



Holbergsgade 6  
DK-1057 København K

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

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg

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

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

Spørgsmål nr. 13:

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

Svar:

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

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

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

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

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

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

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

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

På den baggrund har Statsrevisorerne følgende bemærkning til Rigsrevisionens beretning.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Med venlig hilsen

Astrid Krag / Sven Erik Bukholt