



## Udspil

December 2023

### Fremtidens almen praksis – udvikling og nye rammer

De praktiserende læger er en grundsten i det danske sundhedsvæsen, og Danske Regioner ønsker, at almen praksis bliver styrket og rustet til den kommende omstilling med flere ældre og flere nære sundhedstilbud. Vi skal sørge for, at borgerne har nem og hurtig adgang til lægehjælp af høj kvalitet, uanset hvor i landet de bor.

Den praktiserende læge skal både være "gatekeeper" til sundhedsvæsenet og patientens tovholder, herunder særligt når patienten er i kontakt med flere dele af sundhedsvæsenet: hospital, praksissektor og kommunens sundhedstilbud. Den praktiserende læge skal tage sig af den samlede population knyttet til klinikken og prioritere sin tid, så alle grupper – også de, der ikke selv er tilstrækkeligt opsøgende – får adgang til lægeydelser efter behov. I den funktion skal lægerne bakkes op af det øvrige sundhedsvæsen, herunder regioner, hospitaler, praktiserende speciallæger og kommuner.

Danske Regioner bakker op om den nuværende grundmodel, hvor almen medicinske ydelser overvejende leveres af praktiserende læger, der driver klinikker som selvstændige virksomheder. Det er dog en forudsætning for en sådan model, at kapaciteten udbygges, så alle borgere får adgang til en praksislæge i nærområdet, og på sigt også en reel mulighed for frit lægevalg.

I den forbindelse støtter vi en udvikling, hvor flere læger går sammen om at drive større lægehuse med ansat personale og flere faggrupper, der kan aflaste lægen og på visse områder levere selvstændige ydelser. Det sidste er formentlig en forudsætning for at øge kapaciteten i almen praksis tilstrækkeligt til at dække fremtidens behov.

Det er samtidig en forudsætning, at rammerne for styringen af almen praksis ændres, så den nuværende monopolsituation brydes. Regionernes ret til at definere opgaverne i almen praksis samt retten til at definere krav til f.eks. kvalitet og tilgængelighed skal tydeliggøres. Det skal være tydeligt, at myndighederne definerer og udbyder en opgave, og at ingen har monopol på at varetage den opgave. I konsekvens af dette er de praktiserende lægers organisation (PLO) at opfatte som én leverandør blandt flere, og der skal være frihed for regionerne til at organisere delopgaver af almen medicinsk karakter på anden vis, herunder ved brug af andre leverandører, så længe en række krav til kompetence, kvalitet og tilgængelighed m.v. er opfyldt.

Med vedtagelsen af den tidligere regerings sundhedsreform har et bredt flertal i Folketinget ønsket en dimensionering på 6.500 speciallæger i almen medicin i 2035, hvilket muliggør 5.000 praktiserende læger. Det indebærer, at vi i Danmark kan satse massivt på fuld lægedækning og på opgaveudvikling i almen praksis. Og dermed vende udviklingen, så borgerne i langt højere grad hjælpes tidligere og uden at skulle omkring sygehusene.

Regionerne ønsker at tage ansvar for en udvikling, hvor almen praksis styrkes. Men rammerne er ikke til stede i dag. Lovgivningen skal tilpasses, så regionerne kan påtage sig en ledende rolle i udviklingen af almen praksis. Den faglige ledelse af almen praksis som helhed er helt fraværende i dag. Den er i stedet overladt til de enkelte klinikker. Opgavevaretagelsen og samarbejdet med sygehuse og kommuner er også langt hen ad vejen overladt til de enkelte klinikker. Det betyder også, at den enkelte klinik er overladt til sig selv i samspillet med det øvrige sundhedsvæsen.

For at opnå ambitionerne om en stærk almen praksis, som er en nødvendig forudsætning for et stærkt, nært sundhedsvæsen, er der behov for en modernisering af rammerne for almen praksis, som omfatter:

- *Patienternes møde med almen praksis*, herunder ét kontaktpunkt til sundhedsvæsenet
- *Styrket faglig ledelse og udvikling af almen praksis* med fokus på, at almen praksis i højere grad integreres i det samlede sundhedsvæsen
- *Digitalisering og bedre adgang til data fra almen praksis* – ligesom i det øvrige sundhedsvæsen
- *Flere regionale redskaber til at organisere det almen medicinske tilbud* udenfor forhandlingsrummet med PLO for bl.a. at sikre lægedækning
- *Bedre lægedækning og frit lægevalg* – som en forudsætning for udbygning af rollen for almen praksis er, at alle borgere har adgang til en praktiserende læge i nærområdet og på sigt har en reel mulighed for frit lægevalg.

### **Patienternes møde med almen praksis**

Almen praksis er ofte patientens første kontakt til sundhedsvæsenet, og spiller derfor en vigtig rolle i at forebygge sygdom og forværring af sygdom. Samtidig

har de praktiserende læger en vigtig opgave i at sikre sammenhæng i forløbet for patienter med flere sygdomme og indsatser på tværs af sygehus, kommune og øvrige behandlere i praksissektoren.

Danske Regioner ønsker, at almen praksis styrkes med udgangspunkt i patienternes behov, herunder:

- Styrket rolle som tovholder: Flere vil få brug for almen praksis som tovholder i takt med at flere får mere komplekse sygdomsbilleder og flere får forløb på tværs af kommunale indsatser, sygehuse og resten af praksissektoren. Almen praksis skal i højere grad kunne hjælpe patienterne i det samlede forløb.
- Styrket fokus på ældre: I dag oplever mange ældre u hensigtsmæssige indlæggelsesforløb, som vi i fremtiden ønsker at kunne håndtere i hjemmet, på plejehjemmet eller på den kommunale akutplads. Det vil indebære, at almen praksis i langt højere grad skal være orienteret mod at hjælpe de borgere, som ikke selv kan komme til læge, og hvor alternativet er en sygehusindlæggelse.
- Styrket fokus på kronisk syge: Et stigende antal kronisk syge skal opleve, at de kan få den nødvendige behandling og støtte i almen praksis frem for at være tilknyttet – ofte flere forskellige – sygehusafdelinger. Det vil indebære et tæt samarbejde med sygehusene, men også en teknologisk udvikling i almen praksis, så flere patienter kan klare mere selv ved hjemmemålinger mv. Her vil almen praksis have en rolle i forhold til at følge op på målinger og iværksætte nødvendige ændringer i behandlingsplanen.
- Styrket fokus på borgere med psykiske problemer: Borgere med psykiske problemer skal i langt højere grad kunne hjælpes hos egen læge. Almen praksis skal ikke nødvendigvis selv behandle borgere med mentale problemer, men almen praksis skal have bedre redskaber til at hjælpe borgerne til de rette tilbud fx internetpsykiatri, kommunale tilbud eller gode selvhjælpsprogrammer. Almen praksis skal desuden have større fokus på somatiske problemstillinger hos borgere fx på botilbud.
- Styrket tilgængelighed: Borgerne ønsker større tilgængelighed til sundhedsvæsenet. Derfor skal klinikkerne have åbent og være telefonisk tilgængelige i hele dagtiden og nogle dage på ydertidspunkter. Almen praksis skal ligesom i det resterende samfund bevæge sig i en retning, hvor digitale løsninger bliver en mere integreret del af opgaveløsningen.

Hvis disse ambitioner skal indfries, er der ikke alene brug for bedre rammer i forhold til udvikling af almen praksis. Der er også brug for nye løsninger, så de praktiserende læger kan fokusere på de borgere, der har mest brug for det og aflastes for nogle af de nuværende opgaver og kontakter, som kan håndteres på anden vis. Derfor ønskes med inspiration fra andre lande ét kontaktpunkt til sundhedsvæsenet.

#### *Ét kontaktpunkt til sundhedsvæsenet*

I dag er den praktiserende læge indgangen for alle henvendelser, hvor borgerne søger lægehjælp. Det gælder også henvendelser af lettere karakter, hvor man som borger har brug for råd eller vejledning, men hvor det ikke er vigtigt, at det er ens egen læge, der står for det. Egen læge skal bruge ressourcerne på dem, der har mest behov, og vi skal hjælpe med at aflaste, hvor vi kan.

Derfor foreslås det, at der oprettes ét kontaktpunkt til sundhedsvæsenet, hvor man som borger kan henvende sig, hvis man ikke nødvendigvis har brug for kontakt med ens egen læge. De patienter, der allerede har et forløb i sundhedsvæsenet, vil ofte være bedre hjulpet hos egen læge. Derfor skal der fortsat være nem og direkte adgang til praktiserende læge for patienterne.

Kontaktpunktet skal være en national løsning baseret på en virtuel platform. Kontaktpunktet skal være tilgængeligt alle dage døgnet rundt med mulighed for at komme i kontakt med en sundhedsperson, som kan yde rådgivning og vejlede om behandling, herunder om der er behov for at opsøge egen læge.

Løsningen skal tage en del af presset på almen praksis og evt. på sigt kunne tænkes sammen med den regionale lægevagt og 1813/1818. Med et centralt kontaktpunkt frigives ressourcer i almen praksis, som i stedet kan bruges på de patienter, der har størst behov for tæt opfølgning, støtte og koordination i deres samlede behandlingsforløb.

#### **Styrket faglig ledelse og udvikling af almen praksis**

Regionerne har de senere år prioriteret almen praksis højt. Og regionerne har haft stort fokus på, at sygehusene skal være meget mere orienteret mod at understøtte almen praksis i behandlingen.

Prioriteringen af almen praksis er især sket i overenskomsterne fra 2018 og 2021, hvor der er indført kvalitetsklynger for praktiserende læger, udbygning af behandlingsansvaret for KOL- og diabetespatienter samt aftaler om større ansvar for borgere på plejehjem, akutfunktioner og botilbud. Samlet er der siden 2018 afsat 1,1 mia. kr. i realvækst til almen praksis. Det svarer til godt to pct. vækst om året (eksklusiv medicin) sammenholdt med en vækst på 1,4 pct. på sygehusene (eksklusiv medicin) i samme periode.

Herudover har regionerne de senere år prioriteret at understøtte almen praksis fra sygehusene via hotlines, rådgivning og senest ved at etablere et 72 timers behandlingsansvar til patienter, der udskrives til kommunal sygepleje.

Grundlaget er dermed skabt for et sundhedsvæsen, hvor blikket – også fra sygehusenes side – i langt højere grad er rettet mod, at patienterne så vidt muligt hjælpes tæt på hjemmet i almen praksis. Men skridtet kan ikke tages fuldt ud inden for de eksisterende rammer.

Der er en lang tradition for en tæt faglig udvikling og dialog omkring sygehusene. Det omfatter også en faglig ledelse forstået som funktioner, der sikrer, at opgaven defineres, at der tilstræbes faglig læring og datadrevet udvikling på tværs af sygehusene, og at der i fællesskab sker en forbedring af den samlede kvalitet i sundhedsvæsenet.

I det arbejde er almen praksis i dag fraværende. Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) gør et stort arbejde for at udvikle det faglige grundlag for almen praksis, men det er uklart, hvordan retningslinjerne omsættes i praksis – ikke mindst når det gælder samspillet med det øvrige sundhedsvæsen. Hvert år betaler regionerne 320 mio. kr. (ud over honorarer) til indsatser for at fremme kvalitetsudvikling, efteruddannelse og andre understøttende indsatser i almen praksis. Disse indsatser foregår imidlertid meget isoleret i almen praksis og uden stor sammenhæng til det øvrige sundhedsvæsen. Derudover er det ikke lykkedes at aftale med PLO, at de enkelte praktiserende læger forpligter sig til at indgå aktivt i arbejdet med kvalitetsudvikling og efteruddannelse, eller at der er særlige områder eller indsatser, som er obligatoriske for lægerne at arbejde med. Denne manglende mulighed for at forpligte almen praksis er en ulempe ved aftalemodellen i dag. En anden ulempe er den måde, de praktiserende læger honoreres på.

RLTN og PLO nedsatte i 2021 et uafhængigt honorarstrukturråd, som i deres afrapportering peger på, at der er en række iboende svagheder i det eksisterende system. Rådet anbefaler, at den nuværende honorarstruktur erstattes af et forenklet og overskueligt honorarsystem, der i højere grad understøtter samarbejde på tværs og fælles populationsansvar. Rådet peger også på, at der skal ske ændringer i den måde, den faglige kvalitet følges i almen praksis. Der er brug for en hel anden samarbejdsrelation, som i højere grad skal være baseret på faglighed fremfor som nu et samarbejde, som alene er fokuseret på enkelt-ydelser med særskilt honorarafregning.

Regionerne ønsker at tage ansvar for at lede den faglige udvikling af det samlede sundhedsvæsen, herunder almen praksis. De praktiserende læger er dygtige til at optimere driften af egen klinik, men den koordinerende faglige ledelse på tværs er fraværende. Der er brug for en fælles, faglig dialog om, hvordan opgaverne koordineres og løses bedst, og der er brug for at binde sektorerne sammen ved at sikre større koordination og samarbejde mellem sygehusene og

de praktiserende læger. Det kræver store forandringer, da det forudsætter en ledelse af det sammenhængende sundhedsvæsen, men også en ændret styring, dialog og kulturændring på alle niveauer. Det ændrer ikke ved, at de fleste praktiserende læger også i fremtiden kommer til at arbejde som selvstændige erhvervsdrivende med ansvar for driften af egen klinik og ansvar for at udføre de opgaver, som der er brug for i et mere integreret sundhedsvæsen.

Det vil også kræve store forandringer i regionernes nuværende tilgang til almen praksis. Først og fremmest vil det kræve forandringer i de regionernes og hospitalernes ledelser, hvor der både skal ske en generel opprioritering af det nære sundhedsvæsen, herunder almen praksis, og et ændret fokus, hvor indholdet og sammensætningen af opgaverne i almen praksis skal fylde mere end fokus på økonomistyring. Derudover skal data i langt højere grad anvendes som beslutningsgrundlag for ledelse og opfølgning. Det vil også kræve forandring på sygehusene, hvor det fremadrettet skal være en kerneopgave at understøtte og samarbejde med almen praksis. Denne bevægelse er allerede i gang, men bør intensiveres meget mere og indgå som en væsentlig ledelsesopgave – både på afdelings- og direktionniveau. I almen praksis vil en styrket regional faglig ledelse kræve en ændret tilgang og villighed til at indgå i dialog og samarbejde med regionen og sygehusene for at varetage det fælles populationsansvar.

Kort sagt skal sygehuse og almen praksis fremover i langt højere grad være fælles om ansvaret for patienterne. Ansvaret for at lede og udvikle samarbejdet om kvalitet og det fælles ansvar for patienterne skal placeres entydigt i regionen. Det kunne fx være en lægefaglig direktør med særligt ansvar for almen praksis, som får ansvar for at drive udviklingen, kvalitetssikre og sikre samarbejdet og dialogen mellem sygehusene og de praktiserende læger. Ledelsesopgaven indebærer ikke indblanding i det konkrete driftsansvar for klinikkerne. Det er en bredere funktion, der kan udstikke retning, overordnet prioritere i opgaver, tilrettelægge og implementere forløbsprogrammer og følge op på utilsigtede og u hensigtsmæssige variationer i klinikernes tilbud til patienterne. Derfor forudsætter det samtidigt et ændret styrings-setup, jf. nedenfor.

### **Digitalisering og bedre adgang til data fra almen praksis**

Det danske sundhedsvæsen er gennemdigitaliseret med gode data og en fælles forståelse af, at der er brug for flere teknologiske løsninger for at sikre den gode patientbehandling også i fremtiden. Der er et godt tværoffentligt samarbejde om at udvikle fællesoffentlige løsninger og nationale løsninger i sundhedsvæsenet. En række af de løsninger omfatter også almen praksis.

Men på nuværende tidspunkt er der ikke sammenhæng mellem løsninger udviklet til hhv. sygehuse og almen praksis. De løsninger der er udviklet i almen praksis, er helt afkoblet fra andre løsninger, og det har ikke været muligt at indgå i en fælles systemudvikling. Det store fokus på løsninger til sygehuse skyldes bl.a., at det ligger under regionernes direkte ledelse, hvorimod systemud-

vikling, data og anvendelsen af data fra almen praksis er henlagt til overenskomsten. Det betyder, at der ikke er fyldestgørende data for patienternes samlede løb i sundhedsvæsenet, ligesom der heller ikke er data vedr. patienttilfredshed.

I forhold til teknologiske og digitale løsninger, er det forståeligt, at det på nuværende tidspunkt skal forhandles med PLO, fordi udgifterne principielt tilfalder den enkelte klinik med tilpasning i lægens IT-systemer og efterfølgende betaling for drift. Ved seneste overenskomst blev det dog aftalt, at udviklingen af flere centrale løsninger og en del af driften blev finansieret i overenskomsten, så klinikkerne ikke skal betale den fulde pris. Og tidligere har staten også finansieret udvikling af løsninger. Dermed er vi allerede på vej i en retning, hvor de enkelte klinikker har behov for hjælp udefra til at drive den digitale udvikling. Men omvendt kan det fulde skridt ikke tages inden for de nuværende rammer, så udvikling og drift sker som led i det samlede sundhedsvæsen.

Samtidig er det afgørende for den faglige ledelse af almen praksis at få mere information om de ydelser, der leveres bl.a. for at kunne skabe et ordentligt beslutningsgrundlag om udvikling, planlægning og opfølgning. Data skal bruges til at følge lægernes aktivitet og gå i dialog om udviklingsmuligheder og dialog om variation i aktivitet, men de skal også bruges til kontrolformål ift. udbetalte honorarer, jf. formanden for Honorarstrukturrådet Leif Vestergaards anbefalinger – se boks nedenfor. Den nuværende afregningsmæssige kontrol bør derfor suppleres af en opfølgning på, om overenskomsten reelt overholdes, fx om service og faglighed er i orden. Det kræver et helt andet datagrundlag, end hvad der er til rådighed i dag.

Derfor er der brug for nationalt at tage stilling til, hvordan der sikres de rette data til udviklingen af sundhedsvæsenet, herunder også de data regionen skal anvende til udvikling af almen praksis. Samtidig er der behov for, at borgerne men også regionerne som de ansvarlige på området får et systematisk indblik i data vedr. service og patientsammensætning.

*Anbefalinger til Sundhedsstrukturkommissionen, Leif Vestergaard, juni 2023*

- *En fortsat kontrol af antallet af de udbetalte honorarer – men i mindre omfang fordi antallet af honorarer bliver færre*
- *Som noget nyt en ledelsesmæssig kontrol hvor information til patienterne, åbningstider, service i øvrigt indgår*
- *Som noget nyt en faglig kontrol, hvor lægens patienters brug af vagtlægesystem, laboratorier, akutte indlæggelser, resultater i kliniske databaser mv.*
- *En forpligtelse på regionen til at levere relevante oplysninger til den enkelte praksis – f.eks. brugbare epikriser til tiden.*
- *Kontrollen bygger på analyse, dialog og hjælp, og eventuelt sanktion.*
- *Regionen bør have faglige kompetencer (f.eks. i hver sundhedsklynge) der kan være i ledelsesmæssig dialog med de praktiserende læger i området og*

*have samme adgang til praktiserende lægers data som til f.eks. hospitals-data*

### **Forbedrede regionale redskaber til at organisere de almenmedicinske tilbud**

Almen praksis er i dag reguleret i aftalen mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation, hvor den ønskede udvikling i opgaver understøttes med specifikke ydelser og honorarer.

Den nuværende aftalemodel svækker mulighederne for at udvikle og omstille almen praksis. Det har betydet, at almen praksis ikke følger med udviklingen i samfundet og udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen. Og det har åbnet op for, at andre aktører fx forsikringselskaber og store private leverandører af sundhedsydelser i stedet sætter dagsordenen for udviklingen af de almen medicinske tilbud til borgeren.

Effektiviseringer og innovative løsninger skal udmøntes i form af bedre tilgængelighed og større patientkapacitet, men aktuelt er det svært, uden at PLO stiller store økonomiske modkrav, når sådanne tiltag søges forhandlet. Samtidig har regionerne ikke andre muligheder for at løse opgaven.

Generelt har tilgangen fra PLO's side været, at opgaveudvikling alene kan ske, hvis der aftales nye takster eller mere økonomi. Modsat fx de praktiserende speciallæger er der ikke på almen praksisområdet villighed til at gå ind i diskussioner om effektiviseringer, eller hvordan der inden for den økonomiske ramme sikres mest mulig sundhed for pengene. PLO er – helt legitimt – en forening, der varetager medlemmernes interesser og som ikke tager hensyn til sundhedsvæsenets samlede behov. Men sundhedsvæsenets udvikling kan ikke være styret af rene standsinteresser, og derfor bør forhandlingsområdet indskrænkes til at gælde den økonomiske honorering, hvorimod det må være op til myndighederne – i dette tilfælde regionerne – at definere kravene til opgaveløsningen, herunder den sammenhæng, der skal være til det øvrige sundhedsvæsen.

Danske Regioner foreslår derfor, at der via lovgivningen fastlægges rammevilkår, som gør, at regionerne kan udvikle det samlede sundhedsvæsen bedre end i dag. Det kræver et opgør med PLO's monopol på at levere almenmedicinske ydelser og en modernisering af den nuværende aftalemodel, som beskrives kortfattet nedenfor.

#### *Kontrakter bør erstatte overenskomsten*

Nye opgaver, den rette prioritering af opgaver og nye løsninger på tilgængelighed forudsætter bedre styringsmuligheder for regionerne, så der er sikkerhed for, hvordan opgaven løses, og sikkerhed for at aktiviteten i almen praksis passer ift. patienternes behov og samspillet med resten sundhedsvæsenet.

Derfor foreslås det, at der ikke fremover aftales en overenskomst med PLO som i dag, hvor alle opgaver, takster, samspil med resten af sundhedsvæsenet mv.



reguleres i overenskomsten. I stedet bør alle, der ønsker at arbejde som praktiserende læge, indgå en kontrakt med regionen og på forhånd acceptere en række basisopgaver ('common trunk') og en række krav i forhold til kvalitet, data, tilgængelighed mv.

Disse krav bør ikke være til forhandling.

I dag er der meget stor variation i behandlingen i almen praksis. Ikke alle leverer samtaleterapi, ikke alle laver gynækologiske undersøgelser, og nogle læger har mere udstyr end andre, og kan dermed lave flere undersøgelser end andre. Det er meget op til den enkelte klinik, hvordan de prioriterer opgaveløsningen. En basiskontrakt ('common trunk') skal reducere den store variation.

I tillæg til en basiskontrakt skal regionerne have mulighed for at åbne op for indgåelse af tillægskontrakter/plus-kontrakter med henblik på at skabe den nødvendig fleksibilitet og tilpasse til lokale og geografiske behov. Dermed skabes en differentieret og fleksibel model for opgaveløsning.

Ligesom i dag er der nogle opgaver, som kun et udvalg af læger varetager. Det er fx plejehjemslæger eller botilbudslæger. Det kan være nogle af de opgaver, der lægges ind i en tillægskontrakt. Der kan også være andre opgaver, hvor udvalgte læger dækker opgaverne i et område.

Tillægskontrakter kan også anvendes til at udvikle opgaveløsningen i almen praksis. Det kan fx være at afprøve nyt udstyr eller nye behandlingsformer, som ikke er klar til national udrulning fra starten. Her kan udvalgte klinikker indgå i en særlig kontrakt for at afprøve det, hvorefter det vurderes, hvorvidt det skal indgå i basiskontrakten.

Det forudsættes stadig, at økonomi, takster mv. aftales centralt. Til gengæld skal regionerne have mulighed for at kunne få opgaverne leveret af andre leverandører, hvis der ikke kan nås til enighed med PLO om takster, eller hvis der ikke kan findes praktiserende læger, som vil arbejde under de angivne vilkår i kontrakterne. Regionen skal også i sidste ende have mulighed for selv at levere opgaven.

For at minimere kompleksiteten foreslås det, at der alene er 1-2 øvrige kontrakttyper til de læger, som ønsker at påtage sig et større ansvar, og som har volumen, kompetence, personale og udstyr til det. Herudover kan der være en kontrakt for afprøvning af nye løsninger. Dette er på linje med Honorarstrukturrådets anbefalinger om, at der i et fremtidigt honorarsystem skal være mulighed for at honorere læger, der udfører ydelser, der fx kræver særligt apparatur og/eller kompetencer samt afprøver nye indsatser/deltager i udviklingstiltag.

Kontrakterne vil desuden kunne danne grundlag for den faglig dialog om opgaveløsning mellem regionen og den enkelte læge, herunder hvilke betingelser der arbejdes under, og om lægen leverer på de fastlagte mål vedr. fx tilgængelighed og opgavevaretagelse.

Danske Regioner ønsker generelt at implementere Honorarstrukturrådets anbefalinger til ny honorarmodel. Ny honorarmodel er forenelig med dette forslag til ny styringsmodel. Jf. Leif Vestergaards citat ovenfor er det på visse punkter en forudsætning, at der sker ændret styring, for at honorarmodellen kan implementeres efter hensigten. Rådet anbefaler netop en opdeling af henholdsvis den faglige udvikling / definition af opgaven og den honorarmæssige udvikling for så vidt angår økonomisk vækst og takster.

#### *Opsigelsesmuligheder og sanktionering*

På nuværende tidspunkt er det meget vanskeligt for regionen at afbryde samarbejdet med en praktiserende læge. Det kan kun ske ved enighed i det paritetisk sammensatte Landssamarbejdsudvalg, og her er der præcedens for, at kun grov misligholdelse af overenskomsten kan begrunde en opsigelse. Der er derfor behov for at præcisere regionens beføjelser og myndighedsforpligtelse i forhold til sanktioner ved misligholdelser af overenskomsten. Det vil betyde, at det nuværende overenskomstnedsatte samarbejdsudvalgs- og landssamarbejdsudvalgssystem skal gentænkes.

Danske Regioner foreslår at visse dele af den nuværende centrale overenskomst lovgivningsmæssigt flyttes til at være et regionalt kompetenceområde. Det gælder særligt ift. sanktionering og opsigelse af samarbejde med læger, som ikke opfylder de aftaler, der er indgået om opgaver, service og kvalitet.

Lægernes retssikkerhed i den forbindelse skal opretholdes, fx ved vejledning om domstolsprøvelse eller ved centralt at fastlægge vilkår ved sanktioner, der vedrører opsigelse af ydernummeret.

#### **Bedre lægedækning og frit lægevalg**

Forudsætningen for at udbygge opgaver og tilgængelighed i almen praksis er, at alle får adgang til en læge – uanset hvor man bor. Den forventede vækst i antallet af uddannede almen medicinske speciallæger vil gøre det muligt at sikre lægedækning i alle geografiske områder i landet. Det bør være udgangspunktet, at lægedækning skal sikres i hele landet, før der udmøntes kapacitet målrettet fx frit lægevalg, bedre tilgængelighed og nye opgaver.

Regionerne ønsker at tage alle de redskaber i brug, som kan rekruttere læger til områder med lægemangel, herunder også fx at fastfryse kapacitet i nogle områder i en periode for at "skubbe" eller "vente på" på at ledig kapacitet besættes.

Med målet om 5.000 praktiserende læger i år 2035 vil det være muligt at sikre lægedækning og lægevalg i hele landet og udbygge kapaciteten til at løse flere opgaver i almen praksis. 5.000 praktiserende læger svarer til et gennemsnitligt patienttal på 1.200 per kapacitet.

Danske Regioner ønsker at kapaciteten differentieres, så der i områder med mange unge og generelt sunde borgere er et højere patienttal (normtal) end i områder med mange ældre borgere og/eller borgere med svækket helbred. Honorarsystemet skal naturligvis tage højde for de differentierede patienttal, så indtjeningen er mindst den samme i områder med lavere normtal og mere syge patienter. Rekrutteringshensyn kan endda føre til kombinationen af færre patienter og højere indtjening i lægedækningstruede områder.

Det er afgørende, at udbygningen af kapaciteten i almen praksis med flere læger starter med at dække de lægedækningstruede områder først. Da lægedækningen er svagest i områder med mange ældre borgere og borgere med dårligere sundhedstilstand, vil det være oplagt, at der i disse områder er et lavere normtal, der gør det muligt for den praktiserende læge at bruge mere tid på de svage patienter og mere tid på opsøgende og forebyggende indsatser. Det forudsætter dog en mere entydig styring, så lavere normtal ikke omsættes i flere lukkedage og kortere åbningstid, jf. ovenfor. På sigt bør flere læger bidrage til et reelt mere frit lægevalg for patienten i alle dele af landet, ved at flere praksis har åbent for tilgang.

Danske Regioner lægger stor vægt på at sikre sig, at et lavere patienttal kommer patienterne til gavn. Det har regionerne ikke nogen mulighed for at sikre i dag inden for de nuværende rammer. Ny lovgivning bør derfor tage højde for, at regionerne skal have bedre muligheder for at arbejde hen mod færre patienter pr. læge men på en måde, så den ekstra tid kommer patienterne til gavn.

## Ti forslag til at skabe bedre styring og faglig ledelse af almen praksis

1. Der skal være flere muligheder for at få løst de almen medicinske opgaver. Omdrejningspunktet er de praktiserende læger, men der skal være alternativer, og det skal være muligt at lave løsninger, der aflaster egen læge, fx forslaget om ét kontaktpunkt sundhedsvæsenet.
2. Den faglige ledelse af almen praksis skal styrkes markant gennem større ledelsesmæssigt fokus, bedre adgang til data og et andet perspektiv på opfølgning og kontrol, i forhold til de ydelser der leveres i almen praksis. Formålet er sikre større sammenhæng og integration af tilbuddene i sundhedsvæsenet, og dermed bedre anvendelse af de samlede ressourcer.
3. Alle læger skal arbejde under en kontrakt, som kan opsiges af regionen, hvis den brydes. Kontrakterne skal indeholde en række basiskrav ('common trunk') og en række krav i forhold til kvalitet, data, tilgængelighed mv. Der skal også være mulighed for at indgå en anden kontrakttype for de læger, som ønsker at påtage sig et større ansvar, og som har volumen, kompetence, personale og udstyr til det. Herudover en kontrakt for afprøvning af nye løsninger, jf. anbefaling fra Honorarstrukturrådet. Aftalerne vil medføre en variation mellem lægernes tilbud. Honorarer forudsættes fortsat fastlagt centralt, og der kan tages udgangspunkt i et antal standardkontrakter med forskellige niveauer af opgaveløsning.
4. Opsigelse af ydernumre og sanktionering af praktiserende læger bør være en regional kompetence.
5. Regionsklinikker skal kunne etableres uden tidsbegrænsning i henhold til politisk beslutning i regionsrådet.
6. Regionerne skal have mulighed for at hjemtage en del af tilbuddet. Især i lægedækningstruede områder skal regionerne have redskaber til at kunne levere almen medicinske ydelser forankret i regionale enheder på akuthospitalerne, som har en udadvendt funktion. Enhederne vil skulle sætte ind med kliniske og patientnære ydelser ift. fx skrøbelige patienter på akutfunktioner og på plejehjem eller til patienter, som får behandling i eget hjem. Funktionerne skal også kunne fungere som egen læge, hvis der er brug for det, hvor patienterne er tilmeldt.
7. Der er brug for attraktive og udviklende lægehuse, som kan medvirke til at udvikle sektoren og skabe helt nye løsninger, som senere hen kan blive en del af det samlede tilbud. Det kan i dag ske via aftaler med PLO,

men det går for langsomt og tilrettelægges i et forhandlingsrum, hvor prisen for opgaven er central. Der skal være et udviklingsrum udenfor overenskomstregi som kan aftales enten med private eller som et regionalt tilbud.

8. Digitalisering og systemløsninger skal i langt højere grad samtænkes på tværs af sektorer bl.a. med henblik på mere sammenhæng, bedre resourceanvendelse og synergi.
9. Bedre adgang til data om organisering og patientbehandling: Praktiserende læger, som leverer almen medicinske ydelser, skal offentliggøre regnskab og levere oplysninger om brug af underleverandører og give oplysninger om personale. Den praktiserende læge skal desuden være forpligtet til at aflevere uddrag af patientjournal, hvis regionen anmoder om dokumentation for ydelser, som er udført i henhold til overenskomst eller aftale.
10. Bedre adgang til aktivitetsdata: Der skal etableres en infrastruktur, som opsamler data på CPR-nummer-niveau og på yderniveau, og grunddata skal gøres tilgængelig for regionerne. Det skal afklares, hvilke data der er behov for, for at kunne kvalitetsudvikle, kvalitetssikre og følge op. Et hensyn er, at lægen ikke skal belastes med overflødig registrering. Dette skal ikke aftales med PLO.