



PRAKTISERENDE  
LÆGERS  
ORGANISATION

Folketingets Sundhedsudvalg  
Folketinget  
Christiansborg  
1240 København K

Dato  
4. april 2008  
J.nr.  
2008-2320

### **Om hvordan den aktuelle mangel på praktiserende læger bør håndteres.**

En af de største udfordringer for sundhedsvæsenet i øjeblikket er den tiltagende mangel på alment praktiserende læger. Situationen er ikke alene problematisk for almen praksis, men har også negative konsekvenser for det øvrige sundhedsvæsen.

PLO har derfor udarbejdet vedlagte handlingsplan, der indeholder en bred vifte af forslag, som på kort sigt vil kunne dæmme effektivt op for de negative konsekvenser af lægemanglen.

Der er behov for et tættere samarbejde mellem kommuner, regioner og læger, hvis de negative konsekvenser af lægemanglen skal afbødes uden, at kerneværdierne i almen praksis kompromitteres.

Med den nye handlingsplan inviterer PLO alle parter til et tæt samarbejde om løsningen af ét af sundhedsvæsenets største problemer.

Med venlig hilsen

  
Michael Dupont

Bilag.



**Marts 2008**

**Handlingsplan  
for almen praksis  
– om hvordan den aktuelle mangel på  
praktiserende læger bør håndteres.**

**Praktiserende Lægers Organisation**

**Forord.**

Den tiltagende mangel på alment praktiserende læger indebærer en række problemer for såvel almen praksis som for det øvrige sundhedsvæsen. Situationen kalder efter PLO's opfattelse på konstruktive og bæredygtige løsninger, der respekterer og fastholder de centrale værdier i det danske familielægesystem.

Derfor har PLO's repræsentantskab på mødet den 29. marts 2008 vedtaget denne handlingsplan, som indeholder en række forslag, der effektivt – og på kort sigt - vil kunne afhjælpe konsekvenserne af den stigende mangel på alment praktiserende læger.

Vi håber, at vore samarbejdspartnere i regioner og kommuner vil tage godt i mod handlingsplanen og sammen med PLO arbejde for at sikre befolkningen en ordentlig lægedækning på rimelige betingelser.

**Michael Dupont**

Formand

## 1. Sammenfatning.

PLO fremlægger i denne handlingsplan en række forslag, der effektivt - og på kort sigt - vil afhjælpe konsekvenserne af den stigende mangel på alment praktiserende læger. Forslagene er udformet på en sådan måde, at de centrale værdier i det danske familielægesystem ikke kompromitteres.

Handlingsplanen stiller krav om kommunernes og regionernes aktive medvirken, hvis én af sundhedsvæsenets største udfordringer skal løses.

Handlingsplanen problematiserer, om den praktiserende læge løser "de rigtige opgaver" i dag. Det foreslås fx, at der gives økonomisk mulighed for at ansætte mere praksispersonale til aflastning af lægen. Der efterlyses en udbygning af de kommunale sundhedstilbud. Der siges nej til uselekterede helbredstjek af befolkningen, men ja til helbredsundersøgelser af særligt udsatte grupper. Ud fra målsætningen om effektiv anvendelse af de lægelige ressourcer stilles forslag om øget anvendelse af patienttransportordninger som alternativ til, at lægen passivt tilbringer sin tid på landevejene.

Kvalificerede løsninger af problemerne med mangel på praktiserende læger kan ikke ses løst fra det øvrige sundhedsvæsen. Det integrerede sundhedsvæsen kalder på integrerede løsninger. Handlingsplanen indeholder derfor en bred vifte af nødvendige tiltag i sygehusvæsenet og den kommunale sundhedssektor, som vil kunne give en mærkbar aflastning af almen praksis.

I direkte relation til almen praksis siger handlingsplanen:

- Ja til større lægehuse, men det skal ske med frivillige aftaler med lægerne og understøttes økonomisk og på anden måde af kommuner og regioner.
- Klart nej til praksisvikarordninger, der giver dårligere kvalitet i patientbehandlingen.
- Parat til at drøfte højere lukkegrænser for delepraksis.
- Patientindtag udover normtallet på 1600 skal fortsat være frivillig, ellers vil lægerne opleve en urimelig belastning af arbejdsmiljøet med risiko for, at mange læger vil ophøre i utide. Ved anvendelse af de rette incitamenter vil det være muligt at skaffe lægevalgsmuligheder til alle patienter.
- De ældre læger skal motiveres til at udsætte deres pensionering. Dette vil eksempelvis kunne ske ved at garantere en mærkbar, økonomisk kompensation til læger, der indvilger i at udsætte ophørstidspunktet.

PLO's seneste medlemsundersøgelse viser, at medlemmerne er indstillet på at tage det nødvendige ekstra antal patienter, hvis forhold som personale, bygninger og økonomiske incitamenter bliver optimale.

## 2. Indledning.

Manglen på alment praktiserende læger bliver et stadigt større problem for det danske sundhedsvæsen. I øjeblikket mangler vi ca. 100 læger, men om få år vil dette tal være oppe på 3-400 læger. Der er allerede nu eksempler på, at ydernumre enten ikke kan genbesættes, eller at det tager betydeligt længere tid at få ledige praksis genbesat. Problemet er ikke længere afgrænset til bestemte egne af landet, men dukker i stigende omfang nu også op i de større byer.

Regioner og læger har en fælles interesse i at sikre befolkningen en kvalificeret og dækkende primær lægebetjening samt rimelige arbejdsvilkår for lægerne. Enkelte steder i landet er der aftalt fornuftige løsninger på problemerne, men vi oplever desværre stadigvæk, at det mange steder er vanskeligt at finde acceptable løsninger på lægemanglen. Det har i enkelte tilfælde ført til, at visse borgere har været helt uden egen læge.<sup>1</sup>

Regeringen og Danske Regioner har på det seneste fremlagt en række forslag til udvikling af fremtidens almen praksis. PLO hilser de forskellige udspil velkommen og er parat til nærmere drøftelser. Mange af forslagene har imidlertid en relativ lang tidshorisont og forudsætter i øvrigt i en del tilfælde konkrete aftaler i forbindelse med de næste overenskomstforhandlinger, som forventes udskudt. De politiske udspil løser således ikke de helt aktuelle problemer med den voksende lægemangel.

Målet med denne handlingsplan er derfor at beskrive de løsninger, som PLO mener, bør gennemføres i den aktuelle situation. Der er ikke tale om én løsningsmodel, tværtimod omfatter handlingsplanen en bred vifte af tiltag, som også inddrager det øvrige sundhedsvæsen.

Handlingsplanen hviler på tre grundlæggende præmisser:

For det første må løsningerne på de aktuelle problemer ikke kompromittere de centrale værdier i det danske familielægesystem.

For det andet indbyder situationen med mangel på læger til overvejelser om, hvorvidt den praktiserende læge løser de rigtige opgaver i dag, eller om man kan forestille sig en anden prioritering af opgaverne i relation til almen praksis.

For det tredje skal løsningerne også omfatte nødvendige forandringer hos almen praksis' samarbejdspartnere. Hvis målsætningen om det integrerede sundhedsvæsen skal være andet end luftkasteller, skal de aktuelle løsningsforslag ikke alene fokusere på almen praksis, men også omfatte sygehusene og kommunerne.

## 3. De centrale værdier for almen praksis.

De fleste anerkender almen praksis som et unikt tilbud, som både blandt borgerne og internationalt høster stor respekt.

Almen praksis er hovedhjørnестenen i det danske sundhedsvæsen. 9 ud af 10 danskere er i kontakt med egen læge mindst én gang om året, og det gennemsnitlige,

<sup>1</sup> Jfr. de såkaldte "spøgelsespatienter."

årlige antal kontakter pr. borger hos egen læge er på ca. 7. Kun ca. 10 % af patienterne visiteres til andre dele af sundhedsvæsenet.<sup>2</sup>

Almen praksis er grundlæggende baseret på familielægeprincippet:

- Familielægen er for alle – enhver borger vælger sin egen læge.
- Familielægen kan besøges uden egenbetaling.
- Familielægen følger familien gennem hele livet.
- Familielægen er patientens tovholder i sundhedsvæsenet.
- Familielægen er let tilgængelig.<sup>3</sup>
- Adgang til det øvrige sundhedsvæsen sker som altovervejende hovedregel efter forudgående visitation af familielægen.

Det er vigtigt, at de aktuelle løsningsmodeller ikke undergraver familielægeprincippet, idet dette – både på kort og langt sigt - ville kunne føje ubodelig skade til det samlede sundhedsvæsen.

#### **4. Løser den praktiserende læge de rigtige opgaver?**

De nuværende opgaver i almen praksis er et resultat af den historiske udvikling i sundhedsvæsenets samlede opgavesæt samt af indgåede overenskomster og aftaler. Det er imidlertid ingen naturlov, at almen praksis fremover nødvendigvis skal have de samme opgaver som i dag. Og allerede i dag er der en ikke ubetydelig variation i opgaverne i almen praksis. Der er således stor forskel på den praktiserende læges opgaver på Vesterbro i København og kollegaens i Nordjylland.

Med udsigten til voksende lægemangel er det nødvendigt at se på, om den praktiserende læge løser de rigtige opgaver, eller om der bør ske en opgavejustering, som principielt kan gå begge veje – flere opgaver til den praktiserende læge eller flytninger af opgaver til andre personalegrupper eller sektorer.

I det følgende gives nogle eksempler på en ny opgaveprioritering i relation til den praktiserende læge. Der er ikke tale om en udtømmende oversigt, men alene nogle eksempler, som kan tjene til det nødvendige fokus på problemstillingen:

1. Den første overvejelse går på mulighederne for at reallokere opgaverne internt i praksis således, at lægen aflastes og klinikpersonalet tildeles flere opgaver. Det forudsætter som udgangspunkt ansættelse af mere klinikpersonale. Målt internationalt har almen praksis i Danmark en relativ beskeden normering med klinikpersonale. I Holland og England er der fx ca. 2 årsværk pr. læge, mens andelen i Danmark er på 0,9.

<sup>2</sup> Alene en forøgelse af dette tal med 1 %-point ville medføre en 10 % stigning i det øvrige sundhedsvæsen.

<sup>3</sup> Sædvanligvis skal praktiserende læger tilbyde en tid senest efter 5 dage, men akutte henvendelser behandles ofte samme dag.

Det forekommer oplagt at foretage systematiske analyser i de enkelte klinikker for nærmere at vurdere mulighederne for at flytte en række kliniske og administrative opgaver fra lægen til klinikpersonalet. Men det er ikke nogen problemfri løsning: For det første kan der i visse egne af landet være vanskeligheder forbundet med at rekruttere mere klinikpersonale. For det andet er det naturligvis forbundet med omkostninger at ansætte mere personale.<sup>4</sup> Flytning af opgaver til klinikpersonalet stiller desuden krav om efteruddannelse af personalet således, at de reelt vil kunne varetage nye opgaver, fx i relation til de kroniske patienter, forebyggelse m.v. Endelig kræver det også tilvænnning fra patientside, idet patienterne skal vænne sig til, at en række opgaver fremover varetages af fx en sygeplejerske i stedet for af egen læge.

2. Den kommunale sundhedssektor kan blive en reel aflastning af almen praksis fremover. Etablering af sundhedscentre eller andre kommunale sundhedstilbud, som den praktiserende læge kan henvise til, vil være en stor hjælp for lægen. Her tænkes på tiltag omkring tobak, kost, motion, genoptræning og andre forebyggelsesopgaver. Desuden ligger der en oplagt mulighed i kommunalt udviklede patientuddannelsesstilbud.

Kommunalreformen er nu over et år gammel og vi må konstatere, at der skal mere vitalitet i den kommunale sundhedssektor. Det er i den sammenhæng vigtigt med tæt kontakt til de praktiserende læger i kommunen, som vil kunne bistå med at udvikle de kommunale sundhedsydelser.

3. Trenden i sygehusvæsenet er i disse år, at der udlægges opgaver til primærsektoren – kommunen og de praktiserende læger. Det er langt hen ad vejen en fornuftig udvikling – forudsat, at den foregår i et aftalebestemt samarbejde med yderne i primærsektoren. Det er i den forbindelse vigtigt at være opmærksom på, om der er opgaver, sygehusvæsenet med fordel kunne løse, men som i dag ligger i primærsektoren. Bag ønsket om sygehusvæsenets overtagelse af opgaver fra primærsektoren kunne ligge hensynet til kvalitet i opgaveløsningen, stordriftsfordele og lignende. Blandt mulige opgaver kan peges på patientskoler, visse dele af genoptræningen m.v.
4. Både den internationale og den danske udvikling går i retning af at udlægge en række opgaver fra sygehusene i relation til det stigende antal kroniske patienter til kommuner og almen praksis. Udviklingen er generelt fornuftig – både set fra et sundhedsfagligt og et patientsynspunkt – men det er vigtigt, at udviklingen foregår aftalebestemt, dvs. at den afgivende part sikrer sig, at den modtagende part – kommunen og/eller de praktiserende læger – har ressourcer og forudsætninger for at løse de nye opgaver.
5. Strukturomlæggningerne på sygehusområdet betyder bl.a., at antallet af akutte sygehusenheder reduceres i disse år med henblik på effektivisering og kvalitetsforbedring. PLO hilser sygehusplanerne velkommen, men vil advare imod at flytte en række af de akutte behandlingsfunktioner over i almen praksis. I stedet bør den præhospital indsats tilpasses og styrkes.

<sup>4</sup> Fx vil indførelsen af den engelske standard med 2 årsværk pr. læge medføre en merudgift i almen praksis på omkring 1,5 mia. kr.

6. Fra tid til anden dukker ønsket op om et løbende, generelt helbredstjek af hele befolkningen. Den sundhedsfaglige effekt af helbredstjek er omdiskuteret, og med stigende lægemangel er tidspunktet næppe inde til at give befolkningen tilbud om et uselekteret helbredstjek.
7. I en situation med lægemangel er det vigtigt, at de lægelige ressourcer tidsmæssigt koncentrerer sig på de tider af døgnet, hvor der er det største behov.
8. For at udnytte de knappe, lægelige ressourcer bedst muligt bør det overvejes at etablere en udvidet patienttransportordning (i dag- og vagttid), som dermed begrænser lægens tid på landevejene i forbindelse med sygebesøgene.
9. Den nuværende lægevagtsstruktur bør systematisk gennemgås for at sikre, at konsultationer kun placeres og bemannes svarende til det faktiske behov således, at lægerne arbejder effektivt også i vagten.

Nogle af eksemplerne lægger op til interne overvejelser i den enkelte praksis, mens andre forslag forudsætter drøftelser og aftaler, enten centralt eller i de regionale sundhedskoordinationsudvalg og/eller de regionale samarbejdsudvalg.

### **5. Krav til det øvrige sundhedsvæsen.**

En meget betydelig del af det daglige arbejde i almen praksis består i dag i at være tovholder for patienten – ofte som følge af et til tider mindre velfungerende sygehusvæsen<sup>5</sup> og kommunal sundhedssektor. Løsningen af de aktuelle problemer i almen praksis går derfor (også) henover en række præstationsforbedringer i sygehusvæsenet og den kommunale sundhedssektor.

I relation til sygehusvæsenet er der således følgende presserende fokuspunkter:

- Almen praksis bør have let og udvidet adgang til sygehusvæsenets diagnostiske faciliteter.
- Enkle og entydige visitationsprocedurer, helst i form af fælles visitationsenheder på sygehusene.
- Der skal være en nemmere og hurtigere tilgængelighed af speciallægerådgivning i sygehusvæsenet for almen praksis.
- Epikriser bør udfærdiges og udsendes til egen læge umiddelbart i forbindelse med patientens udskrivelse fra sygehuset i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning.
- Sygehusvæsenet bør i lighed med almen praksis udpege tovholdere til de patientforløb, der er placeret i sygehusvæsenet.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Jfr. fx DSI's rapport om tovholderfunktionen i almen praksis.

<sup>6</sup> PLO konstaterer med tilfredshed, at der er et lovforslag på vej fra regeringen, der lovfæster en kontaktpersonordning i sygehusvæsenet.



I relation til kommunerne er der følgende fokuspunkter i relation til almen praksis:

- Udpegning af tovholdere/kontaktpersoner i relation til patientforløb.
- Etablering af sundhedskoordinatorer i særligt, socialt belastede områder.
- Implementering af elektronisk sundhedskommunikation med plejehjem og hjemmeplejen.
- Fremskyndelse af etablering af forebyggelsescentre med let adgang og aftalte, entydige visitationsregler.

Det anbefales, at disse emner drøftes i den nærmeste fremtid i de regionale sundhedskoordinationsudvalg og kommer til at indgå i de enkelte sundhedsaftaler.

## **6. Løsningsmodeller med fokus på organisering af almen praksis.**

I dette afsnit fremlægger PLO sine holdninger til forskellige former for organisatoriske løsninger, der skal forebygge praksislukninger eller afhjælpe konsekvenserne heraf:

### **a) Større lægehuse**

Etablering af større lægehuse vil øge rekrutteringsmulighederne i almen praksis og give bedre mulighed for at ansætte mere praksispersonale. For PLO er det afgørende, at der bliver tale om en frivillig proces, baseret på incitament. Det er ligeledes vigtigt at undgå, at etableringen af større lægehuse fører til tab af tilgængelighed eller forringet patienttilfredshed med almen praksis.

Helt tilbage i 2002 fik PLO indføjet i landsoverenskomsten, at amterne aktivt burde medvirke til at finde lokaler til praksis, der ønsker at etablere sig i kompagniskabspraksis eller samarbejdspraksis.<sup>7</sup> PLO har også i mange år peget på, at kommunernes lokalplaner indeholder hindringer for, at lægerne kan etablere sig i større praksisfællesskaber. På trods heraf har der kun været sporadiske eksempler på, at amterne (nu regionerne) har bidraget, og den kommunale initiativrigdom har heller ikke imponeret.

Hvis større lægehuse placeres strategisk rigtigt, og befolkningen i øvrigt accepterer, at større lægehuse kan betyde længere afstand til egen læge, vil større lægehuse ikke kun give mulighed for en mere effektiv udnyttelse af lægeressourcer, men også fungere som et meget væsentligt rekrutteringsinstrument – det gælder både i land og by. I byområder, særligt København, er der herudover et påtrængende behov for at få løst det problem, at en stor del af de praktiserende læger sidder i små og utidssvarende lokaler, hvor det ikke er muligt at leve op til fremtidens forventninger til klinikpersonale og klinikudstyr i forbindelse med kronikeromsorg mv.

I løbet af 2007 har PLO foretaget en offensiv indsats over for Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL for at få ny fokus på behovet for større lægehuse<sup>8</sup>.

Der synes nu at være en erkendelse af, at det er den vej, udviklingen skal gå – men

<sup>7</sup> Protokollat af 13-10-2002 vedr. lokalemæssige hindringer

<sup>8</sup> Jf. PLOs notat "På vej mod større lægehuse", september 2007.

hvis det skal blive til mere end ord, er det nødvendigt med en ambitiøs investeringsplan, som gør det muligt for regioner (og kommuner) at opføre moderne lægehuse og udleje lokalerne på rimelige vilkår. Udviklingen vil kunne fremmes ved at regionerne yder støtte til flytteudgifter, afvikling af tidligere lejemaal, husleje garanti i tilfælde af praksisophør osv.

For kommunernes vedkommende må vi appellere til, at kommunerne tager deres medansvar for at sikre et lægetilbud til borgerne alvorligt. Der er behov for en holdningsændring, sådan at håndtering af eksempelvis lokalplaner og dispensationer understøtter udviklingen mod større lægeenheder - i stedet for at modarbejde den. Kommunerne kan også bidrage aktivt ved at udpege egnede byggegrunde eller lokaler til etablering af lægehuse.

Sideløbende hermed skal der tilbydes struktureret støtte og rådgivning til læger, som har ønske om selv at etablere større lægehuse. Dette tilbud bør forankres i de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg og i KIF.

Fra ministeriernes side efterspørger vi hjælp til at få fjernet lovgivningsmæssige barrierer. Det drejer sig bl.a. om at fjerne goodwillbeskatning ved sammenlægning af praksis og at skabe mulighed for skattemæssige afskrivninger på lægehuse.

### **b) Satellitpraksis**

Som konsekvens af større lægehuse vil der blive patienter, der får langt til nærmeste læge. Satellitpraksis<sup>9</sup> har været nævnt som en mulighed for at sikre patienterne et nært tilbud.

I en tid med lægemangel må PLO holde fast på, at der i alle tilfælde skal ske en effektiv udnyttelse af de lægelige ressourcer. Det er tvivlsomt, om dette vil være tilfældet ved etablering af satellitpraksis. I de fleste tilfælde vil det formentlig være mere hensigtsmæssigt at etablere transportordninger for patienterne.

PLO vil dog ikke på forhånd afvise, at det i særlige tilfælde skal kunne aftales at en eksisterende praksis påtager sig at bemande en satellit, eventuelt med en ansat læge.

Deltagelse i en eventuel satellitpraksis skal under alle omstændigheder være baseret på frivillighed og incitament.

### **c) Ansatte læger**

Hovedparten af de yngre almenmedicinere har et ønske om at praktisere på de kendte vilkår, hvor de er medejere af en praksis og har stor indflydelse på praksisdriften. Der er dog en gruppe almenmedicinere, som ikke ønsker at binde sig til et medejerskab. Et antal almenmedicinere har gennem årene valgt at lade sig ansætte på sygehuse i stedet for at nedsætte sig i almen praksis.<sup>10</sup>

Almen praksis har brug for alle de lægerressourcer, der kan tiltrækkes. Derfor vil PLO i

<sup>9</sup> Der foreligger ingen entydig definition af, hvad en satellitkonsultation er. Det ligger dog fast, at udtrykket dækker over en "ekstra" konsultation ud over lægens faste kliniklokaler.

<sup>10</sup> Det skønnes, at der er tale om et antal på 150-200 sygehusansatte almenmedicinere, som er uddannet inden for de sidste 10 år.

den kommende tid undersøge mulighederne for at ansætte speciallæger i almen medicin i tidsubegrænsede stillinger i almene lægepraksis. Overenskomstteknisk kan dette ske ved, at den nuværende 5 års-begrænsning for amanuensisansættelser afskaffes.

#### **d) Regionsansatte vikarer**

Der er enkeltstående eksempler på, at regioner har etableret lægebetjening til lægeløse patienter ved, at regionen har ansat læger som vikarer, eventuelt ved anvendelse af skiftende læger fra et vikarbureau.

PLO finder, at der er tale om et kvalitetsmæssigt dårligt tilbud, som ikke harmonerer med familielægeprincippet og de visioner, som fra mange sider er stillet op for almen praksis' rolle i det samlede sundhedsvæsen. Da regionsansatte vikarer hverken er beskrevet i sundhedsloven eller landsoverenskomsten, opstår der ved disse en række problemer i forbindelse med lægevagtsbetjeningen, lægebetjeningen ved vikarens fravær og lignende, som kræver afklaring.

Ved at forfølge de øvrige tiltag, som anvises i denne handlingsplan, vil initiativer som "regionsansatte vikarer" blive overflødige.

#### **e) Delepraksis**

Regionerne ønsker at begrænse delepraksis. PLO finder, at delepraksis er et gode, som understøtter rekruttering og fastholdelse til almen praksis. Der kan dog være grund til at overveje en justering af de nuværende delepraksisregler.

De nuværende lukkegrænser for delepraksis har i nogle tilfælde som konsekvens, at der bliver et u hensigtsmæssigt stort patientpres på området's øvrige læger.

Det bør overvejes, om der i højere grad skal være mulighed for at gøre en delepraksistilladelse betinget af en konkret fastsat - højere - lukkegrænse end den, der gælder i dag.

De gældende regler om delepraksis indebærer, at der skal søges en ny tilladelse, når en kompagnon udtræder af praksis. I disse situationer, hvor en praksis allerede har etableret delepraksis og i god tro har indrettet sig på den situation, er det vigtigt at tilgodese praksis' interesse i, at situationen ikke ændres.

Hvis det kommer på tale at give afslag på fornyelse af delepraksistilladelsen, bør der fastsættes en overgangsordning, hvor praksis får mulighed for gradvist at tilpasse praksisdriften til den nye situation.

#### **f) Økonomisk kompensation for patienter udover normalt**

PLO finder det nødvendigt at fastholde lægens ret til at lukke for patienttilgang ved normaltallet på 1600. Dette skyldes hensynet til at fastholde så mange læger som muligt - så længe som muligt.

Patientindtag ud over 1600 skal være frivillig. Ved anvendelse af de rette incitamenter vil det være muligt at skaffe lægevalgsmulighed til alle patienter.

De økonomiske incitamenter kan have forskellig karakter:

PLO anførte således i sit princippapir fra august 2007 i relation til praksislukninger, at regionen bør yde minimum dobbelt basishonorar for hver ekstra patient ud over 1600, som en nabolæge påtager sig for at løse et problem, samt yderligere driftstilskud så lægen for hver ekstra patient er sikret et ekstra beløb på ca. 1000 kroner pr. år. Dette svarer til en konkret aftale, som blev indgået med henblik på at løse et lægedækningsproblem i Thyborøn og Harboøre medio 2007. Aftalen er tidsbegrænset og skal genforhandles ved udgangen af 2008.

En anden mulighed er at aftale, at basishonoraret for patienter ud over 1600 forøges gradvis – jo flere patienter, des større basishonorar for de ekstra patienter.

Fra en § 2 aftale om afhjælpning af lægemanglen på Mors kan nævnes en model, hvor der udbetales forhøjet basishonorar efter følgende retningslinjer: Når en praksis tager 10-20 % flere tilmeldte ud over nuværende antal tilmeldte ydes basishonorar med en faktor på 2,0 for de ekstra patienter. Ved patientindtag på 20-30 % ud over nuværende antal tilmeldte ydes basishonorar med en faktor på 2,5. Ved patientindtag på 30 % og derudover ud over nuværende antal tilmeldte ydes basishonorar med en faktor på 3,0. Procentstigningen udregnes i forhold til det antal patienter, der er tilmeldt praksis på tidspunktet for aftalens indgåelse.

#### **g) Fastholdelse af læger.**

I 2007 var gennemsnitsalderen for nye praktiserende læger på 40 år, mens den gennemsnitlige ophørsalder var på 61 år. Den gennemsnitlige praktiserende læge er således praktiserende læge i 21 år. Beregninger viser, at hvis blot den gennemsnitlige erhvervskarriere for en praktiserende læge blev forøget med 2-3 år, ville der ikke være lægemangel.

For så vidt angår de nye praktiserende læger må det forventes, at effektiviseringen af videreuddannelsessystemet<sup>11</sup> vil medvirke til at sænke gennemsnitsalderen. Effekten opnås først på lidt længere sigt, hvorfor det i den aktuelle situation er nødvendigt at gøre en ekstraordinær, systematisk indsats for at søge at udskyde ophørstidspunktet. I enkelte regioner er der fx indgået aftaler med lægerne om goodwill-garanti, hvis lægen indvilger i at fortsætte i sin praksis i nogle år efter det 60. år.

De regionale samarbejdsudvalg bør i forbindelse med udarbejdelsen af de regionale praksisplaner systematisk udarbejde lægeprognoser og vurdere behovet for at aftale særlige fastholdelsesordninger.

#### **7. Nytter det noget?**

De seneste tal for lægemanglen viser,<sup>12</sup> at der pr. 1. januar 2008 manglede 114 alment praktiserende læger på landsplan. Omregnet til antal patienter svarer dette til ca. 170.000 patienter. Ifølge PLO's lægeprognose vil der om 5 år mangle 3-400 læger svarende til ca. 450-600.000 patienter.

<sup>11</sup> Jfr. Principaftale herom mellem Lægeforeningen og Sundhedsministeriet fra 2007.

<sup>12</sup> Jfr. svar afgivet af Ministeren for Sundhed og Forebyggelse af den 11. februar 2008 til Folketingets Sundhedsudvalg (spørgsmål 91).

Det gode spørgsmål er, om de forslag, som PLO stiller i denne handlingsplan, reelt vil afhjælpe konsekvenserne af lægemanglen og dermed påvirke lægedækningen i gunstig retning?

Et fingerpeg herom fås fra PLO's seneste medlemsundersøgelse fra 2008, som viser, at medlemmerne vil være indstillet på at påtage sig det nødvendige ekstra antal patienter, såfremt forhold som lokaler, personale og økonomiske incitament er optimale.

Der er således ingen tvivl om, at det nytter noget, hvis den aktuelle mangel på praktiserende læger håndteres på den måde, som PLO foreslår i denne handlingsplan.