



Dato  
06-11-2012

Sagsnr. / Dok.nr.  
2012-2125  
/ 659747

### **Kommentarer til Rigsrevisionens ”Beretning til Statsrevisorerne om aktiviteter og udgifter i praksissektoren” fra august 2012.**

I dette notat kommenteres de væsentligste anbefalinger og konklusioner i Rigsrevisionens beretning:

- 1. ”Praksissektoren har derfor stor betydning for den sundhedsmæssige indsats over for borgerne, og en velfungerende praksissektor er afgørende for en begrænsning af udgiftsvæksten i det øvrige sundhedsvæsen.” (s. 5).**

#### Kommentar.

Enig.

- 2. ”Det er (dog også) Rigsrevisionens vurdering, at de eksisterende rammer gør det vanskeligt for regionerne at styre aktiviteter og udgifter i praksissektoren” (s. 2).**

#### Kommentar.

Ifølge oplysninger fra Rigsrevisionen er udgifterne til alment praktiserende læger steget med 13,5 % i perioden 2001-11, mens det fremgår af Rigsrevisionens beretning, at udgifterne til den samlede praksissektor steg med 22 % i samme periode. Udgiftsstigningen til sygehusvæsenet lå ifølge beretningen højere (s. 6).<sup>1</sup> I beretningen citeres ministeriet for at udtale, at forklaringerne på væksten på praksisområdet er ændret befolkningssammensætning, medicinsk-teknologiske fremskridt, øget politisk prioritering af nye målgrupper m.v., og øget økonomisk vækst i samfundet (s. 6).

---

<sup>1</sup> I svar til Folketingets Sundhedsudvalg oplyser Ministeren for Sundhed og Forebyggelse, at stigningen i udgifterne til sygehusvæsenet i perioden 2001-11 var på 29,5 % (jf. svar af den 2. november 2012 på spørgsmål nr. 11 (Alm. del)).

**3. ”Beretningen har i udkast været forelagt Finansministeriet, Sundhedsministeriet og regionerne, hvis bemærkninger i videst muligt omfang er indarbejdet.” (s. 7).**

Kommentar.

Beretningen er udarbejdet på baggrund af Rigsrevisionens undersøgelse og tætte kontakt med repræsentanter for regionerne. Regionerne har bl.a. haft lejlighed til at gennemgå udkastet til beretning. Beretningen bærer præg heraf, idet der adskillige steder i beretningen refereres til oplysninger eller udtalelser fra regionerne.

PLO, som har paritetisk indflydelse på styringen og udviklingen af almen praksis, har ikke været inddraget i forbindelse med udarbejdelsen af beretningen.

**4. ”Regionerne har ikke selvstændig kompetence til at fastsætte, hvor mange alment praktiserende læger regionen finder tilstrækkeligt til at dække borgernes behov.” (s. 3).**

Kommentar.

PLO bistår i udpræget grad regionerne med at afhjælpe problemerne med lægemanglen landet over. Ikke desto har Danske Regioner på det seneste kritiseret PLO for ikke at ville samarbejde om konkrete løsninger af lægemanglen, hvilket ifølge Danske Regioner skulle bevise, at PLO ikke forvalter sin paritetiske indflydelse hensigtsmæssigt.

Under de igangværende overenskomstforhandlinger har PLO derfor efterlyst konkrete eksempler på tilfælde, hvor PLO ikke har villet samarbejde konstruktivt med regionerne. Der vedlægges et notat af den 6. november 2012 med eksempler fra Danske Regioner, som PLO har kommenteret.

Som det fremgår af notatet, har PLO en helt anden udlægning af de konkrete eksempler end Danske Regioner. Dette er et eksempel på det uheldige i, at PLO ikke blev inddraget i Rigsrevisionens undersøgelse.

PLO har i øvrigt under de igangværende overenskomstforhandlinger fremlagt et nyt udspil til en lægedækningsplan, der indeholder syv konkrete udspil (vedlægges).

- 5. ”Regionerne har med udgangspunkt i de landsdækkende aftaler begrænsede muligheder for at påvirke forbruget af ydelser, da forbruget primært er afhængigt af ydernes vurdering af behov for ydelser.” (s. 14).**

Kommentar.

Aktiviteten i almen praksis er først og fremmest drevet af patienternes frie adgang til at søge lægehjælp, og først derefter af lægens faglige vurdering af nødvendig behandling og undersøgelse samt myndighedskrav.

- 6. ”Det er generelt vanskeligt for regionerne at forudsige forbruget af ydelser og dermed også at budgetlægge udgifterne præcist.” (s. 17).**

Kommentar.

Problemet har tidligere været, at regionerne ikke tog hensyn til den historiske udvikling, hvor efterspørgslen efter lægehjælp i mange år er steget med 2-3 % om året, men i stedet budgetterede med nulvækst eller sågar faldende udgifter.

Denne praksis har ændret sig i de senere år. I 2010 og 2011 havde regionerne således et regnskabsmæssigt mindreforbrug i forhold til budgettet på henholdsvis 11 mio. kr. og 83 mio. kr. I fx 2011 havde tre ud af fem regioner et mindreforbrug. Én af de sidste to regioner – Region Nordjylland – budgetlagde 2011 på et mindre niveau end regnskabsudgifterne for 2009 (det senest kendte regnskabsår, når budgettet for 2011 skal lægges).

I de seneste år er der således skabt betydelig bedre overensstemmelse mellem budget og regnskab på almen praksisområdet.

- 7. Regionerne får med det nuværende honorarsystem ikke del i de produktivetsgevinster, yderne fx opnår ved at indføre ny teknologi, effektivisere arbejdsprocesserne i praksis eller ved hyppigere brug af hjælpepersonale.” (s. 17). ”Der er generelt ikke foretaget en justering af honorarsatserne i takt med produktivetsudviklingen og tilrettelæggelsen af en mere rationel drift i praksissektoren.” (s. 19).**

Kommentar.

I nuværende overenskomst er aftalt følgende vedrørende produktivetsgevinster:

”Der opnås produktivetsgevinster ved fremtidige stigninger i e-mailkonsultationer, jf. at honoraret reduceres, ved målretning af ydelsen sam-

taleterapi og ved, at en del af den målrettede forebyggelsesindsats er finansieret inden for basishonoraret frem for ved øget ydelsehonorering.”

For overenskomstperioden 1. april 2011 til 31. marts 2013 skønnes den samlede, aftalte produktivitetstgevinst at blive ca. 60 mio. kr.

Dertil kommer værdien af det strukturbetingede merarbejde på 149 mio. kr.

Almen praksis er indforstået med at levere produktivitetstgevinster, men det forudsætter, at der tilføres almen praksis investeringsmidler til kvalitetsudvikling, nyt apparatur og systematisk efteruddannelse.

PLO's nye omkostningsundersøgelse viser i øvrigt en faldende realindkomst på 2-3 % årligt samtidig med, at aktiviteten i almen praksis vokser år for år.

**8. ”En af årsagerne til, at regionerne ikke kan udføre en effektiv kontrol, er, at en væsentlig del af kontrollen med ydernes forbrug og kompetencen til at sanktionere yderne er henlagt til regionernes samarbejdsudvalg, hvori ydernes organisationer indgår.” (s. 24).**

Kommentar.

Det er sjældent, at regionerne har bragt sager om sanktioner op i samarbejdsudvalgene. Når det er sket, har PLO-Regionalt altid behandlet sagerne seriøst og medvirket til, at de blev indbragt for Landssamarbejdsudvalget til endelig afgørelse. Både i sager om sanktioner og i sager vedrørende kontrolstatistik og højstegrænser er PLO's rolle bl.a. at tilføre beslutningsgrundlaget for samarbejdsudvalget den nødvendige, lægefaglige ekspertise, hvilket Region Hovedstaden da også i beretningen citeres for at påskønne (s. 31).

PLO har i lyset af kritikken fra Rigsrevisionen gennemført en undersøgelse blandt PLO's medlemmer af de regionale samarbejdsudvalg for at kortlægge det regionale samarbejde om kontrolspørgsmål.

Resultatet af undersøgelsen vedlægges i form af notat af den 25. september 2012. Undersøgelsen viser, at der i de regionale samarbejdsudvalg generelt er enighed om afgivelse af henstillinger og fastsættelse af højstegrænser, hvorfor Rigsrevisionens vurdering af, at der ikke kan udføres effektiv kontrol, når kontrolfunktionen er henlagt til samarbejdsudvalgene med deltagelse af almen praksis, ikke er korrekt.

- 9. ”Der går i mange tilfælde lang tid – og i nogle tilfælde 3-4 år eller mere – fra det første gang bliver konstateret, at en yders forbrug afviger fra det aftalte, til at samarbejdsudvalget anvender økonomiske sanktioner.” (s. 27).**

Kommentar.

Kontrolsagerne er ofte særdeles komplekse og derfor kan det være sagligt fornuftigt at operere med et system med henstillinger, advarsler og sanktioner. På den anden side oplever PLO-siden også, at den regionale sagsbehandlingsprocedure er langsommelig. Overenskomsten er ikke til hinder for en opstramning.

- 10. ”Grænseværdierne for, hvornår en yder tages ud til kontrol, er sat så højt i de landsdækkende aftaler, at ydernes forbrug kan ligge langt over gennemsnitsforbruget, uden at forbruget undersøges nærmere.” (s. 24).**

Kommentar.

De nuværende grænseværdier afspejler den kompleksitet og forskel i patientpopulationen, der skaber en naturlig variation i ydelsesforbruget. Revision af reglerne for grænseværdierne kan godt overvejes, men en stramning vil fx medføre en betydelig forøgelse af sagsmængden.