

Sundheds- og Forebyggelsesudvalget 2012-13
L 227 endeligt svar på spørgsmål 11
Offentligt



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg

Dato: 12. juni 2013
Enhed: Primær Sundhed
Sagsbeh.: SUMSEB
Sags nr.: 1302785
Dok nr.: 1235023

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg har den 6. juni 2013 stillet følgende spørgsmål nr. 11 (L 227 – forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (Ændring af rammerne for almene medicinske ydelser m.v. i praksissektoren, herunder styrkelse af regionernes planlægnings- og styringsmuligheder, ensartet kvalitet, systematisk patientinddragelse, erstatningspligt m.v.)).

Spørgsmål nr. 11:

"Ministeren bedes kommentere henvendelse af 5. juni 2013 fra Gunver Lillevang, Roskilde, jf. L 227 - bilag 13."

Svar:

Jeg kan i det hele henvise til min besvarelse af spørgsmål 10 (L 227), og vil her alene særskilt kommentere et par af de problemstillinger, som borgeren, der er alment praktiserende læge, herudover rejser:

Det anføres bl.a. i henvendelsen, at lægerne af hensyn til deres mulighed for lægefaglig og driftsmæssig forsvarlig drift af lægepraksis har brug for en sikkerhed for, at de ikke uden forhandlinger kan pålægges nye opgaver, en større mængde opgaver eller en udvidelse af omfanget af eksisterende opgave, og at der ikke, hverken via sundhedsaftaler eller andet, må kunne ændres i lægernes forpligtelser, uden at lægerne indgår i ligeværdig forhandling herom.

Den foreslåede bestemmelse i § 57 b, stk. 2, vedrørende lægernes pligt til at følge sundhedsaftaler, har følgende ordlyd:

"Stk. 2. Alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede personer, jf. § 60, stk. 1, er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med de sundhedsaftaler, der er indgået imellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen, jf. § 205, herunder følge forløbsprogrammer m.v."

I bemærkningerne til bestemmelsen anføres bl.a.:

"De opgaver, som beskrives f.eks. i et forløbsprogram, og som dermed er rammen om de praktiserende lægers forpligtelse, vil for de læger, som virker inden for overenskomsten, jf. § 227, stk. 1, skulle følges op af en underliggende aftale om vilkårene for at følge denne forpligtelse."

Bemærkningerne om, at der for de læger, som virker inden for overenskomsten, vil skulle følges op med en underliggende aftale om vilkårene for at følge denne forpligtelse, er ikke begrænset til de opgaver, som beskrives i et forløbsprogram, men vil gælde for alle de opgaver, som følger af sundhedsaftaler.

I henvendelsen fra borgeren anføres desuden, at lovforslaget lægger op til at videreføre en økonomi som i den seneste overenskomst, dog med et 0-loft.

Lovforslaget regulerer ikke den økonomiske ramme for almen praksis, udover i overgangsperioden frem til senest den 1. september 2014. Økonomien i forbindelse med fremtidige overenskomster vil også inden for de nye reguleringsmæssige rammer være en del af aftalekomplekset imellem parterne.

Med lovforslaget videreføres den eksisterende overenskomst til senest den 1. september 2014 med henblik på, at parterne får god tid at indgå en ny aftale. Tilsvarende vil det økonomiprokollat, som parterne aftalte i forbindelse med den sidste fornyelse af overenskomsten, gælde, indtil der er indgået en ny aftale imellem parterne, dog senest den 1. september 2014.

Det skal bemærkes, at der var aftalt en reguleringsmekanisme i det økonomiprokollat, der var enighed om imellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og PLO, og som med lovforslaget skal være gældende, indtil der er indgået en ny aftale.

Det fremgår således, at der i helt særlige tilfælde mellem de centrale parter kan aftales en korrektion af rammen. Det kan eksempelvis skyldes ekstraordinær sygelighed og større strukturelle ændringer samt ændringer som følge af lovgivning.

Med venlig hilsen

Astrid Krag / Sven Erik Bukholt



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg

Dato: 12. juni 2013
Enhed: Primær Sundhed
Sagsbeh.: SUMSEB
Sags nr.: 1302785
Dok nr.: 1235014

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg har den 6. juni 2013 stillet følgende spørgsmål nr. 12 (L 227 – forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsnets (Ændring af rammerne for almene medicinske ydelser m.v. i praksissektoren, herunder styrkelse af regionernes planlægnings- og styringsmuligheder, ensartet kvalitet, systematisk patientinddragelse, erstatningspligt m.v.)).

Spørgsmål nr. 12:

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

Svar:

Spørgsmålet er identisk med SUU spørgsmål nr. 638 alm. del, hvorfor jeg vil gengive min besvarelse af denne.

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

”Ordningen med, at Praktiserende Lægers Organisation (PLO) har varetaget 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 / Sven Erik Bukholt



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg

Dato: 12. juni 2013
Enhed: Primsund
Sagsbeh.: seb
Sags nr.: 1302785
Dok nr.:

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg har den 6. juni 2013 stillet følgende spørgsmål nr. 13 (L 227 – forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsnen (Ændring af rammerne for almene medicinske ydelser m.v. i praksissektoren, herunder styrkelse af regionernes planlægnings- og styringsmuligheder, ensartet kvalitet, systematisk patientinddragelse, erstatningspligt m.v.)).

Spørgsmål nr. 13:

”Ministeren oplyste i Deadline den 3. maj 2013, at der kan realiseres produktivtetsgevinster i almen praksis svarende til 2 pct. Ministeren bedes konkretisere sine udtalelser.”

Svar:

Spørgsmålet er næsten identisk med SUU spørgsmål nr. 649 alm. del, hvorfor jeg vil gengive min besvarelse af denne.

”Indledningsvist vil jeg gerne slå fast, at spørgsmålet omkring økonomi og produktivtetsgevinster er et spørgsmål, som er diskuteret og formentlig vil blive diskuteret ved overenskomstdrøftelserne mellem PLO og Regionernes Løn- og Takstnævn. Det er altså ikke et spørgsmål, som lovforslaget om ændring af sundhedsloven forholder sig til.

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

”Rigsrevisionen skriver i sin ”Beretning om aktiviteter og udgifter i praksissektoren” (august 2012)

Der er generelt ikke foretaget en justering af honorarsatserne i takt med produktivtetsudviklingen og tilrettelæggelse af en mere rationel drift i praksissektoren. Dermed adskiller praksissektoren sig fra sygehusene, som gennem en årrække har skullet sikre en produktivtetsfremgang inden for det givne budget.

Det er generelt også sådan, at eventuelle produktivtetsgevinster, der opstår som følge af ny teknologi og faldende enhedsomkostninger, heller ikke medregnes ved fastsættelse af honorarerne. Alle produktivtetsgevinster er typisk tilfaldet yderne.

Det er i et vist omfang blevet udbredt at lade medhjælp i praksis udføre og foretage forskellige undersøgelser, prøver mv. I honorarsystemet bliver der dog ikke skelnet mellem, hvilke faggrupper der udfører ydelsen. Det medfører, at

den økonomiske gevinst, der følger af at lade arbejdskraft til lavere omkostninger udføre opgaverne, tilfalder yderne.

På den baggrund har Statsrevisorerne følgende bemærkning til Rigsrevisionens beretning.

Udgifterne til det offentlige sundhedsvæsen har i mange år været under pres, og derfor er det fx ikke tilfredsstillende, at produktivetsfremgang i praksissektoren som følge af ny teknologi, mere effektive arbejdsprocesser og brug af hjælpepersonale ikke fører til fald i honorarsatserne.

Allerede i november 2008 skrev Praksiskommissionen i sin rapport "Almen praksis rolle i fremtidens sundhedsvæsen"

Et krav om produktivetsforbedringer overfor praktiserende læger vil alt andet lige medføre, at almen praksis bliver relativt dyrere i forhold til sygehusvæsenet. Dertil kommer, at almen praksis' ydelser er offentligt finansieret. Den nuværende honorarstruktur og fraværet af produktivetskrav indebærer, at gevinsten fra stigninger i produktiviteten overvælttes i de praktiserende lægers indtjening, mens det offentlige som køber ikke får del i gevinsten. Det er derfor naturligt at stille samme produktivetskrav til almen praksis.

Der er foretaget flere studier som viser at særligt bedre anvendelse af personale i almen praksis kan føre til mere effektiv drift og bedre produktivitet i almen praksis.

I DSI rapporten "Effektiv organisering af almen praksis" fra (august 2008) redegøres der for at der i både England og Holland er der mere praksispersonale og at personalet har flere opgaver end hos danske alment praktiserende læger.

DSI følger siden dette op i rapporten om "Kapacitet i fremtidens almen praksis (marts 2010), hvor de blandt andet skriver:

De lægehuse, der bedst udnytter deres stordriftsfordele, er de, hvor der er funktionsopdelt personale, uddelegering samt en formel ledelsesstruktur og organisation.

Samlet set er konklusionen, at der er stordriftsfordele i almen praksis, men at det kræver ledelse og meget arbejde at realisere fordelene ved et stort lægehuse.

Derudover bemærker DSI at flere studier indikerer: *at praksispersonale kan frigive lægelig tid, men kun hvis praksispersonalet løser opgaverne selvstændigt og med minimal indblanding fra lægen. Stram styring og koordinering af brugen af praksispersonale til klinisk arbejde er derfor nøglen til at øge kapaciteten i almen praksis.*

Og at: *Der helt klart er mulighed for stordriftsfordele, men også at det er meget forskelligt, i hvilket omfang de enkelte praksis realiserer disse.*

Forskningsenheden for Almen Praksis og Afdelingen for Almen Medicin Aarhus Universitet har i den såkaldte KOS rapport om kontakt- og sygdomsmøn-

steret i almen praksis i 2008 (publiceret november 2010) bemærket, at i 16 procent af de undersøgte konsultationer svarede lægerne at konsultationen kunne have været foretaget af en konsultationssygeplejerske. Derudover har de fundet at blodprøvetagning, vaccinationer, livsstilssamtaler og spirometri varetages helt eller delvist af personale i 88 procent af alle praksis. Det fremgår ligeledes, at de fleste profylaktiske opgaver som f.eks. p-pillekontrol og børneundersøgelse, foretages af personale hos under 20 procent af lægerne.

Der er således potentiale for yderligere produktivetsgevinster i almen praksis. Deloitte konkludere dog i deres studie "Tilrettelæggelse af flerlægepraksisser" (september 2008) at: *Det forudsætter samtidig en bevidst tilrettelæggelse af patientforløb, arbejdsdeling og arbejdsgange i praksis, hvis det for alvor skal være afsætte for, at de samme lægelige ressourcer skal kunne håndtere et større antal borgere.*

Herudover ser Danske Regioner et betydeligt potentiale i forhold til at realisere produktivetsgevinster i de enkelte behandlingsforløb i almen praksis. Det kan f.eks. ske ved i højere grad at behandle flere problemer på samme konsultation, bruge email og telefon i stedet for fremmøde hvor det er relevant, og i det hele taget have mere fokus på det samlede ressourceforbrug (både hos lægen og hos patienten) i forhold til hvert enkelt behandlingsforløb.

Det er således i høj grad op til lægerne selv om de potentielle produktivetsgevinster skal indhentes eller ej."

Med venlig hilsen

Astrid Krag / Sven Erik Bukholt



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg

Dato: 12. juni 2013
Enhed: Primær Sundhed
Sagsbeh.: SUMSEB
Sags nr.: 1302785
Dok nr.: 1235017

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg har den 6. juni 2013 stillet følgende spørgsmål nr. 14 (L 227 – forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (Ændring af rammerne for almene medicinske ydelser m.v. i praksissektoren, herunder styrkelse af regionernes planlægnings- og styringsmuligheder, ensartet kvalitet, systematisk patientinddragelse, erstatningspligt m.v.)).

Spørgsmål nr. 14:

"Ministeren oplyste i Deadline den 3. maj 2013, at almen praksis skal løse flere opgaver i de kommende år. Samtidig udtalte ministeren: "Nye opgaver til almen praksis skal følges af nye penge." Hvordan vil ministeren sikre, at der følger nye penge med, hvis der pålægges almen praksis nye opgaver i perioden frem til den 1. september 2014?"

Svar:

Det foreslås i lovforslagets § 4, at de vilkår for lægehjælp i almen praksis, som i dag fremgår af Overenskomst om almen praksis, herunder de gældende honorarer med aftalte reguleringer, varsler og Profylakseaftalen, videreføres uændret, indtil overenskomstens parter har indgået en ny aftale inden for de nye reguleringsmæssige rammer, dog senest den 1. september 2013.

Tilsvarende følger det af overgangsbestemmelsen, at den økonomiske ramme m.v., som fremgik af det økonomiprotokollat, som parterne blev enige om i forbindelse med den sidste fornyelse af overenskomsten, skal være gældende i perioden fra lovens ikrafttræden den 1. september 2013, indtil der er indgået en ny aftale, dog senest den 1. september 2014.

Det skal bemærkes, at der var aftalt en reguleringsmekanisme i det økonomiprotokollat, der var enighed om imellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og PLO, og som nu med lovforslaget skal være gældende, indtil der er indgået en ny aftale.

Det fremgår dog, at der i helt særlige tilfælde mellem de centrale parter kan aftales en korrektion af rammen. Det kan eksempelvis skyldes ekstraordinær sygelighed og større strukturelle ændringer samt ændringer som følge af lovgivning.

Afslutningsvist skal bemærkes, at parterne selv har indflydelse på, hvor lang tid den nævnte økonomiske ramme skal være gældende, idet den bortfalder, før den 1. september 2014, hvis en ny aftale imellem parterne træder i kraft før dette tidspunkt.

Med venlig hilsen

Astrid Krag / Sven Erik Bukholt



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg

Dato: 12. juni 2013
Enhed: Primær Sundhed
Sagsbeh.: SUMSEB
Sags nr.: 1302785
Dok nr.: 1235018

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg har den 6. juni 2013 stillet følgende spørgsmål nr. 15 (L 227 – forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsnets (Ændring af rammerne for almene medicinske ydelser m.v. i praksissektoren, herunder styrkelse af regionernes planlægnings- og styringsmuligheder, ensartet kvalitet, systematisk patientinddragelse, erstatningspligt m.v.)).

Spørgsmål nr. 15:

"Mener ministeren (jf. Deadline den 3. maj 2013), at de praktiserende læger skal tilføres flere ressourcer, såfremt nye kliniske retningslinjer, forløbsprogrammer og opgaveudlægninger fra sygehusene skaber merarbejde i almen praksis?"

Svar:

Økonomien i forbindelse med fremtidige overenskomster inden for de nye reguleringsmæssige rammer vil også fremover være en del af aftalekomplekset imellem parterne.

Parterne vil i den forbindelse skulle vurdere den samlede opgavevaretagelse i almen praksis, herunder evt. nye opgaver, som skal varetages, og opgaver, som evt. ikke skal løses længere eller skal løses andetsteds.

Parterne vil herefter skulle nå til enighed om, hvilken honorering der skal følge med den aktuelle opgavevaretagelse.

Med venlig hilsen

Astrid Krag / Sven Erik Bukholt



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg

Dato: 12. juni 2013
Enhed: Primær Sundhed
Sagsbeh.: SUMSEB
Sags nr.: 1302785
Dok nr.: 1235015

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg har den 6. juni 2013 stillet følgende spørgsmål nr. 16 (L 227 – forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsnets (Ændring af rammerne for almene medicinske ydelser m.v. i praksissektoren, herunder styrkelse af regionernes planlægnings- og styringsmuligheder, ensartet kvalitet, systematisk patientinddragelse, erstatningspligt m.v.)).

Spørgsmål nr. 16:

"I Deadline den 3. maj 2013 udtalte ministeren, at "lægenes varetøret blokerer for lægedækningen rundt omkring i landet." Kan ministeren give konkrete eksempler på, at PLO har blokeret for løsninger på lægedækningsproblemer?"

Svar:

Jeg kan som svar på spørgsmålet henvise til min besvarelse af spørgsmål nr. 12 (L 227).

Med venlig hilsen

Astrid Krag / Sven Erik Bukholt



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg

Dato: 12. juni 2013
Enhed: Primær Sundhed
Sagsbeh.: SUMSEB
Sags nr.: 1302785
Dok nr.: 1235596

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg har den 6. juni 2013 stillet følgende spørgsmål nr. 17 (L 227 – forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (Ændring af rammerne for almen medicinske ydelser m.v. i praksissektoren, herunder styrkelse af regionernes planlægnings- og styringsmuligheder, ensartet kvalitet, systematisk patientinddragelse, erstatningspligt m.v.)).

Spørgsmål nr. 17:

"Ifølge lovforslaget skal private aktører fremover have mulighed for at drive almenpraksis-klinikker. Hvordan vil ministeren sikre, at kontinuiteten og kvaliteten i almen praksis kan opretholdes, når private aktører fremover kan drive praksisklinikker?"

Svar:

Med hensyn til kvaliteten i de klinikker, der drives på baggrund af udbud i henhold til lovforslagets § 227, stk. 3, eller praksis, som regionsrådet selv etablerer i henhold til § 227, stk. 5, fremgår det af bemærkningerne, at:

"Regionsrådet skal sikre – både ved udbud af drift af praksis og ved etablering af et midlertidigt tilbud – at den sundhedsfaglige virksomhed er i overensstemmelse med god almenmedicinsk praksis, og at der sikres bemanning med en læge med speciallægeuddannelsen i almen medicin. Regionsrådet kan sikre den rette bemanning ved i udbudsmaterialet at betinge sig dette og på midlertidige tilbud, som regionsrådet selv driver, ved at ansætte speciallæger i almen medicin."

Det forudsættes således, at regionen sikrer sig (i udbudsmaterialet og i de klinikker, som regionen selv driver), at den uddannelsesmæssige baggrund af det personale, som bemander klinikkerne, er sammenlignelig med den standard, som findes i de klinikker, der drives efter overenskomst, jf. § 227, stk. 1.

Det skal i den forbindelse bemærkes, at der inden for den gældende ordning er mulighed for, at de enkelte praksis kan have en forskellig ratio i forholdet læge/antal tilmeldte patienter.

Med venlig hilsen

Astrid Krag / Sven Erik Bukholt



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg

Dato: 12. juni 2013
Enhed: Primær Sundhed
Sagsbeh.: SUMSEB
Sags nr.: 1302785
Dok nr.: 1235587

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg har den 6. juni 2013 stillet følgende spørgsmål nr. 18 (L 227 – forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (Ændring af rammerne for almen medicinske ydelser m.v. i praksissektoren, herunder styrkelse af regionernes planlægnings- og styringsmuligheder, ensartet kvalitet, systematisk patientinddragelse, erstatningspligt m.v.)).

Spørgsmål nr. 18:

"Kan ministeren give eksempler på private aktører, som kan byde på praksisdrift af ubesatte ydernumre (jf. § 227)?"

Svar:

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at regionsrådet ved udbud af drift af praksis skal sikre, at vinderen af udbud ikke driver eller er knyttet til en virksomhed, der har tilladelse efter § 7, stk. 1 eller § 39, stk. 1, i lov om lægemidler. Herved sikres det, at lægemiddelvirksomheder ikke kan drive klinikker, der leverer almen medicinske ydelser. Dette svarer til det gældende princip i apotekerlovens § 3, stk. 2, hvorefter den, der udøver læge- eller tandlægevirksomhed, som udgangspunkt ikke må drive eller være knyttet til en lægemiddelvirksomhed.

Lovforslaget indeholder ikke herudover en regulering af hvilke private aktører, som kan byde ind på praksisdrift, jf. lovforslagets § 227, stk. 3, men det fremgår tydeligt af bemærkningerne til lovforslaget, at regionsrådet – både ved udbud af drift af praksis og ved etablering af et midlertidigt tilbud – skal sikre, at den sundhedsfaglige virksomhed er i overensstemmelse med god almenmedicinsk praksis, og at der sikres bemanning med en læge med speciallægeuddannelsen i almen medicin. Regionsrådet kan sikre den rette bemanning ved i udbudsmaterialet at betinge sig dette, og på midlertidige tilbud, som regionsrådet selv driver, ved at ansætte speciallæger i almen medicin.

Det forudsættes, at regionen sikrer sig (i udbudsmaterialet og i de klinikker, som regionen selv driver), at bemanningen med speciallæger i almen medicin er sammenlignelig med bemanningen i de praksis, som drives efter overenskomst, jf. § 227, stk. 1.

Med venlig hilsen

Astrid Krag / Sven Erik Bukholt



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg

Dato: 12. juni 2013
Enhed: Primær Sundhed
Sagsbeh.: SUMSEB
Sags nr.: 1302785
Dok nr.: 1235588

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg har den 6. juni 2013 stillet følgende spørgsmål nr. 19 (L 227 – forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (Ændring af rammerne for almen medicinske ydelser m.v. i praksissektoren, herunder styrkelse af regionernes planlægnings- og styringsmuligheder, ensartet kvalitet, systematisk patientinddragelse, erstatningspligt m.v.)).

Spørgsmål nr. 19:

"PLO har på baggrund af lovforslaget opfordret sine medlemmer til at afgive deres ydernumre med virkning fra den 1. september 2013. Hvordan vil ministeren sikre, at dette ikke udløser betaling for lægebesøg?"

Svar:

Jeg skal indledningsvist bemærke, at vedtagelsen af lovforslaget vil indebære, at Overenskomst om almen praksis fortsat finder anvendelse, indtil der er indgået en ny overenskomst inden for de nye reguleringsmæssige rammer, der lægges op til i udkastet til lovforslaget, dog senest den 1. september 2014.

Det indebærer, at den enkelte læges rettigheder og pligter i henhold til overenskomsten – ved lov - videreføres fuldstændig uændret i forlængelsesperioden. Det gælder også overenskomstens regler om praksisophør, som betyder, at en læge, der agter at ophøre med praksis, uden der er udsigt til at praksis overtages af en anden læge, har pligt til at varsle dette over for regionen 6 måneder før ophørsdatoen. 3 måneder inden den varslede ophørsdato skal lægen endeligt meddele regionen, om han/hun ophører.

Jeg kan oplyse, at ministeriet på baggrund af, at PLO havde stillet spørgsmålstegn ved de gældende opsigelsesvarsler, har bedt Kammeradvokaten vurdere spørgsmålet. Kammeradvokaten konkluderer bl.a. følgende:

"Overenskomsten og herunder de alment praktiserende lægers varslingspligter efter §§ 19 og 20 er gældende i regionernes opsigelsesperiode frem til den 1. september 2013 og vil efter lovforslagets vedtagelse også være gældende efter den 1. september 2013. Det betyder, at den enkelte alment praktiserende læge vil handle i strid med overenskomsten og hermed den lovbestemte ordning, hvis vedkommende ophører med at drive praksis (nedlægger sin praksis) eller ikke kan besætte en ledig lægekapacitet i en klinik uden at iagttage et 6 måneders varsel over for regionen, jf. overenskomstens § 19 og § 20.

De enkelte alment praktiserende lægers og Praktiserende Lægers Organisations overtrædelse af overenskomsten skal fortsat sanktioneres efter overenskomstens bestemmelser, herunder om bod og udelukkelse fra at praktisere efter overenskomsten."

. / . Jeg vedlægger til udvalgets orientering Kammeradvokatens brev af 31. maj 2013 til ministeriet.

. / . Jeg kan endvidere oplyse, at ministeriet ved brev af 11. juni 2013 (vedlagt til udvalgets orientering) har informeret Praktiserende Lægers Organisation om ovenstående, og anmodet om, at organisationen videresender brevet til organisationens medlemmer med henblik på, at medlemmerne bliver orienteret om retstilstanden vedrørende opsigelse.

Lovforslaget er som bekendt på baggrund af PLO's hørings svar m.v. blevet justeret og ændret med henblik på at imødekomme en række af de bekymringer, som PLO gav udtryk for i forbindelse med det udkast til lovforslag, som blev sendt i høring..

Jeg forventer og håber på ovenstående baggrund, at de praktiserende læger ikke længere overvejer at ophøre med at levere ydelser betalt af det offentlige.

Hvis et større antal af lægerne – hvad jeg som nævnt altså ikke forventer – alligevel vælger at opsiges ydernummeret, vil regioner og kommuner stille et beredskab til rådighed, der sikrer patienterne vederlagsfri lægehjælp.

Med venlig hilsen

Astrid Krag / Sven Erik Bukholt

Fra: Per Okkels
Sendt: 11. juni 2013 11:02
Til: 'dibbern@post3.tele.dk'
Emne: Vedr. opsigelsesvarsler
Vedhæftede filer: Udtalelse af 31. maj 2013 fra Kammeradvokaten [DOK1236191].pdf;
fesdPacket.xml

Til Praktiserende Lægers Organisation
Ved formanden Henrik Dibbern.

Vedr. opsigelsesvarsler.

Ministeriet kan i dagspressen læse, at Praktiserende Lægers Organisation ved formanden fortsat er af den opfattelse, at Overenskomst om almen praksis' varslingsregler vedr. opsigelse af ydernumre ikke er gældende efter den 1. september 2013.

For en god ordens skyld vil ministeriet endnu en gang præcisere reglerne efter en eventuel vedtagelse af forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (Ændring af rammerne for almene medicinske ydelser m.v. i praksissektoren, herunder styrkelse af regionernes planlægnings- og styringsmuligheder, ensartet kvalitet, systematisk patientinddragelse, erstatningspligt m.v.).

Det skal indledningsvist bemærkes, at vedtagelsen af lovforslaget vil indebære, at Overenskomst om almen praksis fortsat finder anvendelse, indtil der er indgået en ny overenskomst inden for de nye reguleringsmæssige rammer, der lægges op til i udkastet til lovforslaget, dog senest den 1. september 2014.

Dette indebærer, at den enkelte læges rettigheder og pligter i henhold til overenskomsten – ved lov - videreføres fuldstændig uændret i forlængelsesperioden. Det gælder også overenskomstens regler om praksisophør, som betyder, at en læge, der agter at ophøre med praksis, uden der er udsigt til at praksis overtages af en anden læge, har pligt til at varsle dette over for regionen 6 måneder før ophørsdatoen. 3 måneder inden den varslede ophørsdato skal lægen endeligt meddele regionen, om han/hun ophører.

Ministeriet kan oplyse, at ministeriet på baggrund af, at PLO havde stillet spørgsmålstegn ved de gældende opsigelsesvarsler, har bedt Kammeradvokaten vurdere spørgsmålet. Kammeradvokaten konkluderer bl.a. følgende:

"Overenskomsten og herunder de alment praktiserende lægers varslingspligter efter §§ 19 og 20 er gældende i regionernes opsigelsesperiode frem til den 1. september 2013 og vil efter lovforslagets vedtagelse også være gældende efter den 1. september 2013. Det betyder, at den enkelte alment praktiserende læge vil handle i strid med overenskomsten og hermed den lovbestemte ordning, hvis vedkommende ophører med at drive praksis (nedlægger sin praksis) eller ikke kan besætte en ledig lægekapacitet i en klinik uden at iagttage et 6 måneders varsel over for regionen, jf. overenskomstens § 19 og § 20.

De enkelte alment praktiserende lægers og Praktiserende Lægers Organisations overtrædelse af overenskomsten skal fortsat sanktioneres efter overenskomstens bestemmelser, herunder om bod og udelukkelse fra at praktisere efter overenskomsten."

Jeg vedlægger til PLO's orientering Kammeradvokatens brev af 31. maj 2013 til ministeriet.

Det forventes, at ovenstående meddeles foreningens medlemmer.

Med venlig hilsen

Dep.
Per Okkels

Kammeradvokaten

31. MAJ 2013

J.nr.: 7506322 HS/MAB

E-mail: des@sum.dk
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Att.: Afdelingschef Dorthe Eberhardt Søndergaard
Holbergsgade 6
1057 København K

Virkning af lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Ministeren for sundhed og forebyggelse har den 28. maj 2013 fremsat lovforslag L227 om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (herefter "lovforslaget")

Ministeriet har anmodet mig om at vurdere, om de enkelte alment praktiserende læger efter lovens ikrafttræden vil være forpligtede til at overholde varslingsreglerne ved praksisophør i § 19 og § 20 i den gældende overenskomst mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation (overenskomst af 3. juni 1991 som senest ændret ved aftale af 21. december 2010, herefter "overenskomsten").

I den anledning bemærker jeg følgende:

1. KONKLUSION

Overenskomsten og herunder de alment praktiserende lægers varslingspligter efter §§ 19 og 20 er gældende i regionernes opsigelsesperiode frem til den 1. september 2013 og vil efter lovforslagets vedtagelse også være gældende efter den 1. september 2013.

Det betyder, at den enkelte alment praktiserende læge vil handle i strid med overenskomsten og hermed den lovbestemte ordning, hvis vedkommende ophører med at drive praksis (nedlægger sin praksis) eller ikke kan besætte en ledig lægekapacitet i en klinik uden at iagttage et 6 måneders varsel over for regionen, jf. overenskomstens § 19 og § 20.

De enkelte alment praktiserende lægers og Praktiserende Lægers Organisations overtrædelse af overenskomsten skal fortsat sanktioneres efter overenskomstens bestemmelser, herunder om bod og udelukkelse fra at praktisere efter overenskomsten.

2. SAGENS OMSTÆNDIGHEDER

Den 3. maj 2013 opsagde Regionernes Lønnings- og Takstnævn overenskomsten til den 1. september 2013.

Den 28. maj 2013 fremsatte ministeren for sundhed og forebyggelse lovforslaget, som viderefører overenskomsten fra og med lovens ikrafttræden den 1. september 2013, jf. nedenfor punkt 3.2 om lovforslaget.

3. RETSGRUNDLAG

3.1 Overenskomsten

Af overenskomsten § 19 og § 20 om praksisophør fremgår følgende:

”Praksisophør, når praksis ikke overtages af en anden læge

§ 19. Såfremt en læge agter at ophøre med praksis, uden at der er udsigt til at praksis overtages af en anden læge, har lægen pligt til at varsle dette over for regionen 6 måneder før ophørsdatoen. 3 måneder inden den varslede ophørsdato skal lægen endeligt meddele regionen, om han/hun ophører. Lægen fremsender kopi til PLO.

Stk. 2. [...]”

”Praksisophør, i kompagniskab og delepraksis, når praksisdelen ikke overtages af en anden læge

§ 20. Hvis en læge i et kompagniskab ophører uden at overdrage sin praksisdelen til en ny læge, er hovedreglen at den ledige lægekapacitet overgår til den/de tilbageværende læge(r) som søger at få den ledige praksisdelen besat med en ny læge inden for en frist på et år. Senest efter et år skal den ledige praksisdelen overdrages til en læge, der tilmeldes denne overenskomst i overensstemmelse med reglerne i § 17 eller der skal være ansat en speciallæge i almen medicin i fast stilling i medfør af reglen i § 24, stk. 1. Fristen på et år regnes fra den dato, pr. hvilken en læge har meddelt praksisophør til regionen

Stk. 2. [...]

Stk. 3. Hvis den/de tilbageværende læger ikke har udsigt til, at den ledige lægekapacitet kan besættes med en ny læge, har lægerne pligt til at varsle dette over for regionen med 6 måneders varsel. Varslet over for regionen afgives så snart en kompagnon over for sine kollegaer i praksis har meddelt, at han/hun agter at ophøre. Varslet kan også afgives på et senere tidspunkt, hvor den/de tilbageværende læger har afsøgt mulighederne for at få den ledige praksisdelen besat. Samtidig med 6 måneders varsel gives der besked om, hvor mange patienter praksis har mulighed for at fortsætte med at have tilmeldt. Hvis den ophørende læges kolleger ikke har mulighed for fortsat at have alle patienter tilmeldt, skal de med 3 måneders varsel give endelig meddelelse til regionen om dette. Samtidig gives afkald på den ledige lægekapacitet.

Stk. 4. [...]"

Af overenskomstens § 136 om opsigelse fremgår følgende:

”§ 136. Overenskomsten kan af begge parter opsiges med mindst 3 måneders varsel til ophør den 1. i en måned.

Stk. 2. [...]"

3.2 Lovforslag L 227

Af lovforslagets § 4 fremgår følgende:

”§ 4. Loven træder i kraft den 1. september 2013, jf. dog stk. 2 og 3.

Stk. 2. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter tidspunktet for ikrafttrædelser af § 1. Ministeren kan herunder fastsætte, at dele af § 1 træder i kraft på forskellige tidspunkter.

Stk. 3. § 2, nr. 4 og 5, og § 3 træder i kraft den 15. juli 2013.

Stk. 4. Indtil § 1 træder i kraft finder Overenskomst om almen praksis af 3. juni 1991, senest ændret ved aftale af 21. december 2010, fortsat anvendelse.

Stk. 5. [...]"

Af de specielle bemærkninger til lovforslagets § 4 fremgår følgende:

”Det foreslås, at loven træder i kraft den 1. september 2013.

Det følger af stk. 2, at ministeren bemyndiges til at fastsætte, hvornår bestemmelserne, fastsat i lovforslagets § 1, træder i kraft, og at ministeren kan fastsætte, at dele af § 1 træder i kraft på forskellige tidspunkter.

Ikrafttrædelsesbestemmelsen giver mulighed for, at parterne får god tid til at indgå en ny overenskomst, der tager højde for de nye reguleringsmæssige rammer. Ministeren vil anvende bemyndigelsen til at sætte hele § 1 i kraft senest den 1. september 2014.

[...]

Det foreslås i stk. 4, at de vilkår for lægehjælp i almen praksis, som i dag fremgår af Overenskomst om almen praksis, herunder de gældende honorarer med aftalte reguleringer, varsler og Profylakseaftalen, videreføres uændret, indtil loven i sin helhed træder i kraft. Forlængelsen af overenskomsten ved lov indebærer, at de rettigheder og pligter – såvel individuelle som kollektive – der følger af overenskomsten, er gældende i forlængelsesperioden, herunder overenskomstens bestemmelser om varsler ved praksisophør, jf. §§ 19 og 20 i overenskomsten [min fremhævelse].

[...]"

4. MIN VURDERING

Lægeforeningen har på sin hjemmeside www.laeger.dk under overskriften "Konsekvensen af frasigelsen af dit ydernummer" anført en række spørgsmål og svar, herunder følgende spørgsmål nr. 2:

"Skal afgivelse af ydernummer ikke varsles med 6 måneders varsel?"

Svar: Det er PLO's vurdering, som bakkes op af eksterne advokater, at de alment praktiserende læger ikke vil være forpligtet til at iagttage varslet på 6 måneder (jf. OK §§ 19 og 20) i den foreliggende situation, hvor overenskomsten er opsagt af regionerne til ophør pr. 1. september 2013. Den nøje koordinerede adfærd mellem regioner og minister, med opsigelse af overenskomst og samme dag præsentation af færdigt lovforslag, som viderefører overenskomsten, kan ikke føre til det resultat, at lægerne fratages muligheden for at reagere adækvat på regionernes beslutning om opsigelse af overenskomsten."

Jeg bemærker hertil, at et lovforslag vedtaget af folketinget får lovkraft, når det senest 30 dage efter den endelige vedtagelse stadfæstes af kongen, jf. grundlovens § 22.

Det betyder, at lovforslaget (L 227) får lovkraft - altså virkning efter sin ordlyd og i overensstemmelse med sædvanlige fortolkningsbidrag (herunder navnlig forarbejderne) - når det er vedtaget og stadfæstet.

Af lovforslagets § 4, stk. 4, (gengivet ovenfor under punkt 3.2) fremgår, at overenskomsten vil være gældende fra lovens ikrafttræden den 1. september 2013, og indtil lovens § 1 sættes i kraft af ministeren. Overenskomsten forlænges altså efter lovens ordlyd i sin helhed fra den 1. september 2013. De specielle bemærkninger i lovforslaget til § 4 (gengivet ovenfor under punkt 3.2) er i overensstemmelse hermed, idet det her anføres, at rettigheder og pligter i henhold til overenskomsten fortsat vil være gældende i forlængelsesperioden, herunder varslingsreglerne ved praksisophør i overenskomstens § 19 og § 20 (gengivet ovenfor under punkt 3.1).

Overenskomsten og herunder de alment praktiserende lægers varslingspligter efter §§ 19 og 20 er gældende i regionernes opsigelsesperiode frem til den 1. september 2013 og vil efter lovforslagets vedtagelse også være gældende efter den 1. september 2013.

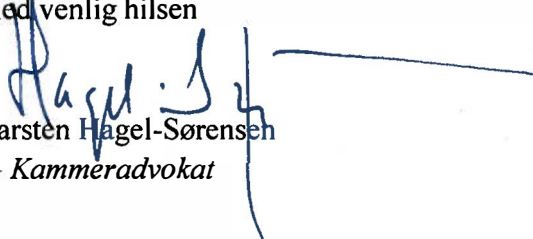
Det betyder, at den enkelte alment praktiserende læge vil handle i strid med overenskomsten og hermed den lovbestemte ordning, hvis vedkommende ophører med at drive praksis (nedlægger sin praksis) eller ikke kan besætte en ledig lægekapacitet i en klinik uden at iagttage et 6 måneders varsel over for regionen, jf. overenskomstens § 19 og § 20.

De enkelte alment praktiserende lægers og Praktiserende Lægers Organisations overtrædelse af overenskomsten skal fortsat sanktioneres efter overenskomstens bestemmelser, herunder om bod og udelukkelse fra at praktisere efter overenskomsten.

Jeg bemærker i øvrigt, at Praktiserende Lægers Organisation i sit høringssvar af 24. maj 2013 til ministeriet med følgende bemærkning selv har foreslået, at overenskomsten forlænges ved lov:

”For at skabe ro og da RLTN har valgt at opsige overenskomst om almen praksis pr. 1. september 2013, vil PLO foreslå at den eksisterende overenskomst forlænges ved lov i en 1-årig periode”.

Med venlig hilsen


Karsten Hagel-Sørensen
— *Kammeradvokat*



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg

Dato: 12. juni 2013
Enhed: Primær Sundhed
Sagsbeh.: SUMSEB
Sags nr.: 1302785
Dok nr.: 1235590

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg har den 6. juni 2013 stillet følgende spørgsmål nr. 20 (L 227 – forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (Ændring af rammerne for almene medicinske ydelser m.v. i praksissektoren, herunder styrkelse af regionernes planlægnings- og styringsmuligheder, ensartet kvalitet, systematisk patientinddragelse, erstatningspligt m.v.)).

Spørgsmål nr. 20:

”Ministeren har i flere sammenhænge begrundet lovforslaget med ønsket om, at der skal skabes bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet. I Deadline den 3. maj udtalte ministeren, at sygehusene giver de praktiserende læger rettidige informationer, når patienterne udskrives, men at den dårlige sammenhæng skyldes de praktiserende læger. Men den nye Landspatienttilfredshedsundersøgelse viser, at mere end hver 10. patient oplever, at sygehuset ikke har orienteret egen læge tilstrækkeligt i forbindelse med udskrivningen. Hvordan stemmer dette overens med ministerens udtalelser om, at manglende sammenhæng i sundhedsvæsenet skyldes almen praksis?”

Svar:

Spørgsmålet er næsten identisk med SUU spørgsmål nr. 647 alm. del, hvorfor jeg vil gengive min besvarelse heraf.

”Jeg vil gerne starte med at bemærke, at jeg ikke har sagt, at sygehusene altid giver rettidig information. Og jeg har heller aldrig sagt, at manglende sammenhæng i sundhedsvæsenet er almen praksis’ skyld eller at almen praksis forårsager manglende sammenhæng. Tværtimod, så fungerer almen praksis i Danmark - som jeg *har* sagt flere gange - i store træk rigtigt godt. Det er også en af årsagerne til, at jeg og regeringen ikke ønsker at ændre grundlæggende på almen praksis i Danmark. Faktisk ønsker vi at styrke almen praksis’ rolle i sundhedsvæsenet – og at sikre, at de praktiserende læger, som tovholder for deres patienter, kan bidrage til en endnu bedre sammenhæng i behandlingen af patienterne.

Derfor indeholder vores forslag til ændring af sundhedsloven også en række elementer, som samlet kan styrke sammenhængen i sundhedsvæsenet – og som understreger almen praksis’ centrale rolle i sundhedsvæsenet.

F.eks. kommer det nu til at fremgå af sundhedsloven, at lægerne skal kende og følge – når det fagligt begrundet i forhold til den enkelte patient - retningslinjer og sundhedsaftaler mv. Retningslinjer, aftaler og pakker er med til at sikre sammenhæng for patientens forløb. Og med til at sikre, at de sundhedsper-

soner, som er involveret i en patients behandlingsforløb, kommunikerer med hinanden.

Sundhedsaftaler og forløbsprogrammer aftales i dag i de regionale sundhedskoordinationsudvalg. Her er regionen, kommunerne og lægerne repræsenteret.

I hver kommune er der i dag nedsat et kommunalt-lægeligt udvalg, der behandler emner, der skal styrke samarbejdet mellem kommunen og de praktiserende læger.

Og med det fremsatte lovforslag nedsættes i hver region et udvalg, som skal udarbejde en praksisplan, der bl.a. beskriver almen praksis' opgaver i et sammenhængende sundhedsvæsen. Her deltager udover regionen og kommunen også lægerne.

Sammenhæng og kommunikation mellem sygehus, læge og kommune er således et hovedformål med vores lovforslag. Og med lovforslaget inddrager vi også patienter og pårørende i planlægningen af sundhedsområdet gennem oprettelse af et patientinddragelsesudvalg i hver region. Formålet med disse udvalg er at sikre fokus på de udfordringer og muligheder, som patienterne og de pårørende oplever. Og det omfatter jo også – som tilfredshedsundersøgelserne viser - sammenhæng i behandlingen. Det er derfor et element i lovforslaget, som jeg er rigtig glad for vi har fået ind – først og fremmest for patienternes skyld men også for det sammenhængende sundhedsvæsens skyld.”

Med venlig hilsen

Astrid Krag / Sven Erik Bukholt