



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg

Dato: 10. juni 2013
Enhed: Primær Sundhed
Sagsbeh.: SUMSEB
Sags nr.: 1302785
Dok nr.: 1233330

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg har den 30. maj 2013 stillet følgende spørgsmål nr. 10 (L 227 – forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (Ændring af rammerne for almen medicinske ydelser m.v. i praksissektoren, herunder styrkelse af regionernes planlægnings- og styringsmuligheder, ensartet kvalitet, systematisk patientinddragelse, erstatningspligt m.v.)), som hermed besvares.

Spørgsmål nr. 10:

”Ministeren bedes kommenter til henvendelse af 30. maj 2013 fra Praktiserende Lægers Organisation (PLO), jf. L 227 - bilag 11.”

Svar:

Jeg vil i det følgende kommentere (mine kommentarer i kursiv) PLO’s bemærkninger til lovforslaget, i den rækkefølge, som bemærkningerne fremgår af PLO’s henvendelse.

1. Kommentar fra PLO:

PLO mener, at hverken Rigsrevisionens beretning om praksissektoren fra august 2012, rapporten fra Udvalget om evaluering af kommunalreformen eller rapporten fra OECD af den 16. april 2013 peger på behov for lovgivning på området.

Der er i flere sammenhænge peget på de udfordringer, vi står overfor i forhold til at skabe et effektivt, sammenhængende sundhedsvæsen, der fortsat leverer ydelser af høj kvalitet til f.eks. ældre, medicinske patienter og mennesker med kronisk sygdom. Det er min og regeringens vurdering, at det i den nuværende situation, hvor det bl.a. ikke har været muligt at nå frem til en forhandlet løsning på de udfordringer, som almen praksis som en del af det sammenhængende sundhedsvæsen står over for, er behov for lovgivning. Lovgivningen etablerer de overordnede rammer for fremtidens almen praksis, og der skal på baggrund af disse rammer indgås en ny overenskomst med de alment praktiserende læger, som udfylder denne ramme.

2. Kommentar fra PLO

PLO anfører, at der ifølge lovforslaget tillægges de praktiserende læger aftaleret i relation til opgaver, som er beskrevet i praksisplanen, men at der imidlertid blot udarbejdes én praksisplan i hver valgperiode, og at det derfor må forventes, at praksisplanen ikke vil kunne rumme alle de opgaveflytninger, der løbende sker ud til almen praksis. PLO anfører, at det derfor kan forudses, at der løbende vil ske en omfattende opgaveflytning til almen praksis, som ikke vil være dækket af de praktiserende lægers aftaleret.

Jeg kan bekræfte, at aftaleretten i relation til praksisplanerne opretholdes. Det fremgår således af bemærkningerne til lovforslaget bl.a., at praksisplanen definerer rammen for de opgaver, som skal løses af almen praksis, og at den

konkrete udmøntning af denne ramme fortsat forudsætter, at der indgås en underliggende aftale med de praktiserende læger.

For så vidt angår ændringer af opgaver m.v. i løbet af valgperioden er det i bemærkningerne forudsat, at

”praksisplanen skal revideres i valgperioden, hvis der sker væsentlige ændringer i dens forudsætninger. Det vil bero på en konkret vurdering, hvornår der er sket så væsentlige ændringer, at en eventuel revision er påkrævet. Det kan f.eks. være ændringer i praksissektoren, det øvrige sundhedsvæsen, ændringer i befolkningssammensætning og demografi i områder inden for den enkelte region eller kommuner beliggende i regionen, f.eks. etablering af nye bydele m.v.”

Jeg deler således ikke PLO's bekymring vedrørende opgaveflytning i løbet af valgperioden, og evt. manglende aftaleret i den forbindelse, idet der i lovforslaget er taget højde for denne situation

3. Kommentar fra PLO:

PLO anfører, at de praktiserende læger tilsyneladende ikke tillægges aftaleret i forhold til alle de opgaver, som sundhedsaftalerne måtte påføre almen praksis. Det anføres, at alene forløbsprogrammer er omtalt i lovforslaget som et område, hvor der skal indgås aftaler med de praktiserende læger. Også sundhedsaftalerne er fireårige og vil derfor ifølge PLO, i lighed med praksisplanerne (jf. ovenfor), ikke kunne opsamle alle de opgaveudflytninger til almen praksis, som kommuner og regioner løbende beslutter.

Den foreslåede bestemmelse i § 57 b, stk. 2, vedrørende lægernes pligt til at følge sundhedsaftaler, har følgende ordlyd:

”Stk. 2. Alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede personer, jf. § 60, stk. 1, er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med de sundhedsaftaler, der er indgået imellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen, jf. § 205, herunder følge forløbsprogrammer m.v.”

I bemærkningerne til bestemmelsen anføres bl.a.:

”De opgaver, som beskrives f.eks. i et forløbsprogram, og som dermed er rammen om de praktiserende lægers forpligtelse, vil for de læger, som virker inden for overenskomsten, jf. § 227, stk. 1, skulle følges op af en underliggende aftale om vilkårene for at følge denne forpligtelse.”

Bemærkningerne om, at der for de læger, som virker inden for overenskomsten, vil skulle følges op med en underliggende aftale om vilkårene for at følge denne forpligtelse, er ikke begrænset til de opgaver, som beskrives i et forløbsprogram, men vil gælde for alle de opgaver, som følger af sundhedsaftaler.

For så vidt angår PLO's bemærkninger om, at sundhedsaftalerne er fireårige og derfor ikke vil kunne opsamle alle de opgaveflytninger til almen praksis, som kommuner og regioner løbende beslutter, skal bemærkes, at det fremgår af vejledning nr. 9698 af 21. august 2009 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, at sundhedskoordinationsudvalget løbende skal sikre opfølgning på implementeringen af sundhedsaftalerne, herunder om sundhedsafta-

lerne bidrager til at skabe sammenhængende forløb for borgerne på tværs af myndigheds- og sektorgrænse.

Det fremgår endvidere af vejledningen, at udvalgets løbende drøftelser af aftalernes gennemførelse og af generelle problemstillinger bør resultere i, at kommuner og region gøres opmærksom på de dele af samarbejdet, som ikke fungerer efter hensigten. Drøftelserne kan eventuelt resultere i konkrete forslag til ændringer af aftalerne. Det fremgår desuden, at aftaleparterne på baggrund af den vurdering, som udvalget stiller til rådighed for parterne, løbende bør justere deres aftale og indsats, når der viser sig at være behov for dette.

Almen praksis sidder med i sundhedskoordinationsudvalgene og også i de kommende praksisplanudvalg.

4. PLO kommentar:

PLO anfører, at ministeren med de foreslåede bestemmelser i § 204, stk. 2-4, gør op med det hidtidige samarbejds- og planlægningsystem for almen praksis, som indebærer et ligeværdigt samarbejde mellem region og repræsentanter for almen praksis, og at almen praksis tildeles 3 ud af i alt 11 pladser i praksisplanudvalget, men regionsrådet har den endelige beslutningskompetence.

Praksisplanudvalget bliver et centralt samarbejds- og planlægningsudvalg, hvor region, kommune og almen praksis, skal samarbejde om udarbejdelsen af praksisplanen, der skal beskrive, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernumre. Udvalget bliver sammensat, så der er ligelig repræsentation imellem region og de praktiserende læger, som hver får 3 sæder i udvalget. Kommunerne i regionen bliver repræsenteret med 5 medlemmer.

Det fremgår tydeligt af bestemmelsen i § 204, stk. 2, at der skal tilstræbes enighed i udvalget om den endelige udformning af praksisplanen, og jeg har stor tiltro til, at alle parter vil gå ind i dette arbejde i den ånd, og at der i langt de fleste tilfælde vil være enighed om, hvordan den almen medicinske lægebetjening lokalt skal tilrettelægges.

Da det imidlertid er regionen, der i sundhedsloven er tillagt myndighedsansvaret og finansierer sektoren, fremgår det af bestemmelsen, at den endelige beslutning vedrørende udformningen af praksisplanen tilfalder regionsrådet, hvis det ikke er muligt at opnå enighed i praksisplanudvalget.

Det skal understreges, at formuleringen "hvis det ikke er muligt" indebærer, at parterne, i de situationer, hvor det undtagelsesvist måtte vise sig, at der ikke kan opnås umiddelbar enighed om den endelige udformning af praksisplanen, skal udfolde store og vedvarende bestræbelser på at nå frem til et kompromis, som parterne hver især kan stå inde for.

5. PLO kommentar

PLO anfører, at regionsrådet ensidigt kan beslutte en placering af en ny lægepraksis, som på urimelig måde kan underminere driftsgrundlaget for en eksisterende nabopraksis, og at overenskomstens hidtidige værn mod dette er fjernet med lovforslaget.

Praksisplanerne bliver et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj imellem region, kommune og almen praksis, som bl.a. skal beskrive overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernumre. Almen praksis sidder som ovenfor nævnt med i praksisplanudvalget, der udarbejder praksisplanerne, og det fremgår af lovforslagets § 206 a, stk. 2, at der skal ske en høring af de praksis, som arbejder efter overenskomsten, inden praksisplanen udarbejdes eller revideres.

Som det også fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, får den enkelte praksis i forbindelse med høringen mulighed for at give udtryk for praksis' planer for den kommende periode.

6. PLO kommentar:

PLO anfører, at lovforslaget bemyndiger ministeren (§ 57 c., stk. 3) til at fastsætte nærmere regler om kodning og datafangst. Dette åbner ifølge PLO mulighed for, at de praktiserende læger på lidt længere sigt pålægges omfattende nyt registreringsarbejde. Det anføres videre, at da almen praksis har knapt 37 mio. patientkontakter årligt, vil selv et lille ekstra tidsforbrug pr. kontakt medføre, at lægerne får mindre tid til at beskæftige sig med patienterne.

Der fremgår bl.a. følgende af bemærkningerne til bestemmelsen om kodning og datafangst:

"[...] Der vil i medfør af den foreslåede bemyndigelse til ministeren blive stillet krav om, at der foretages kodning af henvendelser vedrørende diagnoserne KOL, astma, kroniske muskel- og skeletlidelser, knogleskørhed (osteoporose), hjerte-karsygdomme, cancer, diabetes og ikke-psykotiske psykiske lidelser i lovgivningen – svarende til det i overenskomsten aftalte. Der vil desuden blive stillet krav om, at lægen anvender de indikatorsæt i datafangst, der er udviklet for de pågældende diagnoser."

"Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse hæfter sig ved, at parterne bag overenskomsten om almen praksis har tilkendegivet, at man er enige om, at resultaterne af dataindsamling for kodede henvendelser skal danne grundlag for en senere aftale om udvidelse af kodningsforpligtelsen.

Det vil således på sigt – og efter indstilling fra det faglige selskab – kunne blive aktuelt at udvide forpligtelsen til at kode henvendelser til almen praksis til at omfatte andre diagnoser end de i overenskomsten aftalte. For læger, der virker efter overenskomst, jf. § 227, stk. 1, vil der skulle indgås en efterfølgende aftale om implementering." [min understregning].

En udvidelse af kodningsforpligtelsen, der binder læger, som arbejder efter overenskomsten, forudsætter således 1) at der skal være en indstilling fra det faglige selskab, og 2) der skal indgås en efterfølgende aftale med lægerne om implementering.

7. PLO kommentar:

PLO anfører, at lovforslaget bemyndiger ministeren til at forpligte lægerne til at stille de data, som er tilvejebragt på baggrund af kodning og datafangst, til rådighed for regionerne. Overtrædelse vil være bødebelt. PLO finder det afgørende, at de data, der indsamles via datafangst, alene skal anvendes til at søge læring for den enkelte læge. PLO anfører, at såfremt data anvendes til kontrolformål, hvor man søger at identificere den enkelte og "dårligste" læge, viser

udenlandske erfaringer entydigt, at værdien af data forringes. Dermed forringes mulighederne for kvalitetsudvikling i almen praksis ifølge PLO til skade for hele sundhedsvæsenet. Det anføres videre, at der ingen andre steder i det danske sundhedsvæsen gennemføres kvalitetsmonitorering rettet mod den enkelte læge, og at kvalitetsmonitoreringen på hospitalerne omfatter afdelinger, ikke individer.

Det fremgår af bemærkningerne til den foreslåede bemyndigelse i § 195, stk. 3, at den vil blive anvendt til at fastsætte regler om, at de alment praktiserende læger, for så vidt angår de i § 57 c, stk. 1, omhandlede henvendelser til almen praksis, skal stille registrerede oplysninger om antallet af patientkontakter til rådighed for regionerne.

Oplysningerne vil ikke identificere eller gøre det muligt at identificere den enkelte patient. Denne adgang til data om patientkontakter i almen praksis udgør en grundlæggende forudsætning for generel sundhedsplanlægning og for tilrettelæggelse og kvalitetsudvikling af sammenhængende patientforløb, blandt andet med henblik på at sikre effektiv ressourceudnyttelse og undgå overlappende funktioner.

Jeg har på den baggrund tillid til, at de praktiserende lægers kodning fortsat vil ske på baggrund af deres faglige vurdering af henvendelsesårsagerne.

Det skal bemærkes, at der med lovforslaget ikke indføres kvalitetshonorering, som jeg forstår det er tilfældet bl.a. i England. Den enkelte læges honorering vil således ikke blive relateret til de indberettede data.

8. PLO kommentar:

PLO anfører, at ministeren i § 57 c, stk. 2, får bemyndigelse til – ensidigt og uden forudgående dialog og aftale med almen praksis - at fastsætte regler om offentliggørelse af oplysninger om den enkelte læge. Af bemærkningerne (s. 20, 2. sp.) fremgår, at det bl.a. vil dreje sig om oplysninger om lægernes efteruddannelse og om obligatoriske patienttilfredshedsundersøgelser.

Det fremgår af den gældende overenskomst, at hver praksis mindst hvert 3. år skal gennemføre patienttilfredshedsundersøgelser. Disse undersøgelser er ikke offentligt tilgængelige, og det er heller ikke obligatorisk for lægerne at aflevere resultaterne til det offentlige. Bemyndigelsen vil ikke blive anvendt til at stille krav om, at der gennemføres patienttilfredshedsundersøgelser med et indhold eller en kadence, der fraviger det, der følger af den gældende overenskomst, medmindre der indgås aftale med de praktiserende læger herom. Bestemmelsen sigter alene på, at de undersøgelser, som lægerne allerede gennemfører, bliver offentligt tilgængelige med henblik på, at de kan indgå i forbindelse med borgernes valg af læge.

Efter de gældende regler i overenskomsten skal der for hver praksis udarbejdes en såkaldt praksisdeklaration, som offentliggøres på sundhed.dk. Praksisdeklarationerne skal ifølge overenskomsten indeholde oplysninger om bl.a. telefonnummer, eventuel hjemmesideadresse, antallet af læger, køn og alder på lægerne, hvorvidt der er ansat klinikpersonale, om praksis tilbyder elektronisk kommunikation med patienterne, tider for telefonkonsultation, adgangsforhold m.v. Udover ovenstående oplysninger, vil bemyndigelsen blive anvendt til at

fastsætte krav om, at praksisdeklarationerne skal indeholde oplysninger om efteruddannelse.

9. PLO kommentar:

PLO anfører, at ministeren i medfør af en myndighedsbestemmelse vil gøre det muligt for borgerne at vælge en læge udenfor 15/5 km grænsen mod, at borgeren fraskriver sig ret til hjemmebesøg af den valgte læge (s. 21, 1. sp.). Konsekvensen vil ifølge PLO være øget ulighed i sundhed. Når de raske, ressourcestærke borgere vælger læge nær ved arbejdspladsen, får lægen i lokalområdet udhulet sit patientgrundlag og kan blive tvunget til at lukke eller flytte. Det vil betyde, at de ældre og syge – som reelt er dem med størst behandlingsbehov – får længere til en praktiserende læge.

Lægernes forpligtelse i forhold til at aflægge hjemmebesøg udvides ikke med bestemmelsen, men det er korrekt, at lovforslaget udvider borgernes mulighed for at vælge læge udover den gældende 15 km grænse (5 km i hovedstadsområdet). Patienterne fraskriver sig ved valg udover den eksisterende kilometergrænse retten til hjemmebesøg af den valgte læge.

Det er min opfattelse, at langt de fleste borgere er tilfredse med den læge, de er tilmeldt. Jeg forventer således ikke, at bestemmelsen vil medføre en "masseflugt" væk fra den læge, patienterne har tæt på boligen, men for nogle borgere vil den udvidede valgmulighed – ud fra den enkelte borgers konkrete livssituation – være en attraktiv mulighed.

10. PLO kommentar

PLO anfører, at andre aktører efter lovforslaget skal kunne drive almen praksis-klinikker, og at der ingen hindringer er for, at eksempelvis kapitalfonde eller forsikringsselskaber kan komme til at drive lægepraksis. PLO anfører, at ændringen begrundes med, at det er vanskeligt for regionerne i alle egne at løse lægedækningen med alment praktiserende læger, men reglerne er udformet sådan, at en region kan vælge at benytte udbud blandt andre private aktører, selv om der ikke foreligger lægemangel. PLO anfører, at det vil gå udover den kvalitet, der hidtil har været et kendetegn for almen praksis. Det anføres videre, at hidtidige erfaringer med regionsdrevne klinikker viser en hyppig udskiftning i bemandingen og dermed manglende kontinuitet i patientbehandlingen. Hertil kommer, ifølge PLO, at der ikke stilles samme uddannelseskrav til lægerne hos de private aktører som til de alment praktiserende læger. Hvis en privat aktør driver en klinik med flere læger, er det nok at én af disse har en almenmedicinsk speciallægeuddannelse.

Efter de gældende regler i sundhedsloven er den altovervejende hovedregel, at regionernes myndighedsansvar for at stille vederlagsfri lægehjælp i almen praksis til rådighed for borgerne i regionen, løftes via aftalen med "organisationer af sundhedspersoner", jf. § 227, stk. 1 (i praksis PLO). Det er ikke intentionen med lovforslaget, at der skal ændres ved dette.

Efter den gældende ordning skal en læge sælge sin praksis/ydernummer til en læge, der ønsker at drive almen praksis på baggrund af ydernummeret. En praktiserende læge, som ønsker at afhænde sit ydernummer, vil – som i dag – efter forslaget også fremover kunne sælge ydernummeret til en læge, der ønsker at praktisere indenfor overenskomsten. Den enkelte læge, der øn-

sker at sælge sin praksis, kan således også fremover helt frit vælge at sælge sit ydernummer til en anden læge, der ønsker at overtage det.

Med hensyn til kvaliteten i de klinikker, der drives på baggrund af udbud i henhold til § 227, stk. 3, eller praksis, som regionsrådet selv etablerer i henhold til § 227, stk. 5, fremgår det af bemærkningerne, at

”Regionsrådet skal sikre – både ved udbud af drift af praksis og ved etablering af et midlertidigt tilbud – at den sundhedsfaglige virksomhed er i overensstemmelse med god almenmedicinsk praksis, og at der sikres bemanning med en læge med speciallægeuddannelsen i almen medicin. Regionsrådet kan sikre den rette bemanning ved i udbudsmaterialet at betinge sig dette og på midlertidige tilbud, som regionsrådet selv driver, ved at ansætte speciallæger i almen medicin.”

Med hensyn til kvaliteten i de klinikker, der drives på baggrund af udbud i henhold til lovforslagets § 227, stk. 3, eller praksis, som regionsrådet selv etablerer i henhold til § 227, stk. 5, fremgår det af bemærkningerne, at:

”Regionsrådet skal sikre – både ved udbud af drift af praksis og ved etablering af et midlertidigt tilbud – at den sundhedsfaglige virksomhed er i overensstemmelse med god almenmedicinsk praksis, og at der sikres bemanning med en læge med speciallægeuddannelsen i almen medicin. Regionsrådet kan sikre den rette bemanning ved i udbudsmaterialet at betinge sig dette og på midlertidige tilbud, som regionsrådet selv driver, ved at ansætte speciallæger i almen medicin.”

Det forudsættes således også, at regionen sikrer sig (i udbudsmaterialet og i de klinikker, som regionen selv driver), at den uddannelsesmæssige baggrund af det personale, som bemander klinikkerne, er sammenlignelig med den standard, som findes i de klinikker, der drives efter overenskomst, jf. § 227, stk. 1.

Det skal i den forbindelse bemærkes, at der inden for den gældende ordning er mulighed for, at de enkelte praksis kan have en forskellig ratio i forholdet læge/antal tilmeldte patienter.

Afslutningsvist skal bemærkes, at der i de gældende regler om regionsdrevne klinikker i overenskomstregi er en 2-årsgrænse, idet regionen, hvis den har etableret en regionsdrevet klinik, er forpligtet til senest efter 2 år at afsøge muligheden for at erstatte tilbuddet af en løsning på almindelige overenskomstmæssige vilkår, dvs. en klinik, der ejes af en læge, som driver klinikken i henhold til overenskomsten. Med lovforslaget udvides tidshorizonten for de klinikker, som regionerne selv etablerer, idet det bliver muligt for regionen selv at etablere en praksis i en periode på op til 4 år. Dette må alt andet lige antages at etablere et mere stabilt tilbud, end det muligt indenfor den gældende 2-års grænse.

11. PLO kommentar

PLO anfører, at lovforslaget indeholder en hjemmel til, at en læge kan eje op til 6 ydernumre (svarende til 6 lægekapaciteter) opkøbt af regionen, og at der altså lægges op til, at én praktiserende læge kan eje og drive 6 klinikker, hvoraf de 5 klinikker er bemandede med en ansat læge. PLO finder, at der vil være betydelig risiko for, at man giver køb på stabilitet og kontinuitet samt svækker

kvaliteten i patientbehandlingen, da der er risiko for hyppig udskiftning i kredsen af ansatte læger.

I forbindelse med den sidste ændring af Overenskomst om almen praksis blev parterne enige om – efter nogle i overenskomsten nærmere definerede retningslinjer – at åbne op for tidsubegrænset ansættelse af læger i almen praksis. Dvs., at der inden for de gældende rammer er mulighed for, at læger, der ikke ejer praksis - under et ansættelsesforhold - kan behandle de tilmeldte patienter. Dette giver efter min vurdering – og vel også overenskomstparternes vurdering - ekstra muligheder for at rekruttere læger, som ikke ønsker at være selvstændigt erhvervsdrivende, til almen praksis, og jeg er ikke betænkelig ved, at klinikker bemannes med ansatte læger, heller ikke de klinikker, som virker på baggrund af de op til 6 ydernumre, som en læge kan eje efter lovforslagets § 227, stk. 2.

12. PLO kommentar

PLO anfører, at regionerne som en nyskabelse skal til at drive forretning med salg af ydernumre (§ 227, stk.2), og at det er uklart, hvornår en region skal benytte henholdsvis salg af ydernummer, henholdsvis sædvanlig vederlagsfri tildeling af ydernummer til læger, der ønsker at praktisere efter overenskomsten.

Spørgsmålet om evt. salg eller evt. vederlagsfri overdragelse af ydernumre, vil det være op til den enkelte region at afgøre, bl.a. på baggrund af vurdering af markedsværdien, og under iagttagelse af offentligretlige lighedsgrundsætninger m.v.

13. PLO kommentar

PLO anfører, at ministeren kan beslutte, at alle bestemmelser i § 1 skal have virkning på et tidligere tidspunkt, selv om lovforslaget lægger op til, at § 1 først skal gælde fra 1. september 2014, og at ministeren således har mulighed for umiddelbart at ændre vilkårene for drift af almen praksis. Samtidig kan ministeren beslutte, at overenskomsten ikke længere videreføres. Det er derfor ifølge PLO ikke korrekt, når ministeren gentagne gange har udtalt, at man med lovforslaget blot har forlænget nuværende overenskomst et år.

Intentionen bag muligheden for fleksibel og trinvis ikrafttræden af lovændringen fremgår af bemærkningerne til ikrafttrædelsesbestemmelsen. Det fremgår således, at bestemmelsen medfører, at parterne får god tid til at indgå en ny overenskomst, der tager højde for de nye reguleringsmæssige rammer, og at bemyndigelsen vil blive anvendt til at sætte hele § 1 i kraft senest den 1. september 2014.

Det fremgår endvidere af bemærkningerne, at

”Denne fleksible mulighed for at sætte § 1 i kraft vil f.eks. blive anvendt, hvis der mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og organisationer af sundhedspersoner, repræsenterende almen lægehjælp, indgås en overenskomst indenfor de nye reguleringsmæssige rammer, som kan træde i kraft før den 1. september 2014, således at § 1 træder i kraft fra det tidspunkt, hvor den nye overenskomst kan have virkning. De elementer i lovforslagets § 1, som er nødvendige med henblik på at forberede, at en ny overenskomst kan virke inden for de nye reguleringsmæssige rammer, f.eks. etableringen af praksisplanudvalgene, jf. § 204, stk. 2, som affattet ved lovforslagets § 1, nr. 7, forudsættes sat i kraft forud for ovenstående elementer.

Baggrunden for, at den nuværende overenskomst ikke blot er forlænget med et år er, at jeg ikke har villet afskære parterne fra at indgå en ny overenskomst inden for de nye reguleringsmæssige rammer, som kan træde i kraft før den 1. september 2014.

14. PLO kommentar

Ifølge lovforslaget skal den første praksisplan foreligge den 1. maj 2014. Ministeren vil således sætte minimum den del af § 1 i kraft før dette tidspunkt. Det vil kunne vanskeliggøre mulige nye forhandlinger mellem PLO og RLTN om indgåelse af en ny overenskomst om almen praksis, hvis der parallelt med overenskomstforhandlingerne gennemføres en tidsmæssigt forceret praksisplanlægning i hele landet.

Det fremgår af ikrafttrædelsesbestemmelsen, at loven træder i kraft den 1. september 2013, og at ministeren fastsætter tidspunktet for ikrafttrædelsen af § 1, herunder hvilke bestemmelser der træder i kraft, hvornår, jf. ovenfor.

Bestemmelserne om praksisplan og praksisplanudvalg, som fremgår af lovforslagets § 1, skal i lyset af, at den første praksisplan skal foreligge den 1. maj 2014, træde i kraft snarest, så kommuner, regioner og læger kan få påbegyndt arbejdet med praksisplanens beskrivelse af den lokale tilrettelæggelse af almen praksis. Og så parterne kender praksisplanernes indhold, som en del af grundlaget for de aftaler, som indgås med de praktiserende læger om vilkårene for de ydelser, som lægerne leverer.

15. PLO kommentar

Hvis overenskomsten videreføres i perioden 1. september 2013 til 31. august 2014 vil det økonomiprokollat, som udløb 31. marts 2013, ved lov blive sat i kraft igen. Lægerne pålægges et økonomiloft af samme størrelse som for perioden 1. april 2012 til 31. marts 2013. Det betyder, at fx opgaveflytninger fra sygehusvæsenet til almen praksis og flere gruppe 1-sikrede i perioden frem til den 1. september 2014, skal løses af de praktiserende læger uden, at der følger ressourcer med til at ansætte mere klinikpersonale.

Den økonomiske ramme, der var fastsat i økonomiprokollatet til Overenskomst om almen praksis, udløb den 30. marts 2013, og var begrænset til en fikseret tidsperiode på 2 år. Den økonomiske ramme, der vil være gældende i den periode, hvor den økonomiske ramme fastlægges i loven, skal svare til en forholdsmæssig del af den ramme, som var fastsat i økonomiprokollatet i henhold til overenskomsten, svarende til den tidsperiode, hvor økonomiprokollatet skal være gældende efter loven.

Det skal bemærkes, at der var aftalt en reguleringsmekanisme i det økonomiprokollat, der var enighed om imellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og PLO, og som med lovforslaget skal være gældende, indtil der er indgået en ny aftale.

Det fremgår således, at der i helt særlige tilfælde mellem de centrale parter kan aftales en korrektion af rammen. Det kan eksempelvis skyldes ekstraordinær sygelighed og større strukturelle ændringer samt ændringer som følge af lovgivning.

16. PLO kommentar

PLO anfører, at ministeren med den nye formulering af § 229 får udvidede beføjelser til under en eventuel overenskomstløs periode at fastlægge vilkårene for udbetaling af ydelser, således at det alene bliver de praktiserende sundhedspersoner, der kommer til at bære de økonomiske konsekvenser af en konflikt. Hermed forskydes den hidtidige balance mellem aftaleparterne på praksisområdet, og man fjerner i realiteten den frie aftaleret, bl.a. for PLO.

Med bestemmelsen justeres den eksisterende bestemmelse i sundhedslovens § 229, der bemyndiger ministeren til at fastsætte nærmere regler om vilkårene for regionernes og kommunernes tilskud i en overenskomstløs periode.

Ministeren bemyndiges bl.a. til – i en overenskomstløs periode - at fastsætte regler for den samlede økonomiske ramme for ydelserne på det berørte overenskomstråde, samt fastsætte regler om eventuel modregning eller tilbagebetaling ved overskridelse af denne ramme. Det forudsættes, at ministeren ved fastsættelsen af sådanne regler lægger sig op ad regler, som var gældende før den overenskomstløse periode indtrådte, eller at det på anden vis sikres, at de økonomiske rammevilkår på det pågældende praksisområde i væsentlig grad svarer til de vilkår, som hidtil har været gældende.

Dermed er jeg ikke enig i PLO's vurdering af, at de økonomiske konsekvenser i en overenskomstløs alene bæres af sundhedspersonerne.

17. PLO kommentar

PLO anfører, at det er uklart, hvad samarbejdsudvalgenes fremtidige rolle bliver, og om regionerne tildes en ensidig kompetence til at sanktionere. PLO anfører, at det fremgår af lovbemærkningerne (s. 12), at samarbejdsudvalgene forventes fastholdt som en del af en ny overenskomst. Det indebærer "f.eks. også, at overenskomstens system for håndtering af sager vedrørende enkeltlæger, skal håndteres inden for rammerne af det system, som overenskomsten foreskriver på de punkter, der er omfattet af overenskomsten." Formuleringerne kan læses sådan, at klagesager, højstegrænsesager og sager om tilbagebetaling m.v. fortsat skal behandles i samarbejdssystemet. Samtidig anføres det dog på side 19, at regionen har forpligtelse til "effektivt at kontrollere og sanktionere, hvis de ydere i praksissektoren, som leverer ydelser til regionerne, ikke leverer de aftalte opgaver til den aftalte tid". Derved synes lovforslaget at tillægge den ene kontraktpart – regionen – en diskretionær kompetence til at afgøre, hvornår den anden kontraktpart – lægen – har overtrådt kontrakten og derefter sanktionere overtrædelsen.

Det fremgår af bemærkningerne, at samarbejdsudvalgene fortsat vil være forum for drøftelser og dialog vedrørende almen praksis og udviklingen i almen praksis, ligesom samarbejdsudvalget fortsat vil være et forum vedrørende de spørgsmål, som er reguleret i overenskomsten.

Dette indebærer f.eks. også, at sager vedrørende enkeltlæger skal håndteres indenfor rammerne af det system, som overenskomsten foreskriver på de punkter, der er omfattet af overenskomsten.

Den endelige beslutningskompetence vedrørende spørgsmål, der er reguleret i loven, tilfalder således den myndighedsansvarlige region, hvorimod afgørel-

ser i relation til spørgsmål, der er reguleret indenfor det aftalebaserede system, afgøres inden for dette system (samarbejdsudvalg, landssamarbejdsudvalg og opmand).

Med venlig hilsen

Astrid Krag / Sven Erik Bukholt