



Holbergsgade 6  
DK-1057 København K

T +45 7226 9000  
F +45 7226 9001  
M [sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)  
W [sum.dk](http://sum.dk)

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg

Dato: 10. juni 2013  
Enhed: Primær Sundhed  
Sagsbeh.: DEPTR  
Sags nr.: 1302418  
Dok nr.: 1211756

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg har den 14. maj 2013 stillet følgende spørgsmål nr. 638 (Alm. del) til ministeren for sundhed og forebyggelse, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Benedikte Kiær (KF).

Spørgsmål nr. 638:

"Vil ministeren give konkrete eksempler på, hvor de praktiserende lægers indflydelse på praksisudviklingsplanen har givet negative virkninger?"

Svar:

Jeg har bedt Danske Regioner om bidrag til besvarelsen af spørgsmålet. Danske Regioner har oplyst følgende:

"Ordningen med, at Praktiserende Lægers Organisation (PLO) har vetoret over praksisplanlægningen i de regionale samarbejdsudvalg, skaber vanskeligheder for regionernes og kommunernes mulighed for at tilrettelægge et sammenhængende offentligt sundhedstilbud med patientens behov i centrum, og udgør en barriere for at opnå mest mulig sundhed for pengene.

PLO's primære opgave som brancheorganisation for de selvstændigt praktiserende læger og klinikejere er at varetage medlemmernes interesser, herunder de økonomiske interesser. Det indebærer, at når der træffes afgørelser om praksisplanlægning i de regionale samarbejdsudvalg, kommer lægernes behov i centrum.

Regionerne har til opgave at varetage patienternes interesser og hensyn til den overordnede sundhedsplanlægning i samarbejde med kommunerne, sådan som regionens forpligtelser er beskrevet i sundhedsloven. Det giver en indbygget interessemodsætning.

Regionerne har gennem de seneste år i en række situationer oplevet, at løsninger, som regionen har fundet nødvendige for at sikre lægedækning, kvalitet og sammenhæng på tværs af sektorer, er blevet forsinket eller blokeret på grund af kravet om enighed i de regionale samarbejdsudvalg. Der er også en række eksempler på, at det er lykkedes at nå til enighed, men at den endelige løsningsmodel i regionens øjne er blevet dyrere eller ringere for patienterne end den mest ideelle løsning.

Konkret kan det eksempelvis dreje sig om et lokalområde med lægemangel, hvor regionen har vurderet, at problemet mest hensigtsmæssigt kunne løses

ved at give en praktiserende læge tilladelse til at etablere en satellitpraksis, tildele et "ydernummer på licens" eller ansætte en speciallæge i almen medicin til at arbejde som praktiserende læge. Det har ifølge Region Midtjylland eksempelvis været situationen i Lemvig.

En anden typisk situation er, hvor regionen - eventuelt i samarbejde med kommunen - har etableret et sundheds- og akuthus som led i den samlede sundhedsplanlægning, og hvor man har ønsket at få sikkerhed for, at sundhedshuset vil være bemandet med praktiserende læger. Det har ifølge Region Syddanmark eksempelvis været en udfordring i Bogense, hvor lægerne i området ikke har vist særlig interesse for at flytte ind i sundhedshuset.

Endelig er der også eksempler på, at regionen ikke har kunnet komme igennem med at realisere politiske ønsker til praksisplanlægningen, eksempelvis i Region Hovedstaden, der ønsker at styrke handicaptilgængelighed.

Regionen har i flere tilfælde måttet opgive at komme igennem med sit oplæg til selve praksisplanen, både i Region Sjælland og i Region Midtjylland.

Det er i praksis et begrænset antal sager om praksisplanlægning, som rent faktisk kommer til afstemning i samarbejdsudvalgene, men falder på uenighed mellem medlemmerne. Det skyldes, at administrationen sagsbehandling og forberedelse af møderne finder sted under den præmis, at der kun kan skabes løsninger, hvis der er enighed. Det vil derfor i dag være spildtid at udarbejde løsninger, som det på forhånd kan forventes vil blive vetoet. I sager, hvor man kan være usikker på dette, sker afklaring ofte på sekretariatsplan, dvs. inden den overhovedet kommer i udvalget.

Det er regionernes oplevelse, at lægernes repræsentanter i det nuværende system generelt ikke ser det som deres ansvar og opgave på medlemmernes vegne at vedtage ændringer, der kan være til ulempe, indebære meromkostninger for nogle af medlemmerne, eller begrænser den enkelte selvstændige klinikejers frihedsgrader, f.eks. i forhold til at sikre bedre kvalitet, øget tilgængelighed, eller obligatoriske, indholdsmæssige krav til de praktiserende lægers tilbud til patienterne.

Det kan eksempelvis resultere i, at samarbejdsudvalget indgår en honoringsaftale om opfølgende hjemmebesøg efter sygehusindlæggelse, men lægerne stiller som betingelse for at godkende aftalen, at det bliver frivilligt for den enkelte læge at udføre opgaven.

Opgaveløsningen i almen praksis indgår også som en vigtig del af praksisplanlægningen med henblik på at realisere regionens samlede sundhedsplanlægning. Flere regioner har problemer med at implementere forløbsprogrammer fx for demens, fordi lægerne kræver ekstra honorar som betingelse for at deltage, selvom regionen vurderer, at der er tale om arbejdsopgaver, som lægerne løser og bliver betalt for i forvejen."

Som det fremgår, så oplever regionerne altså udfordringer i forhold til planlægningen af almen praksis. Med lovforslaget er der givet en ny lovgivningsmæssig ramme, der vil bidrage til en mere effektiv og fleksibel planlægning, hvor regionerne i samarbejde med de praktiserende læger og kommunerne får

bedre muligheder for at opfylde det myndighedsansvar, regionerne har. Det skal her understreges, at økonomien fortsat skal aftales mellem parterne, som det også sker i dag, og at regionerne ikke vil kunne tvinge lægerne til at flytte praksis. Samlet vil lovforslagets indhold altså bidrage til en mere dynamisk almen praksis i Danmark, som følger med sundhedsvæsenets udvikling, og hvis rolle i sundhedsvæsenet samtidig styrkes.

Med venlig hilsen

Astrid Krag / Thomas Richter