

Sundheds- og Ældreministeriet

Enhed: AELSAM
Sagsbeh.: DEPENR/DEPKAHC
Koordineret med:
Sagsnr.: 1703645
Dok. nr.: 436829
Dato: 29-09-2017

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

Torsdag den 14. september 2017, kl. 15:00-16:30

Samråd i Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg, lokale 1-133

Tak. Og tak til spørgeren for spørgsmålene.

Og jeg vil også - ligesom spørgeren - starte med at glæde mig over, at der i nat eller sent i går aftes er indgået en overenskomstaftale mellem regionerne og de praktiserende læger. Det betyder rigtig meget, og det er jo også et centralt omdrejningspunkt - både for det her samråd, som vi har i dag, men jo sådan set også for den nye overenskomstaftale - at den skal være med til at sikre en bedre lægedækning i hele landet.

Og det er også afsættet for den artikel i Mandag Morgen, som spørgeren refererer til, og som to af mine kollegaer - spidskandidaterne i henholdsvis Region Hovedstaden og Region Sjælland - kommenterede. Det handlede jo i høj grad om de egne af landet, hvor man desværre i dag ikke har adgang til en alment praktiserende læge, og hvor det nogle steder decideret har skabt utryghed.

Min umiddelbare holdning i forhold til overenskomstforhandlingerne er, at det jo er glædeligt, at vi nu har en aftale. Men det har været et meget langt forløb, og jeg havde gerne set, at vi havde haft en aftale tidligere.

Nu skal vi have aftalen ud og virke, og vi får - også i den her kreds - mulighed for at drøfte den yderligere i den kommende tid. Der er ingen tvivl om, at rigtig mange har ventet på en afklaring i forhold til at turde at investere for fremtiden. Ikke bare patienterne og vi som politikere, men også rigtig mange af de praktiserende læger.

Og det tror jeg også er centralt, når vi taler om lægedækning i hele landet og om nogle af de problemstillinger, som også blev omtalt i artiklen i Mandag Morgen.

Det er vigtigt, at man som privatpraktiserende læge, der jo er selvstændig erhvervsdrivende på mange måder, ved hvad det er for nogle rammer, som man har for sit arbejde - Både økonomisk og hvad angår fremtidsperspektiverne.

Og i forhold til lægedækningen, og de her fremtidsperspektiver – ja, så havde jeg personligt måske håbet på en lidt mere ambitiøs aftale, når det handler om omlægningen af honorarstrukturen.

Fordi vi kan se, at man i nogle steder i landet har en patientgruppe, som har et større træk på vores sundhedsydelse, og hvor det jo også er afgørende, at honoreringen følger med.

Men når det er sagt, så synes jeg sådan set, at vi er kommet langt med denne aftale.

Dels med indførelsen af differentieret basishonorar og dels de ændrede organisationsformer og ansættelsesvilkår. Det var jo egentligt også noget af det, der var omdrejningspunktet i artiklen fra Mandag Morgen fra foråret - nemlig i forhold til, hvad det er for en organisering, man skal have på området.

Men som Hr. Flemming Møller Mortensen også siger, så er nogle af de initiativer også taget i den her kreds i forhold til at sikre bedre lægedækning. Nogle af dem tager tid før, at de kommer ud og virker - for eksempel optaget på Aalborg Universitet i forhold til at uddanne flere læger.

Andre ting skal ud og virke her og nu. Og det betyder også, at selvom de her spørgsmål er stillet for noget tid siden, så er de stadigvæk aktuelle og relevante. Jeg vil tillade mig at besvare de to spørgsmål i forlængelse af hinanden, men det er klart, at der vil være nogle temaer, som går på tværs.

I forhold til det første spørgsmål, så vil jeg sige, at det - måske bortset fra kapitalfondene - faktisk, at det er let at svare "Ja" alene af den grund, at privatpraktiserende læger jo selv er private aktører.

Det her er jo et område, der i høj grad bygger på, at der er private aktører - de privatpraktiserende læger - der spiller en rolle, når vi kigger på organiseringen af primærsektoren. Og inden for rammerne af overenskomsten kan de i øvrigt også organisere sig i selskabsform – herunder med anparter og aktier og som "holding"-selskaber.

Så i forhold til spørgsmålet om hvorvidt der skal være private aktører på vores primære sundhedsområde; Jamen det er der, og de kan have mange forskellige organiseringsformer.

Det er sådan set også blevet understreget i den overenskomstaftale, der er indgået i nat. Og derfor må man jo sige, at de private aktører er et centralt omdrejningspunkt for almen praksis allerede i dag.

Det er de inden for nogle rammer, hvor vi nu forhåbentligt vil være bedre til - med den nye overenskomst - at håndtere de problemer, der har været med lægedækning visse steder i landet. Jeg oplever sådan set også, at der i øvrigt er en bred politisk enighed om, at de steder, hvor vores alment praktiserende lægestruktur ikke rækker - der er vi jo så nødt til at sætte noget andet i stedet for i mellemtiden, fordi borgeren ikke skal stå uden en læge. Og desværre kan vi jo se, at det er et stigende antal, som oplever, at der er udfordringer med lægedækningen i deres område.

Jeg vil også fremhæve, at alle Folketingets partier jo valgte sammen med regeringen at bakke op omkring aftalen, som vi lavede i kølvandet på den anbefaling, der kom fra Lægedækningsudvalgets rapport tilbage i starten af året.

Aftalen gør jo i høj grad det nemmere for private aktører at overtage driften af lægepraksisser i den forstand, at privatpraktiserende læger fremover kan købe ydernumre af andre praktiserende læger i stedet for, at det skal gå indover regionen. Og det er i høj grad noget, der handler om at smidiggøre, også for de privatpraktiserende læger, der agerer på markedet i dag.

Konkret har vi gjort det muligt, at en praktiserende læge – ligesom i dag – kan eje op til 6 ydernumre, men at lægen nu har adgang til at købe disse ydernumre på lidt mere markedslignende vilkår.

Og Lægedækningsudvalgets begrundelse for forslaget var, at man – ved at åbne op for direkte køb og salg mellem de enkelte praktiserende læger – også kunne få en mere fleksibel mulighed for at drive praksis, herunder i lægedækningstruede områder.

Og netop også få en volumen i sin praksis, der kunne være med til at sikre, at man kunne dække et større geografisk område, og at man måske i højere grad kunne have flere ansatte.

Men det er jo selvfølgelig ikke det samme som en kapitalfond, idet ejerskabsstrukturen grundlæggende er uændret, og det kun er de praktiserende læger, der har tilsluttet sig overenskomsten, som kan eje en praksis og have et ydernummer. Men det er jo i høj grad et udtryk for, at vi har ladet selvstændigt erhvervsdrivende privatpraktiserende læger være dem, der udgør rygraden i vores praksissektor. Og det gælder jo sådan set uanset, om man er i enkeltmandspraksis, om man er i kompagniskab, eller om man er i et lægeselskab.

Og derfor adskiller det her område sig også fra nogle af de drøftelser, som vi har haft på tandlægeområdet om, hvorvidt en tandlæge – i forhold til at eje lige godt 50 pct. af en tandlægepraksis som led i en kæde – reelt havde den bestemmende indflydelse i dagligdagen.

I almen lægepraksis er der derimod en ren og klokkeklar ejerskabsstruktur, som knytter sig til de praktiserende læger som selvstændige erhvervsdrivende. Det giver en høj grad af gennemskelighed. Og det placerer også et entydigt ansvar hos lægen i forhold til behandlingen af den enkelte patient. Og det er også uændret i den netop indgåede aftale om den nye overenskomst.

Men det er jo ikke en model, som ikke muliggør, som jeg også svarede tidligere, at man kan organisere sig i forskellige selskabsformer, herunder holdingselskaber og anpartsselskaber. Man kan jo så stille sig selv det spørgsmål, om den har løst alle problemer. Og det har den jo ikke. Og det er jo så også det, som vi kommer tilbage til i artiklen i Mandag Morgen. For på nogle områder må man jo sige, at det har været en ufleksibel måde at organisere sig på i takt med, at vi ønsker at lægge flere opgaver ud til de praktiserende læger og til det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Hvis man så ikke moderniserer sig , følger med og netop også tager højde for, at nogle strukturer måske i mindre grad end andre strukturer er klar til at løfte yderligere opgaver - blandt andet i opgaveudflytningen i forhold til at tage sig af flere patienter – jamen, så risikerer man, ligesom vi har set det gennem de senere år, at der er eksempler på, at man ikke får dækket hele områder.

Vi har også set eksempler på yngre læger, som egentlig gerne vil arbejde i almen praksis, men som samtidig bliver afskrækket af den store administrative opgave, det er at nedsætte sig i egen praksis. Og derfor er det da hele tiden relevant at diskutere, om vi kan gøre mere eller andet for at fremme, at vi kan tiltrække kvalificerede dygtige læger til almen praksis.

Jeg kan også konstatere, at der er fokus på at skabe mere fleksible overenskomst- og organisationsvilkår i den nye overenskomstaftale. Det gælder for eksempel i forhold til brugen af delepraksis og ansættelse af netop yngre læger, som endnu ikke har opnået speciallægeanerkendelse. Og jeg har da en forhåbning om, at det kan være med til at gøre nogle nysgerrige på faget i endnu højere grad end i dag, fordi man på et tidligere tidspunkt kan komme ind i en praksis - både i forhold til at stifte bekendtskab med det, men selvfølgelig også i forhold til at rekruttere og fastholde læger i almen praksis.

Og derfor kan jeg jo sådan set langt hen ad vejen, som jeg også har sagt, godt følge den argumentation, der er fra de to regionsråds kandidater fra Venstre nemlig Martin Geertsen og Jacob Jensen i forhold til det, der bliver fremhævet i Mandag Morgen.

Fordi når vi har - fordi det er jo desværre ikke kun et *hvis* vi har - et problem med lægedækning, og hvis ejerskabsformerne de forhindrer os i at løse problemerne... skal vi så bare fuldstændigt afvise, at der kan være behov for at kigge på ejerskabsforholdene?

Jeg synes ikke, at det er en fjernliggende tanke, og jeg synes jo sådan set også, at det er det, som vi kan se i nattens overenskomstaftale i forhold til for eksempel at få yngre læger tidligere ind i praksis.

Hvorfor skal vi ikke også turde diskutere de ting? Det skal vi da, og vi skulle da helst ikke have det sådan, at vi bare siger patienter i den del af landet, at de så må undvære en læge, hvis vi sådan set kan se, at der kunne være nogle muligheder.

Det oplever jeg også, at vi her i Folketinget har diskuteret i relation til Lægedækningsudvalgets rapport, både når det kommer til regionsklinikker, og når det kommer til udbudsklinikker.

Når det så er sagt, så er det jo vigtigt at have for øje, at denne diskussion udspringer af konkrete geografiske udfordringer bestemte steder i landet, og at de konkrete geografiske udfordringer desværre har bredt sig til flere steder i landet.

Og der har vi jo også allerede i dag nogle konkrete redskaber i lovgivningen – både i forhold til at overdrage ledige ydernumre og til at gennemføre udbud af nye og ledige ydernumre i almen praksis.

Og derfor er regeringens politik heller ikke, at vi skal ind og ændre radikalt på den måde, som vi generelt driver almen praksis på her i Danmark – eller at kapitalfonde, som ordføreren fremhæver, ligesom skal gå ind og være på storindkøb i den danske primærsektor.

Det er overhovedet ikke det, vi ønsker. Men vi ønsker sådan set - som jeg også hører mine to regionskollegaer sige - at der på de steder, hvor der er lægemangel, kan være behov for initiativer, der kan sikre, at patienterne dér oplever en tryghed, og at de har en læge i nærheden.

Regeringen og regionerne er også enige om, at almen praksis – med selvstændigt erhvervsdrivende – er en central og uundværlig partner i det danske sundhedsvæsen.

Og det er sådan set også udgangspunktet for den aftale, som er indgået i nat mellem Danske Regioner og de praktiserende læger.

Men jeg tror også, at vi må konstatere, at der er steder i landet, der også efter overenskomstforhandlingernes afslutning her i aften stadigvæk mangler mange læger, og derfor skal vi selvfølgelig bruge alle de redskaber, som aftalen lægger op til for at sikre lægedækningen i Danmark.

Og vi er også nødt til at forberede os på, at vi ikke nødvendigvis kan løse alle problemerne her og nu, men at vi også på nogle punkter har behov for at overveje, om der skal mere til.

Det synes jeg sådan set også, at vi har haft en åben debat omkring i Folketinget omkring forsøgsparagrafferne i sundhedslovgivningen i forhold til også at understøtte en anden organisering på tværs af almen praksis, private aktører og sygehuse de steder, hvor der er meget store lægedækningsudfordringer.

Og derfor vil jeg ikke afvise, at der kan være behov for at se nærmere på ejerskabsforholdene i almen praksis. Det synes jeg sådan også, at der står i vores fælles aftale fra januar/februar måned i forhold til, at vi også inviterer regionerne sammen med de alment praktiserende læger og private aktører til i fællesskab at tænke på nogle løsninger, der her og nu kan sikre befolkningen nogle trygge forhold.

Jeg synes da ikke, at vi på forhånd skal afvise, at de forsøg kan vise os noget, som vi kan tage med videre i forhold til lovgivningen.

Det må jo komme på en prøve, om de nuværende og kommende redskaber er tilstrækkelige til at sikre lægedækning i alle dele af landet. Og hvis det ikke er tilfældet, så er vi nødt til at kigge på, om vi i forhold til de forsøg eller modeller kan gøre det på en anden og bedre måde til gavn for patienterne.

For mig handler det på ingen måde om at stille grundlæggende spørgsmålstegn ved den stærke privatpraktiserende lægekultur og –struktur vi har i Danmark. Men det handler om at anerkende, at der er nogle steder, hvor den har vist sig ikke at kunne dække tilstrækkeligt, og det er vi nødt til at tage hånd om som sundhedspolitikere i forhold til at sikre patienterne en læge i deres nærhed.

Det bringer mig videre til det andet samrådsspørgsmål, nemlig om ”regeringen agter at lade primærsektoren være omfattet af løftet fra regeringsgrundlaget om, at flere offentlige opgaver, herunder opgaver i regionerne, skal konkurrenceudsættes.”

Nu er udgangspunktet for regeringsgrundlagets punkt om konkurrenceudsættelse jo, at det – og jeg vil gerne citere – ikke er ”afgørende, om private eller offentligt ansatte leverer en ydelse, når fælleskabet træder til med hjælp.”

Og det vil jeg sådant set gerne holde fast i. Fordi det handler jo ikke kun om, om folk skal have en ordentlig service, det handler i høj grad om at sikre folk en ordentlig service af en høj kvalitet, og så også kigge på, hvem kan levere denne.

Og der kan man jo sige, at ikke bare de alment praktiserende læger - men også øvrige praksisområder - jo i høj grad består af private aktører på det her område. Derfor er det jo også vigtigt at have for øje, at primærsektoren adskiller sig fra andre dele og områder, når vi taler om konkurrenceudsættelse af offentlige opgaver.

Og det er jo rigtigt nok, at offentlige opgaver i dag allerede løses af private aktører, og at mange af opgaverne her løses inden for særlige overenskomstbelagte områder, hvor man aftaler med det offentlige, og hvor der er hel eller delvis offentlig finansiering. Det er jo sådan set noget af grundlaget for den måde, vi faktisk har valgt at organisere primærsektoren på.

Derfor synes jeg jo egentlig ikke, at spørgsmålet er, om private aktører skal kunne byde ind på offentlige opgaver - men jo også at en helt anden kategori af private aktører skal kunne byde ind på opgaver, som nuværende private aktører udfører for det offentlige.

Vi har haft diskussionerne omkring Falcks ambulanceservice, som jo også er en privat aktør. Her kunne der være andre private aktører som Responce, som så efterfølgende blev købt af Falck. Det er jo alt sammen udtryk for, at der er private aktører i vores sundhedssektor bredt set også i vores primærsektor, og også knyttet op på vores sygehuse i dag.

Og vi ser også i dag, at der flere steder i landet også er flere opgaver, som regionerne kigger på om man kan udbyde. For eksempel kan man se, at man flere steder i regionerne har taxafirmaer, som indgår aftale med regionerne om at køre lægevagter.

Region Midtjylland har lige gennemført et udbud og indgået aftale med 3 forskellige taxafirmer om kørsel af lægevagter i 6 forskellige områder.

Så med andre ord er der jo allerede mange, som har fået øjnene op for, at dén aktør, som løser opgaven i morgen - ikke nødvendigvis behøver at være den samme aktør, som løste opgaven i går.

Og når der er tale om en række områder, så er der sådan set ikke noget problem, kvalitetsmæssigt, ved at sikre, at man via et udbud også sørger for, at pengene rækker længst muligt, og vi sikrer dermed, at der er så mange penge til at investere i vores fælles sundhedsvæsen som overhovedet muligt, ved at man ikke bruger dem på et forkert grundlag.

Jeg mener sådan set, at det princip, som der er i regeringsgrundlaget, det skal vi holde fokus på: Vi skal simpelthen ikke låse os fast på, at det skal være en bestemt aktør, der for eksempel kører lægevagten. Jeg synes sådan set, at udbuddet i Region Midtjylland viser, at man godt kan håndtere det. Det handler sådan set ikke om at gå på kompromis med kvaliteten i vores sundhedsvæsen.

Så ja, regeringsgrundlagets principper gælder også på det her område.

Men for at runde af – og for igen at slå fast: Regeringen ser almen praksis som en central og afgørende aktør i sundhedsvæsenet. Vi har sådan set også lagt op til, at de skal styrkes i den forstand, at der skal flere opgaver ud til dem, så de skal løfte større opgaver i forhold til vores fælles sundhedsvæsen. Derfor glæder jeg mig også over, at overenskomstaftalen er med til at understøtte en opgaveudflytning fra sygehusene ud til almen praksis. Og det gælder også, uanset om vi taler om ejerskabsforhold eller konkurrenceudsættelse af offentlige opgaver.

Almen praksis udmærker sig ved lægens entydige ansvar for behandlingen. Og ved kontinuiteten i forløbet, når man som patient kan have den samme læge år efter år.

Men der skal vi huske, at kontinuitet desværre ikke er meget værd for den patient, som er kontinuerligt uden læge.

Og entydighed er jo heller ikke meget værd, hvis det er entydigt, at der ikke er nogen læge, som kan have et behandlingsansvar, fordi man simpelthen ikke har nogen lægedækning i det pågældende område.

Og derfor skal vi jo i høj grad sikre, at den struktur vi har, også udvikles og moderniseres, så den igen kan dække flere områder i landet og flere patienter, så vi netop får sikret en kontinuitet.

Det synes jeg også, er noget af det, som Lægedækningsudvalget identificerede med nogle oplagte redskaber i forhold til at sikre en bred lægedækning.

Det synes jeg også er grundlaget i den aftale, som vi indgik i fællesskab - både om overdragelse af ydernumre og om opkøb af ydernumre direkte hos hinanden, men jo også i relation til regionernes mulighed for at stå for driften af regionsklinikker, ikke bare i 4 år men op til 6 år.

Og der skal man jo også huske på, at det i forhold til udbuddet til de private aktører er udbudslovens grænser, der gælder. Og der er intet til hinder for, at man lavede en længere udbudsperiode, og dermed skabte mere kontinuitet for patienterne knyttet op på en - for eksempel - privat udbudsklinik.

Så vi har i fælleskab indgået en aftale og dermed også fået flere redskaber i redskabskassen i forhold til at sikre lægedækning i hele landet og sikre en større fleksibilitet i forhold til opgavevaretagelsen.

Og jeg synes, at vi skal holde fast i det, som vi har aftalt, at vi skal følge det her område tæt, og også turde gribe ind, hvis det viser sig, at der fortsat er patienter, der står uden lægedækning rundt omkring i landet. Og lade os inspirere og kigge på de forsøg, der bliver gjort i forhold til overvejelser om yderligere udvikling på området.

Det, der er vigtigt for os, det er, at udviklingen og de virksomhedsmodeller og ejerskabsmodeller, der lægges op til, - også i overenskomsten - understøtter en høj patientsikkerhed, og en lægedækning i hele landet.

Og derfor bekymrer det mig mere, hvis man - som jeg lidt ser indikeret i de spørgsmål, som ordføreren har stillet - på forhånd afskærer sig fra at sige, at der kunne være behov for en anden organisering nogle steder.

For så siger man jo sådan set, at de steder, hvor patienterne i dag mangler en læge... ja, der er man ikke villig til at kigge på, om der kan være behov for andet.

Og det var egentlig udgangspunktet i artiklen fra Mandag Morgen, at der desværre er nogle steder i landet, hvor man ikke har en alment praktiserende læge til at dække behovet, og derfor kunne man godt - for patienternes skyld - kigge på, om der kan være behov for andet.

Så hvis jeg skal slutte af, så vil jeg – igen – rose nogle af elementerne i den nyligt indgåede overenskomst. Jeg synes faktisk også, at man kan se, at de praktiserende læger også erkender, at der skal nyt til og nye initiativer til, hvis man skal sikre en stærkere fremtid ude i primærsektoren i forhold til at sikre en lægedækning i hele landet. Og det er jeg helt sikker på, at vi kommer til at diskutere rigtig mange gange herinde.

Tak.