

Advokatrådet

ADVOKAT 
SAMFUNDE

Ministeriet for sundhed og forebyggelse
Slotsholmsgade 10 - 12
1216 København K

KRONPRINSESSEGADEN
1306 KØBENHAVN K
TLF. 33 96 97 98
FAX 33 36 97 50

primsund@sum.dk

DATO: 14. maj 2013
SAGSNR.: 2013 - 1504
ID NR.: 235885

Høring - over forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet

Ved e-mail af 03-05-2013 har Ministeriet for sundhed og forebyggelse anmodet om Advokatrådets bemærkninger til ovennævnte udkast/forslag.

Advokatrådet har følgende bemærkninger:

Det fremgår af lovforslagets punkt 10, at regionsrådet som led i praksisplanlægningen kan opkøbe eksisterende praksis og udbyde driften af disse.

Det fremgår imidlertid af lovteksten ikke, i hvilke situationer regionerne kan opkøbe praksis, og på hvilke vilkår et sådant opkøb skal ske.

Det fremgår af de almindelige bemærkninger til lovforslaget, at eksisterende ydernumre kan opkøbes som led i praksisplanlægningen, bl.a. med henblik på at flytte praksis og sikre sammenhæng til den kommunale sundhedsindsats i et sundhedshus.

Det fremgår endvidere af bemærkningerne til lovforslagets enkelte bestemmelser, at regionerne kan sælge nye ydernumre, som regionen har oprettet, og ydernumre fra eksisterende praksis, som regionsrådet har opkøbt som led i praksisplanlægningen, til læger, som vil praktisere i henhold til overenskomsten.

Som det fremgår af ovennævnte giver bemærkningerne til lovforslagets punkt 10 ikke nogen nærmere vejledning om omstændighederne og vilkårene for regionernes opkøb af eksisterende praksis, herunder om regionens opkøb forudsætter frivillighed - i så fald om opkøbet sker til handelsværdi eller på andre vilkår - eller om der kan blive tale om et tvunget salg (ekspropriation).

Advokatrådet finder det retssikkerhedsmæssigt betænkeligt, at lovforslaget ikke indeholder en mere udførlig regulering af, i hvilke situationer og på hvilke vilkår regionerne kan opkøbe eksisterende praksis.

Med venlig hilsen


Torben Jensen

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
DK-1057 København K

24. maj 2013

Høringsvar til udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.v.

Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker, BPK, modtog den 3. maj 2013 udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (ændring af rammerne for almen medicinske ydelser i praksissektoren m.v.).

BPK vil indledningsvis understrege, at foreningen støtter det fremlagte udkast til lovforslag, der giver andre private aktører end de privat praktiserende læger adgang til at drive lægepraksis via udbud. BPK finder, at det fremlagte udkast til lovforslag understøtter og motiverer til øget offentligt-privat samarbejde samt har fokus på effektiv anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer. Samtidig støtter BPK regeringens ambition om, at alle danskere skal have adgang til almene medicinske ydelser, hvorfor foreningen finder det nødvendigt at justere på organiseringen af almen praksis, som ellers i dag overordnet set er en velfungerende del af det danske sundhedsvæsen.

BPK forventer, at der vil være medlemmer af brancheforeningen, som vil have interesse i byde på praksisdrift, og BPK finder desuden, at privathospitaler vil kunne tilbyde praktiserende læger et attraktivt fagligt arbejdsmiljø på hospitalerne. Dette vil kunne tiltrække læger til at varetage opgaven med at sikre, at der er adgang til almene medicinske ydelser, uanset hvor i landet man bor. Med det fremlagte udkast til lovforslag finder BPK således, at regionerne fremadrettet gives mulighed for at udbyde drift af flere ydernumre, hvilket vil styrke etableringen af større lægepraksis og sundhedshuse til gavn for patienternes adgang til sundhedsydelser som fx almene medicinske ydelser.

Specifikke bemærkninger

BPK støtter således forslag til nye afsnit i §227 stk. 2-5, der gør det muligt for andre private aktører at deltage i eventuelle udbud. Vedrørende stk. 4 vil BPK fremhæve, at det er afgørende, at konkurrence mellem offentlige og private sker på *lige vilkår*. Dette bør fremgå direkte i loven.

Det bør endvidere fremgå, at regionernes afgivelse af bud sidestilles med kontrolbud og dermed er omfattet af de normale regler, der er fastsat på området, jf. regionslovens § 35a og tilhørende bekendtgørelse nr. 607 af 24/06/2008 om kommuners og regioners beregning og afgivelse af kontrolbud. Det fremgår af denne regulering, at kontrolbud skal omfatte samtlige direkte og indirekte omkostninger samt kapitalomkostninger, afskrivninger mv.

BPK finder det endvidere vigtigt, at loven giver mulighed for, at regionerne og de private aktører kan indgå længerevarende samarbejder på eksempelvis mere end 4 år.

BPK stiller sig gerne til rådighed for yderligere drøftelser om udkast til lovforslaget, såfremt ministeriet finder det nødvendigt i den kommende tid.

Med venlig hilsen



Bent Wulff Jakobsen

Formand for Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker, BPK

24-05-2013

Vedr.: Høring over forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstøtningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Apotekerforeningen har modtaget ovennævnte lovforslag i høring og skal i den anledning fremkomme med følgende bemærkninger til lovforslaget:

Det fremgår af lovbemærkningerne, at forslaget har til formål at sikre, at alle borgere har adgang til en praktiserende læge tæt på deres bopæl og afhjælpe problemet med, at det er svært at få læger til at praktisere i visse områder langt fra byerne og i socialt belastede områder. Desuden skal lovforslaget øge regionernes og kommunernes indflydelse på planlægning og styring af almen praksis, sikre en bedre integration af almen praksis i et sammenhængende offentligt sundhedsvæsen, samt opnå en ensartet og høj kvalitet for de lægelige ydelser i hele landet.

Lovforslaget ændrer på en række punkter rammerne for organiseringen og driften af almen praksis i primærsektoren. Lovforslaget indebærer, at en række forhold, som hidtil har været reguleret af overenskomsten mellem De Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og regionerne (RTLN) fremover vil blive reguleret af lovgivningen.

På det overordnede plan kan Apotekerforeningen tilslutte sig målsætningerne med lovforslaget om at sikre lige adgang til praktiserende læger i hele landet og ensartet og høj kvalitet af de lægelige ydelser, samt en stærk integration af almen praksis i et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor der er et tæt samarbejde mellem sundhedsvæsenets forskellige aktører på tværs af sektorer, og hvor patienterne oplever et sammenhængende sundhedsvæsen, der taler sammen.

De praktiserende læger er apotekernes nærmeste samarbejdspartner i det primære sundhedsvæsen. Apotekerne har allerede i dag i de fleste tilfælde et godt og tæt samarbejde med de lokale praktiserende læger. For apotekerne er det afgørende, at samarbejdet med de praktiserende læger er karakteriseret ved kontinuitet, og at rammerne er til stede for et fortsat tæt – og gerne styrket – samarbejde med de ordinerende læger, hvor der er mulighed for en løbende dialog mellem læge og apotek for at sikre kvaliteten af behandlingen af den enkelte patient og modvirke utilsigtede hændelser.

Apotekerforeningen bemærker i den forbindelse, at det fremsendte lovforslag langt hen ad vejen er udtryk for rammelovgivning. Derfor vil opfyldelsen af de opstillede målsætninger i høj grad afhænge af, hvordan lovforslaget vil blive udmøntet i praksis, og hvordan reglerne konkret vil blive implementeret i de enkelte regioner, herunder hvilke samarbejdsrelationer, der etableres. Det er derfor vanskeligt – alene med afsæt i lovforslaget – at vurdere, i hvilken grad forslaget faktisk vil bidrage til en styrket kvalitet og tilgængelighed til de praktiserende læger i hele landet.

Fremover bliver den centrale instans for organisering og planlægningen af almen praksis i de enkelte regioner praksisplanudvalget bestående af repræsentanter for regionen og kommunerne. Praksisplanudvalgene skal udarbejde praksisplaner for hver af de 5 regioner, som skal omfatte stillingtagen til de opgaver, der skal udføres i almen praksis, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen, samt kapacitet og fysisk placering af ydernumre i regionen. Tidligere har beslutningskompetencen vedrørende disse spørgsmål i høj grad ligget i samarbejdsudvalgene, hvor de praktiserende læger som overenskomstpart har haft afgørende medindflydelse.

Apotekerforeningen finder det naturligt, at regionerne, som efter sundhedsloven er ansvarlige for, at stille adgangen til almen medicinske ydelser til rådighed for borgerne, har en direkte indflydelse på organiseringen og planlægningen af almen praksis. Samtidig finder foreningen det positivt, at kommunerne gennem praksisplanudvalgene sikres en direkte indflydelse, blandt andet med henblik på at opnå sikkerhed for gennemførelsen af de regionale-kommunale sundhedsaftaler og skabe sammenhæng til den kommunale opgavevaretagelse på sundhedsområdet

Apotekerforeningen finder det også afgørende, at de praktiserende læger inddrages i beslutningsprocessen vedrørende almen praksis, for at sikre den lægefaglige forankring og koblingen til de praktiserende lægers praktiske hverdag og arbejdstilrettelæggelse. Samtidig finder foreningen det afgørende, at der både i forbindelse med udarbejdelsen af regionale sundhedsaftaler og praksisplaner tages stilling til snitflader, opgavefordelinger og samarbejdsrelationer med de øvrige sundhedsaktører i det nære sundhedsvæsen, herunder apoteker.

Lovforslaget indebærer, at ministeren for sundhed og forebyggelse bemyndiges til at fastsætte nærmere regler om blandt andet sygebesøg, lægevalg og lægeskifte, tilgængelighed osv. Med hensyn til åbningstid er det for apotekerne – og patienterne - afgørende, at der er mulighed for kontakt til den receptudstedende læge for at kunne afklare eventuelle tvivlsspørgsmål om recepten i hele apotekets åbningstid.

Apotekerforeningen er dog opmærksom på, at de praktiserende lægers tid er en knap ressource. Derfor går foreningen ud fra, at det i forbindelse med udarbejdelsen af de regionale praksisplaner vil blive en central opgave at tage stilling til, hvordan de regionale lægeressourcer skal prioriteres, herunder hvilke opgaver, der skal løses af almen praksis, og hvilke opgaver, der eventuelt kan løses i samarbejde med andre sundhedspersoner i primærsektoren.

Foreningen gør i den forbindelse opmærksom på, at en række opgaver i relation til sikringen af kvaliteten af borgernes medicinanvendelse med fordel vil kunne løses i samarbejde med apotekernes farmaceuter, herunder regelmæssig medicingennemgang for ældre borgere, der bruger mere en 5 forskellig slags medicin, medicinsamtaler for kroniske medicinbrugere, samt undervisning af plejepersonale på plejehjem og bosteder i medicinhåndtering. Foreningen har dokumenteret, at der vil både vil være store sundhedsmæssige og økonomiske gevinster ved en bedre udnyttelse af apotekernes lægemiddelfaglige kompetencer på denne måde, samtidig med at de praktiserende læger vil blive aflæstet. De konkrete ændringer, som måtte følge af en medicingennemgang, kan naturligvis kun gennemføres af lægen.

Apotekerforeningen hæfter sig ved, at lovforslaget introducerer muligheder for nye organisations- og ejerskabsformer i almen praksis. Med henblik på at sikre tilgængeligheden til praktiserende læger i hele landet, åbnes der for, at regionen kan udbyde ydernumre til salg til både allerede etablerede praktiserende læger og til private aktører. Det gælder både ubesatte, nyoprettede og allerede etablerede praksis, som opkøbes af regionen. En praktiserende læge må med lovforslaget eje op til 6 ydernumre. Der opstilles ikke i lov-

forslaget nærmere regler om, hvilke krav en privat aktør skal opfylde for at kunne købe og drive en privatpraktiserende lægeklinik. Lovforslaget rejser derfor en lang række uafklarede spørgsmål – og risici - i forhold til sikring af kvaliteten, fagligheden og uvildigheden af eventuelle lægeklinikker, som ejes af private aktører, hvilket der må tages forbehold for. Det er for Apotekerforeningen afgørende, at der er begrænsninger i ejerforholdene, da lægeklinikker, der er ejet af private aktører, ikke giver samme sikkerhed for, at lægens rådgivning er uvildig og uafhængig af økonomiske interesser. Derudover giver det personlige ejerskab en entydig placering af ansvaret samt en lokal forankring i lokalsamfundet.

I forbindelse med introduktionen af nye organisationsformer for levering af almen medicinske ydelser i praksissektoren er det efter Apotekerforeningens opfattelse altafgørende, at patienterne sikres kontinuitet og sammenhæng i behandlingen, dvs. det bør være sikkerhed for, at den enkelte borger fortsat er tilknyttet én fast praktiserende læge, som er omdrejningspunktet og hovedansvarlig for patientens samlede behandling i sundhedsvæsenet.

Apotekerforeningen finder det naturligt, at der til brug for planlægnings- og styringsmæssige formål i regionen kan stilles krav til lægerne om indberetning af kvantitative oplysninger om patientkontakter m.v. I forbindelse med fastlæggelsen af de konkrete krav til indberetningen finder foreningen det dog afgørende, at værdien og anvendelsen af indberetning af konkrete oplysninger nøje afvejes i forhold til det tidsforbrug, som lægerne skal anvende til indberetningen, så det sikres, at der kun skal foretages indberetning af oplysninger som i høj grad bidrager til at styrke grundlaget for regionernes planlægnings- og styringsopgave i relation til almen praksis samt styrkelse af kvaliteten og sammenhængen i behandlingen.

Med venlig hilsen

Niels Kristensen
Formand

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Att.: Center for Primær Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
DK-1057 København K

24. maj 2013

Dansk Erhvervs høringsvar over udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven (ændring af rammerne for almen medicinske ydelser i praksissektoren)

Dansk Erhverv modtog den 3. maj 2013 udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (ændring af rammerne for almen medicinske ydelser i praksissektoren).

Dansk Erhverv arbejder målrettet for, at lovgivningen på sundhedsområdet indrettes, så den understøtter øget offentlig-privat samarbejde samt, at lovgivningen motiverer effektiv anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer.

Samtidig skal lovgivningen indrettes, så patienter har mulighed for at modtage hurtig og effektiv udredning, behandling og genoptræning, samt at enhver ydelse i det danske sundhedsvæsen leveres efter gældende faglige standarder.

Dansk Erhverv støtter regeringens ambition om, at alle danskere skal have adgang til almen medicinske ydelser også i de mere tyndt befolkede egne af landet. Med lovforslaget åbner regeringen op for, at også andre aktører end læger uddannet i almen medicin kan drive og etablere almen praksis.

Det er Dansk Erhvervs klare overbevisning, at regionernes mulighed for at udbyde drift af flere ydernetilbud vil styrke og sætte endnu mere fart på etablering af større sundhedshuse til gavn for patienternes tilgængelighed til sundhedsydelser som fx almen medicinske ydelser.

Dansk Erhverv støtter tillige regeringens ambition med at sikre kvalitet og datafangst fra almen praksis. Dansk Erhverv finder, at disse indsatser kan bidrage til større viden om de samlede patientforløb og dermed sikre større indsigt i, hvordan samfundet opnår mest mulig sundhed for pengene.

/MKP
mkp@danskerhverv.dk

Side 1/4

-

Deres ref.: 1302269

Vores ref.: SAG-2013-01504

-

357739

Dansk Erhverv støtter lovforslaget i sin helhed, men har følgende generelle og specifikke bemærkninger til forslaget.

Generelle bemærkninger

Roller for almen praksis som omdrejningspunkt for sundhedstilbud til borgere og patienter i det danske sundhedsvæsen bliver stadig mere central. Øget specialisering af sygehusvæsenet, krav til nye medicinske og teknologiske behandlingsmuligheder, stigning i livsstilssygdomme og kroniske og en aldrende befolkning er alle faktorer, der stiller øgede krav til den rolle som almen praksis har i det samlede sundhedsvæsen.

Det er derfor helt afgørende, at almen praksis udvikles og fremtidssikres til at løfte flere opgaver i det nære sundhedsvæsen. Dette skal blandt andet ske ved at stimulere en udvikling i retning af større sundhedshuse med flere læger, moderne behandlingsudstyr og IT-teknologi, mere hjælpepersonale med forskellige faglige kompetencer, øget tilgængelighed for borgerne både fysisk og virtuelt samt øget fokus på kvalitet, dataregistrering og datahåndtering.

For at stimulere denne udvikling mod større og mere effektive enheder er det Dansk Erhvervs opfattelse, at den eksisterende organisering af almen praksis med en overvægt af enkeltmandspraksis skal ændres til en organisatorisk ramme med vægt på større enheder. Dette skal lovgivningen vedrørende almen praksis understøtte.

Derfor skal lovgivningen åbne op for tilførsel af yderligere privat kapital i almen praksis end tilfældet er i dag. Det vil medføre investering i større og mere moderne fysiske rammer, investering i moderne laboratorie- og behandlingsudstyr, IT-udstyr, organisering af Facility Management ("praksismanager"), mere hjælpepersonale med tværfaglige kompetencer med videre.

Lovgivningen skal således sikre mulighed for tilførsel af yderligere privat kapital gennem fx partnerskaber/selskabsdannelser mellem praktiserende læger og andre private virksomheder. Men lovgivningen skal også åbne op for, at private virksomheder kan drive almen praksis og købe ydernet uden, at almen praktiserende læger er en del af ejerkredsen og dermed kapitalindskyder i virksomheden.

Tilførsel af privat kapital til almen praksis sektoren og deraf samling af almen praksis ydelser i større enheder vil skabe bedre muligheder for tæt samarbejde med både kommuner, regioner og andre aktører om sundhedsfaglige tilbud og dermed bedre sammenhæng i patientforløbene.

Specifikke bemærkninger:

Ad § 227:

Det fremgår af lovforslaget, at private aktører kan byde på drift af almen praksis vedrørende både eksisterende og nye ydernumre, som udbydes af regionen efter at læger, som vil praktisere i henhold til sundhedslovens bestemmelser, har haft mulighed for at købe disse ydernumre. Det fremgår af lovforslagets § 227 stk. 2., at læger, som allerede har et ydernummer kan erhverve op til 6 ydernumre.

Lovgivningen skal åbne op for, at andre private virksomheder ligesom almen praktiserende læger kan eje op til 6 ydernumre. Det skal ske med henblik på at sikre, at andre private virksomheder i et geografisk område kan opnå et tilstrækkeligt patientunderlag for at kunne realisere en rentabel drift af fx et sundhedshus.

Yderligere lægges der tilsyneladende op til en fortsat begrænsning i muligheden for etablering af privat-offentlig partnerskab (selskabsdannelse) ved bud på/køb af ydernumre i og med, at det ikke specifikt er angivet, at de nuværende bestemmelser for godkendelse af almene lægeselskaber ændres med loven.

Med de nuværende bestemmelser (§ 22) i overenskomsten mellem Danske Regioner (DR) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) skal et alment lægeselskab godkendes af PLO. Forudsætningerne herfor er blandt andet at hele indskudskapitalen ejes af læger, der er tilmeldt overenskomsten mellem PLO og DR.

Tilsvarende gælder der for holdingselskaber, at indskudskapitalen skal være 100 % ejet af læger tilmeldt overenskomsten og ansatte i selskabet. Disse overenskomstbestemte vilkår for PLO's godkendelse af almene lægeselskaber udgør en barriere for udvikling og dannelse af almene lægeselskaber baseret på offentlig-private partnerskaber og dermed muligheden for at tilføre privat udviklingskapital til sektoren.

Derfor skal de overenskomstmæssige begrænsninger fjernes og erstattes med mere brede rammebetingelser, der sikrer mulighed for privat kapitaltilførsel til praksisområdet. Dansk Erhverv er naturligvis helt indforstået med, at regionerne skal godkende og kan stille krav til nye private virksomheder, der skal drive almen praksis – eksempelvis i form af krav til erfaring med levering af sundhedsydelser, soliditet med videre.

I relation til aspektet omkring goodwill i lægeklinikker er det efter Dansk Erhvervs opfattelse nødvendigt, at lovgivningen forholder sig til håndtering af denne værdiskabelse på fornuftige præmisser i forhold til tilbagelevering eller videresalg af ydernumre.

Problematikken omkring opbygning af goodwill i almen praksis er af aftagende betydning, og håndteringen heraf skal lovgivningsmæssigt afspejle denne udvikling. Derfor skal der ved udbud

af drift af almen praksis klart fremgå rammer for goodwill-aspektet eksempelvis i form af prædefinerede tilbagekøbspriser eller aftalte rammer for stigningstakten i goodwill.

Det skal endvidere fremgå af lovgivningen, at regionernes afgivelse af bud sidestilles med kontrolbud og dermed er omfattet af de normale regler, der er fastsat på området, jf. regionslovens § 35a og tilhørende bekendtgørelse nr. 607 af 24/06/2008 om kommuners og regioners beregning og afgivelse af kontrolbud. Det fremgår af denne regulering, at kontrolbud skal omfatte samtlige direkte, indirekte omkostninger samt kapitalomkostninger, afskrivninger mv.

Endelig omkring udbud er det tillige vigtigt, at tidshorizonten for de private aktører bliver hensigtsmæssig – investering i laboratorie- og behandlingsudstyr, bygninger med videre tilsiger mere varige kontrakter med mulighed for forlængelse, hvis det skal være attraktivt for private virksomheder at investere i drift af almen praksis.

Dansk Erhverv stiller sig til rådighed for yderligere drøftelser.

Med venlig hilsen



Martin Koch Pedersen
Sundhedspolitisk chef

Ministeriet for sundhed og forebyggelse
Att.: Sven Erik Bukholt
Holbergsgade 6
1057 København K

Dansk Industri
Confederation of Danish Industry

Høringssvar fra DI: Høring over udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

DI takker for muligheden for at afgive høringssvar til "Høring over udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet" modtaget den 3. maj 2013.

DI er meget positive overfor, at der med lovforslaget sættes fokus på at imødegå nogle af de udfordringer, som sundhedsvæsenet står overfor - herunder særligt ønsket om en øget sammenhæng i sundhedsvæsenet. Den almene praktiserende læge er omdrejningspunktet i det danske sundhedsvæsen og ofte også borgerens primære indgang til sundhedsvæsenet. Derfor er det også DI's holdning, at det er afgørende, at denne sektor er klar til fremtidens udfordringer - det gælder både sundhedsfaglige og behandlingsmæssige, men også it- og teknologiske udfordringer og øget tilgængelighed. Samtidig er det afgørende med en tæt kontakt til den resterende del af det danske sundhedsvæsen. Dette kan bl.a. sikres gennem en udvikling af almen praksis, der fokuserer på etablering af større og mere effektive praksisenheder.

DI bifalder derfor, at lovforslaget åbner mulighed for, at andre private aktører end speciallæger i almen medicin kan byde ind på opgaven med drift af almen praksis. Større private aktører vil kunne tilføre sektoren den nødvendige kapitalindsprøjtning, der giver mulighed for investering i moderne laboratorie- og behandlingsudstyr, ansættelse af mere hjælpepersonale og fysiske rammer, der kan rumme samarbejde med andre aktører så som fysioterapeuter, ergoterapeuter, kiropraktorer, diætister og psykologer. Dette vil kunne bidrage til en anden fordeling af opgaver blandt faggrupperne, mere sammenhængende patientforløb og dermed bidrage til at udnytte de begrænsede ressourcer i sundhedsvæsenet mere effektivt.

Endelig vil en åbning af markedet være med til at forbedre mulighederne for at sikre lægedækning i yderområderne. Det skal dog præciseres, at andre private aktører ikke nødvendigvis vil kunne løse udkantsproblematikken, hvis der ikke skabes de nødvendige forudsætninger for at drive en sund forretning. En afgørende forudsætning er i denne sammenhæng, at et selskab (eksempelvis et offentlig-privat partnerskab) kan erhverve et eller flere ydernumre i en selskabskonstruktion, hvortil der knyttes en virksomhedsansvarlig læge.

Drift af almen praksis i en selskabskonstruktion vil kunne tilføre et yderområde et

behandlingsmæssigt og kvalitetsmæssigt løft. Med øget personaleratio og investeringer i moderne undersøgelses- og behandlingsudstyr vil den private aktør kunne tilbyde patienter en lang række undersøgelser og kontroller f.eks. ultralyd- og ekkokardiografi – eventuelt i samarbejde med en sygehusafdeling – som patienterne i dag skal have på sygehuset. Så selvom patientgrundlaget i yderområderne kan være begrænset, kan en ændret organisering af praksis med optimering af arbejdsgange og investeringer i moderne udstyr være med til at skabe en mere hensigtsmæssig ressourceudnyttelse i sektoren.

I tilkøb til de forventede positive effekter for sundhedsvæsnen vil en åbning af markedet også give mulighed for forretningsudvikling for virksomheder indenfor området. En forretningsudvikling, der på sigt kan være med til at skabe øget eksport for danske virksomheder og dermed udnytte det store potentiale, der er på området.

Endeligt er det vigtigt at nævne, at dette lovforslag efterlader flere udeståender i forhold til mulighederne for at skabe sammenhæng i sundhedsvæsnen. I dag er hjemmesygeplejen ikke omfattet af borgernes frie valg af leverandør, men det er op til den enkelte kommune selv at beslutte, om hjemmesygeplejen skal være omfattet. Men det er meget få kommuner, der har benyttet sig af denne mulighed. Det vil derfor med dette lovforslag stadig være meget vanskeligt for private leverandører, som bl.a. udbyder hjemmehjælp, at levere en helhedspleje og sammenhæng for borgerne. Hvis loven bliver vedtaget som forventet, så giver den ikke nødvendigvis mulighed for, at den private praksis kan samarbejde med den private hjemmepleje om samme patient/borger, hvilket ikke vil bidrage til den øgede sammenhæng, som regeringen ønsker.

Konkrete kommentarer til lovforslaget

Nedenfor følger konkrete kommentarer til lovforslaget.

Planlægning og samarbejde

I forbindelse med ændring af samarbejds- og planlægningssystemet for almen praksis nedsættes et praksisplansudvalg i hver region. Praksisplansudvalget skal rådgives af flere fora - herunder et fagligt rådgivningsudvalg i hver region, et kommunalt/lægeligt udvalg i hver kommune og de allerede eksisterende samarbejdsudvalg. I forbindelse med åbningen for, at andre private aktører kan operere på praksisområdet, mener DI, at det er afgørende, at de andre private aktører også får sæde i disse udvalg og dermed har mulighed for at påvirke udviklingen på praksisområdet på linje med de speciallæger i almen medicin, som i dag udgør den eneste private aktør på markedet.

Nye organiseringsformer i almen praksis

DI er overordnet set meget positive overfor, at regeringen har ønsket at give regionerne bedre muligheder for at opfylde forpligtelsen til at tilbyde alle gruppe-1 sikrede borgere adgang til almen lægehjælp på effektiv vis og af høj kvalitet. Lovforslaget, som det foreligger nu, er dog uklart omkring samspillet mellem ydernumre og mulige selskabskonstruktioner.

For DI er det afgørende, at et selskab (en juridisk enhed) kan erhverve ét eller flere ydernumre i en konstruktion med en virksomhedsansvarlig læge. En brugbar model

kunne eksempelvis være en selskabskonstruktion, hvor der indgås partnerskaber mellem den private udbyder og én eller flere læger. En sådan konstruktion kunne som i dag benævnes et "alment lægeselskab". Dog er det helt afgørende for en fremadrettet realisering af et sådant privat alment lægeselskab, at den nuværende begrænsning for privat ejerskab af almene lægeselskaber, som beskrevet i § 22 i PLO's overenskomst med Danske Regioner (DR), ændres. Af denne bestemmelse fremgår det, at indskudskapital i almene lægeselskaber skal ejes 100 pct. af læger, der er tilmeldt PLO's overenskomst med DR og ansat i selskabet. I sammenhæng hermed skal det samtidig være muligt for andre aktører - herunder "nye" almene lægeselskaber - at eje op til seks ydernumre på linje med speciallæger i almen medicin.

Udbud af praksis til almene lægeselskaber baseret på private aktører vil yderligere kunne styrke visionen og ambitionen om et sammenhængende sundhedsvæsen, hvis man åbner op for, at den private aktør med en virksomhedsansvarlig speciallæge i almen medicin får mulighed for at ansætte læger med andre specialer i samme almene lægeselskab. Hermed kan de forskellige specialer supplere hinanden og bidrage til en effektiv udnyttelse af sundhedsvæsnets ressourcer med fokus på høj kvalitet for den enkelte patient.

Det fremgår af lovforslaget, at udbud skal foregå på åbne, objektive og ikke diskriminerende vilkår, samt at udbuddene skal tilrettelægges på en sådan måde, at eventuelle bud kan sammenlignes med, hvad en offentligt drevet enhed vil koste. Derfor skal der opstilles enslydende kriterier for udbud i de fem regioner, således at der ikke er forskellige vilkår for at byde på opgaverne i de enkelte regioner. Faste kriterier er afgørende for, at der skabes en fair konkurrence, men samtidig skal det sikres, at der er styr på eventuelle overgangsbestemmelser, så det kan betale sig for andre private aktører at foretage investeringer i oprettelsen af lokaler, inventar osv. Endelig bør det overvejes, om disse vilkår også skal gælde for alment praktiserende læger for at sikre lige vilkår for drift af forretningen.

I forbindelse med udbud af ledige eller nyoprettede ydernumre vil det være afgørende for almene lægeselskaber, at der ikke sker en forskelsbehandling af andre aktører og alment praktiserende læger med det resultat, at læger altid "får lov at vælge først" og derefter overlader de resterende ydernumre, f.eks. ydernumre med geografiske placeringer, som de ikke mener, er attraktive, til almene lægeselskaber. Der skal være mulighed for, at en anden privat udbyder også vil kunne skabe sig en attraktiv forretning på det grundlag, der udbydes, jævnfør at udbud skal foregå under ikke diskriminerende vilkår og i overensstemmelse med EU's ligebehandlingsprincipper.

DI vil gerne indgå i den videre dialog og udformning af lovgivning på området og ser frem til et frugtbart samarbejde.

Med venlig hilsen

Mille Keller Holst
Sundhedspolitisk konsulent

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Holbergsgade 6

1057 København K

København, den 24. maj 2013

Om baggrunden for lovforslaget er det oplyst, at regeringen ønsker en fornyelse af det samlede sundhedsvæsen, som lever op til borgerens forventning om sammenhæng, tilgængelighed og kvalitet. Samtidig skal det offentlige sikre sig, at der ydes mest mulig sundhed for de offentlige midler, som samfundet køber sundhedsydelser for hos de privatpraktiserende sundhedsaktører.

Vedtagelsen af lovforslaget vil betyde, at beslutningskompetencer på væsentlige områder rykkes fra regionerne til ministeren. Hermed vil den regionale indflydelse, som i dag udfoldes i dialog og samarbejde med organisationerne for de privatpraktiserende sundhedspersoner, stort set blive afskaffet.

Det er et kendt princip, at ejerskab er afgørende for en succesfuld implementering af ændringer/reformer.

Det er ligeledes anerkendt, at afgørende beslutninger skal træffes tæt på borgeren for at sikre, at de lokale forhold inddrages i beslutningsprocessen. Det lokale beslutningsrum er vigtigt for at sikre et oplyst beslutningsgrundlag, men også for at sikre en lokal demokratisk proces. Lokal patientinddragelse bør være et krav, når der træffes beslutninger, der har stor indvirkning på dem, som sundhedsydelsen i sidste ende er rettet mod: Nemlig borgeren. Med lovforslaget må det konstateres, at den lokale/regionale indflydelse formindskes i betænkelig grad.

Lovforslaget betyder samtidig, at arbejdsvilkår, der tidligere har været genstand for forhandling mellem de parter, som efterfølgende skal implementere ændringer, tages væk fra forhandlingsbordet og overlades til central ministeriel beslutning.

Det er foreningens opfattelse, at disse ændringer er et klart tilbageskridt. Lovforslaget vil medføre stor risiko for ringere beslutninger på sundhedsområdet, som hverken vil være til fordel for borgeren eller for de aktører, som skal levere sundhedsydelser.

Det er foreningens opfattelse, at det nuværende forhandlingssystem fungerer. Vilkår for levering af psykologydelser fastsættes efter forhandling af de parter, som er direkte involveret og omfattet af overenskomsten, hvorved der både sikres demokratisk indflydelse og ejerskab til beslutningerne.

Samtidig sikrer forhandlingssystemet, at beslutninger træffes med direkte adgang til den faglige viden, som er afgørende for, at beslutningerne er fagligt forsvarlige, og dermed sikres borgeren en ydelse med højt faglig kvalitet.

Nedenfor vil foreningen komme med sine bemærkninger til de enkelte bestemmelser i lovforslaget.

Nr. 5, § 195, stk. 2

Det fremgår af lovforslagets nr. 5, at den praktiserende sundhedsperson skal give oplysninger om virksomheden til regionsrådet til brug for planlægning, kvalitetssikring, kontrol af udbetalte tilskud og honorarer mv.

Det er foreningens opfattelse, at hovedformålet med denne bestemmelse er, at staten som offentlig bidragsyder til psykologhjælp skal sikre sig, at regionen tilbyder borgerne en ligelig fordeling af psykologhjælp inden for regionen. Herudover skal det sikres, at der er kvalitet i psykologydelse, samt, at honorarudbetaling sker på retmæssigt grundlag.

Disse elementer er allerede en del af praksisoverenskomsten om psykologhjælp.

Der er således aftalt bestemmelser, der sikrer, at der udarbejdes en udviklingsplan/praksisplan, og i den seneste forhandling mellem Danske Regioner og foreningen blev det aftalt, at regionen har den endelige beslutningskompetence vedr. oprettelse af nye ydernumre. Praksisplanen drøftes i det regionale samarbejdsudvalg og bliver til i enighed mellem parterne.

Oplysninger og data anvendt i praksisudviklingsplanen stammer fra regionens registreringer om psykologer (antal, praksisform, tilgængelighed, alder, køn), ydelser og udgifter.

Dvs. at de informationer, som regionen skal bruge for at kunne udarbejde en praksisplan allerede er til stede.

Der ses således ikke behov for at lovgive på dette område. Forslaget pålægger psykologerne unødige arbejdsopgaver mht. at afgive oplysninger om virksomhed til regionen, idet regionerne allerede i dag kan trække disse oplysninger fra deres egne registre. Forslaget vil dermed betyde, at psykologerne med ydernummer vil skulle bruge unødvendig tid på at videregive oplysninger – tid, som meget bedre kan bruges på at behandle borgerne, så de sikres psykologbehandling inden for rimelig tid.

Af lovforslaget fremgår, at regionen i et nyoprettet praksisplanudvalg skal forestå udarbejdelsen af praksisplaner for almen praksis.

Foreningen er opmærksom på, at den foreslåede bestemmelse udelukkende relaterer sig til almen praksis. Men da forslaget generelt begrænser organisationernes forhandlingsmuligheder på afgørende elementer, finder foreningen det nødvendigt at forholde sig til det.

En lovgivning, der afskaffer et paritetisk samarbejde om, hvorledes sundhedsydelser tilbydes i en region via praksisplanen/udviklingsplanen, vil efter foreningens opfattelse være et tilbageskridt. Styrken i samarbejdet i det regionale samarbejdsudvalg (RSU) er, at parterne har aktuelt og fokuseret viden om, hvilke udfordringer, sundhedspersonerne "ude i marken" har – oplysninger som er yderst væsentlige i forbindelse med at beslutte, hvorledes borgerne kan sikres den bedste sundhedsydelse.

Med det foreliggende lovforslag kan der være fare for, at regionen ikke modtager de fornødne aktuelle oplysninger, som bør ligge til grund for at udarbejde en fremtidssikret praksisplan. Den begrænsede adgang for organisationerne for at få indflydelse på praksisplanen via de faglige rådgivningsudvalg medfører stor

risiko for, at praksisplanen bliver til på et grundlag, der ikke er aktuelt, og hvor praksisplanen ikke tager højde for den virkelighed, som sundhedspersonerne og borgerne færdes i.

Herudover er den nuværende aftalte RSU-struktur let administrerbar, i modsætning til den struktur, der foreslås i lovforslaget, hvor det skal etableres et yderligere forum i "hierarkiet".

I forhold til ønsket om at kvalitetssikre de honorarbetalte ydelser indeholder overenskomsten afsnit om både kvalitet og efteruddannelse.

Som et bilag til overenskomsten har parterne aftalt vejledende rammer for, hvordan psykologen skal forholde sig ved levering af ydelser efter overenskomsten.

Da parterne er opmærksomme på, at der er behov for løbende udvikling og ajourføring af psykologernes kompetencer og kvalifikationer, indeholder overenskomsten bestemmelser, hvor parterne har aftalt midler til regionale efteruddannelsesaktiviteter.

Og i forbindelse med, at psykologhjælp blev udvidet til også at gælde personer med let til moderet depression og let til moderat angst har Sundhedsstyrelsen udstedt vejledende retningslinier for henvisning til psykolog.

Det er foreningens opfattelse, at der ikke er behov for at lovgive på dette område. Den nuværende overenskomst om psykologhjælp viser, at parterne på ansvarlig vis har aftalt sig frem til bestemmelser, der understøtter, at psykologernes ydelser har den fornødne kvalitet. Og i det omfang der skulle være brug for yderligere tiltag, har Sundhedsstyrelsen mulighed for at udstede retningslinier for det specifikke område. Foreningen vil i denne forbindelse opfordre ministeriet til i fremtiden at sikre, at der inddrages den fornødne psykologfaglige ekspertise ved udarbejdelse af sådanne retningslinier. Dette med henblik på at understøtte kvaliteten og den kliniske relevans i retningslinierne således at retningslinierne får den ønskede effekt, nemlig at understøtte kvaliteten i praksis således at borgeren modtager den rigtige ydelse, og at ydelsen har den ønskede effekt.

Vedrørende krav om kontrol af udbetalte tillæg og honorarer indeholder overenskomsten bestemmelser om, hvilke krav der skal opfyldes for at psykologen kan modtage afregning fra regionen.

Det er således aftalt i overenskomsten, at psykologens afregning sker elektronisk, og skal indeholde oplysning om patientens personnummer, navn og adresse, regionsnummer, dato for ydelserne samt ydelsernes antal og art, psykologens navn, klinikadresse, ydernummer, dato for indsendelse af henvisning, det samlede honorar for konsultationen samt regionens tilskud til og patientens andel af honoraret.

Det er videre aftalt i overenskomsten, at ved afregning betragtes regionens beregninger som gældende, og ved afvigelser mellem regionens beregning og psykologens opgørelse har begge parter krav på en nærmere opgørelse.

I tilfælde af, at der skulle opstå fortolkningstvister i forbindelse med afregning, indeholder overenskomsten bestemmelser om, at disse sager drøftes i RSU med mulighed for yderligere forelæggelse for LSU.

Det er derfor foreningens opfattelse, at forhandlingsparterne igen på ansvarlig vis har sikret, at honorarudbetaling sker på retmæssigt grundlag. I det omfang, at regionen måtte finde, at grundlaget ikke er i orden, har parterne aftalt regler for, hvordan man så skal forholde sig.

Det er derfor foreningens opfattelse, at der ikke er grundlag for at indføre lovgivning på dette område. Den nuværende overenskomst indeholder de bestemmelser, der giver regionen sikkerhed for, at ydelserne bliver udbetalt på retmæssigt grundlag. I de tilfælde, hvor regionen vurderer, at ydelsen ikke er retmæssig, anviser overenskomsten adgang til at få sagen undersøgt og i sidste ende afklaret i RSU/LSU, hvis der skulle være tvivl om forståelse af overenskomsten.

Nr. 9, § 227, stk. 1, 2. punktum

Af lovforslagets nr. 9 fremgår, at vilkår, der er fastsat i denne lov som bindende vilkår, ikke kan fraviges i overenskomster.

Forslaget gælder alle de overenskomster, som RLTN har indgået overenskomst på.

Da sundhedsloven består af 278 bestemmelser, vil det være vigtigt at få præciseret, hvilke vilkår, der er omfattet af forslagets nr. 9. Hvis bestemmelsen kun omfatter lægeområdet, bør dette præciseres.

Herudover skal foreningen bemærke, at der er tale om en indskrænkning af aftaleretten på overenskomstområdet. Foreningen forventer derfor, at bestemmelsen skal fortolkes restriktivt.

Hvis bestemmelsen kommer til at omfatte vilkår, der har afgørende betydning for parternes mulighed for at indgå aftaler, vil bestemmelsen blive en alvorlig barriere for aftalesystemet.

Foreningen finder, at aftalesystemet er den bedste model for at aftale vilkår på arbejdsmarkedet. Psykologer med ydernummer er selvstændige erhvervsdrivende, som tager ansvar for at løse opgaver for det offentlige. Et system, hvor repræsentanter for psykologer og regioner forhandler de vilkår, der skal gælde for psykologhjælp, sikrer at fagligheden og den kvalitet, som borgeren modtager inddrages som et naturligt element i forhandlingerne.. Dermed tilvejebringes vilkår, der sikrer borgerne bedst mulig psykologhjælp og bedst mulig anvendelse af de midler, der afsættes til området.

Foreningen vil derfor anbefale, at lovgivningen kun indeholder få bindende vilkår, som dermed undtages fra overenskomstforhandling. Og vilkårene bør ikke have et indhold, som betyder, at vigtige og væsentlige forhandlingselementer tages ud af forhandlingerne med det resultat, at parterne ikke gives et reelt forhandlingsrum.

Nr. 11, § 229

Lovforslaget klarlægger, hvorledes ministeren kan fastsætte regler i en overenskomstfri periode.

I en overenskomstfri periode er det vigtigt, at en indgriben i parternes manglende forhandlingsfremgang sker på en sådan måde, at parterne fortsat gives mulighed for at genoptage forhandlingen. Herudover er det vigtigt, at en indgriben ikke fjerner incitamentet for at genoptage forhandlingerne.

Med lovforslaget lægges der op til, at ministeren på mange og helt afgørende områder kan gribe ind.

Det er foreningens opfattelse, at denne brede mulighed for at fastsætte regler på væsentlige forhandlingsområder vil medføre stor risiko for, at overenskomstparterne vil blive frataget incitamentet for at søge fornyede kompromismuligheder – især hvis ministeren på afgørende område har fastsat regler.

Foreningen vil derfor anbefale, at det af bestemmelsen fremgår, at bestemmelsen kun kan anvendes i force majeure situationer.

Af forslaget fremgår, at ministeren kan fastsætte regler om nedsættelse af honorarer i tilfælde af væsentlig øget aktivitet, der ikke kan forklares med et øget behov for sundhedsydelser.

Til denne bestemmelse skal foreningen bemærke, at en udnyttelse af denne bestemmelse kan betyde, at psykologer med ydernummer vil overveje at opsiges sit ydernummer, idet psykologerne selvfølgelig ikke i en overenskomstfri periode vil levere en sundhedsydelse til en lavere takst end den, som gjaldt i overenskomstperioden.

Foreningen vil derfor foreslå, at denne bestemmelse tages ud af lovforslaget.

Med venlig hilsen

Eva Secher Mathiasen

Formand for Dansk Psykolog Forening

DSAM's hørings svar til lovforslaget

Hørings svaret til lovforslaget fremsendes sammen med to bilag.

Bilag 1 er udarbejdet af DAK-E og DSAM, som indeholder forslag til offentliggørelse af data om arbejdet i almen praksis.

Bilag 2 er sendt til DSAM fra de almenmedicinske forskningsmiljøer, og er hørings svar til lovforslaget vedrørende brug af kvalitetsdata.

Der refereres til begge bilag i hørings svaret og de kan ses på DSAM.dk sammen med hørings svaret.

DSAM er meget betænkelig ved det fremsendte lovforslag.

Efter vores vurdering kan det føre til betydelige forandringer af almen praksis. Et velfungerende sundhedsvæsen af høj kvalitet kræver integritet og ansvar på baggrund af aftaler mellem alle de involverede parter. Samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne skal udbygges, og det kræver, at de praktiserende læger er en del af det samlede sundhedsvæsen.

Kernefunktionen i almen praksis er mødet med patienten – konsultationen. Hvad der sker i dette rum ved kun to personer, nemlig lægen og patienten, og sådan skal det fortsat være for at sikre tryghed og åbenhed.

Hverken de seneste overenskomster eller lovforslaget omtaler væsentlige områder som forskning, uddannelse og kvalitet.

DSAM vil forholde sig til disse forhold i hørings svaret.

Forskning

Dette er kun et eksempel, men det vil gælde for langt de fleste kontakter i almen praksis.

98 % af al medicin udskrives i almen praksis. Forskningen, der ligger til grund for udviklingen og valget af præparat, er primært udført på raske unge mennesker eller på patienter under 55-60 år på sygehuse med en diagnosticeret sygdom – og kun den ene sygdom. I almen praksis udskrives langt de fleste præparater til ældre over 60 år for en række sygdomme, som kun sjældent ses på sygehuse, og patienterne har ofte flere andre sygdomme, der behandles medicinsk. Kun forskning i almen praksis kan vise, om præparater har en effekt på patienterne ude i praksis og vise betydningen af, at præparaterne gives til ældre sammen med 5-6 andre typer medicin. For at øge forskningen inden for almen medicin er det vigtigt at have tilstrækkelig økonomi til at styrke forskningsindsatsen og sikre et solidt fundament for de almenmedicinske forskningsmiljøer. I forhold til andre specialer har vi en kort forskningstradition i almen medicin. Vi har nu fire forskningsenheder og efter mange år med få forskere, oplever vi nu en stor interesse – i alt er der omkring 50 ph.d.-studerende, men der er konstante problemer med at finansiere disse forløb. Selv med den beskrevne stigning er forskningsindsatsen lille i relation til de øvrige specialers forskning.

DSAM opfordrer til, at almenmedicinsk forskning tilgodeses via lovgivning.

Uddannelse

Uddannelsen i almen medicin begynder på medicinstudiet. Der er meget gode erfaringer med at lade de studerende komme ud i praksis i løbet af studiet. Det vil styrke ikke kun specialet, men hele lægeuddannelsen, hvis ophold i almen praksis sikres via lovgivning.

Vores speciallægeuddannelse er en af Europas bedste og mest anerkendte uddannelser.

DSAM er bekymrede for konsekvenserne af lovforslaget og/eller en overenskomstløs periode i forhold til speciallægeuddannelsen. På kort sigt er der overhængende risiko for, at samtlige igangværende uddannelsesforløb i almen medicin vil få problemer. På lang sigt, med uafklarede rammer for almen praksis, er forholdene omkring uddannelses- og tutorlæger usikre. Denne usikkerhed og usikkerheden om regulering og kontrol i fremtiden vil true rekrutteringen til specialet.

DSAM er bekymrede for kontinuiteten i videreuddannelsen og rekrutteringen til specialet.

Det er vigtigt at fastholde og udbygge den viden, de nyuddannede læger kommer med. Vi skal have en attraktiv og velfungerende efteruddannelse. DSAM og PLO har i 2007 beskrevet en model for systematisk efteruddannelse, som er revurderet i 2012 for at indgå i overenskomstforhandlingerne. Lægen gennemløber på fem år alle de områder og krav, der stilles til den nyuddannede læge i målbeskrivelsen til speciallægeuddannelsen.

Målbeskrivelsen er omarbejdet til en målbeskrivelse for efteruddannelse og fungerer som elektronisk logbog med en oversigt over gennemførte mål.

De praktiserende læger får i dag ca. en uges efteruddannelse finansieret af Efteruddannelsesfonden. Mange læger betaler selv for yderligere uddannelse. Denne interessestyrede efteruddannelse skal fortsætte sideløbende med systematisk efteruddannelse. Herved sikres et ensartet, højt kompetenceniveau i almen praksis.

DSAM anbefaler at indføre systematisk efteruddannelse.

Kvalitet

Arbejdet med kvalitet i almen praksis tog for alvor fart for ca. 15 år siden som "lad de 1000 blomster blomstre" - små lokale projekter drevet af ildsjæle. Med overenskomsten i 2003 blev området mere centraliseret med DAK-projektet, der førte til etableringen af DAK-E (Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed) og Dansk AlmenMedicinsk Database, DAMD. DAK-E er vokset og har udviklet en række redskaber til at bedre håndteringen af personer med kronisk sygdom. I forbindelse med overenskomsten i 2011 blev det oplyst, at budgettet for DAK-E skulle halveres, nu skulle der være fokus på drift og implementering af alle redskaberne. Kvalitetsarbejdet har medført et kæmpe løft i kvaliteten af kontroller for patienter med kronisk sygdom og for patientsikkerheden. Men vi skal videre. Vi har allerede tabt to års arbejde med at videreføre det banebrydende kvalitetsarbejde, så der skal tilføres ressourcer til området, der sikrer, at DAK-e har økonomi til både at løfte arbejdet med at have alle læger på datafangst og igen at have økonomi til den videre udvikling. Og der er behov for udvikling. Datafangst og brug af data får en stigende betydning i det løbende arbejde med kvalitet i klinikkerne, og data skal kun benyttes til dette formål. Hvis data benyttes til kontrol kan det skade kvaliteten af arbejdet med de store patientgrupper med kronisk sygdom. International forskning viser nemlig, at dette ødelægger det faglige indhold af data i databasen.

DSAM anbefaler, at den fortsatte udvikling af kvalitetsområdet tilgodeses i lovgivningen.

Kvalitetsdata må ikke anvendes til kontrol.

Her følger DSAM's høringssvar i forhold til enkelte paragraffer i lovforslaget.

Generelt vil DSAM kun kommentere emner af faglig karakter, da PLO må forventes at kommentere øvrige forhold.

3.1. Patientrettigheder i forbindelse med medicinske ydelser. (§ 1.4)

Det er DSAM's opfattelse, at en ophævelse af kilometergrænsen for lægevalg vil øge udtyndingen af patientgrundlaget i yderområder og dermed øge risikoen for, at klinikker i disse områder lukker, før den demografiske udvikling betinger det. Herved øges ulighed i sundhed.

DSAM er bekymrede for lægedækningen ved ophævelse af kilometergrænsen og den heraf følgende ulighed i sundhed.

3.2. Planlægning og samarbejde (§ 1.6)

Dansk almen praksis har potentialet til at opbygge et stærkt sundhedstilbud tæt på borgeren i samarbejde med kommunerne. Praksissektoren har hidtil leveret et solidt stykke arbejde i samarbejde med regionerne og hospitalerne bl.a. i kraft af en velfungerende praksiskonsulentordning og forløbsprogrammer.

I forbindelse med udarbejdelsen af den anden udgave af sundhedsaftalerne gældende for 2011-2014 var DSAM involveret i flere møder, hvor vi talte om den manglende inddragelse af almen praksis, og hvor det fra flere sider var et ønske, at almen praksis aktivt skal indgå i arbejdet med de kommende sundhedsaftaler.

Når de praktiserende læger skal være en del af samarbejdet i sundhedstrekanten mellem hospitaler, praksis og kommuner, skal de også indgå i Praksisplanudvalget og ikke blot være høringspart. De praktiserende læger er med i det faglige rådgivningsudvalg, selvfølgelig, og her skal sidde gode lokale folk med indsigt i almen praksis. For at sikre information vertikalt skal repræsentanter for DSAM's og PLO's regionsbestyrelser have plads i Praksisplanudvalget, herved kommer udvalget til at repræsentere alle aktører. Lægerepræsentanterne sidder også centralt i DSAM og PLO, så der sikres informationsudveksling fra nationalt til regionalt niveau og omvendt. Herved styrkes begge niveauer.

Under forudsætning af at dette udvalg i den endelige lov får en bred kompetence, som beskrevet i lovforslaget, mener DSAM, at vi bør være repræsenteret i Praksisplanudvalget sammen med PLO.

DSAM opfordrer til, at DSAM og PLO får plads i Praksisplanudvalget.

DSAM bemærker, at der fortsat skal være et kommunalt lægeligt udvalg i hver kommune og støtter dette.

DSAM har sat patientinddragelse på dagsordenen og bemærker derfor med tilfredshed, at der skal nedsættes et patientinddragelsesudvalg.

Det foreslås, at der nedsættes et fagligt rådgivningsudvalg. I lovforslaget nævnes det, at udvalget bl.a. skal bestå af repræsentanter for praktiserende læger. DSAM foreslår, at DSAM nævnes eksplicit. Formuleringen kunne således være, at udvalget består af repræsentanter fra regioner, kommuner og praktiserende læger, herunder repræsentanter fra DSAM.

DSAM foreslår, at DSAM nævnes eksplicit som repræsentant i Fagligt Rådgivningsudvalg

3.3. Nye organisationsformer (§ 1.10)

Med den øgede centralisering i sekundærsektoren øges kravene til det nære sundhedsvæsen, hvor almen praksis og kommunerne skal have rammer og muligheder, der styrker

samarbejdet. Der skal derfor være et lægebetjent sundhedstilbud tæt på borgeren. I Danmark har vi løbende udbygget kapaciteten, og ikke mindst kvaliteten, af speciallægeuddannelsen i almen medicin. DSAM har netop fået Sundhedsstyrelsens godkendelse af vores nye målbeskrivelse for uddannelsen og har dermed sikret vores plads i førerfeltet. Vi gennemfører i år det andet EU-projekt om 'teaching the teachers', som yderligere bidrager til at sikre den høje kvalitet af uddannelsen ved at have veluddannede tutorlæger.

Vi har i disse år lægemangel og mangler især praktiserende læger. I lovforslaget beskrives forskellige forslag til at løse problemerne med lægemangel. DSAM skal gøre opmærksom på, at antallet af speciallæger (med uændrede forudsætninger) om fem år begynder at stige. Vi vil derfor kraftigt opfordre til, at alle aftaler, også aftaler om flere ydernumre til én speciallæge, gøres tidsbegrænsede, og at alle stillinger skal besættes af speciallæger i almen medicin. Nødløsninger af svingende kvalitet skal ikke blokere for nyuddannede speciallæger, der herved tvinges til at tage arbejde i udlandet.

DSAM anbefaler, at alle nødløsninger ved lægemangel gøres tidsbegrænsede.

3.4 Kvalitet og indsigt i almen praksis (§ 1.12)

Udenlandske erfaringer viser, at mange ansættelses- og organisationsformer gør det vanskeligt at samle de praktiserende læger i én faglig organisation. En høj tilslutning til et fælles fagligt selskab styrker fagligheden på området.

Det anføres, at praktiserende læger skal følge faglige retningslinjer og pakkeforløb. Det er en selvfølge i henhold til Sundhedslovens § 17, hvor det anføres, at autoriseret sundhedspersonale skal udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Sundhedsstyrelsen tolker i forhold til tilsyn dette, som at læger skal følge relevante faglige retningslinjer. De praktiserende læger følger i vid udstrækning DSAM's vejledninger, bl.a. fordi de er skrevet af praktiserende læger, og fordi de følges op af en række implementeringsaktiviteter. Vejledninger fra andre kilder, hyppigt Sundhedsstyrelsen, følges ikke op med implementeringsaktiviteter. I DSAM undersøger vi derfor mulighederne for at bedre implementeringen af vejledninger fra andre kilder.

Sundhedsministeren har i flere medier brugt hjertepakkerne som et eksempel på retningslinjer, der ikke følges i almen praksis. Det er et dårligt eksempel. Pakkeforløb løser primært problemer i sekundærsektoren ved at ensrette behandlingstilbuddene og sikre et hurtigt patientflow gennem et tværfagligt forløb. Set fra almen praksis' side komplicerede den første hjertepakke et akut forløb, hvortil der allerede var bedre fungerende henvisningsmuligheder. Alle hjertepatienter med akut behov er således blevet henvist, bare ikke i et pakkeforløb. Der er blevet taget hensyn til disse forhold i 2. generation af hjertepakken.

DSAM advarer mod mange forskellige organisations- og ansættelsesformer, da ens ansættelses- og organisationsforhold styrker fagligheden.

Det anføres, at regionerne skal have adgang til "at rekvirere kliniske data om patientbehandlingen i almen praksis herunder behandlingsresultater, der kan belyse patienternes sundhedstilstand." Dette suppleres med, at oplysningerne ganske kortvarigt kan dekrypteres, for at berige oplysningerne med oplysninger fra andre kilder.

DSAM ser med bekymring på dette forslag. Det griber dybt ned i læge-patientforholdet og kan hæmme patientens tillid i konsultationen. Intet må komme ud af dette rum. Der findes flere metoder til at få overblik over arbejdet i almen praksis uden at være på patientniveau.

Det er desuden DSAM's vurdering, at disse handlinger ligger på grænsen af, hvad der er tilladt. Data indhentes i DAMD, der er godkendt i henhold til bekendtgørelsen om kvalitetsdatabaser. I denne bekendtgørelse står:

“§ 2. Oplysninger i kliniske kvalitetsdatabaser må kun anvendes i overensstemmelse med kvalitetsdatabasens formål.

Stk. 2. Anvendelse af oplysninger må kun ske som led i løbende overvågning, evaluering og udvikling af den kliniske kvalitet samt som led i synliggørelsen af den kliniske kvalitet overfor borgerne.”

Formålet med databasen er beskrevet i den seneste godkendelse fra Sundhedsstyrelsen i 2012. Her står:

“Dansk Almen Medicinsk Database (fællesdatabasen), DAMD, der har til formål at udvikle og sikre kvaliteten i almen lægepraksis som en del af det samlede sundhedsvæsen! At fremme forskning i kvalitetsudvikling med betydning for kvaliteten i almen lægepraksis og det samlede sundhedsvæsen.”

I henhold til bekendtgørelsen kræver afgivelse af data til en kvalitetsdatabase ikke patientens samtykke. Det kræver derfor en nøjere juridisk vurdering, for at afklare om disse krav tillader offentliggørelse på patientniveau.

Data indsamlet i en kvalitetsdatabase skal benyttes til kvalitetsudvikling, ikke til kontrol. DSAM har derfor udarbejdet et notat med flere forslag til, hvordan data fra DAMD kan benyttes til information og kontrol i forhold til borgere og myndigheder, uden at det skader kvaliteten af data. Notatet vedlægges.

Der vedlægges endvidere et høringssvar om brug af data og forslag til ændringer i Sundhedsloven underskrevet af alle de almenmedicinske forskningsmiljøer. Hovedbudskabet er som tidligere nævnt, at kvalitetsdata ikke må benyttes til kontrol.

DSAM ser meget alvorligt på offentliggørelse af data på patientniveau og har derfor udarbejdet flere forslag til nyttig information uden sammenkobling med CPR-nummer.

Resume af DSAM's anbefalinger:

DSAM opfordrer til, at almenmedicinsk forskning tilgodeses via lovgivning.

DSAM er bekymrede for kontinuiteten i videreuddannelsen og rekrutteringen til specialet.

DSAM anbefaler at indføre systematisk efteruddannelse.

DSAM anbefaler, at den fortsatte udvikling af kvalitetsområdet tilgodeses i lovgivningen.

Kvalitetsdata må ikke anvendes til kontrol.

DSAM er bekymrede for lægedækningen ved ophævelse af kilometergrænsen, da dette øger ulighed i sundhed.

DSAM opfordrer til, at DSAM og PLO får plads i Praksisplanudvalget.

DSAM foreslår, at DSAM nævnes eksplicit som repræsentant i Fagligt Rådgivningsudvalg.

DSAM anbefaler, at alle nødløsninger ved lægemangel gøres tidsbegrænsede.

DSAM advarer mod mange forskellige organisations- og ansættelsesformer, da ens ansættelses- og organisationsforhold styrker fagligheden.

DSAM ser meget alvorligt på offentliggørelse af data på patientniveau og har derfor udarbejdet flere forslag til nyttig information uden sammenkobling med CPR-nummer.

Bilag 1 til DSAM's hørings svar

Forslag til oplysninger om arbejdet i almen praksis.

Der er fra flere sider udtrykt ønske om mere kendskab til, hvad der sker i "maskinrummet" i almen praksis. Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed, DAK-E, kan levere data fra Den Almenmedicinske Database (DAMD) til dette formål, men hvis faciliteten ønskes indført i større målestok vil det kræve tilførsel af nye resurser.

Overordnet skal patientnære kliniske kvalitetsindikatorer fra DAMD ikke benyttes til kvalitetskontrol og slet ikke til "pay-for-performance", som det er sket i England. Herved forringes kvaliteten af data, der skal benyttes til kvalitetsudvikling i egen klinik. Det er imidlertid muligt at finde kvalitetsindikatorer, der kan bruges som kvalitetskontrol, uden at det skader den kvalitetsudvikling, som data i DAMD giver ude i klinikkerne.

Der er et stort ønske om at kunne identificere data på ydernummer, men til mange planlægnings- og oversigtsformål, er det ofte bedre at have et geografisk overblik. Geografiske overblik kan gives på kommunalt niveau svarende til PLO kommunalt. Man kan også identificere praksis efter henvisningsmønstre og dele praksis op i klynger efter hvilke afdelinger, de henviser til. Kvalitetsindikatorerne kan så opgøres på klyngeniveau og være et vigtigt redskab i dialog og planlægning mellem primær og sekundær sektoren.

GIS (Geographic Information Systems) er en anden metode til at få bedre oversigt over kliniske kvalitetsindikatorer. Her kobles data for den enkelte patient i anonymiseret form med et koordinatsæt, så det er muligt at se antallet af kroniske sygdomme fordelt på geografiske områder.

Hvis lægerne skal måles på praksisniveau, skal det være med procesindikatorer, som lægerne har direkte indflydelse på. Det kunne være mål som:

- Diagnosekodeprocent
- Hyppighed i anvendelse af kvalitetsrapporter
- Tilmelding til og levering af pop-up ved årskontrol (ikke antal eller andel, da det vil afhænge af patientcompliance)

På praksisniveau kunne man også levere antal af patienter med kroniske sygdomme (Diabetes, KOL, Hjertekarsygdom, Depression). Disse tal kan også leveres justeret i

forhold til alder, køn og antal tilmeldte.

Disse tal kan suppleres med en oversigt på praksisniveau, hvor der udelukkende anvendes tal, som regionerne i forvejen har adgang til på klinik niveau, men ikke har sat systematisk op.

Det kan fx være oplysninger om ydelser, laboratorieværdier, recepter eller henvisninger. Eksempler på forskellige indikatorer på praksisniveau kunne være:

- Ydelser: antal lungefunktionsundersøgelser, forebyggelsesydelser, hjemmebesøg
- Laboratorieværdier: antal kolesterol- og HbA1cmålinger
- Recepter: benzodiazepiner (beroligende), typer af morfika, typer af antibiotika.

Ovenstående forslag er baseret på data fra DAMD og Sygesikringsregisteret. Det er også muligt at aftale akkrediteringsmål, som ikke direkte kan hentes i datafangst, men som er baseret på en audit, der anvender DAMD data. Eksempler på dette:

- Plan for kontinuerlig gennemgang af patienter med kroniske sygdomme
- Målsætningsarbejde ud fra arbejde med kvalitetsrapporterne
- Plan for opfølgning af udeblevne patienter
- Plan for indkaldelse til vaccination
- Plan for opfølgning på kræftpatienter

Yderligere oplysninger hos DSAM v/ direktør Torsten Sørensen ,65326590, pts@dsam.dk eller hos DAK-E v/konstitueret direktør Janus Laust Thomsen, 24600544, jlt@dadlnet.dk

Bilag 2 til DSAM's hørings svar

Hørings svar fra de faglige almenmedicinske miljøer - Afdelinger og Forskningsenheder for Almen Praksis ved Københavns, Århus og Syddansk Universiteter samt Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed

Vedrørende Forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet af 3.5.2013

De faglige almenmedicinske miljøer har ikke modtaget lovforslaget til høring og afgiver derfor hørings svar i samarbejde med Dansk Selskab for Almen Medicin. De faglige almenmedicinske miljøer vil gerne påvirke lovforslaget med faglig viden omkring kvaliteten af patientbehandlingen.

Der er i det fremsatte lovforslag stor usikkerhed omkring anvendelsen af kliniske data vedrørende de enkelte patienter. De faglige almenmedicinske miljøer vil gerne understrege vigtigheden af, at kliniske data kun anvendes til kvalitetsudvikling i de kliniske miljøer samt til forskning og ikke til brug for kvalitetskontrol eller honoreringsmodeller. Der er belæg for, at anvendelse af kliniske data til kvalitetskontrol og/eller honoreringsmodeller kan ødelægge kvaliteten af data og dermed føre til dårligere behandling af de mest udsatte patientgrupper (se Bilag). Samtidigt er det væsentligt, at beskytte patienternes rettigheder og sikre, at kliniske data vedrørende enkelte patienter kun anvendes på et anonymiseret niveau og ikke indgår i den administrative sagsbehandling.

I §1.5 indsættes et nyt stk. 3 i §195

§ 195

Stk. 3. De personhenførbare oplysninger, som et regionsråd får tilladelse til at indhente, må udelukkende behandles med henblik på statistiske undersøgelser, hvis aggregerede resultater, herunder evalueringer og analyser, kan anvendes til regionsrådets tilrettelæggelse og planlægning af indsatsen på sundhedsområdet. Personhenførbare oplysninger må ikke indgå i regionsrådets administrative sagsbehandling, og oplysningerne må ikke benyttes til patientbehandling eller konkret sagsbehandling i forhold til den enkelte borger. Kun ansatte personer i regionen, der direkte skal anvende personhenførbare oplysninger til statistiske undersøgelser, må behandle dem.

I §1.12 under §231 e, stk. 1 bør det præciseres:

§ 231 e.

Stk. 1. Det påhviler alment praktiserende læger, der yder behandling til gruppe 1-sikrede personer, jf. § 60, stk. 1, at foretage kodning af henvendelser til almen praksis og anvende datafangst til brug for kvalitetsudvikling i de enkelte klinikker.

I §1.12 under §231 e, stk. 3 bør det tilføjes:

§ 231 e.

Stk.3. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om kodning og

datafangst under hensyn til, at kliniske indikatorer på patientniveau benyttes til kvalitetsudvikling i almen praksis, mens procesindikatorer for lægernes anvendelse af kvalitetsudviklingsværktøjer kan benyttes til planlægning og administration. Data kan kun offentliggøres på anonymiseret og aggregeret niveau. Der nedsættes et fagligt råd med deltagelse af relevante repræsentanter for de danske almenmedicinske faglige miljøer og patientforeningerne, som rådgiver ministeren vedrørende regler om offentliggørelse af oplysninger om praksis, jf. stk. 2.

Med venlig hilsen

Lars Bjerrum
Afdelingsleder,
professor, ph.d.
Afdeling for Almen
Medicin, Københavns
Universitet

Anneli Sandbæk
Afdelingsleder,
professor, ph.d.
Afdeling for Almen
Medicin, Århus
Universitet

Andres Halling
Afdelingsleder,
professor, ph.d.
Forskningsenheden
for Almen praksis,
Syddansk Universitet

Leo Thomsen
Formand for
kvalitets- og
forskningsudvalget,
Dansk
AlmenMedicinsk
Database

Susanne Reventlow
Forskningsleder,
professor, Ph.d.
Forskningsenheden
for Almen Praksis,
Københavns
Universitet

Flemming Bro
Forskningsleder,
professor, Ph.d.
Forskningsenheden for
Almen praksis,
Århus Universitet

Jens Søndergaard
Forskningsleder,
professor, ph.d.
Forskningsenheden
for Almen praksis,
Syddansk Universitet

Janus Thomsen
Konst. Direktør,
Lektor, ph.d.
Dansk Almen-
medicinsk Kvalitets-
Enhed

BILAG:

Kvalitetsudviklingsmodellen i dansk almen praksis ud fra datafangst bygger på tilbagemelding til brugerne med data vedrørende egne patienter og praksis status i forhold til gennemsnittet af kollegerne. Målet for kvalitetsudviklingen er at bedre patientbehandling og opnå et bedre populationsoverblik på baggrund af data automatisk opsamlet for udvalgte kroniske sygdomme. Modellen er en internationalt anerkendt metode til at opnå forbedringer i patientbehandlingen [1, 2], og som diagnosekodningen anvendes i Danmark i dag, er der resultater, som tyder på en lignende positiv effekt kvalitetsudvikling ud fra arbejde med kliniske data i små enheder, der selv er ansvarlige for den direkte patient kontakt [3, 4]. Et nøgleområde for levering af gode kvalitetsdata er diagnosekodningen udført af de deltagende læger. En forudsætning for høj faglighed af diagnosekodningen er, at der ikke er økonomiske incitamenter for lægerne for at diagnosekode, eller at kodningen har social betydning for deres patienter. I Norge ses et eksempel på hvordan diagnosekodningens betydning for patienterne kan påvirke lægernes diagnosekodning, idet diagnosekodningen bruges som grundlag for at opnå bestemte sociale ydelser, som for eksempel sygedagpenge. Der er stor risiko for en tilvænning blandt lægerne til at bruge de koder, der udløser de ydelser, som anses for nødvendige for patienterne [5-7]. En nylig OECD rapport lægger op til brug af incitamenter for at opnå forbedringer i kliniske kvalitetsindikatorer. En økonomisk incitament struktur eller offentliggørelse af kliniske indikatorer på læge eller praksisniveau kan gøre patienter med lav kompliance uønskede, idet patienter, der ikke kan følge de planlagte mål vil ødelægge lægens/praksis kvalitetsmål, hvor der er en stor del af patientkompliance forbundet med at opnå optimale kvalitetsmål. Risikoen er, helt modsat intentionen om en bedre patientbehandling, at komme til at stille sårbare patienter i en dårlig situation, hvor de direkte eller indirekte bliver en uønsket gruppe [8-10].

Referencer

1. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, Carver P, Sixta C: **Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach.** *Jt Comm J Qual Improv* 2001, **27**(2):63-80.
2. Joshi MS, Bernard DB: **Clinical performance improvement series. Classic CQI integrated with comprehensive disease management as a model for performance improvement.** *Jt Comm J Qual Improv* 1999, **25**(8):383-395.
3. Schroll H, Christensen RD, Thomsen JL, Andersen M, Friberg S, Sondergaard J: **The danish model for improvement of diabetes care in general practice: impact of automated collection and feedback of patient data.** *Int J Family Med* 2012, **2012**:208123.
4. Guldberg TL, Vedsted P, Kristensen JK, Lauritzen T: **Improved quality of Type 2 diabetes care following electronic feedback of treatment status to general practitioners: a cluster randomized controlled trial.** *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association* 2011, **28**(3):325-332.
5. Stavdal A: **[General practice in crisis].** *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000, **120**(7):774.
6. Brage S, Bentsen BG, Bjerkedal T, Nygard JF, Tellnes G: **ICPC as a standard classification in Norway.** *Fam Pract* 1996, **13**(4):391-396.

7. Aakvik A, Holmas TH, Kamrul Islam M: **Does variation in general practitioner (GP) practice matter for the length of sick leave? A multilevel analysis based on Norwegian GP-patient data.** *Soc Sci Med* 2010, **70**(10):1590-1598.
8. Zaslavsky AM, Hochheimer JN, Schneider EC, Cleary PD, Seidman JJ, McGlynn EA, Thompson JW, Sennett C, Epstein AM: **Impact of sociodemographic case mix on the HEDIS measures of health plan quality.** *Med Care* 2000, **38**(10):981-992.
9. Weiss GG: **What would you do? Testing and insurance.** *Med Econ* 2006, **83**(23):74, 77-78, 81.
10. Hood RG: **Pay-for-performance--financial health disparities and the impact on healthcare disparities.** *J Natl Med Assoc* 2007, **99**(8):953-958.

Fra: Kristen Kistrup [mailto:Kristen.Kistrup@regionh.dk]

Sendt: 6. maj 2013 13:40

Til: DEP Primær Sundhed Kontorpostkasse

Cc: Sven Erik Bukholt; Kim Brøndmark; Marie Høgh Thøgersen (ZM92@sof.kk.dk); Helle Busck; Jens Egon Hansen (Jens.Egon.Hansen@rsyd.dk); 'Preben Friis' (prebfrii@rm.dk); Phuong Le Quach Reisia

Emne: Høring over forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsn

Hermed svar på Høring over forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsn.

Dansk Selskab for Distriktspsykiatri har ikke bemærkninger til lovforslaget.

Mvh

Kristen Kistrup

Centerchef, formand for Dansk Selskab for Distriktspsykiatri

Direkte: 3864 3701

Mail: kristen.kistrup@regionh.dk

Region Hovedstadens Psykiatri

Psykiatrisk Center Frederiksberg

Ndr. Fasanvej 57-59

2000 Frederiksberg

Tlf: 3864 3700

Fax: 3864 3715

Web: www.psykiatri-frederiksberg.dk

Denne e-mail indeholder fortrolig information. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail, eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videresende eller kopiere den.



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Holbergsgade 6

1057 København K

København, den 6. maj 2013

Vedrørende høring om " Udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven og lov om klage og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet".

Dansk Selskab for Folkesundhed er anmodet om at afgive høringssvar om ovenstående.

Som en del af selskabets formål og ud fra et folkesundhedsperspektiv afgiver selskabet gerne høringssvar indenfor forskellige fag-, lov- og indsatsområder på nationalt plan.

Det er imidlertid vor vurdering at fremsendte materiale falder udenfor selskabets formål.

Selskabet afgiver derfor ikke høringssvar i denne sag.

Vi takker for henvendelsen.

Venlig hilsen

Torben Jørgensen
Formand for Dansk Selskab for Folkesundhed

Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed,
Glostrup Hospital,
Nordre Ringvej 57, Afsnit 84-85
2600 Glostrup



Den 19. maj 2014

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
DK-1057 København K

Ang.: Høringssvar til lovforslag om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Efter gennemgang af det fremsatte forslag til Lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet skal DSMM - Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin - hermed fremkomme med vort høringssvar.

I lovforslaget fastslås det, at Praksisplanudvalget, hvor almen praksis ikke er repræsenteret, skal definere hvilke opgaver almen praksis skal udføre.

Yderligere fastslås det, at de enkelte praktiserende lægers efteruddannelse skal offentliggøres - efter nærmere regler, som senere fastlægges af Ministeriet for sundhed og forebyggelse.

DSMM er bekymret for Regionernes mulighed for afgørende indflydelse på den enkelte læges valg af delvis subspecialisering, når de skal vurdere lægens efteruddannelsesoplysninger.

Specifikt vil vi være bekymret, hvis Regionerne får ret til at kræve et ændret efteruddannelsesmønster og dermed kan forhindre, at enkelte læger vælger at dygtiggøre sig på særlige interesseområder.

Vi forudsætter naturligvis, at hver enkelt læge derudover følger med i og udfører hele deres virksomhed i overensstemmelse med opdateret viden og nationale faglige retningslinier, pakkeforløb m.v. vedrørende specifikke sygdomme m.v.

DSMM's diplomuddannelse i Muskuloskeletal Medicin - dvs. i behandling af muskel- og skeletproblemer, incl. rygsmerter, indebærer 250 timers struktureret kursusdeltagelse.

15 % af landets praktiserende læger har helt eller delvist gennemgået denne uddannelse.

Såfremt Regionerne får mulighed for at forhindre praktiserende læger i at gennemføre en sådan subspecialiseret efteruddannelse, vil behandlingen af ryg-, muskel- og ledproblemer blive afgjort forringet, idet rigtigt mange af patienterne i almen praksis har sygdomme og skader på bevægeapparatet.

Alternative behandlingssteder vil være speciallæger i reumatologi, der i forvejen har op til flere måneders ventetid, fysioterapeuter eller kiropraktorer.

Vi vil derfor foreslå, at der kommer en specificeret afgrænsning omkring Regionernes ret til at ensidigt at begrænse praktiserende lægers valg af efteruddannelse og dermed deres behandlingsmuligheder i dagligdagen.

På vegne af Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin

Helle Borgstrøm
Formand for DSMM



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Center for Primær Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K
Att: Svend Erik Bukholt

Den 22. maj 2013
Ref.: TuH
Sagsnr.: 1305-0009

Høring over 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 den opbygning af sundhedsvæsenet, der gælder i Danmark, har almen praksis og dens medarbejdere en nøglerolle – og rollen vil ikke blive mindre i de kommende år, hvor flere borgere dels får længere til sygehusene og dels bliver ramt af en eller flere folkesygdomme. Hertil kommer, at flere sundhedsopgaver placeres i det nære sundhedsvæsen, som derfor har behov for et tæt samspil med almen praksis.

Dansk Sygeplejeråd er derfor enig i regeringens mål om at:

- Alle skal have adgang til almen praksis, uanset hvor i landet, de bor
- Alle skal være sikre på behandling af høj kvalitet i almen praksis
- Almen praksis, sygehuset og kommunen er gensidigt forpligtet til at arbejde sammen og skabe gode, sammenhængende patientforløb.

Vi vil hertil tilføje, at de fremtidige rammer omkring almen praksis også skal understøtte en udvikling i retning af øget brug af praksispersonale og at dette personale har de fornødne kompetencer til at arbejde evidensbaseret på baggrund af kliniske retningslinjer m.v. Udvalget om Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen pegede på, at f.eks. sygeplejersker kan være med til at styrke opgavevaretagelsen i almen praksis, og at sygeplejersker er gode til at følge evidensbaserede kliniske retningslinjer, og at dette i andre lande har ført til kvalitetsforbedringer i behandlingen og eksempelvis en styrket og udbygget kronikeromsorg. Almen praksis har i de senere år, dog med stor variation indenfor de enkelte klinikker, ansat en lang

DANSK SYGEPLEJERÅD

The Danish Nurses' Organization

Sankt Annæ Plads 30
DK-1250 København K

Ekspedition:
Mandag–torsdag 9.00-16.00
fredag 9.00-15.00

Tlf. +45 33 15 15 55
Fax +45 33 15 24 55

dsr@dsr.dk
www.dsr.dk

række sygeplejersker – men også andet personale – og det er vigtigt, at ændringer i almen praksis' vilkår ikke bremser men sætter yderligere gang i en styrket professionalisering til gavn for en effektiv almen praksis.

Det er Dansk Sygeplejeråds opfattelse, at det – i lyset af almen praksis betydning som en væsentlig del af sundhedsvæsenet og som arbejdsplads for en stor gruppe sundhedsprofessionelle – er hensigtsmæssigt med en bred opbakning omkring de fremtidige rammer og vilkår, og vi anbefaler derfor, at der skabes en forhandlingsløsning, der kan sikre den nødvendige arbejdsro og opbakning til den fremtidige indsats.

På baggrund af ovenstående anbefaling om en forhandlet løsning på de fremtidige rammer og vilkår vil vi ikke i dette høringssvar gå dybere ind i det konkrete lovforslag, dog med følgende undtagelser af principiel karakter:

- Lovforslaget lægger op til, at regionsrådet kun kan etablere en regional praksis, hvis der har været afholdt et udbud, hvor ingen private leverandører har deltaget. Dansk Sygeplejeråd finder det uhensigtsmæssigt, at det offentlige sundhedsvæsen i den forbindelse påtvinges at vælge en privat løsning i tilfælde, hvor der med fordel kan tages afsæt i allerede eksisterende kompetencer og ressourcer i sundhedsvæsenet.
- Vi finder det principielt rigtigt, at kommunerne inddrages mere forhold til udviklingen af almen praksis, blandt andet med henblik på at skabe sammenhæng til den kommunale indsats overfor for f.eks. kronisk syge og ældre medicinske patienter, ligesom initiativet kan medvirke til større klarhed over, hvilke opgaver, der løses i hjemmesygeplejen og hvilke opgaver, der løses i almen praksis. Vi ser derfor positivt på forslaget om et praksisplanudvalg, men finder det samtidig hensigtsmæssigt, at almen praksis også er repræsenteret heri.
- Endvidere finder vi det principielt rigtigt, at patienterne fremover i højere grad inddrages i udviklingen af de nære sundhedstilbud, og vi bakker derfor op om forslaget om et patientinddragelsesudvalg.

Frasigelse af ydernumre

Dansk Sygeplejeråd har noteret sig, at der i den nuværende situation og i lyset af nærværende lovforslag er en risiko for, at praktiserende


læger frasiger sig deres ydernumre for at påvirke RLTN til at indgå i nye forhandlinger om en overenskomst. Patienterne vil herefter ikke have ret til vederlagsfri behandling, og sundhedsministeren vil i den situation skulle fastsætte nærmere regler for borgernes adgang til almen medicinske ydelser. Dansk Sygeplejeråd gør i den forbindelse opmærksom på, at en række sundhedsprofessionelle, herunder kommunale hjemmesygeplejersker, i deres virke er afhængige af en tæt kontakt til almen praksis, f.eks. når de kontakter den praktiserende læge på vegne af en borger. Det regelsæt, sundhedsministeren fastlægger i en sådan situation, bør derfor tage hensyn til disse problemstillinger.

Yderligere information

Henvendelser vedrørende høringssvaret kan rettes til:

Politisk chefrådgiver Tue Raphael Hansen, direkte telefon 5117 3794, tuh@dsr.dk eller konsulent Camilla Blæsbjerg, direkte telefon 4695 4067, cab@dsr.dk.

Med venlig hilsen



Grete Christensen
Formand



Ministeriet for Sundhed og
Forebyggelse

Center for Primær Sundhed og
Forebyggelse

23. maj 2013

Vedr.: Høring over udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Dansk Tandplejerforening skal indledningsvis bemærke, at foreningen har store tvivl om de bagvedliggende motiver for det fremsendte udkast til ændring af sundhedsloven.

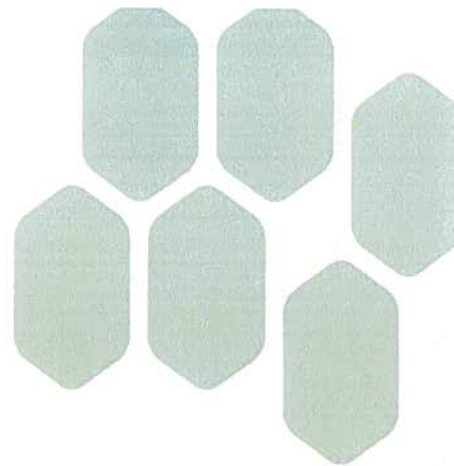
Lovforslaget er fremsat på baggrund af sammenbruddet i overenskomstforhandlingerne mellem PLO og RLTN og Regionernes opsigelse af overenskomsten med de praktiserende læger. På den baggrund og med indholdet af dette lovforslag, lægges der op til en vidtgående lovregulering af områder, som hidtil har været overenskomststof og reguleret af overenskomstens parter.

Dansk Tandplejerforening er stærkt foruroliget over, at det fremsendte lovforslag underminerer, hvad frem til nu har været aftalestof. Det er et væsentligt brud på hidtidig praksis, som har baseret sig på fælles forhandlingsløsninger mellem parterne på praksisområdet. En aftalemodel, som Dansk Tandplejerforening altid har tilsluttet sig og som foreningen med dyb bekymring nu ser sat under pres.

Venlig hilsen

Elisabeth Gregersen
Formand for Dansk Tandplejerforening

Dansk Tandplejerforening



Til
Ministeriet for sundhed og forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

23. maj. 2013

Høringssvar på Lovforslag om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Danske Bioanalytikere hilser lovforslaget om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet velkommen.

Danske Bioanalytikere ønsker et samlet sundhedsvæsen med lige adgang til behandling

At sikre bedre sammenhæng mellem de praktiserende læger, sygehusene og hjemmesygeplejen ser Danske Bioanalytikere som et vigtigt skridt til at sikre lige adgang til behandling samt til en styrkelse af både den patientoplevede kvalitet og en optimal udnyttelse af de økonomiske ressourcer i sundhedsvæsenet.

Bioanalytikere ansat i almen praksis kan understøtte sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenet, for eksempel ved at koordinere analyserekvisitioner og –svar mellem sygehuse og de praktiserende læger således, at de rigtige analyser tages

Sekretariatet
Skindergade 45-47, 1.
1159 København K
Tlf: 4422 3246
Fax: 4422 3232
www.dbio.dk
Email: dbio@dbio.dk
Jyske Bank
5043-1308159

og overflødige analyser minimeres. Ligeledes kan bioanalytikere tage blodprøver og monitorere borgere med kroniske sygdomme i borgerens hjem med det formål at højne borgernes livskvalitet, sikre økonomiske besparelser i hjemmeplejen og mindske antallet af indlæggelser og ambulante besøg på sygehusene.

Hurtigere udredning i almen praksis

Danske Bioanalytikere ser positivt på regeringens ønske om, at flest mulige borgere udredes i almen praksis. Bioanalytikere ansat hos den praktiserende læge kan bidrage hertil ved at sikre korrekte og hurtige prøvesvar. I den forbindelse er det relevant at undersøge incitamentsstrukturen for at flere prøver kan udføres i almen praksis, da nogle regioner sætter loft på, hvor mange prøver almen praksis kan få ydelser for.

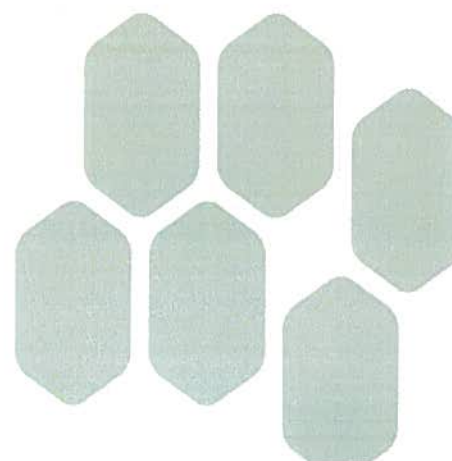
Ensartet høj kvalitet

I forhold til at sikre, at alle får behandling af ensartet høj kvalitet er det vigtigt, at der formuleres ensartede kvalitetskrav til patientdata på tværs af sygehuse, almen praksis og kommuner. Dette er nødvendigt for at undgå, at prøver skal tages om, for eksempel når patienten henvises fra egen læge til sygehuset, samt for at sikre at data ved hjemmemonitorering er pålideligt og kan anvendes i patientens behandling på sygehuset.

Bioanalytikere er uddannet til at sikre kvaliteten af analyseprøver og data. De kan bidrage med at undervise borgere og andre faggrupper i korrekt prøvetagning og brug af patientnært analyseudstyr som anvendes af diabetes-, hjerte- og KOL patienter.

Med venlig hilsen

Bert Asbild, Formand
Danske Bioanalytikere



Fra: Nina Brohauge [mailto:ddl@ddlnet.dk]

Sendt: 13. maj 2013 08:30

Til: DEP Primær Sundhed Kontorpostkasse

Cc: Sven Erik Bukholt

Emne: Høring over forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet

Danske Dental Laboratorier takker for muligheden for at afgive høringssvar til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet.

Vi har imidlertid ingen kommentarer til lovforslaget.

Med venlig hilsen

Nina Brohauge



Danske Dental Laboratorier

Tlf. 2030 2115 Sekretariatet

Tlf. 2311 2115 Marianne Krogsgaard, Formand



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K.

Høring om ændring af sundhedsloven m.v. – indgreb i konflikt mellem RLTN & PLO

Usikkerhed for patienterne og bekymring for de vilkår som praktiserende sundhedspersoner skal agere under. Så kort kan Danske Fysioterapeuters holdning til lovforslaget om indgreb i konflikten mellem RLTN og PLO karakteriseres.

Dato:
23. maj 2013

Kontaktperson:
Ann Sofie Orth & Jens
Peter Vejrbæk

Lovforslaget er båret af den grundholdning, at der bør være mere kontrol og mere styring til for at have en velfungerende praksissektor, og at denne styring og kontrol skal gennemtvinges ved lov. Med den grundpræmis kaster lovforslaget mange års samarbejde om og udvikling af det allemæreste sundhedsvæsen over styr. Det kommer hverken patienter eller samfund til gavn.

E-mail:
aso@fysio.dk

Tlf. direkte:
+45 33 41 46 35

Lovforslaget forkaster ganske enkelt den måde, hvorpå overenskomsterne på praksisområdet hidtil har udviklet sig: I enighed mellem parterne. Dét skridt er Danske Fysioterapeuter uenig i.

- 0 -

Der er særlig grund til bekymring for den usikkerhed om praksissektoren, som afskaffelsen af samarbejdsmodellen mellem på den ene side det offentlige sundhedsvæsen og på den anden side de praktiserende sundhedspersoner – det paritetiske system - skaber:

- Afskaffelsen af samarbejdsmodellen vil reelt set udelukke praktiserende sundhedspersoner for indflydelse på udvikling af relationen med patienten og det øvrige sundhedsvæsen. Det vil være demotiverende for den enkelte sundhedsperson, og ikke give den optimale basis for fortsat kvalitetsudvikling.
- Afskaffelsen af det paritetiske system vil i betydelig grad mindske retssikkerheden for de praktiserende sundhedspersoner, fordi myndighederne alene får ret til at beslutte i sager om fortolkning af overenskomsten. Dermed udelukkes repræsentanter for de praktiserende fra medbestemmelse. Danske Fysioterapeuter har flere eksempler på, at parterne *sammen* har tilsidesat en myndigheds fortolkning af overens-



komsten til gunst for den praktiserende. Denne mulighed fjernes her, og det efterlader den praktiserende sundhedsperson med ringere retssikkerhed.

Ikke alene er lovforslaget udtryk for en tilsidesættelse af aftalemodellen i den aktuelle situation, men fremadrettet vil det være vanskeligt at se perspektiverne for samarbejde mellem parterne.

Såfremt lovforslaget fremsættes (og vedtages) i sin nuværende form, vil der blandt alle praktiserende sundhedspersoner, ikke kun læger, være et behov for, at der gives et politisk svar på, hvad visionen og ambitionerne for samarbejdet mellem det offentlige og praksissektoren egentlig er. Vi vil opfordre til, at Ministeren for Sundhed og Forebyggelse som den hovedansvarlige tager denne opgave på sig.

- 0 -

Samarbejdsmodellen – det paritetiske system

Lovforslaget indeholder afskaffelse af det paritetiske system, hvor beslutninger i dag træffes i fællesskab af politikere fra henholdsvis region og PLO lokalt.

Ifølge lovforslaget vil samarbejdsudvalget fortsat være forum for drøftelser og dialog om almen praksis og spørgsmål om overenskomsten, herunder den indledende håndtering af konkrete sager, hvor en læge har et afvigende ydelsesmønster. Men den endelige beslutningskompetence ligger hos myndigheden og ikke hos samarbejdsudvalget.

Danske Fysioterapeuter finder, at lovforslaget indebærer en markant og unødvendig svækkelse af samarbejdsmodellen, ligesom fordelene ved det ligeværdige forhold tilsidesættes fuldstændigt.

Danske Fysioterapeuter finder endvidere, at det kan have alvorlige konsekvenser for den enkelte yders retssikkerhed, hvis det er myndigheden, der har den endelige beslutningskompetence.

Danske Fysioterapeuter forstår lovforslaget således, at landssamarbejdsudvalget ikke længere vil have den endelige beslutningskompetence, og at yderne dermed ikke vil have mulighed for at anke myndighedens afgørelse til landssamarbejdsudvalget.

Det finder vi stærkt betænkeligt, idet vi ofte ser, at et enigt landssamarbejdsudvalg tilsidesætter en myndigheds beslutning.

Vi finder ikke, at lovforslaget tydeligt belyser, hvilken beslutningskompetence, der nu flyttes til ensidigt at være en myndighedskompetence. Er det f.eks. kun myndigheden og ikke partsrepræsentanter, der skal tage stilling til krav om til-



bagebetaling af udbetalte tilskud der ikke er honorarværdige, fastsættelse af bod eller sågar fratagelse af retten til at praktisere efter overenskomsten? Alt dette beror på fortolkninger af den fælles aftale – overenskomsten – og beslutninger om f.eks. at betale bod og at fratage retten til at praktisere er af betydelig indgribende karakter over for den enkelte. Det forekommer derfor ikke rimeligt, at der alene skal en myndighedsafgørelse til her, særligt fordi reglerne ikke altid er entydige.

De praktiserende sundhedspersoner vil i stedet være henvist til at føre retssager, hvilket i udgangspunktet overlader hele risikoen for afgørelsen hos den enkelte sundhedsperson. Det vil være mere tungt og indebære et langt større omkostningsniveau end det paritetiske system.

Danske Fysioterapeuter har mange eksempler på, at et enigt landssamarbejdsudvalg har tilsidesat en ensidig fortolkning fra myndighedens side til fordel for den enkelte. Her er fire fra 2012/13:

1. En region havde uberettiget meddelt en fysioterapeut et nyt omsætningsloft. Landssamarbejdsudvalget besluttede at udtale en kraftig misbilligelse af regionens behandling af sagen. Omsætningsloftet var op til 500.000 kr. for lavt.
2. En region havde fastsat et omsætningsloft i forbindelse med anvendelse af en ansat fysioterapeut på ydernummeret. Landssamarbejdsudvalget afgjorde, at omsætningsloftet var i uoverensstemmelse med vejledningen. Omsætningsloftet var ca. 280.000 kr. for lavt.
3. Et samarbejdsudvalg havde afvist en flytning af praksisadressen. Landssamarbejdsudvalget omgjorde afvisningen, fordi der var indgået kriterier, som ikke var omfattet af praksisplanen.
4. Et samarbejdsudvalg havde besluttet et maksimum for antallet af behandlinger, som en fysioterapeut måtte give patienterne. Denne beslutning blev omgjort af Landssamarbejdsudvalget, fordi de konkrete patienter hos fysioterapeuten blev vurderet til at have særligt behandlingskrævende diagnoser. Derefter kunne patienterne få de relevante behandlinger.

Alle fire eksempler viser, at det paritetiske system er med til at sikre korrekte afgørelser både for så vidt angår retsstillingen for de praktiserende og for at sikre behandlingen af patienterne.

Endelig giver lovforslaget i øvrigt ministeren mulighed for ved bekendtgørelse at detailregulere flere forhold vedrørende lægernes vilkår, som hidtil har været reguleret i overenskomsten og dermed udviklet i et samarbejde mellem overenskomstens parter. Danske Fysioterapeuter finder, at en sådan detailregulering ved lov principielt er forkert og ødelæggende for den daglige tilrettelæggelse af arbejdet. Udvikling af overenskomstens forhold bør ske i et samarbejde. Dette giver de bedste og mest holdbare løsninger og sikrer et bredt ejerskab til beslutningerne for alle parter.



Praksisplanlægning

Ifølge lovforslaget skal lægerne i udgangspunktet ikke deltage i det praksisplanudvalg, der skal forestå udarbejdelsen af praksisplanerne for almen praksis.

Danske Fysioterapeuter finder det forkert, at yderne på et praksisområde på denne måde ikke skal deltage i arbejdet med praksisplanlægningen. Det er Danske Fysioterapeuters opfattelse, at fysioterapeuternes deltagelse i udarbejdelsen af praksisplanerne under fysioterapioverenskomsterne er vigtig og værdifuld.

Hjemlen til at fastsætte regler i en overenskomstløs periode

Det indgår i lovforslaget, at der indføres hjemmel til, at ministeren kan fastsætte en række nærmere regler i en overenskomstløs periode. Hjemlen vedrører alle praksisområder. Herunder kan ministeren fastsætte regler for den samlede økonomiske ramme for ydelserne på det berørte overenskomstområde. Det fremgår af bemærkningerne, at det forudsættes, at sådanne regler lægger sig op ad regler, som var gældende, før den overenskomstløse periode indtrådte, eller at det på anden vis sikres, at de økonomiske rammevilkår på det pågældende praksisområde i væsentlig grad svarer til de vilkår, som hidtil har været gældende.

På fysioterapiområdet er i dag fastsat overordnede økonomiske rammer, som reguleres i henhold til udvikling i honorarerne og antallet af patienter. Danske Fysioterapeuter ser gerne, at det præciseres i lovforslaget, at den af ministeren fastsatte økonomiske ramme, såfremt den videreføres i en eventuel overenskomstløs periode, fortsat som minimum skal reguleres i henhold til de elementer, som indgår i økonomiprotokollatet i overenskomsten inden den overenskomstløse periode.

Det ligger også i lovforslaget, at overenskomstbestemmelser om automatisk pris- og lønregulering ikke vil være gældende i en overenskomstløs periode, medmindre det eksplicit fremgår af de regler, som fastsættes i medfør af ministerens bestemmelse. Danske Fysioterapeuter mener ikke, at en sådan ophævelse af reguleringsordningen vil være i overensstemmelse med Højesteretsdom i sag 253/2007 afsagt den 31-03-2010 vedrørende maksimale honorarer på fodterapiområdet i en overenskomstløs periode. Retten lagde her vægt på, at der ved bekendtgørelse var indført en automatisk regulering af honorarerne svarende til den i den seneste overenskomst aftalte regulering.

Danske Fysioterapeuter er uforstående overfor, at ministeren både vil bestemme vilkårene for ydelserne og samtidig forbeholder sig ret til at forringe dem. Danske Fysioterapeuter finder, at de meget vidtgående beføjelser for ministeren til at fastlægge vilkårene for ydelserne i en overenskomstløs periode vil indebære, at det udelukkende vil være yderne, der vil bære de økonomiske konsekvenser af en konflikt.



Danske Fysioterapeuter finder, at dette er urimeligt, at det er et brud på tidligere principper, og at den retlige medholdelighed er tvivlsom.

Afgivelse af oplysninger

Ifølge lovforslaget pålægges praktiserende sundhedspersoner pligt til at afgive oplysninger, som er nødvendige for myndighederne for at føre kontrol med, at de honorarer, der er udbetalt, er udbetalt korrekt. Endvidere får myndigheden hjemmel til at anmode om oplysninger, som er nødvendige for myndighedens varetægelse af opgaver med planlægning, kvalitetssikring, kontrol af udbetalte tilskud m.v. efter nærmere regler fastsat af ministeren.

Bestemmelsen vedrører ifølge bemærkningerne alle oplysninger om aktivitet, omkostninger og ressourceanvendelse, finansielle oplysninger m.v. Det fremgår ikke specifikt, hvordan en sådan bestemmelse i givet fald vil finde anvendelse på fysioterapiområdet.

Danske Fysioterapeuter forudsætter, at fysioterapeuterne vil blive kompenseret for eventuelle administrative omkostninger i forbindelse med afgivelse af oplysninger.

- 0 -

Lovforslaget mangler en beskrivelse af, hvilke afledte effekter der kan forventes på de øvrige praksisområder. Vi vil derfor opfordre til, at der i høringsnotatet redegøres for, hvorledes lovforslaget forventes at have effekt på de forhandlinger, de øvrige praksisområder står over for.

Venlig hilsen

Tina Lambrecht
Formand



Danske Handicaporganisationer
Blekinge Boulevard 2
2630 Taastrup
Tlf.: 3675 1777
Fax: 3675 1403
dh@handicap.dk
www.handicap.dk

Til: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Center for Primær Sundhed og Forebyggelse
primisund@sund.dk; seb@sum.dk

Taastrup, den 24. maj 2013
Sag 17-2013-00402– Dok. 120484/js

Hørings svar fra Danske Handicaporganisationer (DH) vedr. lovforslag om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet

Danske Handicaporganisationer vil gerne takke for muligheden for at kommentere på ovenstående lovforslag. DH er generelt positivt indstillet over for det øgede fokus på kvalitet i og tilgængelighed til almen praksis i lovforslaget, men har en række konkrete kommentarer og ændringsforslag.

DH er ligeledes positiv over for forslaget om nedsættelse af et patientinddragelsesudvalg i hver region og i forhold til forslaget om ændret erstatningsansvar for private udbydere m.m.

Vedr. ændring af sundhedsloven

Det er afgørende vigtigt for DH, at borgere med handicap og kronisk sygdom har adgang til de sundhedsydelser, de har behov for – og på lige fod med resten af befolkningen. I udgangspunktet er det derimod ikke afgørende for DH, om ydelserne leveres af private eller offentlige udbydere, eller om de reguleres i en overenskomst eller i lovgivningen.

Personer med handicap og kronisk sygdom oplever imidlertid en række problemstillinger og ulighedsskabende barrierer i adgangen til primære sundhedsydelser, som DH forventer vil blive løst ifm. det nuværende politiske fokus på almen praksis og ulighed i sundhed. DH støtter derfor op om intentionerne om at sikre lægedækning i hele landet, ensartet høj kvalitet og bedre sammenhæng til især den kommunale sektor. Herudover har DH nedenstående specifikke kommentarer til lovforslaget.

Vedr. 3.1. om Patientrettigheder i forbindelse med almen medicinske ydelser

Lovforslaget bemyndiger ministeren for sundhed og forebyggelse til at fastsætte regler om borgernes ret til almenmedicinske ydelser og nævner herunder bl.a. adgang til sygebesøg samt ”bevægelseshæmmedes adgang til valg af læge”.

I dag oplever DH som nævnt en række problemstillinger ift. almen praksis, der medfører ulige adgang for personer med handicap.

Mange klinikker er således ikke tilgængelige for personer med handicap, og der findes ingen retvisende registrering af hvilke klinikker, der er tilgængelige. En undersøgelse fra 2012 fra Region Hovedstaden viste fx, at kun 16 % af klinikkerne i almen praksis levede op til analysens kriterier for tilgængelighed.

DH mener, at det skal være en forudsætning for at kunne levere offentligt finansierede sundhedsydelse, at klinikkerne, herunder almen praksis, er tilgængelige for alle borgere – og støtter derfor fuldt op om de øgede krav til tilgængeligheden. DH foreslår i den forbindelse, at formuleringen om ”bevægelseshæmmedes adgang” ændres til ”tilgængelighed for personer med handicap”.

Problemerne med manglende tilgængelighed forstærkes af, at patienterne i dag ikke har adgang til retvisende information om tilgængeligheden til de enkelte klinikker. Erfaringer fra DH's bagland viser således, at klinikernes egne praksisdeklarationer på sundhed.dk ikke er retvisende for de faktiske forhold. Og erfaringerne fra dette og andre områder viser, at selvregistrering og anbefaling om, at lægerne selv gør en stærkere indsats, ikke er tilstrækkeligt til at skabe de nødvendige forbedringer.

DH vil i stedet anbefale, at de eksisterende lægepraksis bliver registreret af en ekstern samarbejdspartner med de rette forudsætninger for at lave en retvisende og ensartet registrering baseret på eksisterende retningslinjer og lovgivning, fx organisationen God Adgang. Det vil både sikre en ensartet definition af tilgængelighed og sikre borgerne den retvisende information, der er nødvendig for, at de kan finde frem til en tilgængelig praksis.

Herudover er der behov for, at almen praksis bliver bedre rustet til at imødekomme behovene hos især personer med en intellektuel eller psykisk funktionsnedsættelse (bl.a. borgere der bor i botilbud), der i dag oplever ulighed i adgangen til primære sundhedsydelser. Problemerne er dokumenteret i flere nylige undersøgelser, bl.a. ift. kræft, (genop)træning og medicinsikkerhed.

DH foreslår derfor, at personer med særlige behov pga. et handicap specifikt nævnes på de relevante områder, hvor ministeren vil fastsætte regler om borgernes ret til almenmedicinske ydelser, fx ift. sygebesøg, opsøgende hjemmebesøg/sundhedscheck og medicingennemgang. DH indgår gerne i et samarbejde om problemerne, de konkrete løsningsforslag og afgrænsning af målgruppen m.m.

3.2 Planlægning og samarbejde

Det fremgår af lovforslaget, at det eksisterende system for indgåelse af aftaler om samarbejde med almen praksis i dag består af flere forskellige parallelle strukturer, og at de praktiserende læger ikke er forpligtet til automatisk at følge de aftaler og opgaver, der eksempelvis følger af sundhedsaftalerne eller forløbsprogrammer for patienter med kronisk

sygdom. Det fremgår også, at der særligt er behov for styrkelse af sammenhængen mellem almen praksis og kommunerne ift. tilgængelighed, medicin håndtering og besøg, herunder til patienter, der opholder sig på kommunale tilbud.

DH er helt enig i vurderingen af behovet for styrket sammenhæng på de nævnte områder og ser frem til, at de får mere fokus i det ændrede samarbejds- og planlægningsystem for almen praksis. DH vil i den forbindelse opfordre til, at alle relevante parter bliver del af de kommende praksisplanudvalg, så den nødvendige viden og medejerskab til beslutningerne sikres.

Lovforslaget ændrer ikke på sundhedskoordinationsudvalgets opgaver eller sammensætning, og DH vil derfor gerne gentage forslaget om, at relevante bruger- og patientorganisationer bliver repræsenteret i udvalget.

DH er meget positiv over for forslaget om at nedsætte et patientinddragelsesudvalg i hver region og ser meget frem til at deltage i arbejdet. DH vil gerne opfordre til, at erfaringerne fra de nuværende sundhedsbrugerråd inddrages i udviklingen af opgaverne for og organiseringen af de nye patientinddragelsesudvalg. Med 32 medlemsorganisationer, der både repræsenterer mennesker med handicap og kronisk sygdom samt 97 lokalafdelinger, vil DH's repræsentanter have mange erfaringer at bidrage med i et patientinddragelsesudvalg.

3.4. Kvalitet og indsigt i almen praksis

DH mener, at forløbsprogrammer og kliniske retningslinjer er vejen frem ift. forbedring af kvaliteten i sundhedsvæsenet – og er derfor positiv over for forslaget om øget forpligtelse til at følge forløbsprogrammer om f.eks. behandling af patienter med kroniske sygdomme. Det er naturligvis vigtigt, at behandlingen af patienterne i almen praksis fortsat beror på en konkret sundhedsfaglig vurdering, da der i nogle tilfælde kan være behov for at afvige de overordnede retningslinjer.

Lovforslaget omfatter endvidere, at de alment praktiserende læger skal offentliggøre oplysninger om praksis, der er relevante i forbindelse med borgernes valg af læge. DH foreslår, at det her tilføjes, at oplysningerne bl.a. vil omfatte tilgængelighed for personer med handicap, og at oplysningerne skal være retvisende og baseres på eksisterende retningslinjer og lovgivning. DH er positiv overfor, at praksisdeklarationerne også omfatter oplysninger om efteruddannelse.

Vedr. erstatningspligt efter lov om klage- og erstatningsansvar inden for sundhedsvæsenet

Det er vigtigt, at alle dele af sundhedsvæsenet tilskyndes til at levere højeste kvalitet i behandlingen, og DH er derfor positivt indstillet over for forslaget om, at de private sygehuse, klinikker og speciallægepraksisser fremover får et økonomisk medansvar for patientskadeerstatningsordningen.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'SL' with a flourish.

Stig Langvad
formand

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K
E-mail: primsund@sum.dk
Cc.: seb@sum.dk

Høringsvar til udkast til forslag til Lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Danske Patienter vil gerne takke for muligheden for at kommentere på forslaget til Lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Danske Patienter vurderer, at lovforslaget overordnet vil medvirke til at sikre bedre sammenhæng, kvalitet og tilgængelighed i det samlede sundhedsvæsen.

Almen praksis har i mange år været en meget velfungerende indgang for patienten til sundhedsvæsenet. Udviklingen i befolkningens sygdomsbillede samt den øgede specialisering betyder, at almen praksis får en ny og stadig vigtigere rolle i sundhedsvæsenet.

Danske Patienter stiller sig derfor overordnede positivt over for lovforslaget, som skal bidrage til en udvikling, hvor almen praksis i højere grad integreres med det øvrige sundhedsvæsen.

Planlægning og samarbejde

Ifølge lovforslaget skal der i hver region nedsætte et praksisplanudvalg, som skal udarbejde praksisplaner for almen praksis. Praksisplanudvalget skal bestå af repræsentanter fra regionsrådet og repræsentanter fra kommunalbestyrelserne i regionen.

Danske Patienter mener, at lovforslaget ved nedsættelse af praksisplanudvalg rummer mulighed for at sikre bedre planlægning af det samlede sundhedsvæsen.

Dog mener Danske Patienter, at praksisplanudvalget er for snævert sammensat. Ifølge lovforslaget deltager de praktiserende læger ikke i praksisudvalget, men har blot en rådgivende funktion. For at sikre den nødvendige faglighed i udvalget anbefaler Danske Patienter, at praksisplanudvalget suppleres med en repræsentant fra de praktiserende læger.

Dato:
24. maj 2012

Danske Patienter
Nørre Voldgade 90
1358 København K

Tlf.: 33 41 47 60

www.danskepatienter.dk

E-mail:
cfj@dankepatienter.dk

Cvr-nr: 31812976

Side 1/3

Lovforslaget kan ligeledes medvirke til at fremme en udvikling med større grad af fleksibilitet i bl.a. åbningstider og udgående funktioner, der i højere grad sker på patienternes præmisser. Danske Patienter støtter en sådan udvikling.

Patient- og pårørende inddragelse

Med lovforslaget får patienter og pårørende mulighed for indflydelse på planlægningsarbejdet i praksisplanudvalget ved oprettelse af et patientinddragelsesudvalg, som skal bestå af repræsentanter fra patient- og pårørendeorganisationer.

Danske Patienter er meget positive over for denne prioritering af patient- og pårørendeinddragelse og mener, at det er et vigtigt skridt i retning af en mere patientcentreret almen praksis.

Lægedækning

I lovforslaget er der lagt op til, at praktiserende læger kan eje og drive op til 6 lægepraksis. Derudover er der med lovforslaget mulighed for, at Danske Regioner kan indgå aftaler med private leverandører eller selv etablere en almen praksis, hvis den ikke kan afsættes til anden side. Danske Patienter er overordnet positive over for disse punkter, som bl.a. kan øge mulighederne for at sikre dækning i yderområder.

Danske Patienter mener dog ikke, at der er noget fagligt eller driftsøkonomisk argument for, at regionerne først skal udbyde ydernumre til private aktører, før de eventuelt selv etablerer regionale klinikker. Det eneste hensyn, som regionerne her bør være forpligtiget på er at sikre et velfungerende sundhedsvæsen tæt på borgerne.

Kompetencer og ejerforhold

Det bør præciseres i loven, at private aktører skal ansætte læger med almenmedicinsk speciallægeuddannelse. Det er en væsentlig forudsætning for at sikre kvaliteten i de ydelser, som private aktører leverer. Patienter i almen praksis bør altid mødes af en speciallæge.

Endvidere er det i forhold til de private aktører helt afgørende, at der bliver klare linjer om ejerskabsforhold således, at virksomheder eller fonde, der er ejet af medicinalvirksomheder eller andre med særlige økonomiske interesser, ikke kan eje praksis.

Kvalitet

Med lovforslaget forpligtes de praktiserende læger til at følge nationale kliniske retningslinjer og pakkeforløb. Danske Patienter mener, at det er meget positivt, at de praktiserende læger nu forpligtes på lige fod med eksempelvis kommunale sundhedstilbud og sygehuse. Danske Patienter vurderer, at det både vil løfte kvaliteten og sikre bedre sammenhæng i

forløb for de mange mennesker, som har behov for tværgående ydelser mellem almen praksis, kommune og hospital.

Derudover stilles der større krav om at levere data, således at der skabes forudsætninger for at følge og udvikle kvalitet i det samlede patientforløb. Danske Patienter vurderer, at en større indsigt i almen praksis vil gavne kvalitetsarbejdet og være med til at sikre et bedre grundlag for kvalitetsudvikling af et samlet sundhedsvæsen. Det forudsættes naturligvis, at data leveres under hensyn til tavshedspligten og høj datasikkerhed.

Side 3/3

Det er dog vigtigt, at de flere registreringsopgaver og de fremtidige krav til effektiviseringer sker under hensyntagen til, at kerneydelsen i almen praksis er kommunikation med patienten. Det er således væsentligt, at produktivitetsstigningerne ikke opnås ved at skære i tiden til den enkelte patient, da det vil forringe kvaliteten af almen praksis' samlede opgaveløsning.

Med venlig hilsen



Morten Freil

Direktør

23-05-2013

Sag nr. 13/906

Dokumentnr. 22855/13

PMO

Tel. 3529 8205

E-mail: Pmo@regioner.dk

Til Ministeriet for Sundhed- og Forebyggelse,
Center for Primær Sundhed og Forebyggelse
primsund@sum.dk

Danske Regioners høringsvar vedrørende udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Danske Regioner har i mail af 3. maj 2013 modtaget høring om ændring af rammerne for almenmedicinske ydelser i praksissektoren.

Danske Regioner har følgende bemærkninger til lovudkastet:

Overordnet

Danske Regioner er overordnet positiv over for lovforslaget, der styrker det regionale myndighedsansvar for praksissektoren.

Det er vigtigt, at der bliver etableret rammer for at sikre:

- ensartet høj kvalitet,
- sammenhængende forløb for patienterne på tværs af sektorer,
- lægedækning i hele landet,
- øget tilgængelighed (telefonisk og fysisk),
- at den enkelte lægepraksis fremover skal være forpligtet til at følge aftaler og retningslinjer.

Danske Regioner lægger vægt på, at forslaget indebærer større gennemsigtighed i almen praksis' aktiviteter og sikrer et datagrundlag til brug for planlægning og kvalitetsudvikling. Som myndighedsansvarlige har regionerne ikke kun ansvaret for planlægningen, men også for kvaliteten og patientsikkerheden i almen praksis. Data fra praksisdelen mangler i øjeblikket og udgør et "efterslæb" i forhold til sundhedsmyndighedernes dokumentation af det samlede patienttilbud.

Registrering af henvendelsesårsag og indberetning til kvalitetsdatabasen via datafangst vil forbedre tilrettelæggelsen af sammenhængende og effektive patientforløb, idet muligheden for at analysere patientforløb på tværs af sektorer vil blive forbedret betragteligt. Samtidig bliver det muligt at sikre mod overlappende funktioner.

Kravet om, at almen praksis fremover skal registrere henvendelsesårsag, indgår i den kodningsforpligtelse, der allerede gælder for øvrige aktører i sundhedsvæsenet, der indberetter til Landspatientregistret.

Regionerne har mange års erfaring med at håndtere personfølsomme oplysninger og med kryptering af data i forbindelse med analyse af patientforløb på cpr-nummer niveau.

Derudover ser Danske Regioner et behov for at få præciseret følgende:

Akutte situationer med lægemangel

De lovgivningsmæssige rammer skal sikre, at regionerne fremover har reel mulighed for at leve op til forsyningsforpligtelsen både på kort og lang sigt.

Lovforslaget forholder sig ikke til regionens behov for at løse akutte lægedækningsproblemer, der kan opstå ved sygdom eller dødfald eller i situationer, hvor læger ophører pludseligt uden den foreskrevne varsling.

Det er afgørende, at regionerne fortsat har redskaber til at etablere behandlingskapacitet med kort varsel, der kan tage hånd om de patienter, der ellers ville stå uden fast læge. Regionsdrevne klinikker bør kunne etableres uden tidsbegrænsning.

Planlægning

Lovforslaget styrker kommunernes medansvar for planlægningen af almen praksis. Danske Regioner kan bekræfte, at der er behov for at styrke samarbejdet mellem almen praksis, kommuner, sygehuse og det øvrige sundhedsvæsen. Vi ser eksempelvis, at almen praksis nogle steder er meget tilbageholdende med at henvise til kommunale sundhedstilbud (rehabilitering og forebyggelse m.v.).

Danske Regioner finder, at den nærmere indretning af udvalgsstrukturen og sammensætningen kan overvejes, herunder med sigte på at minimere den administrative opgave. Endelig beslutningsret for regionerne skal fastholdes under henvisning til det regionale myndighedsansvar.

Derudover bør regionen have forkøbsret til lægekapaciteter, der udbydes med henblik på genbesættelse, sådan at disse lægekapaciteter kan anvendes til at realisere sundhedsplanlægningen, hvis der er behov for det.

Danske Regioner bemærker, at afstandskriterier virker forskelligt i storby- og i landområder.

Fremtidig regulering

Danske Regioner vil opfordre til, at det i løbet af lovgivningsprocessen tydeliggøres, hvad de mange bemyndigelsesbestemmelser til ministeren kan bruges til. Regionerne forventer at blive inddraget i forbindelse med udmøntningen i lyset af, at det er regionerne, der har myndigheds- og budgetansvaret for tilbuddene i praksissektoren som en del af det samlede sundhedstilbud til patienterne.

Økonomisk ramme

Danske Regioner skal særligt påpege, at den økonomiske ramme, der fastsættes i lovforslaget er for høj. Rammen i overgangsperioden skal nedjusteres med et beløb på ca. 170 mio. kr./år i lyset af, at rammeaftaler

om centrifugering af blod er opsagt i hele landet. Endvidere skal rammen justeres for, at Region Hovedstaden har opsagt lægevagtsaftalen pr. 01. januar 2014. Regionerne budgetterer med disse ændringer.

Med venlig hilsen

Bent Hansen
Formand

Carl Holst
Næstformand

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Enhed: Primær Sundhed
primsund@sum.dk; seb@sum.dk

23. maj 2013

Høring over forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet

Ministeriets sags nr. 1302269

DANSKE ÆLDRERÅD takker for muligheden for at afgive høringssvar til lovforslaget.

DANSKE ÆLDRERÅDs svar vil tage afsæt i det af lovforslagets områder, der har særlig relevans for det, som folkevalgte kommunale ældreråd beskæftiger sig med som ældrepolitiske rådgivere for kommunale beslutningstagere.

Ad § 204, stk. 4.

Forslag til tilføjelse til sidste punktum: "samt af DANSKE ÆLDRERÅD."

Det fremgår af forslaget, at udpegningen af medlemmer til patientinddragelsesudvalget udelukkende sker fra patient- og pårørendeorganisationer vedrørende såvel somatiske som psykiske sygdomme.

En stor og væsentlig stigende andel af brugere i det danske sundhedsvæsen består af ældre mennesker, og mange af disse vil være karakteriseret ved at lide af flere kroniske sygdomme. Set i det lys finder DANSKE ÆLDRERÅD, at der kan være nok så meget behov for rådgivere med en specialist-viden om forholdene for den største patientgruppe frem for rådgivere repræsenterende stor viden på en enkelt sygdomsdiagnose.

Gennem de seneste år har DANSKE ÆLDRERÅD udpeget medlemmer til de regionale sundhedsbrugerråd, og organisationen har derigennem indhøstet relevant viden om sundhedsopgavens udfordringer i de enkelte regioner.

DANSKE ÆLDRERÅD finder det naturligt, at kommunale ældreråd er repræsenterede i patientinddragelsesudvalget, fordi ældrerådenes medlemmer har viden om ældre borgeres vilkår, og anvender denne viden til rådgivning af kommunale beslutningstagere.

Ældrerådsmedlemmer er dermed klædt på til at varetage patientinddragelsesudvalgets formidlings- og rådgivningsopgaver.

Med venlig hilsen

Bent Aa. Rasmussen
Formand

Jernbane Allé 54, 3. th.
2720 Vanløse
Tlf. +45 3877 0160
info@danske-aeldreraad.dk
www.danske-aeldreraad.dk

Til

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Center for Primær Sundhed og Forebyggelse

primsund@sum.dk med kopi til seb@sum.dk

Det Ethiske Råd
Holbergsgade 6
1057 København K
Tel + 45 7221 6860
www.etiskraad.dk

21. maj 2013
J.nr.: 1302278
Dok. nr.: 1211767
UH

Vedrørende Høring over udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Det Ethiske Råd takker for modtagelsen af ovennævnte i høring.

Rådet har alene bemærkninger til udkastets punkt 12 - § 231 e, som indeholder en bemyndigelse til, at ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om kodning og datafangst, herunder om pligten til at stille data til rådighed for regionerne.

Det er Rådets opfattelse, at lovudkastet på dette punkt rejser nogle spørgsmål af mere grundlæggende karakter i relation til sundhedsvæsenets virke.

En grundsten for det danske sundhedsvæsen er opretholdelse af et fortrolighedsrum, hvor borgerne kan komme med deres bekymringer af helbredsmæssig karakter.

Når man giver adgang til patientdata i dette fortrolighedsrum, rejser det i Rådets øjne nogle grundlæggende spørgsmål om, hvor langt man bør gå med styring, kontrol og effektivisering. Det er vigtigt at være opmærksom på, at der er tale om værdimæssige afvejninger, hvor etiske værdier som fx fortrolighed og retten til privatliv, der traditionelt har været bærende for sundhedsvæsenet, nedprioriteres til fordel for værdier af mere organisatorisk karakter.

Rådet har tidligere behandlet en tilsvarende problematik i relation til indførelsen af Det Fælles Medicinkort under overskriften "Fortrolighed og tilgængelighed i sundhedssektoren" (2010) og henviser til denne redegørelse for en uddybning af problemstillingen. Det skal også nævnes, at Rådet i tidligere hørings svar har givet udtryk for tilsvarende overvejelser, bl.a. ved etablering af en udvidet adgang til patientregistre for regioner og kommuner (24. februar 2011).

En kort høringsprocedure giver ikke Rådet mulighed for at gå dybere ind i de spørgsmål, som lovudkastet rejser. Rådet mener heller ikke, at en politisk præget overenskomstforhandling er rette tid og sted for sådanne grundlæggende diskussioner.

Med venlig hilsen
på Det Etske Råds vegne

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jacob Birkler', written in a cursive style.

Jacob Birkler
Formand



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Center for Primær Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

Diabetesforeningens høringssvar på lovforslag om ændring af sundhedsloven og loven om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Først og fremmest tak for muligheden for at afgive kommentarer til lovforslaget om almen praksis.

Diabetesforeningen hilsner det velkomment, at regeringen udviser ledelse og ansvar i forbindelse med konflikten mellem Danske Regioner og PLO, selvom vi naturligvis helst så, at forhandlingspartnerne indbyrdes blev enige om en aftale.

Overordnet mener Diabetesforeningen, at lovforslaget vil forbedre forholdene for kronisk syge og mindske uligheden i sundhed og behandling. Der tilsigtes en optimal geografisk fordeling af praksis, patientrettigheder forstærkes, praksisplaner bliver i højere grad end tidligere et samarbejds- og planlægningsværktøj og kvaliteten i praksis søges højnet.

Diabetesforeningen taler på vegne af danske diabetespatienter, som har krav på sammenhængende behandling. Derfor er vi glade for, at regeringen har fokus på det sammenhængende patientforløb, både med sundhedsudspillet og dette lovforslag. De praktiserende læger spiller en væsentlig rolle som omdrejningspunkt for patienten med diabetes, derfor ser vi positivt på forslaget om at sikre adgang til en praktiserende læge, uanset hvor i landet patienten bor.

Patientinddragelse er en væsentlig faktor for kvalitet i det danske sundhedsvæsen, det gælder både patientinddragelse i eget forløb og i forhold til organiseringen af sundhedsvæsenet. Derfor er Diabetesforeningen enig i forslaget om nedsættelsen af et patientinddragelsesudvalg, og vi deltager gerne.

Diabetesforeningen tillader sig at kommentere på regeringens påtænkte besparelser på tandeftersyn. Hvis man har diabetes, er det absolut nødvendigt, at man besøger sin tandlæge regelmæssigt for at forebygge alvorlige tand- og mundproblemer som tandkødsbetændelse og paradentose. Derudover er tandeftersyn en supplerende mulighed for at opspore de 200.000 mennesker, som har diabetes uden at vide det. Det håber vi, at sundhedsministeren vil tage højde for.

Odense:
Rytterkasernen 1
5000 Odense C

København:
Skindergade 38,1
1159 København K

Telefon 66 12 90 06
Fax 65 91 49 08
df@diabetes.dk
www.diabetes.dk

CVR DK - 35 23 15 28

Diabetesforeningen står gerne til rådighed ved spørgsmål eller behov for yderligere drøftelser.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink that reads "Henrik Nedergaard". The signature is written in a cursive, flowing style.

Henrik Nedergaard
Adm. direktør





Ministeriet for Sundhed og forebyggelse

24. maj 2013
Sagsnr. 13-0180 /ch

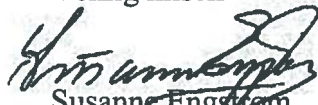
Vedr. høring over lov om ændring af sundhedsloven mv.

Farmakonomforeningen har modtaget ovenstående i høring. Vi har ikke konkrete bemærkninger til de enkelte dele af lovforslaget, men bemærker blot, at betydningen af loven for samarbejdet mellem almen praksis og apotekerne ikke ses at være belyst.

Apotekerne står for salg af og rådgivning om hovedparten af den medicin, der udskrives i almen praksis. Det er derfor nødvendigt at samarbejdet mellem disse to dele af sundhedsvæsenet – der begge er kendetegnet ved at være privatejet men kraftigt reguleret – bør beskrives nærmere, herunder hvordan samarbejdet omkring medicinsikkerhed, receptkorrektur med videre skal fungere.

Vi bemærker derudover, at det er tvingende nødvendigt at der tages hensyn til apotekernes mulighed for at kontrollere recepter og komme i kontakt med de alment praktiserende læger om konkrete receptspørgsmål under en eventuel konflikt mellem PLO og Danske Regioner. Såfremt en konflikt betyder, at praktiserende læger ikke tager telefonen for tvivlsspørgsmål eller korrektioner af receptfejl, kan konflikten få meget stor negativ betydning for medicinsikkerheden i Danmark og apotekspersonalets mulighed for at yde den fagligt bedste rådgivning.

Venlig hilsen


Susanne Engstom
Formand



Til
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Rødovre den 14. maj 2013

Høring over forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet

I det der takkes for det fremsendte høringsmateriale vedrørende forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet fremsendes hermed bemærkninger på vegne af Foreningen af Socialchefer i Danmark.

Foreningen støtter lovforslaget og finder at lovforslaget vil kunne bidrage til øget samordning og samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet og dermed øget kvalitet for patienterne, særligt i yderområderne. Foreningen finder samtidig at forslaget rummer gode elementer i forhold til at understøtte et forbedret datagrundlag og øget udveksling af informationer.

Foreningen er således enig i at elementerne i lovforslaget omkring en forenklet struktur for aftaler mellem praksissektoren, regioner og kommuner vil medvirke til at forbedre mulighederne for at implementere de elementer i sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner, der vedrører praksissektoren.

Tilsvarende finder foreningen det positivt, at der i lovforslaget lægges vægt på en styrkelse af sammenhængen mellem almen praksis og kommunerne. I lovforslagets bemærkninger herom fremhæves særligt 3 områder hvor der nævnes dette behov: tilgængelighed, medicin håndtering og hjemmebesøg. Heroverfor skal foreningen bemærke, at ud over disse væsentlige forhold, kunne der med fordel indtænkes behovet for samarbejde omkring patientforløb mellem hospitalssektoren, almen praksis og kommunale tilbud som hjemmepleje/plejebolig/hjemmesygepleje. Medicin udgør et væsentligt element heri, men står ikke alene. Opfølgning på genoptræningsbehov, plejebehov efter indlæggelse mv. udgør mindst lige så store elementer i et effektivt og kvalitetsmæssigt stærkt samarbejde. Dertil kommer hele arbejdet med at undgå forebyggelige indlæggelser, tidlig opsporing af indlæggelseskrævende tilstande samt de praktiserende lægers visitationspraksis i forhold til kommunale tilbud som f.eks. udgående sygeplejersketeams, kommunale døgnrehabiliteringspladser mv., hvor der fortsat ses at være behov for en styrkelse af samarbejdet.

Foreningen ser ligeledes positivt på de fremlagte forslag omkring data; herunder kategorisering (kodning) af henvendelser til almen praksis og at disse data skal deles med regionerne. I denne forbindelse synes det dog som en mangel, at der ikke samtidig gives mulighed for at dele data direkte mellem de praktiserende læger og den enkelte kommune mhp. at understøtte samarbejde og øget kvalitet i de tværgående borgerforløb.

Med venlig hilsen

Ole Pass
Landsformand

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

primsund@sum.dk

seb@sum.dk



Høringssvar vedr. forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Forsikring & Pension takker for muligheden for at afgive bemærkninger til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Forsikring & Pension afgiver høringssvaret på baggrund af branchens to forskellige roller på dette område. For det første i vores rolle som repræsentanter for udbyderne af sundhedsforsikringer. For det andet som repræsentanter for de forsikringsselskaber, som kan vælge at udbyde patientforsikring i medfør af lovforslaget for speciallæger med speciale i almen medicin, som ikke yder vederlagsfri behandling efter sundhedsloven eller regler fastsat i medfør heraf.

1. Sundhedsloven - Lovforslagets § 1

Som repræsentant for de fleste danske udbydere af sundhedsforsikringer er Forsikring & Pension positivt indstillet over for lovforslagets præmis om, at de alment praktiserende læger spiller – og fortsat skal spille - en vigtig rolle som tovholder og koordinator i sundhedsvæsenet.

Når en kunde/patient ønsker at gøre brug af sin sundhedsforsikring, stiller udbyderen af sundhedsforsikringen som krav for dækning, at kundens/patientens alment praktiserende læge har vurderet, at kunden/patienten har et lægefagligt behov for undersøgelse og/eller behandling.

Vi mener som branche, at det er afgørende, at den alment praktiserende læge er patientens indgang til sundhedsvæsenet. Dette gælder uanset, om patienten efterfølgende ønsker at benytte sig af tilbuddene i den offentlige eller private del af sundhedsvæsenet. Den alment praktiserende læge skal have det samlede overblik over patientens aktuelle sygdomsbillede samt sygdomshistorik samtidig med, at den alment praktiserende læge skal yde en kvalificeret og lægefaglig korrekt behandling af patienten.

Hvorvidt dette bedst sikres gennem en overenskomst mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) eller via lovgivning, har vi ingen kommentarer til.

23.05.2013

Forsikring & Pension
Philip Heymans Allé 1
2900 Hellerup
Tlf. 41 91 91 91
Fax 41 91 91 92
fp@forsikringogpension.dk
www.forsikringogpension.dk

Astrid Breuning Sluth
Konsulent, cand.oecon
Dir. 41 91 90 71
abs@forsikringogpension.dk

Vores ref. ABS
Sagsnr. GES-2013-00181
DokID 321545

Brancheorganisation
for forsikringsselskaber
og pensionskasser

2. Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet - Lovforslagets § 2

Forsikring & Pension

Forsikring & Pension har gennem det forgangne halve år haft en tæt dialog med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse om forsikringspligtens gennemførelse for privathospitaler, klinikker og speciallægepraksisser i medfør af den nye bekendtgørelse på området (Bekendtgørelse nr. 403 af den 17. april 2013).

Vores ref. ABS
Sagsnr. GES-2013-00181
DokID 321545

Vi bakker op om præmissen bag den pågældende forsikringspligt, som indebærer, at den, der forårsager en patientskade, selv dækker erstatningen.

Af samme årsag støtter vi det nuværende forslag om, at speciallæger med speciale i almen medicin (i det følgende: Alment praktiserende læger), der ikke yder vederlagsfri behandling efter sundhedsloven eller regler fastsat i medfør heraf, ligeledes skal tegne en forsikring til dækning af patientskader.

Som det fremgår af lovforslaget, kendes antallet af alment praktiserende læger, som er omfattet af lovændringen, ikke. Det er vores opfattelse, at der pt. er tale om meget få, om nogen overhovedet. Vi anerkender, at Praktiserende Lægers Organisation (PLO) i medierne har været ude med en opfordring til, at alment praktiserende læger bør aflevere deres ydernummer og dermed ikke længere vil være i stand til at yde vederlagsfri behandling. Som vi forstår det, er det således usikkert,

- om lovforslagets § 2 overhovedet vil blive aktuelt,
- hvornår dette eventuelt måtte ske, og
- hvor mange alment praktiserende læger det måtte dreje sig om.

Derfor er det helt afgørende at få afklaret de væsentligste spørgsmål nedenfor i relation til lovforslaget, så forsikringsselskaberne kan være klar til eventuelt at udbyde en forsikring, hvis de alment praktiserende læger vælger at aflevere deres ydernummer. Vi finder et klart behov for på forhånd at minimere den periode, som speciallæger med speciale i medicin risikerer at være uden forsikringsdækning.

2.1.1. Definition

Lovforslagets § 2, 2 fastsætter, at "privatpraktiserende speciallæger med speciale i almen medicin, som ikke yder vederlagsfri behandling efter sundhedsloven eller regler fastsat i medfør heraf" får pligt til at yde erstatning for skader efter behandling, undersøgelse eller lignende, som er betalt direkte uden om det offentlige sundhedsvæsen. Det fremgår endvidere af lovbemærkningerne, at der med erstatningspligten følger en forsikringspligt på lige fod med de private sygehuse, klinikker og speciallægepraksisser.

Vi er usikre på, om formuleringen "som ikke yder vederlagsfri behandling..." skal forstås helt bogstaveligt, nemlig at speciallæger med speciale i almen medicin kun er omfattet af erstatnings- og forsikringspligten, hvis de **overhovedet** ikke yder vederlagsfri behandling, jf. sundhedslovens § 60, stk. 1, efter sundhedsloven eller regler fastsat i medfør heraf?

Eller om formuleringen er mere rummelig og skal forstås på den måde, at speciallæger med speciale i almen medicin, som i **større eller mindre omfang** yder ikke-vederlagsfri behandling til personer omfattet af sygesikringsgruppe 2, jf.

sundhedslovens § 60, stk. 2, er omfattet af forsikringspligten for den del af om-sætningen, som vedrører sygesikringsgruppe 2 patienter?

Forsikring & Pension

Vi formoder, at der er tale om en helt bogstavelig fortolkning af formuleringen, hvilket vi skal bede om at få bekræftet.

Vores ref. ABS

Sagsnr. GES-2013-00181

DokID 321545

Hvis der derimod er tale om en mere rummelig fortolkning, vil en vedtagelse af lovforslaget betyde, at alment praktiserende læger risikerer at skulle betale erstatning til sygesikringsgruppe 2 patienter, hvis de som følge af en undersøgelse eller behandling af sygesikringsgruppe 2 patienter forårsager en patientskade. Godt nok udbetaler den region, hvor den forsikringspligtige alment praktiserende læge har bopæl eller hjemsted, erstatningen i første omgang, men regionen har derefter regres mod den forsikringspligtige.

2.1.2. Ny kategori af forsikringspligtige

Det er afgørende for forsikringsselskaberne, at speciallæger med speciale i almen medicin tilføjes som en ny og tredje kategori af forsikringspligtige i bekendtgørelse om forsikringspligtens gennemførelse. Kun på den måde undgås det, at tilføjelsen af alment praktiserende læger griber ind i de beslutninger, som forsikringsselskaberne allerede har truffet om eventuelt udbud af forsikring til private sygehuse, klinikker og speciallægepraksisser, og som skal have virkning allerede pr. 1. juli 2013. Dermed øges risikoen for, at ikke alle forsikringspligtige i henhold til den gældende bekendtgørelse kan nå at få tegnet en forsikring inden 1. juli.

Tilføjelsen af en tredje kategori (speciallæge med speciale i almen medicin) vil ligeledes kræve en aktiv stillingtagen til, om dækningssummerne i bekendtgørelsens § 8 er retvisende.

2.1.3. Ikrafttrædelse - Lovforslagets § 3

Vi finder det helt urealistisk, at forsikringsselskaberne kan have et forsikringsprodukt til alment praktiserende læger klar den 1. juli 2013. Dette skal ikke mindst ses i lyset af, at selskaberne stadig arbejder intensivt på at løse opgaven med indtegning af de private sygehuse, klinikker og speciallægepraksisser, jf. lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenets § 29-30.

Samtidig anerkender vi, at det er usikkert, om de alment praktiserende læger vælger at aflevere deres ydernummer og i så fald hvornår og i hvilket omfang. Det er dog væsentligt at få fjernet flest mulige uklarheder allerede nu, så der skabes et grundlag for, at der kan tilbydes forsikringer på dette nye område til rette tid.

Som vi har anført flere gange i forbindelse med udarbejdelse af bekendtgørelse om forsikringspligtens gennemførelse, skal to forhold være helt på plads, inden forsikringsselskaberne kan foretage en vurdering af, om de ønsker at træde ind på markedet. Det gælder også i forbindelse med den nye forsikringspligt for forsikring til alment praktiserende læger. De to forhold er:

- Lovgivningen, herunder en opdatering af bekendtgørelse nr. 403 af den 17. april 2013 om forsikringspligtens gennemførelse
- Data til belysning af størrelsen af og risikoen på markedet for ydelser hos de alment praktiserende læger.

Når disse forhold er på plads, har forsikringsselskaberne brug for en rimelig periode til at udarbejde forsikringsbetingelser, kontakte de forsikringspligtige, foretage risikovurdering af den enkelte forsikringspligtige samt indtegne disse.

Forsikring & Pension står naturligvis til rådighed i den videre proces.

Med venlig hilsen

Astrid Breuning Sluth.

Forsikring & Pension

Vores ref. ABS

Sagsnr. GES-2013-00181

DokID 321545

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Center for Primær Sundhed og Forebyggelse
primsund@sum.dk
seb@sum.dk

TELEFON
DIREKTE 3269 8905
MOBIL 3269 8905
MAF@HUMANRIGHTS.DK
WEB

J. NR. 540.10/29173/MAF

24. MAJ 2013

**HØRING OVER UDKAST TIL LOVFORSLAG OM
ÆNDRING AF SUNDHEDSLOVEN OG LOV OM KLAGE-
OG ERSTATNINGSADGANG INDEN FOR
SUNDHEDSVÆSENET**

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har ved e-mail af 3. maj 2013 anmodet om Institut for Menneskerettigheders eventuelle bemærkninger til høring over udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Instituttets har ikke bemærkninger til udkastet.

Der henvises til sags nr. 1302269.

Venlig hilsen

Martin Futtrup

Fra: Jan Helmer [mailto:JHE@jordemoderforeningen.dk]

Sendt: 24. maj 2013 10:17

Til: DEP Primær Sundhed Kontorpostkasse; Sven Erik Bukholt

Emne: Høringssvar over forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Høringsbrev:

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Center for Primær Sundhed og Forebyggelse Holbergsgade 6
1057 København K
Att: Svend Erik Bukholt

Høring over 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 Jordemoderforeningen ser vi med bekymring på lovforslaget.

Det forekommer os, at uenighed på et aftaleområde løses meget dårligt med lovgivning.

Jordemoderforeningen vil opfordre til, at debatten mellem PLO, Danske Regioner og regeringen genoptages og løses uden lovændring.

Almen praksis har en betydelig rolle i sikring af borgernes sundhed, og det er indlysende, at det er vigtigt at værne om kvaliteten af almen praksis. Den alment praktiserende læge skal som alle andre leve op til god faglig standard og samarbejde på tværs og langs af systemerne. Er der læger, der ikke gør det, har sundhedsvæsenet tilrettelagt procedurer for tilsyn og sanktioner.

Vi ønsker ikke at gå i detaljer i forhold til det foreliggende lovforslag, idet vi håber og antager, at man når til enighed om en forhandlet løsning, der vil give alle involverede i konflikten balanceret indflydelse på og muligheder for at tilrettelægge arbejdet.

Er mulighederne inden for det etablerede regelværk for forhandlingerne udtømt, vil vi foreslå, at der rettes henvendelse til en af parterne, i fællesskab, udpeget opmand.

Vi takker for høringen.

Med venlig hilsen

Lillian Bondo

Formand

lib@jordemoderforeningen.dk

+45 23 43 94 33

Med venlig hilsen

Jan Helmer
Direktør

Jordemoderforeningen
Sankt Annæ Plads 30
1250 København K

Telefon 4695 3400
Telefon (direkte) 4695 3402
Mobil 4043 2230



JORDEMØDERFORENINGEN



Sundhedsministeriet

Høringssvar til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for Sundhedsvæsenet

KL finder, at lovforslaget om ændring af sundhedsloven på afgørende vis vil medvirke til at løse en række af de problemstillinger i det nære sundhedsvæsen, som KL har påpeget i en årrække. Lovforslaget vil sikre en fortsat udvikling af det nære sundhedsvæsen til gavn for borgerne.

Lovforslaget bør derfor vedtages i stort set uændret form. KL anbefaler dog, at lægerne kan deltage i praksisplanlægningen efter samme model som kendes fra fysioterapiområdet.

Planlægningen af sundhedsindsatsen

KL finder, at de nye bestemmelser om praksisplanudvalg er en meget positiv nyskabelse. Det er dels positivt, at kommunerne bliver repræsenteret i udvalgene, og dels er det fornuftigt at de fremtidige praksisplaner, ud over at fastlægge kapacitet og den fysiske placering af klinikkerne, også går tættere på de opgaver de praktiserende læger skal løse. Dette er afgørende i forhold til arbejdet med at skabe mere sammenhæng i sundhedsindsatsen over for borgerne. Derfor er det også naturligt, at de kommunalt lægelige udvalgs rolle udbygges, ikke mindst i forhold til at skulle udarbejde udkast til de emner, der skal indarbejdes i praksisplanen. Dette vil sikre en lokal forankring af praksisplanerne.

Det er ligeledes meget positivt, at lovforslaget specifikt sigter på at løse de udfordringer, der er i forhold til tilgængelighed, medicin håndtering og besøg til patienter, der opholder sig på kommunale tilbud. Omkring sygebesøg finder KL desuden, at det er rigtigt, at lovforslaget fremhæver sygebesøg som en obligatorisk opgave. Det er imidlertid vigtigt, at sygebesøgene kan tilrettelægges fleksibelt og særligt er målrettet borgere, der er i risiko for at blive unødigt indlagt eller genindlagt. Herudover bemærker KL, at ministeriet vil anvende en af de nye bemyndigelser til at fjerne 15 km grænsen. Det

Den 22. maj 2013

Sags ID: SAG-2013-03526

Dok.ID: 1699681

MDJ/SRP@kl.dk

Direkte 3370 3400

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 1/2

vil være en stor hjælp både i forhold til sygebesøg og muligheden for at sikre kontakt til lægen for borgere, der midlertidigt er på en kommunal akutplads.

KL anbefaler, at lægerne kan deltage i planlægningen på samme måde som på fysioterapiområdet. Her udarbejder kommuner og region i fællesskab en praksisplan, som herefter diskuteres med fysioterapeuterne. Der søges enighed med fysioterapeuterne, men kan der ikke opnås enighed, gælder den af myndighederne udarbejdede praksisplan.

Endelig støtter KL, at en større del af overenskomsten skal udmøntes lokalt gennem aftaler. Det vil medvirke til at skabe mere sammenhæng i sundhedsindsatsen, ligesom lokale aftaler kan opfange særlige forhold, som det kan være nødvendigt at få løst lokalt.

Lægedækning og nye organisationsformer

Ønsket om at sikre en god lægedækning i alle egne af landet har været et bærende ønske for KL i mange år. KL finder, at de nye muligheder for andre organisationsformer (udbud og nye ejer konstruktioner) samlet set vil styrke kommuners og regionernes mulighed for at tilvejebringe en god lægedækning.

KL finder, at det er afgørende, når lovforslaget anviser, hvilken rækkefølge der er i forhold til, hvornår de nye organisationsformer kan bringes i anvendelse.

Nye regler til håndtering af fremtidige konflikter

KL finder det meget hensigtsmæssigt, at der med lovforslaget ændres på muligheden for at agere i tilfælde af konflikt på praksisområderne. Det efterlyste KL under konflikten på fodterapiområdet. Her forblev konflikten uløst i flere år. Og var til gene for borgerne og udløste udgifter for kommunerne. KL vurderer, at de nye muligheder i lovforslaget vil minimere risikoen for fremtidige konflikter og medføre at evt. fremtidige konflikter vil blive af kortere varighed.

Med venlig hilsen



Jane Wiis

23. maj 2013

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse,
Center for Primær Sundhed og Forebyggelse
(primsund@sum.dk)
(seb@sum.dk)

Formanden

Strandboulevarden 49
2100 København Ø

Tlf +45 3525 7500
Fax +45 3525 7701
www.cancer.dk

UNDER PROTEKTION AF
HENDES MAJESTÆT DRONNINGEN

Hørings svar på udkast til lovforslag til ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet

Kræftens Bekæmpelse takker for muligheden for at kommentere på ovenstående lovforslag, men vil samtidig gerne udtrykke frustration og ærgrelse over, at omstændighederne for lovforslagets fremsættelse er de resultatløse forhandlinger mellem Danske Regioner og PLO.

Det er Kræftens Bekæmpelses opfattelse, at ingen af parterne har taget det nødvendige hensyn til patienternes interesser. Det er en meget utryk situation for alle, at den frie adgang til almen praksis kan blive vanskeliggjort af den opståede konflikt mellem de involverede parter.

Generelt

Kræftens Bekæmpelse kan tilslutte sig regeringens ønske om at sikre en bedre sammenhæng mellem de praktiserende læger, sygehusene og den kommunale sundhedsindsats samt at den praktiserende læges rolle i sundhedsvæsenet styrkes.

Et mere sammenhængende sundhedsvæsen med en velintegreret almen praksis vil imødegå nogle af de fejl og unødvendige forsinkelser, som kræftpatienter oplever i deres behandlings- og rehabiliteringsforløb.

Planlægning og samarbejde

Kræftens Bekæmpelse mener, at et sammenhængende sundhedsvæsen forudsætter en sammenhængende planlægning på hele sundhedsområdet. Det er derfor naturligt med en større kommunal indflydelse på planlægningen af almen praksis. Tilsvarende bør det sikres, at regioner og almen praksis får forpligtende indflydelse på den kommunale planlægning på sundhedsområdet – så der sikres sammenhæng.

Kræftens Bekæmpelse finder, at det er af stor betydning, at den faglige indsigt i befolkningens sundhed og sygdom og sundhedsvæsenets funktion, der indgår i det almenmedicinske speciale, bliver bragt i spil på konstruktiv vis i det fremtidige planlægningsarbejde. Det er vigtigt, at perspektivet på sundhedsvæsenets effektivitet og funktion ikke alene bliver baseret på sygehusenes erfaringer.



I lovforslaget præsenteres en ny samarbejdsmodel bestående af et praksisplanudvalg med deltagelse af repræsentanter fra regionerne og kommunerne, et fagligt rådgivningsudvalg, som skal rådgive praksisplanudvalget og det eksisterende sundhedskoordinationsudvalg.

Kræftens Bekæmpelse skal i den forbindelse foreslå, at det faglige rådgivningsudvalg bliver et udvalg, der sammensættes af især sundhedsfaglige personer fra almen praksis, fra relevante sygehusspecialer og fra kommunerne med henblik på at rådgive om tiltag, der vil fremme et bedre og mere sammenhængende sundhedsvæsen. I den forbindelse bør det være en særlig opgave for udvalget at fremkomme med forslag til, hvordan sygehusene kan understøtte almen praksis og herunder bidrage til effektive patientforløb.

I tilknytning hertil mener Kræftens Bekæmpelse, at praksisplansudvalget er for snævert sammensat og derfor ikke afspejler den nødvendige faglighed eller indsigt i den kontakt, som almen praksis har med borgerne. Derfor skal Kræftens Bekæmpelse anbefale, at praksisudvalget suppleres med faglig repræsentation fra almen medicin.

Kræftens Bekæmpelse er tilfreds med regeringens prioritering af patient- og pårørende inddragelsen gennem nedsættelse af et patientinddragelsesudvalg i regionerne.

Obligatoriske opgaver

Det fremgår af lovforslaget, at de praktiserende læger er forpligtet til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med nationale faglige retningslinjer og sundhedsaftalerne mellem regionerne og kommunerne. Kræftens Bekæmpelse finder det betydningsfuldt, at det sikres, at alle patienter behandles i hele forløbet i overensstemmelse med den bedste evidens, herunder de faglige retningslinjer.

Kræftens Bekæmpelse skal i den forbindelse pege på, at det ikke er hensigtsmæssigt, hvis de praktiserende læger skal arbejde med kommunespecifikke sundhedsaftaler, blandt andet fordi praktiserende læger har patienter i forskellige kommuner. Det bør understreges, at sundhedsaftalerne grundlæggende skal være baseret på den bedste faglige viden med plads til forsøg, der supplerer den eksisterende viden.

Nye organisationsformer i almen praksis

I lovforslaget er der lagt op til en model for salg af ydernumre, der åbner for, at private aktører kan overtage ydernumre, som ikke kan afsættes til praktiserende læger på normal vis. Kan regionen ikke afsætte et ledigt ydernummer til en privat aktør, kan regionen i stedet etablere en midlertidig regionsdrevet klinik. Kræftens Bekæmpelse finder ikke, at der er noget fagligt eller driftsøkonomisk argument for, at regionerne først skal udbyde ydernumre til private aktører før regionen selv, kommunen eller region og kommunen i fællesskab etablerer regionale klinikker. Det eneste hensyn, som regionerne her bør være forpligtiget på, er at sikre et vel-fungerende sundhedsvæsen tæt på borgerne. Det regionale sundhedsvæsen har på dette område behov for et nationalt regelsæt, der tager højde for lokale forhold.

Det bør i lovgivningen endvidere præciseres, at offentlige og private aktører skal ansætte læger med almenmedicinsk speciallægeuddannelse. I særdeleshed bør det sikres, at den virksomhedsansvarlige læge bør være speciallæge i almen medicin. Det er en afgørende forudsæt-



ning for at sikre kvaliteten i de ydelser, som private aktører leverer. Kræftens Bekæmpelse skal i den anledning påpege, at der er behov for at foretage en række konsekvensændringer i Lov om virksomhedsansvarlige læger. Patienter i almen praksis bør altid mødes af en speciallæge i almen medicin eller af en læge under uddannelse, der er superviseret af en sådan speciallæge.

Kvalitet og indsigt i almen praksis

I lovforslaget fremgår det, at almen praksis skal foretage kodning af patienthenvendelser og anvende datafangst, og at data stilles til rådighed for regionerne. Lovforslaget bemyndiger ministeren for sundhed og forebyggelse til at fastsætte nærmere regler herfor. Begrundelsen herfor er dels at sikre effektiv ressourceudnyttelse og undgå overlappende funktioner, dels at kunne analysere patientforløb på tværs af sektorer og sammenligne resultater og endelig at kunne dokumentere kvalitetsudvikling i den enkelte læges arbejde.

Kræftens Bekæmpelse er af den holdning, at en bedre brug af registrering af henvendelserne i almen praksis vil gavne kvalitetsarbejdet og være til gavn for kræftpatienterne. Der er et stort behov for, at alle dele af kræftpatientens forløb kan monitoreres også den del, som foregår i almen praksis. Kræftens Bekæmpelse finder dog, at det i loven bør understreges, at der ikke med loven ændres på adgangen til personhenførbare data. Oplysninger om den enkelte patient må ikke videregives uden samtykke fra patienten – eller efter de regler der følger af Sundhedsloven og retningslinjer der gives af Datatilsynet.

Med venlig hilsen



Frede Olesen
Formand



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Center for Primær Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

primsund@sum.dk seb@sum.dk

Hørings svar

24-05-2013

Høring over udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Jr. 2013-2891/775123
AML

Udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Domus Medica
Kristianiagade 12
2100 København Ø

Lovforslag truer sammenhængen i sundhedsvæsenet

Tlf.: 3544 8500
Tlf.: 35448222 (direkte)
E-post: dadl@dadl.dk
E-post: aml@dadl.dk (direkte)
www.laeger.dk

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har den 3. maj 2013 fremsendt ovennævnte udkast til lovforslag til Lægeforeningen med henblik på bemærkninger senest den 24. maj 2013.

Dette høringssvar forholder sig alene til de mere overordnede spørgsmål og konsekvenserne for det samlede sundhedsvæsen. Det forholder sig ikke til de dele af lovforslaget, som indtil nu har været forhandlingsstof.

Der henvises til PLO's selvstændige høringssvar vedrørende lovforslagets konkrete indhold.

Lægeforeningen har disse hovedpointer i relation til lovforslaget:

- lovforslaget forkaster et velfungerende system uden at have et samlet svar på almen praksis fremtid
- sundhedsvæsenet kan ikke undvære lægelige rådgivning og deltagelse i afgørende beslutningsprocesser, heller ikke almen praksis
- kvalitetsudvikling skal ikke reguleres gennem lovgivning



- der bør etableres et sammenhængende CPD-system for læger, der også omfatter almen praksis, og understøtter kvalitetsudvikling
- regionerne skal have pligt til at vurdere og justere den samlede kapacitetsplanlægning, herunder deres vurdering af eventuel betydning for uddannelseskapaciteten i forbindelse med væsentlige ændringer i sundhedsvæsenet – også for almen praksis.

Lovforslaget forkaster velfungerende ordning

Aftaler, der er resultat af forhandlinger, er gensidigt forpligtende og har en høj værdi. Derfor finder Lægeforeningen det helt grundlæggende beklageligt, hvis der ikke findes en forhandlingsløsning på konflikten mellem regioner og almen praksis.

Det aftalebaserede samarbejde mellem praksissektoren som liberalt erhverv og de offentlige aktører har fungeret godt for en række selvstændige sundhedsprofessionelle i en årrække. Denne model bør ikke kasseres til fordel for en lov, der åbner for en lang række fortolkninger. Et aftalesystem må ligeledes baseres på et konfliktløsningssystem, der muliggør at begge parter medvirker til at løse konflikter. Det kan ikke give et tillidsfuldt samarbejde, hvis alene den ene part kan afgøre, hvad der er den "rette" fortolkning af aftalen. Dette vil ikke sikre løsning af konflikter, men sætte tilliden over styr.

Derfor er det uforståeligt, at der med lovforslaget lægges op til, at det reelt kun er den ene part, der fortolker, hvordan samarbejdet skal foregå. Endelig er det en væsentlig værdi i det nuværende system, at aftalerne baseres på et kollegialt fagligt fællesskab, der samlet tager ansvar. Det ansvar kan andre typer aktører som f.eks. kapitalfonde ikke løfte.

Sundhedsvæsenet er som bekendt en meget kompleks sektor med stor indbyrdes afhængighed imellem de enkelte aktører. Ændres der et sted, vil det påvirke løsning af opgaver andre steder i sundhedsvæsenet. Patienterne bevæger sig på kryds og tværs af sektorgrænser, sygehuse og afdelinger, og indlæggelsestiden på sygehus bliver stadig kortere. De faglige krav til den del af sundhedssektoren, der ligger uden for sygehusene, stiger.

Det er nærliggende at se på OECDs Review fra 2013, hvor der klart efterlyses en samlet ny vision for almen praksis. OECD anbefaler, at visionen baseres på en anerkendelse af almen praksis centrale betydning. Sektoren udmærker sig ved et langvarigt patient-læge forhold og et tæt samarbejde med andre sundhedsprofessionelle. Det dokumenteres, at almen praksis har en meget høj pati-



enttilfredshed og bidrager i væsentligt omfang til at reducere ulighed i sundhed. Lægeforeningen anbefaler, at der udarbejdes en sådan vision, og vi mener, at lovforslaget modarbejder denne OECD-anbefaling.

Lægeforeningen savner med det fremlagte lovforslag svar på, hvordan det helt nødvendige samarbejde mellem sygehusene, kommunerne og praksissektoren, både de alment praktiserende læger og de praktiserende speciallæger skal foregå. Det er vigtigt for, at de nødvendige samarbejdsstrukturer er til rådighed, så der kan udvikles et tillidsfuldt samarbejde om at løse sundhedsvæsnets opgaver. Det er også i tråd med regeringsgrundlaget, der peger på tillid i stedet for kontrol samt fokus på resultater og ikke kontrol af processer.

Lægeforeningen efterlyser ligeledes, at lovforslaget fastslår, at lægelig visitation fortsat er udgangspunktet for arbejdet i den primære sektor. Det er betingelsen for, at den sekundære sektor kan fungere effektivt.

Overflødigt krav til praktiserende læger

Lovforslagets krav til praktiserende læger om at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med opdateret viden og nationale faglige retningslinjer, pakkeforløb mv. er i bedste fald overflødig og i værste fald unødigt patroniserende. De praktiserende læger har - som andre læger - allerede i medfør af Sundhedsstyrelsens vejledninger og bekendtgørelser de nævnte faglige forpligtelser.

I tilfælde af forsømmelser kan de få en påtale fra Patientombuddet. Det forekommer derfor besynderligt, at det indføres særlige regler for faglighed for en gruppe af læger og dermed et parallelt vurderingssystem til Sundhedsstyrelsen og Patientombuddet.

I stedet for et afgrænset fokus på de alment praktiserende lægers opdaterede viden bør "continued professional development" – CPD – i langt større omfang udvikles med præcise krav til alle lægers faglige opdatering.

Forudsætningen for at kunne bidrage til høj kvalitet og patientsikkerhed er en løbende medicinsk uddannelse, som lovforslaget slet ikke omtaler. Lægeforeningen anbefaler derfor, at der etableres en effektiv CPD proces, der også omfatter de praktiserende læger. Det er langt bedre end at indføre systemer, der bygger på point eller benchmarkordninger relateret til deltagelse i kurser og



konferencer. Lægeforeningen henviser til vores forslag til sikring af speciallægers kompetenceniveau.¹

Kvalitet kræver samarbejde og lægelig rådgivning

En forudsætning for at kunne løse påtrængende problemer i sundhedsvæsenet, som fx den stigende ulighed i sundhed, er en engageret primærsektor. Hvis man tvinger en lovgivning igennem, som kun tilgodeser den ene part, er der en risiko for, at det får negative konsekvenser for folkesundheden.

Det kan også blive konsekvensen, hvis ikke der er sikkerhed for, at de praktiserende læger kan give den nødvendige og ufiltrerede lægefaglige rådgivning til regioner og kommuner. Sundhedsvæsenet har behov for stærk lægelig involvering i beslutningsprocesserne.

Lovforslaget indeholder i det hele taget mange problematiske bemyndigelsesbestemmelser. Efter Lægeforeningens opfattelse er det beklageligt, da en forhandlingsløsning er langt at foretrække

Det er Lægeforeningens opfattelse, at lovforslagets bestemmelser om planlægning, kvalitetssikring og kontrol ikke vil medvirke til at udvikle sundhedsvæsenet i den ønskede retning. Andre grupper i primærsektoren har ikke delt planlægningskompetence, men dette har ikke i sig selv medvirket til at løse strukturelle problemer. Der skal fortsat aftales konkrete løsninger og være et tillidsfuldt samarbejde.

At arbejde i praksissektoren er i dag en selvstændig karrierevej for læger, som værdsætter en høj grad af selvstændigheden i arbejdstilrettelæggelsen og ledelse af deres klinikker. Hvis denne model forsvinder, forudser Lægeforeningen, at det kan få negative konsekvenser for rekrutteringen til denne del af lægefaget.

Stabile rammer for lægers videreuddannelse i praksis

Samarbejdet mellem praksissektor og sygehuse og dermed forudsætningen for de sammenhængende patientforløb grundlægges for den enkelte læge gennem uddannelsen til speciallæge. Praksissektoren er fuldt integreret i videreuddannelsessystemet og kommende sygehuslæger opnår en afgørende forståelse for almen praksis og omvendt. Lægeforeningen finder det væsentligt, at denne gensidige indsigt fortsat stimuleres gennem en fuldt integreret og velkoordineret videreuddannelse, hvilket også er en afgørende forudsætning for uddannel-

¹

http://www.laeger.dk/portal/pls/portal/IPORTAL.wwpob_page.show? docname=9574983.PDF



sen af dygtige, yngre læger. Det er særdeles vigtigt med stabile og forudsigelige rammer for uddannelse.

Det er vigtigt, at kapacitetsplanlægningen, herunder uddannelseskapaciteten i sundhedsvæsenet inddrager alle sektorer, især når der flyttes opgaver og indføres nye opgaver. Det kan føre til, at der også må justeres på uddannelseskapaciteten for at sikre mulighed for den fornødne lægedækning, f.eks. også i almen praksis. Sådanne hensyn synes lovforslaget slet ikke at inddrage eller give mulighed for at inddrage.

Center for Primær
Sundhed og Forebyggelse
Att.: Specialkonsulent Sven Erik Bukholt
Holbergsgade 6
1057 København K

København 7. maj 2013

Sagsnr.: 1302269

Dok.nr.: 1205338

Høring over udkast til lovforslag om ændring af
Sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang
Inden for sundhedsvæsenet

Vi henviser til jeres brev af 3. maj 2013 om ovennævnte høring og kan meddele, at vi ingen bemærkninger har til det fremsendte.

Med venlig hilsen

MEGROS



Henrik Kaastrup
Formand

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Kristianiagade 12
2100 København Ø
Telefon 35 44 84 06
Mobil 23 71 33 40
Mail mpk@dadl.dk
www.selskaberne.dk

24. maj 2013
Journalnummer

Høring over forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet

LVS takker for muligheden for at afgive høringssvar.

LVS har som paraplyorganisation for de lægevidenskabelige selskaber fokus på de rent lægefaglige aspekter og kommenterer derfor udelukkende på disse.

Der henvises i øvrigt til responsum udarbejdet af Dansk Selskab for Intern Medicin, som er et af LVS' medlemsselskaber. Heri kommenteres bl.a. på samspillet med primær og sekundær sektoren inden for det medicinske område, der omfatter meget store patientgrupper – herunder mange kronikergrupper.

Ad. 10 "Kapitel 70 - Overenskomster, organisationsformer mv."

Vedrørende udbud af drift af praksis, som hidtil har leveret almen medicinske ydelser:

Der fokuseres i lovforslaget på de eventuelle omkostningsmæssige konsekvenser ved et eventuelt udbud af praksis til private leverandører.

LVS finder det meget væsentligt at være opmærksom på, at landets borgere skal sikres et behandlingstilbud af ensartet høj kvalitet på landsplan, uanset hvilken organisationsform dette behandlingstilbud finder sted i. Det anses for meget uhensigtsmæssigt, såfremt nye organisationsformer giver anledning til faglige knopskydninger eller ændringer, som ikke er lægefagligt begrundede. Der bør derfor være særlig opmærksomhed på, at borgere, der bor i landsdele, hvor nye organisationsformer måske er mere sandsynlige end andre steder i landet, ikke kommer til at opleve et fald i kvaliteten eller en faglig praksis, der adskiller sig væsentligt fra den, borgere andre steder i landet vil få.

LVS gør samtidig opmærksom på, at en væsentlig del af kvalitetsarbejdet i såvel primær som sekundær sektoren løftes i de lægevidenskabelige miljøer. Samfundet nyder stor gavn af det arbejde, der foregår i de lægevidenskabelige selskaber – her Dansk Selskab for Almen Medicin – og det arbejde, der finder sted her bidrager til, at patientbehandlingen sker på et vidensbaseret grundlag i videst muligt omfang. Der er her skabt netværk og effektive arbejdsformer, som ikke uden videre lader sig erstatte. Der bør derfor endvidere være megen opmærksomhed på, at dette arbejde ikke kompromitteres som følge af indførelsen af eventuelle nye organisationsformer i visse dele af landet.

LVS henleder desuden opmærksomheden på, at antallet af speciallæger i almen medicin forventes at stige inden for en ca. 5-årig periode og anbefaler derfor, at der tages højde for dette, når man skal planlægge almen medicinske ydelser i de områder af landet, der hidtil har haft problemer med at få dækket behovet for behandlingstilbud i primær sektoren.

Ad. Forskning i primær sektoren

LVS ønsker desuden at gøre opmærksom på vigtigheden af forskning i primær sektoren.

I den standende debat om primær sektoren og fremtiden herfor har dette aspekt været svært underprioriteret.

Danmark bryster sig af have fornemme forskningstraditioner, som både er en stor eksportvare og som skaber af arbejdspladser og velfærd i Danmark og som naturligvis først og fremmest er til stor gavn for danske patienter.

Borgeren har i mødet med såvel primær som sekundær sektoren krav på at blive behandlet efter *best practice*. Forudsætningen for at kende *best practice* er forskning samt faglige miljøer, der kan omsætte forskningen i kliniske retningslinjer og konkrete behandlingstilbud.

Danmark oplever endvidere på linje med mange andre lande i verden demografiske ændringer i retning af en aldrende befolkning. Dette medfører alt andet lige en stigende gruppe af patienter med flere konkurrerende sygdomme og dermed forbrug af flere typer af medicin på én gang. Samtidig ser vi en udvikling, hvor flere opgaver lægges ud i primær sektoren, som tidligere skulle varetages i hospitalsvæsenet. Disse kendsgerninger gør, at LVS opfordrer til, at forskning i primær sektoren ikke underprioriteres. Det ville også falde i meget dårlig tråd med lovforslagets § 231 d, der omhandler pligten til at udøve virksomhed i overensstemmelse med opdateret viden mv.

Med venlig hilsen



Peter Schwarz
Formand



20. maj 2013

HØRINGSVAR

Til LVS vedr. høring over udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven (dok.nr. 1205338).

Dansk Selskab for Intern Medicin (DSIM) vil hermed udtrykke sin stærke bekymring for konsekvenserne af det fremsendte lovforslag, dels for sundhedsvæsenets samlede varetagelse af patienters behov, dels for arbejdsforholdene på de medicinske sygehusafdelinger.

Efter regionernes opsigelse af overenskomsten med Praktiserende Lægers Organisation (PLO) med virkning fra 1. september 2013, er det uklart og usikkert, hvordan regionerne forestiller sig de praktiserende lægers funktioner varetaget. Læger ansat på sygehuse er ikke uddannet til varetagelse af primær sundhedstjeneste, og kan udover udvalgte akutte tilstande ikke på faglig forsvarlig vis varetage denne funktion. Der findes endvidere ikke en ubenyttet varig reservekapacitet af læger, der kan mobiliseres på sygehusenes medicinske afdelinger.

I sin nuværende form kan lovforslaget medvirke til at forstærke lægemanglen i visse områder af Danmark. Det skyldes en forventning om, at lovens indgriben i almen praksis varetagelse af egen drift vil medføre selvvalgt fremrykket pensionering hos en stor del af PLOs medlemmer, hvilket vil forstærke lægemanglen på kort sigt. Udsigten til et arbejdsliv i mindre attraktive områder, uden nogen former for positivt incitament, vil medføre lavere søgning mod det almenmedicinske speciale. Det vil forværre manglen på praktiserende læger på længere sigt.

Borgere i de berørte områder vil få længere afstand til relevante sundhedstilbud. I de berørte områder vil belastningen på de akutte og medicinske afdelinger øges, hvilket vil medføre længere ventetider, ringere arbejdsvilkår i de berørte afdelinger og større risiko for fejl. Alt dette kan medvirke til at øge uligheden i borgernes sundhedstilbud og påvirke DSIMs medlemmer negativt.

Regeringen har som medlem af Regionernes Lønnings- og Takst Nævn (RLTN) mulighed for at trække opsigelsen af overenskomsten tilbage. Dermed vil behovet for loven blive fjernet, og parterne tvunget tilbage til forhandlingsbordet. Kun gennem forhandling om *begge* parter forventninger og krav kan der opnås varige løsninger på de reelle problemer den primære sundhedssektor står overfor.

På vegne af DSIM,

Formand,
Ulrik Bak Dragsted

Formand
Ulrik Bak Dragsted
Medicinsk Afdeling
Roskilde Sygehus

Faglig sekretær
Ellen Holm
Geriatrisk afdeling
Nykøbing Falster Sygehus

Fællessekretariatet
Kirsten Koch
Kristianiagade 12
2100 København Ø
Tlf. 3544 8403
E-mail: kk@dadl.dk

www.dsim.dk

DSIM er paraplyorganisation for de ni intern medicinske grenspecialeselskaber og repræsenterer ca. 4700 medlemmer. DSIM varetager rådgivende og koordinerende opgaver, der vedrører de fælles intern medicinske kompetencer i speciallægeuddannelserne og øvrige forhold der går på tværs af de intern medicinske grenspecialer.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Center for Primær Sundhed og Forebyggelse
primsund@sum.dk
cc. seb@sum.dk

24.05.2013

Ref.: 13-0814

Pharmadanmark
Rygårds Alle 1
2900 Hellerup

Telefon 3946 3600
Direkte 3946 3618

Fax 3946 3639

pharmadanmark.dk

Høringssvar vedrørende udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (sagsnr. 1302269)

Pharmadanmark takker for muligheden for at kommentere på tilsendte udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Pharmadanmark har ingen kommentarer til samarbejds- og planlægningsystemet for almen praksis, kun på snitfladerne til det øvrige sundhedsvæsen, herunder apoteksvæsenet og på muligheden for at inddrage farmaceuter i optimeringen af medicin håndtering

I bemærkningerne til loven nævnes gentagne gange, at regeringen ønsker at skabe bedre sammenhæng mellem de praktiserende læger, sygehusene og den kommunale sundhedsindsats, og det fremhæves, at der i særdeleshed er behov for at styrke sammenhængen mellem almen praksis og kommunerne i forbindelse med medicin håndtering.

Pharmadanmark bifalder, at loven adresserer den udfordring, som rejses i *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark 2013- Raising Standards*, at skabe bedre sammenhæng i patientforløbene for de patienter, hvis forløb går på tværs af sektorer.

Vi er af den opfattelse, at de medicineringsproblemer, som i stor stil opstår i forbindelse med sektorovergange, bedst kan adresseres, hvis man i højere grad inddrager de lægemiddelsagkyndige i sektorovergangene.

Det skal endvidere bemærkes, at også apotekernes rolle i løsningen af sundhedsopgaver i forbindelse med sektorovergange bør ekspliciteres.

Med venlig hilsen

Iben Treebak
Karriere- og udviklingskonsulent



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

Den 24-05-2013

Høringsvar over udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven m.v.

PLO afgiver hermed sit høringssvar vedrørende ovennævnte lovforslag.

Generelle bemærkninger

Indledningsvis i lovforslaget henvises til, at der fra flere sider er peget på behov for lovgivning vedrørende almen praksis. Der peges således konkret på Rigsrevisionens beretning om praksissektoren fra august 2012, rapporten fra Udvalget om evaluering af kommunalreformen og rapporten fra OECD af den 16. april 2013.

PLO har efter aktindsigt gennemgået de sagsakter, der ligger til grund for Rigsrevisionens beretning. PLO har på baggrund af denne gennemgang udgivet en Hvidbog, der tidligere er sendt til ministeriet og Folketingets Sundhedsudvalg. PLO's holdning til Rigsrevisionens beretning kan sammenfattes således:

- Gennemgangen af beretningens i alt 13 kontROLSager vedrørende alment praktiserende læger viser, at alle sagerne er blevet behandlet sagligt korrekt og i enighed mellem regionen og PLO.
- Det er faktisk forkert, når det i Rigsrevisionens beretning hævdes, at regionerne fører ineffektiv kontrol med lægernes forbrug, fordi PLO indgår i de regionale samarbejdsudvalg. Tværtimod bidrager PLO konstruktivt til, at der i samarbejdsudvalgene føres effektiv kontrol med de praktiserende lægers forbrug af ydelser.
- Rammerne for regionernes økonomistyring er tilfredsstillende, hvilket viser sig ved, at tre ud af fem regioner har haft budgetoverskud i de seneste år. Der har været problemer med økonomistyringen i to regioner, men det skyldes, at disse regioner bevidst har underbudgetteret udgifterne til almen praksis.

Sammenfattende viser PLO's gennemgang af sagsakterne, at der ikke er sammenhæng mellem anbefalingerne i Rigsrevisionens beretning og det tilgrundliggende dokumentationsmateriale. PLO's Hvidbog dokumenterer, at der foregår en sagligt korrekt sagsbehandling i samarbejdsudvalgene vedrørende almen praksis.

Udvalget om evaluering af kommunalreformen har ikke foretaget en selvstændig gennemgang af styringen af almen praksis, men bygger alene sine anbefalinger på Rigsrevi-

sionens beretning. Derfor henvises til PLO's bemærkninger til Rigsrevisionens beretning ovenfor.

OECD fremlægger i sin rapport en række anbefalinger til kvalitetsudviklingen af det danske sundhedsvæsen. OECD anbefaler bl.a. en modernisering af almen praksis. Det er faktisk forkert, når det af lovforslaget fremgår, at OECD har efterlyst lovgivning i forhold til almen praksis. PLO har i en kommentar til OECD-rapporten sagt, at de praktiserende læger er indstillet på at medvirke til en fortsat modernisering af almen praksis, men det skal foregå via dialog og forhandling, ikke ved lovgivning.

Hovedpunkterne i PLO's kritik af lovforslaget er følgende:

a) Med lovforslaget forkastes det mangeårige paritetiske samarbejdssystem på trods af, at dette system gennem årene har medført en betydelig udvikling af almen praksis som sektor. Vel at mærke en udvikling, som de praktiserende læger har følt medejerskab til og derfor har bakket op om og ført ud i livet.

b) Lovforslaget er karakteriseret ved et overordentligt stort antal bemyndigelser til ministeren. Der er ikke i loven eller bemærkningerne hertil opstillet begrænsninger i, hvordan ministeren vil kunne udmønte bemyndigelserne i fremtidige bekendtgørelser.

c) Helt grundlæggende må PLO konstatere, at lovforslaget giver ministeren mulighed for at detailregulere arbejdstilrettelæggelsen i almen praksis i en så udstrakt grad, at det ikke er foreneligt med, at almen praksis drives som selvstændig virksomhed med det juridiske, økonomiske og behandlingsmæssige ansvar for egen praksis. Der er reelt kun det element tilbage af lægernes selvstændighed, at de selv skal investere i praksis og afholde udgifter til kliniklokaler, klinikudstyr og personale.

d) De praktiserende læger får ingen indflydelse på, hvilke opgaver de skal løse. De vil derimod være forpligtede til at løse alle de nye opgaver, som besluttes af de offentlige myndigheder. Herved afskaffes de praktiserende lægers aftaleret.

e) De praktiserende læger pålægges omfattende nyt registreringsarbejde. Da almen praksis har knapt 37 mio. patientkontakter årligt, vil selv et lille ekstra tidsforbrug pr. kontakt medføre, at lægerne får mindre tid til at beskæftige sig med patienterne. Herudover er det problematisk for patienterne, at lægerne kan tvinges til at indberette personfølsomme oplysninger til regionerne.

f) Efter lovforslaget skal andre private aktører kunne drive almen praksis-klinikker. Ændringen begrundes med, at det er vanskeligt for regionerne i alle egne at løse lægedækningen med alment praktiserende læger. Man måtte derfor forvente, at udbudsmuligheden blev begrænset til de tilfælde, hvor der ikke kan skaffes praktiserende læger på overenskomstvilkår. Loven sætter dog ingen begrænsning i, hvornår en region kan vælge at sætte drift af praksis i udbud frem for at søge ydernumre besat med alment praktiserende læger.

En region kan derfor vælge at benytte udbud blandt andre private aktører som generel og primær løsning. Der er herved lagt op til et afgørende brud med den kendte struktur med selvstændige praktiserende læger. Det vil gå udover den stabilitet og kontinuitet, der hidtil har været et kendetegn for almen praksis. Hertil kommer, at der ikke er krav

om, at læger, der ansættes hos private aktører, skal have en almenmedicinsk speciallægeuddannelse. Loven giver altså de private aktører adgang til at levere en kvalitetsmæssig ringere behandling end de praktiserende læger.

g) Selv om lovforslaget lægger op til, at § 1 først skal gælde fra 1. september 2014, kan ministeren beslutte (§ 3, stk. 6), at alle bestemmelser i § 1 skal have virkning på et tidligere tidspunkt. Ministeren har således mulighed for umiddelbart at ændre vilkårene for drift af almen praksis. Samtidig kan ministeren beslutte, at overenskomsten ikke længere videreføres. Det er derfor ikke korrekt, når ministeren gentagne gange har udtalt, at man med lovforslaget blot har forlænget nuværende overenskomst et år, og at PLO har reageret uforståeligt på dette.

h) Hvis overenskomsten videreføres i perioden 1. september 2013 til 31. august 2014 vil det økonomiprokollat, som udløb 31. marts 2013, ved lov blive sat i kraft igen. Lægerne pålægges et økonomiloft af samme størrelse som for perioden 1. april 2012 til 31. marts 2013. Det betyder, at opgaveflytninger fra sygehusvæsenet og andre nye opgaver, der tilflyder almen praksis i perioden frem til den 1. september 2014, skal løses af de praktiserende læger uden, at der følger ressourcer med til at ansætte mere klinikpersonale.

PLO vil i det følgende kommentere på udvalgte dele af de foreslåede ændringer, som vi finder særligt problematiske. Herunder fremsættes en række fortolkningsspørgsmål, som vi ønsker besvaret. Høringssvaret er struktureret efter samme emneinddeling, som lovforslagets "Almindelige bemærkninger".

Ad 3.1 Patientrettigheder i forbindelse med alment medicinske ydelser

Ministeren bemyndiges i forslagets § 59 stk. 3 og 60 stk. 3 til at fastsætte regler om gruppe 1-sikrede personers valg af læge, herunder i forbindelse med lægeskifte, og regler om personernes ret til vederlagsfri behandling hos almen praktiserende læge, herunder i tilfælde af akut opstået sygdom, om sygebesøg mv.

Ifølge bemærkningerne vil denne bemyndigelse blandt andet blive brugt til at fastsætte regler om lægernes mulighed for at frasige sig patienter, om borgernes ret til almen medicinske ydelser, herunder adgangen til lægehjælp i dag og vagttid, sygebesøg m.v. og til ophævelse af kilometergrænserne (5 og 15 km).

Med disse bemyndigelser kan ministeren f.eks.

- ophæve afstands begrænsningen i forbindelse med lægevalg. Konsekvensen vil være øget ulighed i sundhed. Når de raske med ressourcer vælger læge nær ved arbejdspladsen, får lægen i lokalområdet udhulet sit patientgrundlag og bliver tvunget til at lukke eller flytte. Det vil betyde, at de ældre og syge – som reelt er dem med størst behandlingsbehov – får meget langt til en praktiserende læge.
- udvide lægerne pligt til sygebesøg, så det ikke længere er lægens faglige vurdering, der er udslagsgivende for om en patient skal have sygebesøg.
- forpligte de praktiserende læger til, uanset afstand, at varetage den lægelige behandling af det stigende antal ældre patienter, der udskrives tidligt fra sygehus og indlægges på kommunale akutpladser. Almen praksis har hverken man-

power eller den rette uddannelse til at varetage behandlingen af disse, ofte meget dårlige, patienter. Der vil blive mindre tid til øvrige patienter, da man må forvente mange tidskrævende og akut rekvirerede besøg til de patienter, der er overført fra sygehus til akutplads. Det vil være svært at indpasse i daglig praksis. PLO har ingen forventning om, at besøgsforpligtelsen vil blive afgrænset til akutpladser inden for 15 km afstand (som almindelige sygebesøg, jf. nedenfor), idet kravet i overenskomstforhandlingerne har været at denne type besøg skulle aflægges uanset afstand.

- forpligte lægerne til at aflægge sygebesøg til patienter med bopæl meget langt fra lægens klinik, hvilket vil være en uhensigtsmæssig anvendelse af lægens tid. Det fremgår ganske vist af bemærkningerne, at personer, der vælger læge langt væk fra egen bopæl, ikke har krav på hjemmebesøg fra den valgte læge og at afstanden aktuelt vil blive fastsat til 15 km, men dette kan ændres af ministeren. Lægerne har således intet værn mod senere at blive pålagt pligt til at aflægge sygebesøg hos patienter, der bor fx 30 km væk,
- forpligte lægerne til øget tilgængelighed/åbningstid. De praktiserende læger kan blive tvunget til at anskaffe bekostelige telefonanlæg og ansætte yderligere personale for at leve op til forpligtelser om øget telefonisk og fysisk tilgængelighed. Forlænget åbningstid med uændret antal læger vil udtynde den lægelige tilstedeværelse, hvilket vil give et dårligere tilbud til de syge og svage patienter. Hvis lægen skal udvide sin service over for de raske, som eksempelvis ønsker receptfornyelser uden for dagarbejdstid, vil lægen ikke være til stede i samme omfang i dagtid.

Listen over de emner, ministeren kan fastsætte regler om, er i princippet ubegrænset.

Sammenfattende må det konkluderes, at loven giver ministeren en udstrakt adgang til at foretage detailregulering og begrænse lægernes mulighed for at tilrettelægge deres praksis ud fra selvstændige lægefaglige vurderinger.

Spørgsmål:

- Ministerens mulighed i § 60, stk. 3 for at fastsætte regler om borgernes adgang til lægehjælp i vagttiden er ikke nærmere præciseret. PLO ønsker oplyst, om muligheden også vedrører tilrettelæggelsen af lægevagten og lægernes pligt til deltagelse heri?

Ad 3.2 Planlægning og samarbejde vedrørende almen praksis

Praksisplanen

Med de foreslåede bestemmelser i § 204 stk. 2-4 gør ministeren op med det hidtidige samarbejds- og planlægningssystem for almen praksis, som indebærer et ligeværdigt samarbejde mellem region og repræsentanter for almen praksis. Almen praksis fratages al reel indflydelse. Almen praksis får ganske vist sæde i et fagligt rådgivningsudvalg, men loven indeholder ingen garanti for, at dette udvalg faktisk inddrages i processen med udarbejdelse af praksisplanen, da planen blot skal drøftes med det faglige rådgivningsudvalg "inden iværksættelsen" (§ 231 a).

Det fremgår af bemærkningerne (s. 11), at praksisplanen fremover ændres til et samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region og kommune, der definerer, hvilke opgaver almen praksis skal varetage og snitflader til det øvrige sundhedsvæsen. Praksisplanen får således tæt tilknytning til de sundhedsaftaler mellem region og kommune, som almen praksis heller ikke får indflydelse på. Dette til trods for at almen praksis forpligtes til at udføre de opgaver, der fastlægges i sundhedsaftalerne. Herved afskaffes de praktiserende lægers aftaleret.

Dette er en bekymrende ændring i forhold til den nuværende overenskomst, som indeholder følgende: "I forbindelse med indgåelse af sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner er almen praksis ikke efter lovgivningen aftalepart. De hidtidige erfaringer har imidlertid vist, at sundhedsaftalerne i vidt omfang har et indhold, der har betydning for samarbejdet med de praktiserende læger. Det er derfor også i denne sammenhæng vigtigt at inddrage repræsentanter for almen praksis."

Fremover defineres opgaverne alene af myndighedsrepræsentanter uden lægefaglig indsigt. Almen praksis får ingen indflydelse på mængden af opgaver, om det er de lægefagligt rigtige opgaver man vil have løst, og om opgaverne kan afstemmes med arbejdsgangene i almen praksis. Dermed risikerer lægerne, at opgavemængden stiger voldsomt, uden at der i lovforslaget er nogen garanti for, at de ekstra opgaver følges af ressourcer.

Regeringen efterlyser i sit netop fremlagte sundhedspolitiske udspil fra den 2. maj, at der skabes bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet. Synspunktet støttes af OECD, der i sin bedømmelse af kvaliteten af det danske sundhedsvæsen fra den 30. april peger på behovet for større sammenhæng mellem hospitalssektoren og den primære sundhedssektor, dvs. den kommunale sundhedssektor og almen praksis.

Det er uforståeligt, at lovforslagets svar på disse udfordringer er at etablere et nyt udvalg, praksisplanudvalget, uden repræsentanter for de praktiserende læger.

Som eksempler på hidtidigt godt samarbejde kan bl.a. nævnes akutaftalen og kronikerkompasset i Region Midtjylland. Det kan også nævnes, at der netop nu er en gennemgribende modernisering af almen praksis og samarbejdsrelationerne under opbygning i Odense kommune i forbindelse med et frikommuneforsøg. Almen praksis har engageret deltaget i dette udviklingsprojekt, som skal skabe forpligtende samarbejde i "tværsektorielle teams" baseret på succesen i Intergrated Care projektet i London. Lovforslaget risikerer at ødelægge denne type udviklingsprojekter ved at indføre tvungne opgaver i stedet for, som hidtil, at indgå aftale i lokalt forpligtende fællesskaber.

Spørgsmål:

- Ifølge lovforslagets § 3, stk. 5 skal den første praksisplan foreligge den 1. maj 2014. Betyder det, at ministeren agter at sætte § 231 a i kraft tidligere end den 1. september 2014?

Placering af almene lægepraksis

Det fremgår af forslaget til sundhedslovens § 131 b, at regionsrådet nu ensidigt skal fastsætte placeringen af de almene lægepraksis. Hidtil er placeringen foregået efter drøftelse i samarbejdsudvalget, og almen praksis har haft indsigelsesret, hvis regionen valgte en placering, som på urimelig måde ville underminere driftsgrundlaget for en eksiste-

rende nabopraxis. Dette værn er fjernet med lovforslaget.

Det fremgår ikke klart, om bestemmelsen giver regionen kompetence til at beslutte, at en eksisterende praksis skal flyttes, og på hvilke vilkår dette i så fald kan ske.

Det følger endvidere af § 227 stk. 3, at regionen kan opkøbe eksisterende praksis og sælge dem til anden side. PLO finder, at regionens mulighed for at opkøbe eksisterende praksis stiller de praktiserende læger i en urimeligt usikker situation. Denne hjemmel for regionerne kan forventes at svække rekrutteringen, idet unge læger ikke vil ønske at investere i almen praksis uden vished for, at de kan forblive i den erhvervede praksis.

Endelig bemærkes, at det vil have en betydelig privatøkonomisk konsekvens for eksisterende praksis, hvis det i praksisplanen beskrives, at regionen ikke længere planlægger med deres fortsatte eksistens. Sådanne praksis vil være yderst vanskelige at afhænde i fri handel og vil derfor miste deres værdi.

Spørgsmål:

- Vil eksisterende praksis fremover have nogen sikkerhed for, at regionen ikke placerer klinikker på en måde, som underminerer driftsgrundlaget for en eksisterende nabopraxis?
- Vil regionen fremover ensidigt kunne beslutte, at en eksisterende praksis skal flytte? Og på hvilke vilkår vil det i så fald kunne ske?
- Lovforslaget indeholder ikke en nærmere beskrivelse af vilkårene for regionernes opkøb af eksisterende praksis – hvordan prissættes praksis? Er der kun tale om frivillige salg eller også egentlig ekspropriation?

Regionernes ensidige kompetence til at sanktionere

Selv om der fortsat er lagt op til, at der skal være et kontraktforhold mellem regioner og læger, tillægger lovforslaget den ene kontraktpart – regionen – en diskretionær kompetence til at afgøre, hvornår den anden kontraktpart – lægen – har overtrådt kontrakten og derefter sanktionere overtrædelsen.

Dette er et brud med almindelige retsprincipper og udgør et retssikkerhedsmæssigt problem i relation til den enkelte læge.

Dette er tydeligvis lovgivers reaktion på en opmandsavgørelse fra 2012, som gav PLO ret i, at en region ikke ensidigt kunne beslutte at overenskomsten var overtrådt og derefter trække udbetalte honorarer tilbage fra lægerne.

Spørgsmål:

Ifølge bemærkningerne (s. 24) har regionerne en forpligtelse til effektivt at kontrollere og sanktionere, hvis yderne ikke leverer de aftalte opgaver til den aftalte pris.

- Hvilke sanktioner vil regionerne kunne pålægge lægerne?
- Vil regionerne kunne pålægge bod? Eller beslutte inddragelse af ydernummer med deraf følgende fratagelse af lægens erhvervsmuligheder?
- Hvordan sikres det, at regionens fortolkning af overenskomsten er korrekt?
- Er der nogen begrænsning i regionens adgang til ensidigt at trække udbetalte honorarer tilbage? Eller er det alene den 3-årige forældelsesfrist, der sætter en begrænsning?

Samarbejdsudvalg og Landssamarbejdsudvalg

Med lovforslaget forkastes det mangeårige paritetiske samarbejdssystem.

I lovbemærkningerne er oplyst, at baggrunden for lovændringen bl.a. er Rigsrevisionens beretning om aktiviteter og udgifter i praksissektoren, august 2012. Imidlertid har PLO for nylig i en hvidbog om Rigsrevisionens rapport dokumenteret, at rapporten hviler på et yderst spinkelt faktisk grundlag. Når Rigsrevisionen konkluderede at "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" må det konstateres, at dette ikke er baseret på fakta. Via aktindsigt har PLO fået dokumenteret, at Rigsrevisionens gennemgang af kontrolsager vedrørende almen praksis alene har omfattet 13 sager, og at disse alle er behandlet i enighed i samarbejdsudvalgene. Det må derfor undre, at Rigsrevisionen er nået frem til konklusionen om, at ydernes deltagelse i samarbejdsudvalgene er en hindring for en effektiv kontrol.

Det fremgår af lovbemærkningerne (s. 12), at samarbejdsudvalgene forventes at bestå, men fremover vil de være uden beslutningskompetence for så vidt angår de elementer, der er reguleret i loven. Den endelige beslutningskompetence f.eks. vedrørende fastsættelse af højstegrænser, korrekt anvendelse af overenskomstens ydelser, serviceklager over sygebesøg, tilgængelighed etc. overføres nu til regionen.

Lægerne fratages en ankemulighed til Landssamarbejdsudvalget og vil, hvis de er uenige i regionens afgørelse, være nødsaget til at indbringe sagerne for de almindelige domstole.

Når regionerne ikke længere har pligt til at inddrage repræsentanter for almen praksis i behandlingen af sager om afvigende ydelsesmønstre, er der risiko for fejl i sagsbehandlingen og forkerte afgørelser. Det er en forringelse af retssikkerheden for den enkelte praktiserende læge.

Spørgsmål:

- Hvilke konkrete opgaver og beføjelser vil samarbejdsudvalget fremover have?
- Hvilke konkrete opgaver og beføjelser vil Landssamarbejdsudvalget fremover have?

Ad 3.3 Nye organisationsformer i almen praksis

Andre private aktører

Lovforslaget giver i § 227 stk. 3 som noget nyt mulighed for, at andre end praktiserende læger fremover kan drive almen praksis-klinikker. Lovforslaget indeholder ingen begrænsninger i, hvilke private aktører, der skal kunne deltage i et udbud, og loven vil derfor ikke kunne hindre at eksempelvis kapitalfonde eller forsikringselskaber vil komme til at drive lægepraksis.

Ændringen begrundes i lovforslaget med, at det er vanskeligt for regionerne i alle egne at løse lægedækningen med alment praktiserende læger. Man måtte derfor forvente, at udbudsmuligheden blev begrænset til de tilfælde, hvor der ikke kan skaffes praktiseren-

de læger på overenskomstvilkår. Ordlyden af § 227, stk. 3 sætter imidlertid ingen begrænsning i, hvornår en region kan vælge at sætte drift af praksis i udbud frem for at søge ydernumre besat med alment praktiserende læger. Udbudsmuligheden gælder såvel praksis, som regionen har fået overdraget (såkaldt ledigblevne ydernumre) som nye ydernumre samt drift af praksis, som regionen har erhvervet ved opkøb af eksisterende praksis.

En region kan derfor vælge at benytte udbud blandt andre private aktører som generel og primær løsning. Lovforslaget lægger således op til et afgørende brud med den kendte struktur med selvstændige praktiserende læger. Det vil gå udover den stabilitet og kontinuitet, der hidtil har været et kendetegn for almen praksis. Loven vil medføre, at borgerne går glip af den kvalitet, der ligger i et årelangt personligt kendskab mellem patient og praktiserende læge. Hidtidige erfaringer med regionsdrevne klinikker viser en hyppig udskiftning i bemandingen og dermed manglende kontinuitet i patientbehandlingen.

Hertil kommer, at lovforslaget ikke indeholder krav om, at læger, der ansættes hos private aktører, skal have en almenmedicinsk speciallægeuddannelse. Herved giver loven adgang til, at de private aktører kan levere en kvalitetsmæssig ringere behandling end de praktiserende læger.

Spørgsmål:

- Er der begrænsninger i, hvilke typer private aktører en region kan lade drive lægepraksis i henhold til udbud?

Salg af ydernumre

Som en nyskabelse skal regionerne til at drive forretning med salg af ydernumre (§ 227 stk. 2). Af bemærkningerne (s. 27) fremgår det dog, at ledigblevne ydernumre også som hidtil og i uændret omfang af regionen vil kunne overdrages til læger, der ønsker at praktisere indenfor de overenskomstmæssige rammer. Sidstnævnte fremgår ikke af selve loven, og bemærkningerne indeholder ingen vejledning om, hvornår en region skal benytte henholdsvis salg af ydernummer, henholdsvis sædvanlig vederlagsfri tildeling af ydernummer til læger, der ønsker at praktisere efter overenskomsten.

Spørgsmål:

- Kan en region selv bestemme, hvornår den ønsker at sælge et ydernummer i stedet for sædvanlig vederlagsfri tildeling af ydernummer til læger, der ønsker at praktisere efter overenskomsten?
- Eller er der særlige kriterier, der angiver hvornår regionen kan benytte den ene eller den anden model?

Lægers ejerskab af op til 6 ydernumre

Lovforslaget indeholder en hjemmel til, at en læge kan eje op til 6 ydernumre opkøbt af regionen. Hvor mange lægekapaciteter disse ydernumre kan dække over, og hvorledes de besættes, er ikke beskrevet.

Spørgsmål:

- Giver loven mulighed for, at én praktiserende læge ejer 6 ydernumre med hver f.eks. 4 lægekapaciteter og dermed driver almen praksis i stordrift med 24 ansatte læger fordelt på 6 adresser?

- Er der krav om, at de ansatte læger i sådanne praksis skal være speciallæger i almen medicin?

PLO finder, at en sådan konstruktion giver anledning til samme problematikker som beskrevet oven for under "andre private aktører". Der vil være betydelig risiko for, at man giver køb på stabilitet og kontinuitet samt svækker kvaliteten i patientbehandlingen.

Ad 3.4 Kvalitet og indsigt i almen praksis

Under overskriften "Kvalitet og indsigt i almen praksis" (s. 17 f.) redegøres der for, at det bliver obligatorisk for lægerne at følge en række tiltag, som - ifølge lovforslaget - kan medvirke til at sikre sammenhæng og højne kvaliteten af behandlingen.

Pligten til at følge sundhedsaftaler, indgået mellem region og kommuner

Som tidligere nævnt giver lovforslaget regioner og kommuner en ubegrænset adgang til at pålægge lægerne nye opgaver i sundhedsaftaler og i forløbsprogrammer. Lægerne vil i medfør af § 231 d, stk. 2 være forpligtet heraf.

Der er ingen garanti for, at de praktiserende læger inddrages i udarbejdelsen, så de kan bidrage til fastlæggelsen af deres egen rolle i samarbejdet og arbejdsdelingen og sikre, at der fastlægges procedurer, som er afstemte med arbejdsgangen i almen praksis. Der er således ikke i loven taget højde for, at de fleste behandlingsforløb starter i almen praksis, og at det derfor er helt nødvendigt at almen praksis inddrages i planlægningen af sammenhængende patientforløb, herunder sundhedsaftaler og forløbsprogrammer. Der er ikke andre, som har et tilstrækkeligt kendskab til de praktiserende lægers faglighed og arbejdsbetingelser.

Spørgsmål:

- Hvordan sikres det, at almen praksis har ledig kapacitet til at løse de pålagte opgaver?
- Hvordan sikres det, at de af en region og kommune fastlagte procedurer er afstemte med arbejdsgangen i almen praksis
- Hvordan sikres det, at der med de nye opgaver også følger ressourcer til at ansætte mere klinikpersonale?

Pligten til at afgive oplysninger

§ 195, stk. 2 foreskriver en helt uafgrænset pligt for lægerne til at afgive "de oplysninger, som er nødvendige" for regionernes varetagelse af opgaver med planlægning, kvalitets sikring, kontrol af udbetalte tilskud og honorarer mv.

Det fremgår ikke af lovforslaget, om det fremover er tanken, at regionerne skal have adgang til patientjournaler og andre personfølsomme data. Hvis sidstnævnte er tanken, vil det være dybt problematisk og et brud med grundlæggende principper om patienternes krav på fortrolighed.

Det er uklart for PLO, hvad der ligger i lovbemærkningerne (s. 18 m) om, at "de omhandlede oplysninger beskyttes i videst muligt omfang". Endvidere er det uklart, hvad der er konsekvensen af bemærkningerne om, at patientoplysningerne skal behandles i krypte-

ret form, og kun "ganske kortvarigt" kan dekrypteres i det tidsrum, hvor oplysningerne skal "beriges med oplysninger fra andre kilder".

§ 231 e pålægger lægerne en pligt til at kode alle henvendelser, såvel telefoniske, elektroniske og fysiske, uanset henvendelsesårsag - og altså ikke kun de kroniske diagnoser, hvor kodning er meningsfuld. Da almen praksis har knapt 37 mio. patientkontakter årligt, vil selv et lille ekstra tidsforbrug pr. kontakt medføre, at lægerne får mindre tid til at beskæftige sig med patienterne.

Spørgsmål:

- Er der nogen begrænsning i, hvilke oplysninger regionerne kan kræve af de praktiserende læger, henset til den brede formulering "de oplysninger, som er nødvendige"?
- Får regionens controllere krav på adgang til oplysninger fra lægens journaler, så de kan kontrollere, om de mener at lægen er berettiget til at få udbetalt sit honorar? Og vil dette i givet fald kræve ændring af anden lovgivning om patienternes krav på fortrolighed?
- Hvordan sikres der ressourcer til det ekstra tidsforbrug, der vil være forbundet med at kode såvel telefoniske, elektroniske og fysiske henvendelser, uanset henvendelsesårsag?
- Vil regionerne have ret til at benytte kvalitetsdata, som er tilvejebragt ved datafangst, til kontrolformål?

Ad 3.5 Hjemlen til at fastsætte regler om vilkårene for ydelser i praksissektoren i en overenskomstløs periode

Ministeren får med den nye formulering af § 229 udvidede beføjelser til under en eventuel overenskomstløs periode at fastlægge vilkårene for udbetaling af ydelser, således at det alene bliver de praktiserende sundhedspersoner, der kommer til at bære de økonomiske konsekvenser af en konflikt. Hermed forskydes den hidtidige balance mellem aftaleparterne på praksisområdet, og man fjerner i realiteten den frie aftaleret, bl.a. for PLO. Dette fremgår i øvrigt også som en bevidst hensigt i afsnit 12 i den politiske aftale om almen praksis mellem regeringen og Venstre.

Ad 3.6 Videreførelse af vilkår for almen medicinske ydelser i en overgangsperiode

Selv om lovforslaget lægger op til, at ændringerne i sundhedsloven (lovforslagets § 1) først skal gælde fra 1. september 2014, tillægges ministeren dog kompetence (i § 3, stk. 6) til at beslutte, at alle bestemmelser i § 1 skal have virkning på et hvilket som helst tidligere tidspunkt. Ministeren behøver altså ikke at vente til d. 1. september, men har mulighed for umiddelbart at ændre vilkårene for drift af almen praksis. Samtidig kan ministeren beslutte, at overenskomsten ikke længere videreføres.

Hvis overenskomsten videreføres i perioden 1. september 2013 til 31. august 2014 vil det økonomiprokollat, som udløb 31. marts 2013, ved lov blive sat i kraft igen. Lægerne pålægges et økonomiloft af samme størrelse som for perioden 1. april 2012 til 31. marts 2013. Det betyder, at opgaveflytninger fra sygehusvæsenet og andre nye opgaver, der tilflyder almen praksis i perioden frem til den 1. september 2014, skal løses af de praktiserende læger uden at der følger ressourcer med.

Afsluttende bemærkninger

Samlet set finder PLO, at det fremsatte lovforslag er uacceptabelt som fremtidig ramme for almen praksis. Vi kan ikke anbefale vore medlemmer at praktisere under disse vilkår. Vi foreslår, at lovforslaget trækkes tilbage.

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



Henrik Dibern

Fra: Tine Bonita Rothmann [mailto:tbor@ruc.dk]

Sendt: 21. maj 2013 16:15

Til: DEP Primær Sundhed Kontorpostkasse

Cc: Konto til modtagelse af post fra journalen; Team ESDH og Reception; Kenja Friis Henriksen; Sven Erik Bukholt

Emne: Høring over forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsnets (RUC 37796)

Til Ministeriet For Sundhed og Forebyggelse,

Med henvisning til iværksat høring fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse over forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsnets jfr. nedenfor, skal Roskilde Universitet meddele, at forslaget ikke giver anledning til bemærkninger fra vores side.

Med venlig hilsen

Tine B. Rothmann

Sekretær for prorektor

Telefon: 4674 2176

Rektorsekretariatet, RUC

www.ruc.dk



RUC uddanner tværfaglige problemløbere, der er rustet til at løse fremtidens samfundsudfordringer.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Center for Primær Sundhed og Forebyggelse
Til: primsund@sum.dk
Kopi: seb@sum.dk

Høringssvar om udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Rådet for Digital Sikkerhed (RfDS) finder anledning til at fremkomme med en kommentar til det fremsatte lovforslag, idet det vil få betydning for borgernes oplevelse af tillid til den offentlige digitalisering og til sikringen af en tryk it-anvendelse i Danmark.

RfDS er ikke optaget på listen over høringsparter og fremsender derfor nærværende høringssvar uopfordret. Rådet for Digital Sikkerhed, der blev etableret i 2012, anmoder om fremover at blive adviseret om relevante høringer.

RfDS kommentar knytter sig til lovforslagets § 195, stk. 2 og § 231 e i Sundhedslovens kap. 70 b om obligatoriske opgaver m.v. for alment praktiserende læger.

1. Informationssikkerhed og privatlivsbeskyttelse

RfDS er enig i, at en generel sundhedsplanlægning, herunder tilrettelæggelse og kvalitetsudvikling af sammenhængende patientforløb, må tilrettelægges på en måde, der sikrer effektiv ressourceudnyttelse og undgår overlappende funktioner.

Fra et borgersynspunkt er det imidlertid afgørende for oplevelsen af tillid og tryghed i sundhedssystemet, at digitaliseringen og anvendelsen af personoplysninger sker i systemer, der sikrer effektiv informationssikkerhed og beskyttelse af personlige sundhedsdata.

RfDS finder det nødvendigt, at disse principper skrives ind i sundhedsloven. Det bør således sikres, at videregivelse af personhenførbare sundhedsoplysninger fra alment praktiserende læger til regionerne, herunder kliniske data på den enkelte patient, sker gennem it-løsninger med et højt sikkerhedsniveau, og med en indbygget høj beskyttelse af borgernes grundlæggende ret til persondatabeskyttelse, herunder til beskyttelse af følsomme sundhedsoplysninger.

Sammenfatning:

RfDS opfordrer til, at det indføres i bemærkningerne til lovforslaget, at regionrådene alene kan kræve patientoplysninger indberettet, når det er nødvendigt og proportionalt i forhold til at forbedre effekten af sundhedsydelser.

2. Sikkerhedsniveauet ved videregivelse af sundhedsoplysninger

Efter forslaget skal praktiserende sundhedspersoner, herunder alment praktiserende læger, indberette oplysninger til regionsrådene til brug for planlægning, kvalitetssikring, kontrol af udbetalte tilskud og honorarer m.v. Af forslaget fremgår også, at alment praktiserende læger skal foretage kodning af henvendelser til almen praksis og anvende datafangst, og at data, som er tilvejebragt på baggrund af kodning og datafangst, skal stilles til rådighed for regionerne, jf. § 231 e.

Regionerne er også tiltænkt adgang til at kunne rekvirere kliniske data om patientbehandlingen i almen praksis, som omfatter behandlingsresultater, der kan belyse patientens sundhedstilstand.

Af forslaget fremgår, at de omhandlede oplysninger skal *beskyttes i videst muligt omfang* og at det forudsættes, at regionerne behandler og anvender patientoplysninger i krypteret form. Dog kan der ske kortvarig dekryptering, i det omfang berigelse af oplysningerne med oplysninger fra andre kilder, kræver dette.

RfDS finder at kryptering er et udmærket middel til at begrænse adgangen til oplysningerne, under forudsætning af at der anvendes krypteringsmetoder, der følger almindeligt anerkendte standarder. Heraf følger bl.a. at såkaldt 128 bits sikkerhed på nuværende tidspunkt er et mindstekrav. Men det er vigtigt at understrege, at kryptering naturligvis ikke forhindrer misbrug foretaget af personer, der har adgang til at dekryptere data.

Sammenfatning:

RfDS opfordrer til, at der udarbejdes klare retningslinjer for krav til den kryptering der anvendes, hvem i regionernes organisation, der kan få adgang til data, og hvem der kan autorisere, at oplysningerne dekrypteres.

3. Beskyttelse af følsomme sundhedsoplysninger

RfDS er enig i, at tilrettelæggelsen af fremtidens sundhedsydelse må ske på en måde der sikrer omkostningseffektivitet og kvalitet. Indsigt i sygdomsmønstre, behandlingseffekt og erfaringer med forebyggelse er også legitime hensyn.

For RfDS er det imidlertid helt centralt, at hensynet til borgernes ret til integritet, selvbestemmelsesret og beskyttelse af personlige sundhedsdata integreres i tænkningen og anvendes som argument for at opnå løsninger, der er i borgernes interesse. Persondataskyttelse bør således være en integreret del i såvel de specifikationskrav, der stilles til nye løsninger, som i selve designet af de it-arkitekturer, der bærer løsningerne. Ved den efterfølgende anvendelse af indhentet sundhedsdata, må det også ske på en måde, der opfylder forpligtelsen til at beskytte borgerens rettigheder.

Kravet om respekt for borgernes rettigheder og integritet udspringer af EU traktatens charter om grundrettigheder og er senest gentaget i forslaget til EU Forordning om Persondataskyttelse. Det er også en grundlæggende forudsætning for livet i et demokratisk samfund, at staten ikke har uhindret indsigt i borgernes private forhold, herunder i sundhedsforhold.

Hvis persondata skal indberettes til regionerne i flere omgange, og hvis det er nødvendigt at kunne genkende oplysninger, der hører til samme person, kan det virke naturligt at indberetningerne ledsages af f.eks. navn eller CPR nummer. Men det er ikke nødvendigt. Identifikationen af en person kan erstattes af pseudonymer eller såkaldt énvejskryptering af CPR numre.

Sammenfatning:

RfDS opfordrer til, at patienternes personlige sundhedsoplysninger kun overføres fra de alment

praktiserende læger til regionerne i et omfang og på en måde, der sikrer, at oplysningerne ikke kan henføres til den enkelte borger.

Med venlig hilsen

Rådet for Digital Sikkerhed

Birgitte Kofod Olsen
Formand

Shehzad Ahmad
Næstformand

Om Rådet for Digital Sikkerhed

Med cirka 50 medlemsorganisationer arbejder Rådet for Digital Sikkerhed med fokus på tryk digitalisering. Vi bidrager med viden og analyser, som kan være med til at sætte retningen for fremtidens digitale velfærdssamfund. Rådet arbejder for at it-sikkerhed og privatlivsbeskyttelse bliver naturligt integreret i systemer og samfund. Rådet vil understøtte læring og sund adfærd i den digitale verden samt innovativ udnyttelse af teknologiens muligheder.

Læs mere:

www.digitalsikkerhed.dk

Yderligere oplysninger:

Birgitte Kofod Olsen, formand

Mobil: 41 42 83 81

Mail: birgitte.kofod.olsen@digitalsikkerhed.dk

Shehzad Ahmad, næstformand

Mobil: 20 93 88 22

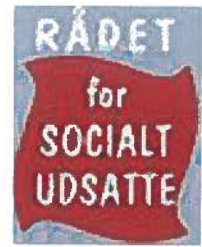
Mail: shehzad.ahmad@digitalsikkerhed.dk

Bjørn Kassøe Andersen, pressekontakt/sekretariat

Mobil: 42 44 03 30

Mail: bjorn.kassoe.andersen@digitalsikkerhed.dk

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Att.: Center for Primær Sundhed og Forebyggelse
(primsund@sum.dk; seb@sum.dk)



Bredgade 25, opg. F, 4.sal
1260 København K

Tlf. 3392 4704

www.udsatte.dk

E-mail: post@udsatte.dk

J.nr. Nam

24. maj 2013

Vedr. forslag til ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Rådet for Socialt Udsatte takker for høringen.

Som det fremgår af de almindelige bemærkninger er ambitionen med lovforslaget at skabe mere sammenhæng i patientforløbene. Rådet for Socialt Udsatte har længe efterspurgt mere sammenhængende, integrerede og koordinerede forløb, der også kan komme mennesker med flere og sammensatte problemer til hjælp. Det gælder fx mennesker med en dobbeltdiagnose som alt for ofte ikke kan få en samtidig og integreret hjælp for deres psykiske lidelse og for deres misbrug.

Et andet stort problem er at mange socialt udsatte mennesker rent faktisk ikke har en alment praktiserende læge, og hvis de har en læge, er en del af dem ikke velkomne til at komme i konsultationen.

Det er derfor en mangel i lovforslaget, at rammerne for at forbedre socialt udsattes sundhed ikke adresseres en eneste gang, når man samtidig tager i betragtning at to undersøgelser for nyligt har vist, at socialt udsattes sundhed, sygelighed og trivsel er markant dårligere end befolkningen som helhed (jf. SUSY Udsat 2012 og 2007), og at socialt udsatte i gennemsnit dør 22 år før befolkningen som helhed, (jf. Dødelighed blandt socialt udsatte i Danmark 2007-2012). Den velfungerende ordning med socialsygeplejersker er fx trods gode virkninger, stadig kun udbredt til seks hospitaler i Region Hovedstaden, og er således ikke udbredt til andre regioner.

Rådet for Socialt Udsatte skal derfor opfordre til, at der i lovforslaget tages skridt til at forbedre rammerne, således at også socialt udsatte mennesker kan få gavn af et mere sammenhængende, koordineret og integreret patientforløb.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jann Sjursen', enclosed in a light blue rectangular box.

Jann Sjursen

Fra: Kirsten Fly Malling [mailto:kfm@sdu.dk]

Sendt: 23. maj 2013 14:27

Til: DEP Primær Sundhed Kontorpostkasse

Cc: Sven Erik Bukholt; Jens Oddershede; Bjarne Graabech Sørensen; Jacob Schmidt; Merete Ruager; Steen Kærn Christiansen; Jørgen Schou; journal mailbox

Emne: Høring over forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Center for Primær Sundhed og Forebyggelse
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses sagsnr. 1302269.
Syddansk Universitets j.nr. 077-2013.

Ministeriet har ved e-mail af 3. maj 2013 anmodet universitetet om evt. bemærkninger til ovenstående lovforslag.

Syddansk Universitet har ingen bemærkninger.

På rektors vegne

Jørgen Schou

Kontorchef, Juridisk Kontor, Ledelsessekretariatet

Tlf. 6550 1040
Mobil 6011 1040
Fax 6550 1090
Email js@sdu.dk
Web <http://www.sdu.dk/ansat/js>
Adr. Campusvej 55, 5230 Odense M



SYDDANSKUNIVERSITET.DK

Campusvej 55 · 5230 Odense M · Tlf. 6550 1000 · www.sdu.dk

Ministeriet for sundhed og forebyggelse
primsund@sum.dk
seb@sum.dk

Tandlægeforeningen
Amaliegade 17
1256 København K

Tel.: 70 25 77 11
Fax: 70 25 16 37
info@tandlaegeforeningen.dk
www.tandlaegeforeningen.dk

CVR nr. 21318418

Dato: 24. maj 2012

Vedr.: Høring vedr. lovforslag om ændring af sundhedsloven mv.

Tandlægeforeningen har 3. maj 2013 modtaget høringsmateriale vedrørende ovennævnte lovforslag og har hertil følgende bemærkninger:

Sagsbeh: TRS
E-mail: trs@tdl.dk
Sagsnr.:

Ifølge forslaget skal vilkår, der er fastsat i sundhedsloven som bindende vilkår, ikke kunne fraviges ved overenskomst.

På en række områder savner udkastet imidlertid en nærmere præcisering af, hvilken afsmittende effekt de nye bestemmelser forudsættes at få for den øvrige del af praksissektoren – herunder for de praktiserende tandlæger, jf. i øvrigt nærmere herom nedenfor.

§ 195, stk. 2

I udkastets 1, pkt. 5 vedrørende § 195, stk. 2 foreslås herunder, at praktiserende sundhedspersoner skal give oplysninger om virksomheden til regionsråd til brug for planlægning, kvalitetssikring, kontrol af udbetalte tilskud og honorarer mv. efter nærmere regler, fastsat af ministeren for sundhed og forebyggelse. Formålet hermed er, at forbedre regionernes mulighed for at styre, kontrollere og følge op på aktiviteter og udgifter i praksissektoren samt at kontrollere, hvilke ydelser borgerne modtager, og om honoraret modsvarer den modtagne ydelse.

Der er med udkastet lagt op til, at privatpraktiserende tandlæger skal give oplysninger om virksomheden, herunder oplysninger om aktivitet, omkostninger og ressourceanvendelse, finansielle oplysninger m.v. Idet de privatpraktiserende tandlæger driver virksomhed med et minimalt patienttilskud, stiller Tandlægeforeningen sig tvivlende overfor, om disse oplysninger er nødvendige i forhold til regionens sikring af muligheden for at føre kontrol med, om honorar der er udbetalt, er udbetalt på korrekt grundlag. Som følge af den høje egenbetaling er der i øvrigt tilsvarende en accept af at den udførte behandling er korrekt og er udført.

For de praktiserende læger ledsages forslaget af en beskæring af samarbejdsudvalgenes kompetence, idet den endelige beslutningskompetence f.eks. i spørgsmål om afvigende ydelsesmønstre foreslås placeret hos regionen som et myndighedsansvar.

Om der med forslaget tiltænkes gennemført en ændring, som for de praktiserende tandlæger medfører bortfald af overenskomstparternes ret til at fortolke parternes overenskomst, fremgår ikke med tilstrækkelig tydelighed.

Der er i forslaget heller ikke eksplicit taget stilling til, hvorledes der med dette indgreb i det overenskomstbaserede og paritetiske system værnes om den praktiserende sundhedspersons samt patienternes retssikkerhed. Det bemærkes for god ordens skyld, at det eksisterende paritetisk sammensatte system på tandlægeområdet hidtil har kunnet håndtere området og at det ikke giver anledning til tvister, som parterne har været nødsaget til at forelægge for det ellers i Tandlægeoverenskomsten af parterne nedsatte voldgiftsråd.

I ovennævnte sammenhæng mangler forslaget som nævnt ganske en stillingtagen til, hvorledes der vil blive værnet om den praktiserende tandlæges retssikkerhed. Tandlægeforeningen er øjensynligt som på øvrige praksisområder blevet mødt med samme krav fra RLTN i denne sammenhæng, som de praktiserende læger og tilsyneladende er man fra regionernes side allerede begyndt at agere i overensstemmelse med målsætningen bag de rejste krav i denne sammenhæng, hvilket i sig selv er problematisk. Tandlægeforeningen har i den forbindelse kunnet konstatere, at en region uden forudgående enighed herom mellem RLTN og Tandlægeforeningen har besluttet at afvise afregninger fra praktiserende tandlæger på en kontrolydelse i tilfælde, hvor kontrolydelsen er gennemført mere end 6 måneder efter at den ydelse er gennemført, som skal kontrolleres.

Regionens beslutning er ikke fagligt funderet og harmonerer i øvrigt heller ikke med overenskomstparternes og Sundhedsstyrelsens målsætning om, at højne indkaldeintervallet for patienter med en høj grad af tandsundhed. Tandlægeforeningen har ud fra de gældende overenskomstbestemmelser tillid til at kunne løse den konkrete opståede sag i samarbejdet med vor overenskomstpart. Men sagen er et eksempel, som bør indgå i ministeriets overvejelser i forhold til såvel tandlægernes og patienternes retssikkerhed og det helt nødvendige værn i forhold til at sikre forebyggelse og behandling af høj kvalitet.

Et andet eksempel kunne være tilfælde, hvor der ikke måtte kunne opnås enighed mellem overenskomstparterne om vurderingen af et konkret afvigende ydelsesmønster – et p.t tænkt eksempel, idet overenskomstparterne i praksis bliver enige. Dette sørger det paritetiske system for – ikke mindst via sagsbehandlingen i parternes Landssamarbejdsudvalg, hvorved hensynet til en ensartet vurdering og landsdækkende fortolkning samtidig tilgodeses. Forestiller ministeriet sig i denne situation, at den enkelte privatpraktiserende tandlæge skal være henvist til at anlægge sag ved domstolene, som ikke besidder den i denne sammenhæng helt nødvendige faglige ekspertise?

I den udstrækning, at de praktiserende tandlæger i øvrigt i forbindelse med den foreslåede (og bødesanktionerede) § 195, stk.2 pålægges øgede admini-

strative opgaver, forudsætter Tandlægeforeningen i øvrigt, at disse gennemføres på et for tandlægerne udgiftsneutralt grundlag.

Udkastet til lovændring mangler i øvrigt i givet fald ganske en stillingtagen til, hvilke it-mæssige foranstaltninger, en gennemførelse af visse dele af forslaget vil medføre, ligesom der ikke er taget stilling til, hvorledes ministeriet vil sikre opfyldelse heraf. Tandlægeforeningen skal opfordre til, at der i relation til it-mæssig håndtering af evt. øgede krav sikres en løsning, som kan stilles til rådighed for hele praksissektoren.

Det fremgår i øvrigt af bemærkningerne til udkastet til lovændringsforslaget under kvalitetsudvikling, at der skal gennemføres en "styrkelse af regionens adgang til kvalitetsudvikling og opfølgning på, om den enkelte læge leverer de ydelser, der aftales". I denne sammenhæng bemærkes, at privat tandlægepraksis har en ambitiøs indstilling til kvalitetsudvikling på klinikkerne, men det forudsættes samtidig, at evt. krav i den sammenhæng, der forudsættes opfyldt i forhold til regionerne, forudsættes at kunne gennemføres udgiftsneutralt for privat tandlægepraksis.

Ejerskab

Tandlægeforeningen skal ikke kommentere, om betingelserne er opfyldt i almen lægepraksis i forhold til den specifikt anførte årsag til, at der i udkastet foreslås nye organisationsformer i almen lægepraksis (problemer med lægedækning i visse egne af landet).

Vi skal blot konstatere, at der i overenskomsten for privat tandlægepraksis er fokus på at følge udviklingen som ikke peger i retning af problemer med tandlægedækningen.

Tandlægeforeningen skal samtidig for god ordens skyld gøre opmærksom på, at der efter Tandlægeforeningens opfattelse ikke bør åbnes op for ejerskabsregler for tandlægeklinikker ud over, hvad tilfældet er p.t.

Tandlægeforeningen kan konstatere, at den fri priskonkurrence inden for voksentandplejen fungerer efter hensigten. Patienterne kan frit vælge tandlæge og orientere sig om prisintervaller på sundhed.dk.

Kerneværdien for en privat tandlægepraksis er sundhedsfaglige ydelser på højest faglige niveau – ikke serviceydelser. Derfor vil det være forkert at tillade ikke-faglige personer at eje tandklinikker, fordi de vil arbejde for et kapitalafkast. Et kapitalflow på en tandklinik skal udelukkende være bestemt af patienternes behov og således ikke af en forventning om et afkast. Den tandlægefaglige tilgang sikrer i øvrigt faglig udvikling og deltagelse i relevant efteruddannelse for klinikkens personale.

Tandplejeydelser rummer et væsentligt sundhedsaspekt og er derfor ikke sammenlignelig med serviceydelser. Eksempelvis vil det sundhedsmæssigt ofte

være en ulempe, at patienter shopper fra tandlæge til tandlæge. Den bedste tandsundhed – og i øvrigt også den billigste løsning i længden – opnår patienten ved at gå hos den samme tandlæge over en længere periode, således at der skabes kontinuitet i forebyggelses- og behandlingsindsatsen. Mange patienter vælger da også tandlæge ud fra en tillidsbetragtning og ud fra et ønske om sammenhæng i behandlingsforløbet – præcis som dette også er et udbredt patientønske inden for andre dele af sundhedsvæsenet.

Ved lempeligere regler for ejerforhold, er der i øvrigt risiko for, at man udhuler antallet af tandplejetilbud i de geografisk tynde områder af landet. Samtidig hermed vil ændrede ejerskabsregler skabe en risiko for øget ulighed i tandsundheden, stigende forbrug og dermed flere offentlige udgifter.

Vilkår for ydelser i praksissektoren i en overenskomstløs periode

Det fremgår af udkastet, at for tandlægehjælp foreslås det, at vilkårene for ydeiserne kan fastlægges således, at det kan sikres, at borgerne i tilfælde, hvor der ikke foreligger en overenskomst, ikke bliver udsat for en større egenbetaling, end tilfældet ville være efter overenskomst.


Det er umiddelbart Tandlægeforeningens vurdering, at en sådan bestemmelse ikke harmonerer med gældende konkurrenceretlige samt udbudsretlige regler.

Samtidig finder Tandlægeforeningen ikke, at bestemmelsen harmonerer med Højesterets dom i sag 253/2007 af 31. marts 2010, idet Højesteret i denne afgørelse forudsætter, at fastsættelse af honorarer viderefører de senest aftalte overenskomstmæssige aftaler herom. Sidstnævnte betingelse er efter vor vurdering ikke opfyldt i den udstrækning, at grundlaget for honorarerne samtidig ændres f.eks. ved fastsættelse af øgede krav og ændret regulering af området – herunder ikke mindst løbende og intense beskæringer af den økonomiske ramme vedrørende tilskud til tandpleje.

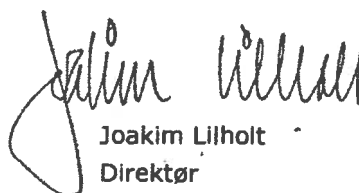
Tandlægeforeningen skal derfor opfordre ministeriet til en nærmere undersøgelse heraf, idet Tandlægeforeningen som anført finder det usikkert, reglerne i henholdsvis Grundlovens §§ 73 og 74 samt EMRK art 11 er iagttaget.

Jeg uddyber naturligvis gerne foreningens høringssvar, såfremt der er behov herfor

Med venlig hilsen


Freddie Sloth-Lisbjerg

Formand


Joakim Lilholt
Direktør

Fra: Abelone Løgstrup [mailto:al@aeldreforum.dk]

Sendt: 7. maj 2013 11:04

Til: DEP Primær Sundhed Kontorpostkasse

Cc: Sven Erik Bukholt

Emne: Høringssvar til udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Til:

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Center for primær sundhed og forebyggelse

Høringssvar til udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Tak for det tilsendte udkast til lovforslag, udsendt den 3. maj 2013.

ÆldreForum betragter materialet som værende fremsendt til rådets orientering. ÆldreForum giver som udgangspunkt ikke høringssvar, da rådet er sammensat med bl.a. embedsmænd fra flere ministerier og interesseorganisationer.

Men rådet modtager fortsat meget gerne udkast til lovforslag og vejledninger m.m., der vedrører ældre, da disse informationer er et vigtigt element i den sum af viden og erfaringer, som rådet baserer sit arbejde på

Venlig hilsen

Abelone Løgstrup

Fuldmægtig

ÆldreForums Sekretariat

Mobil: +45 41 93 25 52

E-mail: al@aeldreforum.dk

ÆldreForum

Edisonsvej 18, 1 sal

5000 Odense C

Telefon: +45 72 42 39 90

Fax: +45 72 42 39 91

www.aeldreforum.dk



Center for Primær Sundhed og Forebyggelse
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K
primsund@sum.dk; kopi til: seb@sum.dk

24. maj 2013
BH/ps/ms

Høringssvar vedr. forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet

Ældre Sagen takker for muligheden for at indgive høringssvar vedr. forslaget om ændring af sundhedsloven mm.

Generelle bemærkninger

Ældre Sagen har to overordnede kommentarer til lovforslaget:

- 1) Alle borgere skal have lige adgang til værdige og sammenhængende patientforløb af høj kvalitet
- 2) Alle borgere skal opleve et tilgængeligt og sammenhængende sundhedsvæsen præget af høj kvalitet og inddragelse af borgerne

Alle borgere skal have lige adgang til værdige og sammenhængende patientforløb af høj kvalitet

Overordnet er det vigtigt for Ældre Sagen, at der i hele vores sundhedsvæsen, både det nære og det specialiserede, er adgang til værdige og sammenhængende patientforløb af høj kvalitet funderet i faglige og ensartede retningslinjer. Uanset hvor i landet man bor, og uanset alder skal man have adgang til gode muligheder for tidlig opsporing af sygdom, behandling, genoptræning, pleje og lægehjælp. Som borger skal man kunne være sikker på, at man får en behandling, der følger faglige retningslinjer tilpasset den enkelte patients egne behov.

Alle borgere skal opleve et tilgængeligt og sammenhængende sundhedsvæsen præget af høj kvalitet og inddragelse af borgerne

Tilgængelighed, sammenhæng, kvalitet og inddragelse er således for Ældre Sagen det vigtigste set fra borgerens og patientens perspektiv. Med henvisning til regeringens sundhedsudspil "Mere borger, mindre patient" er det Ældre Sagens opfattelse, at regeringens bud på fremtidens sundhedsvæsen stiler i en rigtig retning.



Og vi anerkender, at der er behov for i højere grad at sikre adgang til lægehjælp i almen praksis, samt at almen praksis i højere grad end i dag integreres i et sammenhængende sundhedsvæsen.

Det er bl.a. ældre medicinske patienter, der som skrøbelige patienter med samtidige komplekse lidelser, stort medicinforbrug og nedsat funktionsevne har behov for bedre sammenhæng i deres vej gennem sundhedsvæsenet. Med deres komplekse behov har de typisk brug for indsats fra flere forskellige aktører i vores sundhedsvæsen – hospitalet, kommunens hjemmepleje og den alment praktiserende læge.

Ældre Sagen støtter endvidere, at der med lovforslaget skabes rammer for, at regioner og repræsentanter for praktiserende læger får mere tid til at finde sammen om deres fremtidige samarbejde.

Specifikke bemærkninger

Ældre Sagens specifikke bemærkninger berører følgende områder

- 1) Tilgængelighed af lægehjælp
- 2) Sammenhængende patientforløb
- 3) Kvalitet i det nære sundhedsvæsen
- 4) Inddragelse af borgerne

Tilgængelighed af lægehjælp

Ældre Sagen støtter lovforslagets indhold om at regionerne gives bedre muligheder for i større omfang at sikre tilstedeværelse af praktiserende læger overalt i landet. Det er Ældre Sagens opfattelse, at den hidtidige organisering af almen praksis ikke har virket hensigtsmæssigt i forhold til at tiltrække praktiserende læger til visse dele af landet. Det er dog vigtigt, at der formuleres kvalitetskrav til, at klinikkerne skal være bemandede med speciallæger i almen medicin, og ikke alene kan være bemandede af andre typer speciallæger.

Ældre Sagen noterer sig, at kilometergrænsen på 15 km for at en læge må afvise en patient fjernes. Ældre Sagen mener, at denne ændring af reglerne ikke må resultere i legitimering af, at den gennemsnitlige afstand fra borgerens hjem til egen læge bliver meget længere i de områder, hvor det er svært at tiltrække læger.

Sammenhængende patientforløb

Ældre Sagen mener, at lovforslagets ambition om at integrere almen praksis mere i sundhedsvæsenet er positivt. At den vetoret, som almen praksis har haft til at afvise opgaver, fjernes, virker fornuftigt i forhold til i højere grad at kunne sikre dækning af fx hjemmebesøg eller medicingennemgang til patienter, der fagligt vurderes at have behov, fx ældre skrøbelige patienter som har gentagne indlæggelser og brug af mange forskellige lægemidler.

Ældre Sagen foreslår dog at, medlemsfordelingen i det foreslåede beslutningstagende praksisplanudvalg tages op til revurdering. Helt at fjerne lægerne, som jo netop udfører arbejdet i praksis og har et indgående kendskab til patienterne, fra det besluttende organ forekommer ikke hensigtsmæssigt.



Direkte lægefaglig rådgivning i det besluttende organ sikrer både at den lægefaglige kvalitet i beslutningerne bliver høj, samt at det fremtidige samarbejde med de udøvende praktiserende læger styrkes. F.eks. kunne en repræsentant for lægerne sidde med i praksisplanudvalget sammen med kommuner og brugerrepræsentanter, mens regionen som den ansvarlige myndighed som foreslået fortsat kunne have den endelige beslutningskompetence. Omvendt skal det ikke betyde, at de enkelte regioner egenhændigt kan beslutte restriktioner på lægers aktivitet og ikke leve op til faglige retningslinjer eller nationale aftalte mål.

Der er Ældre Sagens indtryk, at den gode og kontinuerlige relation mellem borger og deres egen praktiserende læge for mange ældre mennesker er en væsentlig kvalitetsparameter, og at det er med til at styrke sammenhæng i behandling. Det er det, som nogle forstår med det mere populære og romantiserede begreb, den såkaldte "familielæge". Det er derfor Ældre Sagens opfattelse, at organiseringen af praktiserende læger, hvad end de er organiseret i enkeltmandspraksis eller i lægehuse, skal vedblive med at have fokus på den nære og vedvarende relation. Hermed menes, at såfremt det giver mening at samle lægerne i lægehuse, så er det godt for vidensdeling, faglig sparring mm., men det må ikke få konsekvenser for relationen mellem borger og læge og sammenhæng i den enkeltes patientforløb.

Kvalitet i det nære sundhedsvæsen

Det er positivt, at regeringen ønsker at øge gennemsigtigheden i og synligheden af kvaliteten i almen praksis på tværs af landets klinikker med øget adgang til kvalitetsdata. Dette vil bl.a. understøtte borgere i at kunne vælge den læge, der bedst passer til deres særegne behov. Ældre Sagen forudsætter dog, at data behandles i overensstemmelse med persondataloven, og at dekryptering af data ikke bruges til individuel sagsbehandling, men alene i forhold til kvalitetsudvikling i praksis, region eller kommune.

Øget dataindsamling og deraf øget viden om henvisningsmønstre hos de praktiserende læger giver regionerne mulighed for at skabe mere sammenhængende patientforløb. Men regionerne får også en mulighed for at indføre forskellige incitamentsmodeller, der får praktiserende læger til at henvise enten flere eller færre patienter, eller til at tage størst hensyn til særlige sygdomsmønstre. Det er Ældre Sagens holdning, at incitamentsmodeller ikke må bruges til at begrænse fagligt begrundet aktivitet, fx henvisninger til videre undersøgelser og udredning, og dermed få negativ indflydelse på lægernes faglige skøn. Undtaget hvis data direkte dokumenterer, at nogen læger ikke følger nationalt vedtagne retningslinjer eller på anden vis ikke bidrager til sammenhængende patientforløb.



Inddragelse af borgerne

I forhold til forslaget om etablering af "Patientinddragelsesudvalg" mener Ældre Sagen, at det er positivt, at patienterne tilstræbes inddraget i beslutningsprocessen. Ældre Sagen vil dog foreslå, at udvalget ændrer titel til "Patient- og brugerinddragelsesudvalget", jf. § 4 i sundhedsloven om, at regioner og kommuner i dialog med "brugerne" skal sikre kvalitetsudvikling, mm. Endvidere er alle patienter også brugere og borgere, men ikke alle borgere oplever sig som patienter. De tiltag som fremtidens nære sundhedsvæsen byder, berører ikke kun patienter, men også almindelige brugere og borgere, bl.a. via de kommunale pleje-, omsorgs- og ældretilbud. Det er af væsentlig betydning, at borger-/brugerorganisationer inddrages i denne proces. Ældre Sagen ser sig i øvrigt som en naturlig deltager i disse brugerudvalg.

Ældre Sagen savner at se intentionerne om brugerinddragelse på individniveau, som omtalt i regeringens sundhedsudspil, overført til lovforslaget. Ældre Sagen opfordrer derfor til, at der suppleres med forslag om at indføre en individuel forløbsplan til patienter, der har brug for koordineret indsats mellem region, kommune og almen praksis. Alle med tværgående forløb, typisk kronisk syge og ældre patienter med multiple lidelser og funktionstab, vil med en individuel forløbsplan i hånden have et redskab til at kunne deltage i planlægning og beslutninger for den indsats, der ud fra faglige retningslinjer skal tilpasses den enkeltes behov og ressourcer.

Venlig hilsen

Bjarne Hastrup
Adm. direktør

Til: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Center for Primær
Sundhed og Forebyggelse

**Vedrørende høring over udkast til lovforslag om ændring af
sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden
for sundhedsvæsenet**

Aarhus Universitet takker for muligheden for at afgive høringssvar i forbindelse med de foreslåede ændringer af rammerne for almen praksis.

Aarhus Universitet har dog ingen bemærkninger til høringsmaterialet, da ændringerne primært vedrører relationer mellem sundhedsvæsenets parter.

Aarhus Universitet sætter stor pris på det gode samarbejde med parterne i sundhedsvæsenet og ser frem til at fortsætte dette samarbejde i fremtiden.

Med venlig hilsen,



Allan Flyvbjerg
Dekan

Universitetsledelsen

Allan Flyvbjerg

Dekan, Health

Dato: 16.maj 2013

Mobiltlf.: +45 5177 9548
E-mail: alf@adm.au.dk

Afs. CVR-nr.: 31119103

Side 1/1