag i Strukturkommissionens rapport, som vil kunne indgå i høringssvaret.</i>
<i>PLO's kommentering af forslaget:</i>
<i>PLO-R's bemærkninger:</i>
Se under 1. Generelle kommentarer