

# REFERAT Udvalg for nære sundhedstilbud d. 14-04-2021

**Mødedato** Onsdag d. 14. april 2021 kl. 08:30

**Mødested** Regionshuset Viborg, F7 stuen, Skottenborg 26, 8800 Viborg

## **Indholdsfortegnelse**

Henvendelse til Danske Regioner vedrørende forslag om præcisering af sundhedslovens § 227.....	3
--	---

# Punkt 1: Henvendelse til Danske Regioner vedrørende forslag om præcisering af sundhedslovens § 227

1-31-72-630-20

## Resume

Regionsrådet i Region Midtjylland vedtog den 24. februar 2021, at der igangsættes en politisk behandling af, på hvilke områder og i hvilken retning sundhedslovens § 227 bør præciseres for at sikre bl.a. kontinuiteten i lægebemandingen, når ejerlægen driver flere praksis.

Overvejelserne om præciseringer foreslås overbragt til Danske Regioner jf. vedlagte brev, med henblik på dels at rejse en tværregional drøftelse, og dels opfordre til, at regionerne bidrager med input til Folketingets behandling af beslutningsforslaget om "*at bekæmpe udbredelsen af stråmandsklinikker i almen praksis*" fremsat af de Konservative den 21. januar 2021.

## Direktionen indstiller,

- at begrænsning af retten til at eje flere ydernumre godkendes til at indgå i henvendelsen til Danske Regioner (ændringsforslag 1),
- at ejerlægen skal selv virke som praktiserende læge godkendes til at indgå i henvendelsen til Danske Regioner (ændringsforslag 2),
- at begrænsning af muligheden for at udlicitere godkendes til at indgå i henvendelsen til Danske Regioner (ændringsforslag 3),
- at nye kontrolmuligheder godkendes til at indgå i henvendelsen til Danske Regioner (ændringsforslag 4), og
- at det vedlagte brevudkast til Danske Regioner forhåndsgodkendes under forudsætning af, at brevet justeres i forhold til de godkendte ændringsforslag.

## Sagsfremstilling

### Baggrund

Flere praktiserende læger ønsker at drive mere end én praksis, enten på egen hånd eller i partnerskab med en privat leverandør (partnerskabsklinikker), hvilket er en mulighed i medfør af sundhedslovens § 227. I takt med dette, opleves der en bekymring for, om kontinuiteten i lægebemandingen påvirkes negativt i disse klinikker.

Regionsrådet i Region Midtjylland vedtog den 24. februar 2021 at igangsætte en politisk behandling af, på hvilke områder og i hvilken retning sundhedslovens § 227 bør præciseres.

Formålet med ændringsforslagene er at sikre, at alle borgere i Region Midtjylland, såvel som i de øvrige fire regioner, fortsat kan tilmeldes et lægetilbud, der forbindes med kontinuitet, nærhed og behandling af høj faglig kvalitet.

Region Midtjylland vil efterfølgende henvende sig til Danske Regioner med en opfordring om, at der rejses en tværregional drøftelse vedrørende ændringsforslagene, og at regionerne bidrager med et fælles input til Folketingets behandling af de Konservatives beslutningsforslag om "*at bekæmpe udbredelsen af stråmandsklinikker i almen praksis*", fremsat den 21. januar 2021 og førstebehandlet den 26. marts 2021.

### Problemstilling

I 2013 ændrede Folketinget sundhedslovens § 227, hvilket gjorde det muligt for praktiserende læger at eje op til 6 ydernumre, hvilket vil sige, at den enkelte læge må drive op til 6 forskellige praksis på landsplan.

Lovgivningens mulighed for at blive "læge med flere ydernumre" blev dog sparsomt benyttet i årene 2013-2019. I stedet blev der i denne periode oprettet udbuds- og regionsklinikker over hele landet for at sikre lægedækningen i alle områder.

I 2020 ændrede situationen sig, da lægerne for alvor begyndte at benytte muligheden for at drive flere ydernumre, og i flere tilfælde at indgå partnerskaber med private leverandører med erfaring i at drive lægepraksis (udbudsklinikker). Der er forskellige perspektiver på om denne udvikling drives af lægerne selv, eller det i højere grad er de private leverandører som driver udviklingen ved at opfordre praktiserende læger til partnerskab.

Partnerskabsmodellen synes at have afløst behovet for at etablere nye udbuds- og regionsklinikker i Region Midtjylland, da de ledige ydernumre nu afsættes på almindelige overenskomstmæssige vilkår, og i flere tilfælde til en læge i partnerskab med en privat aktør.

Modellen tilbyder en ny måde at være selvstændig praktiserende læge på, hvor der skabes øget rum til at fokusere på lægegering og patienterne fremfor på administration. I en partnerskabsklinik bevares lægens ejerskab af ydernummeret, hvilket fastholder opbygningen af almen praksis som et privat marked, hvor lægen har økonomisk incitament til at udvikle egen virksomhed.

Med den stigende interesse for denne nye praksistyper følger en bekymring for, om patienterne vil opleve en forringet kontinuitet og tilgængelighed i lægebemandingen i disse praksis, såfremt ejerlægen ikke selv praktiserer i klinikken, og at der af denne grund i stedet benyttes læger i kortere ansættelser. Brugen af ansatte læger og vikarer skal følge reglerne i overenskomst om almen praksis.

For brugen af ansatte læger følger det af overenskomsten, at en praksis kan besætte en ledig lægekapacitet med en ansat speciallæge i almen medicin i en fast stilling i stedet for en kompagnon (OK § 20). Reglerne for lægedækningstruede områder gør det dog muligt at benytte flere ansatte læger end de 50 % (1 ansat pr. 1 ejer), samt søge om dispensation til at ansætte læger, der er i fase 3 af deres uddannelse til speciallæge i almen medicin.

For brugen af vikarer gælder det, at ejerlægen så vidt muligt skal sørge for, at en antaget vikar er speciallæge i almen medicin, hvis vikaren arbejder i praksis mere end 2 måneder. For vikarer ansat i under 2 måneder, skal vikaren som minimum have ret til selvstændigt virke (færdiggjort klinisk basisuddannelse) og have adgang til supervision (OK § 11).

Hverken sundhedsloven eller overenskomsten tager dog eksplicit stilling til, om ejerlægen selv skal virke som praktiserende læge, eller i hvilket omfang driften af lægepraksis må udliciteres til en underleverandør. Omfanget af en læges fravær fra praksis kan på nuværende tidspunkt udelukkende rejses til drøftelse i Samarbejdsudvalget (OK §46).

Dermed åbnes en mulighed for, at en læge kan eje op til 6 ydernumre, med et varierende antal lægekapaciteter, uden selv at være forpligtet til at arbejde som læge eller deltage i drift og ledelse af sine klinikker. En sådan konstellation, hvor ejerlægen ikke er tilstede og overlader al drift til partneren, benævnes til tider for stråmandspraksis. I de nuværende partnerskabsklinikker i Region Midtjylland er administrationen dog oplyst om, at alle ejerlægerne selv er aktive som praktiserende læger. Dog i praksis i andre regioner.

Administrationen fremlægger følgende fire mulige forslag til ændringer i sundhedslovens §227, som vil kunne medvirke til at sikre kontinuitet og nærhed, når en læge driver flere praksis:

1. Retten til, hvor mange ydernumre én læge må eje, skal begrænses
2. Ejerlægen skal selv virke som praktiserende læge
3. Færre dele af praksisdriften skal kunne udliciteres til en underleverandør
4. Nye kontrolmuligheder til regionerne.

### **Forslag 1 – Retten til, hvor mange ydernumre én læge må eje, skal begrænses**

Forslaget vedrører en indskrænkning i, hvor mange praksis på forskellige adresser én læge må eje. Forslaget vedrører ikke størrelsen på den enkelte praksis, dvs. hvor mange kapaciteter den enkelte praksis omfatter.

#### **Baggrund og formål**

At indskrænke antallet af ydernumre, som en praktiserende læge må eje, har til formål at reducere i antallet af praksis, hvor der benyttes ansatte læger. Effekten heraf vil være, at et stigende antal læger fastholdes i et ejerskab, hvis de ønsker at være praktiserende læge, og dermed forventes at være læge i samme klinik i længere tid.

Forslaget indebærer et dilemma. Der er en række forhold, der taler for at opretholde mulighederne for at læger kan eje et større antal ydernumre.

I Region Midtjylland blev det tilbage i 2015 beskrevet, at "*en sådan mulighed (at blive læge med flere ydernumre, red.) ser PLO-Midtjylland og Region Midtjylland, som et bidrag, der kan medvirke til at sikre lægedækningen i hele regionens geografi*". Således kan de nye praksistyper være med til at sikre lægedækningen, da der kun skal én ejerlægen til for at drive op til 6 praksis. Såfremt én læge kun må eje fx ét ydernummer, skal der naturligt flere læger med interesse for at drive egen virksomhed til for at løse den samme opgave.

At de private leverandører kan bidrage aktivt til at frigive lægens tid til patientkontakt fremfor til administration kan være med til at skabe attraktive rammer for de praktiserende læger, hvilket efterspørges af nogle yngre og ældre læger. Dertil kommer, at muligheden for at virke som ansat læge, tilbyder en fleksibilitet som potentielt kan virke rekrutterende i lægedækningstruede egne, og muligvis også rekrutterende i forhold til specialet.

Der er også en række forhold, der taler imod, at en læge kan eje et større antal klinikker.

Med et stigende antal klinikker reduceres ejerlægens mulighed for at deltage aktivt i praksisdriften og varetage ledelsen af klinikkerne, på bekostning af den kontinuitet, som patienterne vil opleve i praksis.

Samtidig kan læger med flere ydernumre eventuelt modvirke, at yngre læger kan nedsætte sig som praktiserende læger, såfremt ydernumre samles på færre hænder. Det vides endnu ikke, i hvilket omfang at bl.a. partnerskabsklinikker vil blive afhændet igen.

Det Konservative Folkeparti mener dog, at udbredelsen af stråmandsklinikker, hvor ejerlægen ikke selv virker, skal bekæmpes ved, at en læge højst må eje et ydernumre, og har stillet et beslutningsforslag herom. Forslaget blev første gang behandlet i Folketinget den 26. marts 2021, og skal nu viderebehandles i Folketingets Sundhedsudvalg.

## **Forslag 2 - Ejerlæge skal selv virke som praktiserende læge**

Forslaget vedrører, hvorvidt ejerlægen selv skal virke som praktiserende læge i et af dennes ydernumre, og en præcisering af, hvilke forpligtigelser ejeren har i forhold til sine praksis.

### **Baggrund og formål:**

Det er administrationens vurdering, jf. bilag 1 "*notat om lægens pligt til at praktisere*", at en praktiserende læge selv skal virke som læge. Der hersker dog tvivl om, hvorvidt det kan kræves jf. den nuværende lovgivning. Det foreslås derfor, at sundhedslovens § 227 fremover skal indeholde en præcisering af, at praktiserende læger (speciallæger i almen medicin), der påtager sig almen praksis i henhold til overenskomst om almen praksis, selv skal virke som læge. Ligeledes bør det præciseres, hvilke forpligtigelser, der er forbundet med at være ejer af flere praksis.

Formålet med denne præcisering er, at det bliver et lovkrav, at ejerlægen selv tager aktiv del i både det patientrettede arbejde i mindst én af de praksis (ydernumre), som vedkommende ejer. Dette skal bidrage til at styrke den patientoplevede kontinuitet og nærhed i lægetilbuddet, samt bidrage til udviklingen af det nære sundhedsvæsen lokalt.

Ejerlægen vil dog kun kunne fremgå som navngiven læge i én af dennes praksis, hvilket sætter en naturlig grænse for, hvor mange patienter, der vil møde denne læge, eksempelvis hvis lægen ejer seks praksisser.

En rapport fra Danske Patienter fremhæver da også, at "*for patienter og pårørende er lægens organisatoriske tilhørsforhold ikke af afgørende betydning. Det, der betyder noget for brugerne, er, at den samlede praksissektor udvikler sig i en retning, som giver dem værdi og kvalitet i behandlingen.*"

At ejerlægens eget virke vil bidrage til eksempelvis større patienttilfredshed, er dog ikke undersøgt nærmere, ligesom der ikke findes sammenligninger af, hvorvidt fx partnerskabsklinikker giver en bedre eller dårligere kontinuitet i lægebemandingen end andre praksis.

## **Forslag 3 – Færre dele af praksisdriften skal kunne udliciteres til en underleverandør**

Forslaget vedrører, i hvor høj grad ejerlægen kan udlicitere driften af en eller flere lægepraksis til en privat underleverandør.

### **Baggrund og formål**

Det er velkendt, at almen praktiserende læger kan anvende underleverandører til eksempelvis it-løsninger og forskellige administrative opgaver, hvilket frigiver tid til patientkontakten. Generelt vurderer administrationen, at det er lovligt for praktiserende læger at benytte underleverandører. For patienterne kan det dog fremstå uigennemsigtigt, hvem der ejer og driver den praksis, som de er tilmeldt.

Dog står det klart i lovgivningen, at det udelukkende er speciallæger i almen medicin som kan erhverve sig et ydernumre, og denne læge vil altid både være den fagligt og juridisk ansvarlige for driften. Den private leverandør vil således aldrig kunne drive praksis, uden at have en praktiserende læge som ejer af ydernumret.

Der kunne derfor med fordel tages stilling til, i hvilket omfang, der kan anvendes underleverandører i driften af lægepraksis.

Eksempelvis om det skal være muligt at udlicitere ansættelsesforholdet til ansatte læger, eller om praksis kan tage navn efter den private leverandør. Formålet med forslaget er at gøre det tydeligt for patienterne, at de er tilmeldt en praksis ejet af en praktiserende læge, samt at gøre det tydeligt, at ejerlægen har ansvaret for de ansatte læger.

## **Forslag 4 – Nye kontrolmuligheder til regionerne**

Forslaget vedrører, at det i højere grad skal være muligt for regionerne at kontrollere, hvor mange ydernumre den enkelte læge ejer, og i hvor høj grad ejerlægen selv praktiserer som læge.

Administrationen oplever, at regionerne mangler værktøjer til at kontrollere, hvor mange ydernumre en konkret læge ejer. I forbindelse med regionale salg af ydernumre, er regionen således afhængig af, at PLO-C kontrollerer, at ansøger ikke ejer flere end seks ydernumre.

Ligeledes er det ikke muligt for regionerne at opgøre, i hvor høj grad ejerlægen er til stede i praksis. Aktuelt kan "det rimelige omfang" af en læges fravær fra praksis gøres til genstand for en drøftelse i Samarbejdsudvalget for almen praksis, jf. overenskomstens § 46, men da regionerne ikke har mulighed for at kontrollere omfanget af fraværet, kan det være svært at løfte sagen.

Af disse grunde ønskes det, at regionerne får bedre muligheder for at kontrollere, at overenskomst og lovgivning overholdes, både når det kommer til tildeling af ydernumre og ejerlægen tilstedeværelse.

### **Konklusion**

De fire forslag til ændringer i sundhedsloven har til fælles formål at sikre borgerne et lægetilbud, der forbindes med kontinuitet, nærhed og behandling af høj faglig kvalitet. Dette kan opnås ved at sikre klare krav til ejerlægens eget virke og tilstedeværelse i praksis, en klar opdeling af, hvilke opgaver der kan/ikke kan udliciteres til en underleverandør, samt at regionerne får nye muligheder til at kontrollere at lovgivningen overholder.

De fire forslag er dog gensidigt afhængige af hinanden. Eksempelvis vil et krav til ejerlægens patientkontakt have indflydelse på, i hvilke omfang ejerlægen kan varetage personaleledelsen for sine ansatte, hvilket igen er afhængigt af antallet af praksis, der ejes.

Der skal derfor tages stilling til, hvilke af ændringsforslagene, eller hvilken afbalancering mellem disse, der bedst opfylder det overordnede hensyn om kontinuitet og kvalitet for patienterne.

Det foreslås, at Region Midtjylland retter henvendelse til Danske Regioner med henblik på, at få rejst en tværregional drøftelse vedrørende ændringsforslagene, med efterfølgende fælles input til Folketingets behandling af det Konservative Folkepartis forslag om "*at bekæmpe udbredelsen af stråmandsklinikker i almen praksis*".

### **Beslutning**

Udvalg for nære sundhedstilbud indstiller til forretningsudvalget,

at begrænsning af retten til at eje flere ydernumre godkendes til at indgå i henvendelsen til Danske Regioner (ændringsforslag 1),

at ejerlægen skal selv virke som praktiserende læge godkendes til at indgå i henvendelsen til Danske Regioner (ændringsforslag 2),

at begrænsning af muligheden for at udlicitere godkendes til at indgå i henvendelsen til Danske Regioner (ændringsforslag 3),

at nye kontrolmuligheder godkendes til at indgå i henvendelsen til Danske Regioner (ændringsforslag 4), og

at det vedlagte brevudkast til Danske Regioner forhåndsgodkendes under forudsætning af, at brevet justeres i forhold til de godkendte ændringsforslag.

### **Bilag**

Notat om lægens pligt til at praktisere

Udkast til henvendelse til Danske Regioner

Det Konservative Folkepartis beslutningsforslag - B121