

Enhed: NAERSOM  
Sagsbeh.: DEPGKH  
Koordineret med: STRUK  
Sagsnr.: 2311212  
Dok. nr.: 2806488  
Dato: 10-08-2023

## Indenrigs- og Sundhedsministeriet TALEPAPIR

Det talte ord gælder  
14. september 2022, Folketinget, Sundhedsudvalget.  
Antal ord: 1.251

### Tale til samråd AE og AF om koncernklinikker i almen praksis

Samrådsspørgsmål AE:

*"Vil ministeren oplyse, hvad ministeren mener om den stigende udbredelse af private koncerner bag flere og flere lægehuse og redegøre for betydningen for*

- *borgernes muligheder for at have en familielæge, der kender borgernes problemer og er tæt knyttet til den enkelte, så man kan sikre borgernes tryghed og kontinuitet i behandling,*
- *sammenhængskraften og sundheden i lokalområderne - ikke mindst i landets yderområder - når man ved at lægeklinikker ikke i samme grad påtager sig opgaver som hjemmebesøg, jobbet som plejehjemslæger og i klyngesamarbejderne i de 21 sygehusfællesskaber,*
- *bekæmpelsen af ulighed i sundhed – ikke mindst i landets yderområder?"*

Samrådsspørgsmål AF:

*"Kan ministeren oplyse, om regeringen vil tage yderligere initiativer - udover de allerede aftalte i sundhedsreformen fra maj 2022 - der kan begrænse udbredelsen af private koncerner på lægeklinikområdet?"*

Spørgsmålene er stillet efter ønske fra Kirsten Normann Andersen (SF)

Tak for spørgsmålene. Der er stillet to samrådsspørgsmål, som jeg vil besvare samlet.

Den alment praktiserende læge har en nøglerolle i det danske sundhedsvæsen.

Den praktiserende læge er for de fleste borgere ansigtet på sundhedsvæsenet, når man har brug for lægehjælp.

Lægen har en vigtig opgave med at sikre, at borgerne får den rette behandling og bliver henvist videre til behandling eller tilbud, hvis det er nødvendigt.

Lægen er derfor central – både i korte forløb og længerevarende, fx kroniske sygdomsforløb, hvor patienten har behov for løbende kontakt.

\*\*\*

Der er udfordringer med lægedækning. Særligt i yderområder i Region Nordjylland og Region Sjælland.

Vi ved, at der i områderne ofte er flere ældre og flere med kroniske sygdomme. Behovet for lægedækning er derfor ekstra stort. Det udfordrer både den sociale og geografiske lighed i sundhed.

Analyser viser, at der er betydelige forskelle i fordelingen af praksisformer i lægedækningstruede områder i forhold til resten af landet.

Der er områder, hvor det ikke er muligt at tiltrække og fastholde praktiserende læger i traditionelle praksisformer, som solo- eller kompagniskabspraksis.

Her er såkaldte partnerskabs- og udbudsklinikker sammen med regionsdrevne klinikker afgørende for at sikre sundheden i lokalområdet og for at sikre borgerne adgang til en læge.

En *udbudsklinik* er en klinik, hvor regionen har udbudt driften til en privat leverandør i en tidsbegrænset periode, hvor det ikke har været muligt at afsætte ydernummeret til en praktiserende læge.

En *partnerskabsklinik* er en klinik, hvor en praktiserende læge, som ejer et ydernummer og virker efter overenskomst samarbejder med en privat leverandør om dele eller hele driften af en praksis. Det kan også være en læge, der ejer flere ydernumre.

Når der spørges til den stigende udbredelse af private koncerner bag lægeklinikker, vil jeg svare med henvisning til de to kategoriseringer.

Tal fra Sundhedsdatastyrelsen viser, at partnerskabs- og udbudsklinikker samlet set udgør knap 6 pct. på landsplan, mens de i lægedækningstruede områder udgør 20 pct.

Så længe vi oplever problemer med lægedækning i almen praksis, mener jeg, det er helt nødvendigt, at vi har en bred vifte af muligheder for at adressere udfordringerne.

Det gælder også muligheden for fleksibilitet i organisations- og selskabsformer, som fx med partnerskabsklinikker.

Jeg mener derfor ikke, at det er tidspunktet nu til at begrænse de muligheder, vi har til rådighed.

Alle borgere skal have adgang til en læge tæt på.

\*\*\*

Derfor har denne regering – og skiftende regeringer før – arbejdet for at styrke lægedækningen i almen praksis og styrke fordelingen af læger på tværs af landet.

Netop lægedækning var det primære hensyn, da der med ændringer af sundhedsloven i 2013 og 2017 blev åbnet op for nye organisationsformer og direkte salg af ydernumre mellem praktiserende læger.

\*\*\*

Når spørgeren beder mig redegøre for betydningen for tryghed og kontinuitet i behandlingen, så er hensynet til lægedækning centralt.

Generelt ses en udvikling mod større lægehuse, hvor flere læger og praksispersonale varetager opgaver sammen, og hvor opgaver i høj grad uddelegeres til praksispersonale.

Mange borgere er i dag tilknyttet en kompagniskabspraksis, hvor flere læger deler patientliste.

Det betyder, at der i mange praksis ikke nødvendigvis er kontinuitet i den forstand, at borgeren ser den samme læge hver gang.

Der kan være flere fordele knyttet til større praksis for både borgeren og personalet. Fx øget specialisering, et fagligt miljø, større fleksibilitet, kortere ventetid osv.

Nyuddannede speciallæger i almen medicin efterspørger i højere grad fleksible arbejds- og organisationsformer.

Vi skal ikke modarbejde fleksibilitet i organisationsformen, som kan bidrage til at tiltrække flere læger til almen praksis også i lægedækningstruede områder.

Når det er sagt, så skal vi selvfølgelig sikre, at gældende krav og vilkår efterleves, og at der er kvalitet i tilbuddene – uanset praksisform.

Og uanset om praksis virker efter overenskomsten, eller virker efter kontrakt med regionen, som udbudsklinikker.

Jeg vil henvise til Overenskomstens regler på området.

Her fremgår det bl.a., at læger, der udøver almen praksis i selskabsform, fx i partnerskabsklinikker, er personligt forpligtede efter overenskomstens almindelige bestemmelser.

Derudover er det ikke muligt at eje et ydernummer uden at have hovedbeskæftigelse med at drive og tage ansvar for egne klinikker.

\*\*\*

Der spørges også til betydningen for sammenhængskraften og sundheden i lokalområder.

Udfordringerne med at sikre tilstrækkelig sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenet er velkendte.

Det er desværre udfordringer, der ofte rammer de svageste, patienter med fx kroniske sygdomme, som i særlig grad har behov for et sammenhængende forløb.

Det skal vi gøre op med. Vi skal have et sundhedsvæsen, der er sammenhængende og samarbejder på tværs af fagligheder, sektorer og geografi.

Vi ved, at tiltag som fx fast plejehjems-læge forebygger indlæggelser og styrker samarbejdet mellem lægen og personalet.

Danske Regioner skønner, at ca. 90 pct. af alle plejehjem i 3. kvartal 2023 har en fast plejehjems-læge tilknyttet.

Danske Regioner oplyser, der ikke er et systematisk overblik over omfanget af partnerskabsklinikker, der virker som fx faste plejehjems-læger. De er bekendt med, at *enkelte* klinikker gør.

Danske Regioner oplyser også, at der aktuelt ikke er udbudsklinikker, der virker som faste læger på plejehjem.

På baggrund af sundhedsaftalen fra 2022 er der gennemført analyser om almen praksis, som bl.a. belyser praksisformens betydning for opgaveløsningen.

De viser, at partnerskabsklinikker ikke adskiller sig fra solo- og kompagniskabspraksis ift. aktivitet, såsom afholdte konsultationer, sygebesøg eller henvisninger.

Rapporterne fra BDO, der i øvrigt mig bekendt er oversendt også til sundhedsordførerne i går, viser, at partnerskabs- og udbudsklinikker leverer et nødvendigt og relevant alternativ til PLO-klinikkerne. Der er ikke fundet væsentlige og systematiske forskelligheder i opgaveløsningen.

Med udgangspunkt i analyserne bliver det fremadrettet muligt at følge udbredelsen af partnerskabsklinikker via Sundhedsdatastyrelsens nøgletal om almen praksis.

Viden, som kan danne grundlag for yderligere analyser af opgavevaretagelsen og samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL har netop igangsat en brugertilfredshedsundersøgelse om almen praksis. Undersøgelsen skal afdække borgernes oplevelse af kvalitet på tværs af praksisformer i de 22 sundhedsklynger.

Undersøgelsens resultater kan bidrage til at kaste lys over, om der er væsentlige forskelle i borgernes oplevelser på tværs af praksisformer.

Resultaterne vil indgå i Sundhedsstrukturkommissionen arbejde som et væsentligt input om patienternes tilfredshed.

\*\*\*

Jeg er meget optaget af, at vi får skabt et sundhedsvæsen, der er indrettet, så vi også tager hånd om fremtidens udfordringer med bl.a. flere ældre og flere med kronisk sygdom og multisygdom.

Det er hovedårsagen til, at regeringen har nedsat Sundhedsstrukturkommissionen, som skal opstille og belyse modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet. Herunder organiseringen og styringen af almen praksis.

Centralt er det, at modellerne understøtter et sammenhængende sundhedsvæsen af høj kvalitet, og at den geografiske og sociale ulighed i sundhed nedbringes.

\*\*\*

Regeringen har igangsat en række initiativer som samlet skal bidrage til bedre lægedækning i almen praksis og til et mere sammenhængende sundhedsvæsen.

Det drejer sig bl.a. om udmøntning af midler til op imod 10 nye licensklinikker.

Og om de muligheder, som et enigt Folketing vedtog før sommerferien om:

- smidigere rammer for regionsklinikker
- særligt vederlag til læger i områder med lægemangel
- styrket fordeling af uddannelseslæger.

\*\*\*

Skiftende regeringer har åbnet for nye organisationsformer i almen praksis. Med det primære hensyn at sikre lægedækning.

Vi står fortsat over for udfordringer med lægedækning. Jeg mener derfor ikke, vi skal begrænse de redskaber, vi har til rådighed.

Jeg vil runde af med at understrege, at alle borgere i Danmark skal have lige adgang til sundhed.

Det er en hovedprioritet for regeringen at fremtidssikre vores sundhedsvæsen.

Jeg ser frem til, at Sundhedsstrukturkommissionen afleverer sine anbefalinger. Regeringen vil derefter komme med forslag til indretningen af sundhedsvæsenet.

Som også skal understøtte almen praksis i at varetage et øget patientansvar og en styrket opgavevaretagelse.

Tak for ordet.