



Praksissektorens organisation

Betænkning afgivet
af indenrigsministeriets udvalg vedrørende
praksissektorens organisation



ex. 2

BETÆNKNING NR. 1080
NOVEMBER 1986

ISBN 87-503-6394-8
IN 00-380-BET.
AKA-PRINT.0618 42 33

Indhold.

Side:

1.	Udvalgets kommissorium og sammensætning	5
2.	Resumé	8
3.	Målsætninger for sundhedspolitikken	14
3.1.	Udviklingen i målsætningerne	14
3.2.	Udvalgsarbejdets forudsætninger	15
3.3.	Tilrettelæggelse og finansiering af sund- hedsvæsenet i andre lande	17
4.	Praksissektorens placering i sundhedsvæsenet ...	26
4.1.	Principperne bag opbygningen af sundheds- væsenet	26
4.2.	Ydelsesmønstre og ressourcer	29
4.3.	Rammerne for praksissektorens virksomhed ..	36
5.	Vurdering af det nuværende grundlag for praksis- sektoren	54
5.1.	Udgangspunkter for vurderingen	54
5.2.	Den gældende lovgivning	55
5.3.	Vurdering af overenskomstsystemet	56
5.4.	Vurdering af den finansielle struktur	68
6.	Udvalgets overvejelser	72
6.1.	Styrkelse af den forebyggende og sundheds- pædagogiske indsats	73
6.2.	Revision af praksissektorens overenskomster	77
6.3.	Finansiering af sundhedssektoren	85
6.4.	Den administrative struktur	97
6.5.	Eksklusivbestemmelser m.v.	103
6.6.	Videreudvikling af informationssystemerne på sundhedsområdet	107

1. Udvalgets kommissorium og sammensætning.

Indenrigsministeren nedsatte den 16. september 1985 udvalget om den fremtidige organisation af praksissektoren. Udvalget fik følgende kommissorium:

"Udvalget skal opstille modeller for den fremtidige organisation af praksissektoren. I forbindelse med opstillingen af sådanne modeller skal udvalget overveje, i hvilket omfang disse modeller vil kunne bidrage til

- en styrkelse af den primære sundhedstjeneste
- en styrkelse af den forebyggende og sundhedspædagogiske indsats ud fra et bredt sundhedsbegreb
- en mere effektiv samordning med det øvrige sundhedsvæsen og den tilgrænsende del af socialsektoren
- en effektiv styring af de omkostningsmæssige konsekvenser for såvel de enkelte patienter som for den offentlige sektor som helhed.

Ved opstillingen af modeller for alternativ organisation af praksissektoren skal udvalget vurdere den hidtidige organisation ud fra de ovenfor nævnte hensyn, ligesom udvalget skal overveje, i hvilket omfang modeller, som forudsætter en liberalisering af praksissektoren, vil være i stand til at tilgode disse hensyn. Udvalget skal i denne sammenhæng også overveje den fremtidige administrative organisation på sygesikringsområdet.

Udvalgets overvejelser skal ske i lyset af samordningsudvalgets betænkning med henblik på en forbedring af mulighederne for en realisering af betænkningens forslag."

Udvalget fik følgende sammensætning:

Professor Jørgen Grønnegård Christensen, Århus Universitet
(formand)

Kontorchef Johannes Due, administrationsdepartementet

Overlæge Jørgen Fog, sundhedsstyrelsen

Praktiserende speciallæge Palle Gad

Cheføkonom Anne E. Jensen

Direktør Finn Kamper-Jørgensen, Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi

Afdelingschef Jette Mersing, indenrigsministeriet
Professor Kjeld Møller Pedersen, Odense Universitet
Afdelingschef Adam Trier, socialministeriet.

Udvalgets sekretariat har bestået af kontorchef Jens Gunst, fuldmægtig Vagn Nielsen og sekretær Annemette Hedegaard.

Udvalget har holdt 14 møder. Endvidere har udvalget besøgt Ringkøbing amtskommune.

Med udgangspunkt i kommissoriet og under hensyntagen til den fastsatte tidsramme for arbejdet har udvalget set det som sin væsentligste opgave at lægge op til en diskussion om den fremtidige tilrettelæggelse af praksissektoren i sundhedsvæsenet. Det har ikke været udvalgets opgave at udarbejde udkast til lovforslag.

I den kommende diskussion af praksissektorens organisation må der udover overvejelserne i denne betænkning også indtages de forslag og ideer, der er indeholdt i betænkningen om "Samordning i sundhedsvæsenet". De to betænkninger må således, som det også er angivet i udvalgets kommissorium, ses i sammenhæng.

Med disse udgangspunkter har udvalget tilrettelagt arbejdet på en sådan måde, at der i denne betænkning først og fremmest er fokuseret på sundhedsvæsenets strukturelle og organisatoriske rammer.

Overvejelserne herom skal supplere de mere sundhedsfaglige betragtninger om det fremtidige indhold i praksissektoren, som er indeholdt i samordningsudvalgets betænkning.

Med den valgte prioritering af arbejdet er det klart, at der i betænkningen ikke kan være en ligelig vægtning af beskrivelsen af alle faktorer, der samlet er afgørende for styringen og tilrettelæggelsen af sundhedsvæsenet. Spørgsmål omkring udvikling af faglig etik og kompetence, tværfagligt samarbejde, bevidst brug af planlægningsprocesser som led i holdnings- og adfærdsdannelse, forsøgsvirksomhed m.v. er således kun omtalt i begrænset omfang.

Dette må ikke tages som udtryk for, at udvalget anser disse faktorer for mindre vigtige end de organisatoriske og finansielle i den samlede diskussion af sundhedsvæsenet.

Udvalget har især beskæftiget sig med den del af praksissektoren, som udgøres af almen lægepraksis.

Ved konkretiseringen af de anførte forslag og de opstillede modeller er det vigtigt, at der gennemføres yderligere konsekvensanalyser.

2. Resume.

Den eksisterende organisation af praksissektoren i sundhedsvæsenet svarer i store træk til den struktur, der blev etableret ved indførelsen af den offentlige sygesikring i 1973.

Behovet for en nærmere analyse af denne struktur er begrundet i flere forhold. For det første er der et stærkt ønske om at sikre en bedre samordning af indsatsen i sundhedsvæsenets forskellige sektorer og mellem sundhedsvæsenet og socialvæsenet. For det andet er det erkendt, at de sundhedsmæssige problemer, der i dag er dominerende ikke kan løses alene gennem det eksisterende behandlingssystem. Der er behov for en styrkelse af den sygdomsforebyggende og sundhedspædagogiske indsats. For det tredje er der bl.a. i betænkningen om samordning i sundhedsvæsenet peget på en række muligheder for at dæmpe presset på sygehusvæsenet gennem en udlægning af visse opgaver til praksissektoren.

En gennemførelse af de nævnte målsætninger vil stille betydelige krav til praksissektoren. Spørgsmålet er da, om der er behov og mulighed for at ændre sektorens organisation og derigennem sikre et bedre grundlag for løsningen af opgaver, som sektoren fremover skal varetage.

Almen lægepraksis er en nøglefunktion i sundhedsvæsenet som helhed og især i den primære sundhedstjeneste. Det skyldes først og fremmest, at den alment praktiserende læge oftest er patientens første kontakt i sundhedsvæsenet, og lægen har ansvaret for, om patienten i givet fald skal visiteres til behandling hos praktiserende speciallæge eller i sygehusregi. Almenlægen er også i nogle sammenhænge rådgiver for kommunens social- og sundhedsforvaltning.

I overvejelserne om praksissektorens fremtidige organisation kan det derfor være hensigtsmæssigt at tage udgangspunkt i, hvordan almen lægepraksis er organiseret.

Efter lov om offentlig sygesikring har enhver, der har bopæl her i landet ret til sygesikringslovens ydelser, dvs. vederlagsfri lægehjælp hos alment praktiserende læge, veder-

lagsfri speciallægehjælp efter henvisning fra almenlæge, tilskud til tandpleje, fysioterapi, fodterapi og kiropraktik.

Vilkårene for, hvorledes disse ydelser skal gives, skal efter loven fastsættes ved overenskomst mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og de relevante faglige organisationer. Overenskomsterne er dog kun gyldige efter godkendelse af indenrigsministeren.

Administration og finansiering af sygesikringsområdet er for størstedelen henlagt til amtskommunalt regi. Primærkommunerne skal varetage en række forebyggende sundhedsordninger og hjemmesygeplejen, ligesom administrationen af de fleste sociale opgaver er placeret i primærkommunalt regi.

På almen lægeområdet findes der i dag to hovedoverenskomster; Landsoverenskomsten om almen lægegering, der dækker amtskommunerne og Københavns-overenskomsten angående lægegering, der dækker Københavns, Frederiksberg, Dragør og Tårnby kommuner.

For begge overenskomster gælder, at de i princippet indeholder 2 typer af aftaler. De vedrører dels ydergruppernes honorerings- og arbejdsvilkår, dels sundhedspolitiske elementer angående planlægning, serviceniveau over for borgerne m.v. Under Københavns-overenskomsten er lægerne ansatte, og de honoreres med et fast årligt beløb pr. tilmeldt gruppe 1-sikret. Under landsoverenskomsten har lægerne status som liberale erhvervsdrivende. Deres samlede honorar består dels af et basis-honorar pr. tilmeldt gruppe 1-sikrede, dels af honorarer for de ydelser, der omfattes af overenskomsten.

De alment praktiserende lægers adfærd påvirkes af mange faktorer. Deres uddannelsesmæssige baggrund, etik, faglige normer, sammensætningen af patientgrupper m.v. er væsentlige faktorer. I relation til vurderingen af de to forskellige overenskomstsystemer er der dog i denne betænkning fokuseret på spørgsmålet om, hvilke tilskyndelser der gives gennem honoreringssystemet. Et ydelseshonoreringssystem som i landsoverenskomsten forventes alt andet lige at give den enkelte læge en stærkere tilskyndelse til selv at varetage behandlingen af patienterne end et fastlønsystem pr. patient, som det der karakteriserer Københavns-overenskomsten.

Det er karakteristisk for almen læge-overenskomsterne, at det forebyggende arbejde tillægges relativ lav prioritet (bortset fra de særlige overenskomster om småbørnsprofylakse m.v.).

Ifølge de eksisterende overenskomster på sygesikringsområdet udøver Sygesikringens Forhandlingsudvalg og de faglige organisationer en relativ stram central styring af området, f.eks. sammenlignet med styringen af sygehusvæsenet. Der er ganske vist mulighed for at indgå lokale overenskomster mellem det enkelte amtsråd og lægerne m.fl., men det er hidtil kun sket i meget ringe omfang. Hertil kommer, at de decentrale aftaler i reglen også skal godkendes centralt.

I en samlet vurdering af den eksisterende organisation af praksissektoren må der naturligvis også medtages overvejelser om den finansielle struktur. I denne forbindelse er der grund til at fremhæve, at det finansielle ansvar fortsat er opsplittet på flere niveauer. Det kan være en hæmmende faktor for bestræbelserne på at sikre en bedre samordning mellem på den ene side praksis- og sygehussektoren og på den anden side den sociale sektor. Det er ofte påpeget, at kommunerne med det eksisterende system ikke har de fornødne økonomiske tilskyndelser til at udbygge foranstaltninger, der kan medvirke til at dæmpe presset på sygehusvæsenet og behandlingssystemet i det hele taget, idet de besparelser, der herved måtte blive opnået, tilfalder amtskommunerne.

Udvalgets overvejelser om modeller for den fremtidige administrative struktur er på baggrund af udvalgets kommissorium væsentligst koncentreret om behovet for ændringer af overenskomstsystemet, muligheder for en mere hensigtsmæssig udformning af finansieringssystemet på sundhedsområdet samt spørgsmålet om tilpasning af den administrative struktur.

Spørgsmålet om ændringer af overenskomstsystemet rejser flere problemer.

For det første må det overvejes, om der er mulighed for at decentralisere overenskomstforhandlingerne eller dele heraf. Sigtet hermed skulle være at give kommunerne og amtskommunerne bedre mulighed for at udforme en samlet sundhedspolitik, hvori almen lægepraksis også indgår på en sådan måde, at lokalområdets særlige behov tilgodeses.

For det andet må det overvejes, om den nuværende finansiering af omkostningerne ved etablering og drift af lægepraksis m.v. er hensigtsmæssig. De eksisterende finansieringsregler, hvorefter lægernes honorar er opdelt i en omkostningsandel (til dækning af praksisomkostninger) og en nettoandel (lægens indkomst), kan dels motivere lægen til at give flere ydelser end nødvendigt, dels give ældre læger med lave præk-sisomkostninger en indtægtsmæssig fordel i forhold til nyetablerede læger. Det kunne overvejes at give det offentlige bedre mulighed for at påvirke den del af serviceniveauet i praksis, som hænger sammen med de direkte omkostninger i lægepraksis.

For det tredje må det overvejes, om lægens fremtidige honorering skal være baseret på en ydelseshonorering i samme omfang, som det kendes i dag. Ønskes flest mulige behandlinger udført i praksis, er et ydelseshonoreringssystem hensigtsmæssigt, idet det tilskynder lægerne hertil. Inden for rammerne af et sådant system kan der dog være fordele ved indførelse af et vist tidlønsэлеment, f.eks. til honorering af socialmedicinsk arbejde og til forebyggende virksomhed. I et system, som fortrinsvis baseres på ydelseshonorering, vil det dog være vanskeligere at foretage en budgetstyring af udgifterne i praksissektoren.

Det må under alle omstændigheder sikres, at der fremover i overenskomsterne indbygges elementer, der stimulerer almen lægepraksis til at øge den forebyggende og sundhedspædagogiske indsats.

Overvejelserne om mulighederne for en mere hensigtsmæssig udformning af finansieringssystemet på sundhedsområdet må kædes sammen med en diskussion af den eksisterende opgavefordeling mellem staten, amtskommunerne og kommunerne.

Ønsket om en bedre samordning mellem sundhedsvæsenet og socialvæsenet kunne være et argument for at tildele kommunerne en større andel af opgaverne. En kommunalisering af sygehusvæsenet er næppe realistisk. Derimod kunne det overvejes, om det ville være hensigtsmæssigt at overføre sygesikringsopgaven til kommunalt regi. En mindre vidtgående ændring ville være at overføre sygesikringsområdet med undtagelse af **speciallægepraksis** til kommunerne. En sådan løsning ville indebære, at

amtskommunerne fortsat ville have ansvaret for at sikre en samlet tilrettelæggelse af de specialiserede behandlingstilbud.

Udvalgets overvejelser om alternative modeller for finansieringen af sundhedsvæsenet har bl.a. taget udgangspunkt i den beskrevne diskussion af den fremtidige opgavefordeling.

En model kunne således være, at kommunerne skulle overtage finansieringen af hele sundhedsvæsenet, eventuelt undtaget udgifterne til uddannelse, forskning og udvikling. En sådan løsning ville indebære et ganske vidtgående brud med det eksisterende system.

En mindre vidtgående ændring i forhold til det eksisterende system kunne bestå i, at kommunerne fuldt ud skulle finansiere praksissektoren kombineret med en delvis kommunal finansiering af det amtskommunale sygehusvæsen.

En variant af denne model kunne være, at kommunerne overtog finansieringen af almen praksis og øvrige dele af **praksis**sektoren med undtagelse af speciallægepraksis samt indførelse af en delvis kommunal finansiering af sygehusvæsenet og speciallægepraksis. Denne ordning knyttes an til den model for opgavefordelingen, hvorefter praksissektoren med undtagelse af speciallægepraksis overføres til kommunerne.

Den kommunale medfinansiering af sygehusvæsenet og eventuelt speciallægepraksis kunne tilvejebringes gennem indførelse af en kommunal takstbetaling for brug af ydelser i de to sektorer. Indførelsen af et takstbetalingssystem vil kunne give kommunerne en økonomisk tilskyndelse til at udbygge kommunale alternativer til det amtskommunale behandlingssystem, i det omfang sådanne alternativer er økonomisk attraktive for kommunerne. De kommunale muligheder for at skabe og udbygge sådanne alternativer formodes at være mest nærliggende på pleje- og omsorgsområdet. Forebyggende foranstaltninger over et bredt felt vil tillige - navnlig på lidt længere sigt - være særdeles betydningsfulde.

Opgaveomlægninger på sundhedsområdet må ledsages af ændringer i den administrative struktur. Det gælder på amtskommunalt og kommunalt niveau, men også på statsligt niveau.

Afgrænsningen af SFU's opgaver er historisk betinget, idet SFU ved indførelsen af den offentlige sygesikring fik overført de opgaver, der tidligere blev varetaget af De Samvirkende Centralforeninger af Sygekasser i Danmark.

Med den udbygning af den kommunale administration, som er fulgt med kommunalreformen, er der ikke nogen administrativ begrundelse for den gældende afgrænsning af SFU's opgaver. Det er derfor et spørgsmål, om der fortsat er behov for at opretholde SFU som et lovbestemt organ.

Hertil kommer, at en gennemførelse af en yderligere decentralisering af ansvaret for sygesikringsområdet vil ændre forudsætningerne for de opgaver på området, der i dag varetages på centralt niveau.

En mulighed kunne være at opretholde udvalget, men med ændrede opgaver. En sådan model kunne suppleres med, at der etableres et udvalg, hvis funktion kunne bestå i fastlæggelse af overordnede retningslinier for tilrettelæggelsen af praksissektoren. Udvalget ville på denne måde blive et udvalg parallelt med planlægnings- og visitationsudvalget på sygehusområdet. Det kunne også være en mulighed at slå disse to udvalg sammen og placere formandskabet i statsligt regi.

I overvejelserne om den fremtidige administrative struktur på sygesikringsområdet må det også indgå, om indenrigsministeren fortsat skal godkende overenskomsterne på området.

Udvalget har endelig overvejet mulighederne for afskaffelse af eksklusivbestemmelserne på sygesikringsområdet. Det konstateres, at sådanne bestemmelser under visse forudsætninger ikke er nødvendige for sygesikringssystemets funktionsmulighed.

3. Målsætninger for sundhedspolitikken.

3.1. udviklingen i målsætningerne.

I 1960'erne og 1970'erne karakteriseredes udviklingen på sundhedsområdet dels af en stærk vækst i de offentlige sundhedsudgifter, dels ved en forskydning af balancen mellem sygehussektoren og praksissektoren, således at sygehussektoren lagde beslag på en stadig større del af det samlede ressourceforbrug til sundhedsydelser.

Udviklingen har sikret befolkningen et tilbud om behandling på højt specialiseret niveau i tilfælde af sygdom.

Men bl.a. i sundhedsprioriteringsudvalgets betænkning fra 1977 (betænkning nr. 809) blev det stærkt fremhævet, at den sygdomsforebyggende indsats med fordel kunne tillægges højere prioritet.

Ønsket om en opprioritering af den forebyggende indsats udtrykte en erkendelse af, at de eksisterende sygdomsproblemer ikke kunne - og fortsat ikke kan - løses ved ensidigt at satse på behandling.

I slutningen af 1970'erne og i 1980'erne er spørgsmålet om den økonomiske styring af sundhedsvæsenet blevet inddraget stærkere i formuleringen af målsætningerne for den samlede sundhedspolitik. Dette er konkret kommet til udtryk ved nedsættelse af indenrigsministeriets udvalg om produktiviteten i sygehusvæsenet i 1983 (betænkning afgivet i 1984), og ved nedsættelsen af udvalget om samordning i sundhedsvæsenet ligeledes i 1983 (betænkning nr. 1044).

I samordningsudvalgets betænkning er spørgsmålet om en bedre samordning af indsatsen i sygehusvæsenet og praksissektoren et hovedpunkt.

En samlet formulering af kravene til den sundhedspolitiske indsats er givet i den sundhedspolitiske redegørelse, som i maj måned 1986 er afleveret til folketinget. Det anføres heri bl.a.:

at sundhedsvæsenets tilbud skal ligge så tæt ved borgerne som muligt, og at borgerne skal sikres tilbud om undersøgelse, behandling og pleje, som i mindst muligt omfang kræver ophold på institution

at sundhedsvæsenet skal tilrettelægges med respekt for patientens integritet og medindflydelse

at samarbejdet mellem alle dele af sundhedsvæsenet skal styrkes

at ressourcerne skal udnyttes effektivt

at den forebyggende indsats skal styrkes.

Ovennævnte beskrivelse af kravene til sundhedspolitikken er i god overensstemmelse med anbefalingerne fra WHO til medlemslandene om gennemførelse af en styrkelse af den primære sundhedstjeneste.

3.2. udvalgsarbejdets forudsætninger.

En gennemførelse af målsætningerne om, dels en bedre samordning af aktiviteten i sundhedsvæsenets forskellige sektorer og mellem indsatsen i henholdsvis sundhedsvæsenet og socialvæsenet, dels udlægning af visse opgaver fra sygehusvæsenet til den primære sundhedstjeneste vil være en betydelig udfordring for praksissektoren.

Udvalget skal i henhold til sit kommissorium belyse, i hvilket omfang det gennem ændringer af praksissektorens organisation er muligt at tilvejebringe et bedre grundlag for, at sektoren kan løse de nye opgaver, som vil følge med gennemførelsen af de ovennævnte målsætninger.

Organisatoriske ændringer omfatter i denne betænkning om-lægninger af den administrative og den finansielle struktur.

I overvejelserne om den fremtidige struktur for **praksis**-sektoren er det naturligt at tage udgangspunkt i de funktioner, som varetages i almen lægepraksis. Den alment praktiserende læge er som oftest patientens første kontakt i sundhedsvæsenet, og almenlægen har ansvaret for, om patienten skal videresendes til behandling hos praktiserende speciallæge eller i sygehusregi. Mulighederne for at gennemføre de i indledningen nævnte målsætninger er derfor i høj grad knyttet til den frem-

tidige funktion og placering af almen lægepraksis i sundhedsvæsenet, herunder samspillet mellem almen praksis og den øvrige del af sundhedsvæsenet og den tilgrænsende del af socialsektoren.

Med dette udgangspunkt kan målsætningerne om samordning og opgaveomlægningen mellem sygehusvæsenet og praksissektoren ikke stå alene som grundlag for udvalgets overvejelser. I det følgende er der fremhævet en række sundhedspolitiske målsætninger, som også må indgå.

Den forebyggende og sundhedspædagogiske indsats bør udbygges. Sundhedsvæsenet har gennem mange år ydet en forebyggende indsats gennem vaccinationsprogrammer, undersøgelser af gravide, børneundersøgelser m.v. Disse tilbud har i sagens natur været orienteret mod det enkelte individ.

Den øgede bevidsthed om, hvorledes sociale forhold, arbejdsmiljø m.m. påvirker den enkeltes sundhedstilstand, har givet sig udtryk i en stigende erkendelse af, at sundhedsvæsenets sygdomsforebyggende indsats må suppleres med foranstaltninger, der tager sigte på at eliminere sygdomsfremkaldende forhold på arbejdspladserne, i boligmiljøerne, i trafikken etc.

Sundhedsvæsenet må i videst muligt omfang organiseres på en sådan måde, at såvel den forebyggende som den behandlende indsats kan tilrettelægges på baggrund af et tæt kendskab til det enkelte menneskes eget miljø.

Dette peger også på behovet for at sikre kontinuitet i den samlede indsats i sundhedsvæsenet og socialvæsenet. Klientfællesskab mellem lægerne og personalet i de kommunale social- og sundhedsforvaltninger (socialrådgivere, hjemmesygeplejersker, hjemmehjælpere) kan medvirke hertil, og bør derfor søges udbygget.

Det må fortsat være en hovedmålsætning for praksissektoren, at der sikres en høj kvalitet i den sygdomsbehandlende indsats - undersøgelse, diagnostik, behandling, pleje og omsorg. Det betyder bl.a., at den behandlende indsats må afspejle de videnskabelige og tekniske fremskridt i behandlingsmuligheder. Disse hensyn må også indgå i forbindelse med udformningen af uddannelsesmæssige krav til de personer, der medvirker i praksissektoren.

Det gældende princip om lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser uanset økonomisk formåen bør opretholdes. Det samme gælder principperne for valg af læge.

3.3. Tilrettelæggelse og finansiering af sundhedsvæsenet i andre lande.

I andre lande arbejdes der som her i landet med mulighederne for omlægninger i sundhedssektoren.

Udvalget har valgt at beskrive nogle træk af sundhedspolitikken i Norge, Sverige, Finland, England og USA, idet de sundhedspolitiske målsætninger og problemstillinger i disse lande som udgangspunkt og indhold har en vis lighed med situationen i Danmark.

3.3.1. Norge.

I Norge er der ønsket om at styrke den primære sundhedstjeneste. Målet er en øget vægt på forebyggelse og oplysning, ligesom der i målsætningen tages hensyn til lokale behov og ønsker i løsningen af sundhedsvæsenets opgaver.

Den primære sundhedssektor er blevet udlagt til kommunerne, som hermed har fået ansvaret for de behandlings- og pleje/omsorgsopgaver, der kan løses uden for sygehusvæsenet.

I Norge er lægerne i den primære sundhedstjeneste organiseret på følgende måde:

1. Privatpraktiserende læger.
2. Alment praktiserende distriktslæger.
3. Ansatte bydelsslæger (Oslo kommune).

Der er i princippet fri nedsættelsesret for læger i almen praksis. Det er dog sådan, at læger der indgår aftale med kommunerne får et grundtilskud på ca. 40 pct. af den totale omsætning i en privatpraksis. De resterende 60 pct. af omsætningen udgøres af en ydeshonorering. For læger, der ikke opnår aftale med kommunerne, er der fri nedsættelsesret, men i indtjeningsmulighederne indgår grundtilskuddet ikke.

Udover de ca. 1250 privatpraktiserende læger findes ca. 700 distrikts- og stadslæger, der er statsligt ansat. Distriktslægens forpligtelser svarer i nogen grad til de danske embedsslægers, bl.a. hvad angår statistiske opgørelser og en

række rådgivende funktioner. Herudover er der en række andre opgaver, bl.a. tilsynsopgaver for staten på det lokale plan.

Hovedparten af distriktslægerne er deltidsansatte og har privat praksis. Ca. 50 læger i de store byer er fuldtidsbeskæftigede som distriktslæger. Herudover er ca. 160 ansat i fastlønstillinger som prøveordning i Nordnorge på grund af den relativt svage lægedækning i yderdistrikterne.

Oslo kommune har indgået en speciel aftale vedrørende ansættelse af bydelslæger. Ordningen er sideløbende med den lægebetjening, de privatpraktiserende læger udfører.

Bydelslæger er alment praktiserende læger ansat af Oslo kommune, der stiller faciliteter til rådighed. Bydelslægens opgaver er af enten administrativ eller egentlig behandlende og forebyggende karakter.

Bydelslægerne er ansat i et bestemt center. Udover de egentligt behandlende opgaver varetager bydelslægerne en række andre funktioner ved skoler, sygehjem og bedriftssundhedstjeneste. Endvidere skal lægen indgå i et samarbejde med socialforvaltningen, hjemmesygepleje m.v.

I Norge kan en læge få speciale som alment praktiserende læge på lige fod med øvrige specialistuddannelser. For at få speciale som almen læge kræves en omfattende videreuddannelse. Læger med denne videreuddannelse betegnes almenpraktikere Dnlf og har ret til højere honorarer end øvrige almene læger.

Retten til at betegne sig almenpraktiker Dnlf opnås for tidsperioder på 5 år og fornyes kun, hvis lægen kan dokumentere at have gennemgået en nærmere fastsat efteruddannelse i den foregående 5-års periode.

Sygehusvæsenet og dermed den mere specialiserede behandling er fortsat en amtskommunal opgave.

Sundhedsvæsenet finansieres af betalinger til den obligatoriske offentlige sygesikring, skatter og patientbetaling.

Amter og kommuner får rammebevillinger fra sygesikringen til delvis dækning af udgifterne til sundhedsvæsenet. Dette bevillingssystem giver frihed til på det lokale niveau at prioritere, hvorledes udbygningen af sundhedsvæsenet skal ske og til at overveje, hvorledes opgaverne løses mest effektivt.

Der gælder en patientbetalingsordning for de fleste kommunale sundhedsydelser. Betalingen pr. ydelse aftager ved et

stigende forbrug, og der er lagt et loft over de samlede sundhedsudgifter pr. person på ca. 1400 norske kroner pr. år. For familier med børn under 16 år kan udgifterne ikke overstige summen af forældrenes maksimale udgifter. Der er ingen patientbetaling for sygehusophold.

3.3.2. Sverige.

I Sverige arbejdes med skabelse af bedre samordning mellem sundheds- og sociale ydelser og for integration af de ydelser, der stilles til rådighed inden for sundhedssektoren. Ansvar for både den primære og den sekundære sundhedssektor er placeret i det, der svarer til amtskommunalt regie, medens ansvaret for socialvæsenet er placeret i primærkommunerne. Dette svarer til det danske system.

De lokale områder er opdelt i distrikter, inden for hvilke befolkningens behandlingsbehov skal dækkes.

Den primære sundhedstjeneste i Sverige varetages af 4 typer læger:

- 1) Læger ansat ved "öppen vård" i sygehusregie.
- 2) Læger ansat ved "öppen vård" uden for sygehuse (distriktslæger).
- 3) Privatpraktiserende læger.
- 4) Bedriftslæger,

Distriktslægerne skal varetage den almene behandling, mens de åbne ambulatorier ved sygehusene i princippet er tilrettelagt som en speciallægebetjening, men på grund af lægemangel ydes tillige almen lægehjælp. De privatpraktiserende læger er for størstedelens vedkommende speciallæger. Læger, der arbejder ved "öppen vård" er offentligt ansatte. Bedriftslægerne er ansat på virksomheder og udøver primært en forebyggende indsats.

Ifølge "Hälso- och sjukvårdslag", der trådte i kraft den 1. januar 1983, kan amtskommunerne selv organisere hele sundhedssektoren, således at denne er tilpasset lokale behov, muligheder og ønsker, men det er et krav, at de ydelser patienterne tilbydes er sammenhængende, samt at der finder en aktiv

forebyggelse sted. Da der således er tale om en vidtgående decentralisering af sundhedsvæsenet, kan man i vid udstrækning få tilgodeset lokale ønsker, hvilket dog samtidig kan resultere i en regional variation i sundhedsvæsenet.

Til støtte for de lokale myndigheders arbejde, blev der i 1984 offentliggjort et nationalt udredningsarbejde, der især lagde vægt på en udbygning af den primære sundhedssektor, der hidtil har haft en temmelig svag placering i den svenske sundhedssektor. Således udføres væsentlige primære sundhedsopgaver i sygehusregie, idet læger ansat ved sygehuse udfører opgaver, der i andre lande løses uden for institutionerne.

I Sverige er der således også bestræbelser i gang på at udbygge den primære sundhedstjeneste.

For så vidt angår økonomi og finansiering, er det amtskommunerne, der fastsætter de økonomiske rammer for sundhedsvæsenet. Der gives dog et statsligt tilskud beregnet på baggrund af befolkningsunderlaget i de enkelte amtskommuner. Der er egenbetaling for en række ydelser inden for såvel den primære som den sekundære sundhedstjeneste.

Egenbetalingens størrelse fastsættes af regeringen. Hver ydelse i praksissektoren, lægebesøg, medicin m.v. noteres på et kort, og efter 15 ydelser inden for en 12 måneders periode modtager patienten et frikort, der giver ret til gratis behandling i praksissektoren og gratis medicin i resten af perioden. Den maksimale patientbetaling for disse ydelser er for tiden 750 svenske kroner pr. år.

For børn under 16 år i samme familie gælder deres forbrug sammenlagt og berettiger til frikort efter i alt 15 ydelser.

Patientbetalingen for indlæggelse på sygehus andrager 55 svenske kroner pr. dag, dog højst 1/3 af sygedagpengene. For pensionister er sygehusbehandling gratis i 365 dage. Herefter beregnes en takst baseret på patientens indtægter.

3.3.3. Finland.

I Finland er der gennem en årrække foretaget en udbygning af sygehusvæsenet med henblik på opnåelse af en mere ligelig geografisk dækning af sundhedstilbuddene.

Hovedmålsætningen i sundhedspolitikken er nu at tilvejebringe en mere integreret sundhedsservice for borgerne. Det skal bl.a. ske ved en styrkelse af den primære sundhedstjeneste.

Den generelle organisation af sundhedsvæsenet er to-ledet med staten som overordnet myndighed og en række lokale forvaltninger (kommuner) som underordnede myndigheder.

Staten fastlægger de overordnede rammer for sundhedsvæsenet, herunder planlægningen af sundhedsvæsenets opbygning. Der er således tale om en vidtgående centralisering af sundhedsvæsenet i Finland.

Ansaret for sundhedsvæsenet varetages af kommunerne. Det er kommunernes ansvar at stille de relevante ydelser til rådighed for borgerne. Dette gælder såvel inden for den primære som inden for den sekundære sundhedssektor. Kommunerne har tillige ansvaret for sociale opgaver.

Kommunerne er forpligtet til at oprette et sundhedscenter, eventuelt i samarbejde med andre kommuner afhængigt af befolkningsunderlaget. Sundhedscentrene varetager den primære sundhedstjeneste og en række andre opgaver, f.eks. tandlægehjælp, skolelægeordninger og en række rådgivende og oplysende funktioner. Endvidere drives uspecialiserede sygehuse.

Når det gælder den mere specialiserede sygehusbehandling er landet opdelt i en række sygehusdistrikter. Da også den specialiserede behandling er en kommunal opgave, må mange kommuner samarbejde om driften af et sygehus. Hver kommune har et mindste antal pladser på sygehuset, afhængigt af kommunens indbyggertal.

Sundhedsvæsenet finansieres af skattebetalinger og kommunerne modtager generelt ca. 50 pct. statsrefusion af sundhedsudgifterne, dog differentieres tilskuddet efter kommunernes indkomstniveau. Hertil kommer en egenbetaling for patienterne for en række ydelser i den primære sundhedstjeneste uden for sundhedscentrene. For behandlinger uden for centrene afholder patienterne i første omgang selv alle udgifter og modtager efterfølgende en refusion. For eksempel er refusionen på lægehjælp 60 pct. af en fast takst, men de reelle takster er som regel højere, hvilket betyder, at patienterne afholder mere end 40 pct. af udgifterne til lægehjælp.

De fleste læger i den primære sundhedstjeneste er ansatte i sundhedscentrene med fast løn. Speciallæger er ansat på sygehusene med mulighed for en mindre privat praksis.

Patienternes indgang til sundhedsvæsenet sker gennem sundhedscentrene.

Med denne opbygning af sundhedsvæsenet med et fuldt kommunalt ansvar for både opgaver og tildels finansiering af såvel den primære som den sekundære sundhedstjeneste, er der lagt vægt på mulighederne for, dels at integrere et stort antal ydelser, dels at tilgodese lokale behov og ønsker. Dette støttes yderligere af de efterhånden meget udbyggede sundhedscentre.

3.3.4. England.

Målet med det statslige engelske sundhedsvæsen - NHS - er at skabe et integreret sundhedsvæsen med en udstrakt grad af decentral beslutningskompetence til fremme af lokale initiativer.

Efter en række reorganiseringer er NHS nu struktureret på følgende måde:

Den øverste myndighed er social- og sundhedsministeriet, der fordeler de statslige ressourcer til de regionale sundhedsmyndigheder og udstikker de overordnede rammer for sundhedsvæsenet.

De regionale sundhedsmyndigheder har ansvaret for såvel den primære som den sekundære sundhedssektor i regionen, herunder ansvaret for planlægning og allokering af ressourcer til de lokale myndigheder. Alment praktiserende læger administreres dog direkte af social- og sundhedsministeriet.

På lokalt niveau er nedsat sundhedsråd. Gennem repræsentation i disse råd er såvel lægpersoner som sundhedspersonale sikret indflydelse på sundhedsvæsenet lokalt.

Sundhedsvæsenets forskellige dele finansieres via statslige budgetter. Budgetterne fordeles centralt til de underordnede administrative myndigheder. Der er et særskilt budget til almen praksis.

Lægerne er fast lønnede på sygehusene, dog kan de i et vist omfang have indtægter fra behandling af private patienter.

ter. Praktiserende speciallæger har som hovedregel også tilknytning til sygehusvæsenet. De kan eksempelvis indlægge og behandle egne patienter, og de benyttes også ofte af sygehusvæsenet som rådgivere. Læger i almen praksis aflønnes efter antal tilmeldte patienter.

Det er almindeligt, at læger inden for et område er sluttet sammen i såkaldte sundhedscentre, hvortil der er knyttet forskelligt andet sundhedspersonale.

Sundhedsvæsenets ydelser er i princippet gratis for patienterne, dog med undtagelse af afgifter på f.eks. recepter, tandlægeydelser m.v.

3.3.5. HMO i USA.

Sundhedsvæsenet i USA er organiseret på en række forskellige måder. En organisationsmåde er de såkaldte Health Maintenance Organizations - HMO. HMO'erne kan være meget forskellige i opbygning, så her gives alene et eksempel på organisationen.

Hovedtanken er, at der kan skabes et integreret sundhedsvæsen ved at knytte behandlere og patienter (eller potentielle patienter) sammen i en organisation, der varetager såvel produktionen og anvendelsen af sundhedsydelserne som det økonomiske ansvar for disse. Forventningen til en sådan struktur er, at sammenknytningen af ansvaret for ydelser/ydelsesforbrug og det økonomiske ansvar vil give anledning til overvejelser om effektivitet i behandlingen hos såvel behandlere som patienter.

I organisationen gives et omfattende udbud af sundhedsydelser til frivillige medlemmer fra specifikke udbydere for en fast månedlig præmie. Når patienterne tilmelder sig organisationen ved de på forhånd, hvilke behandlere, der er tilknyttet organisationen og hvilke ydelser, de kan forvente at modtage.

Der er tale om en form for forsikringssystem, men i modsætning til de traditionelle forsikringssystemer bærer organisationen ansvaret for såvel udbuddet af ydelser som for organisationens økonomi, idet der indgås kontrakter med behandlere om honorarer og med patienter om præmiestørrelse.

Den præmie, som medlemmerne betaler, er fastsat i forhold til organisationens forventede samlede omkostninger i kontraktperioden. Der er ingen hindringer for, at præmien differentieres efter forskellige kriterier, f.eks. alder, indkomst, sundhedstilstand m.v.

For den fastsatte præmie får patienterne et tilbud af sundhedsydelser, der typisk omfatter hospitalsydelser, ydelser fra almen praksis og speciallægepraksis, pædiatrisk behandling og omsorg, vaccinationer, helbredsundersøgelser, laboratorieundersøgelser, røntgenundersøgelser og recepter.

For ydelser, der ikke er indeholdt i pakken, ydes særskilt betaling, f.eks. medicin, hjemmebesøg m.v.

Der er ofte tale om 3 parter, der skal finansieres i organisationen:

- administration
- praksislæger
- sygehuse

Et eventuelt overskud i organisationen fordeles efter aftale mellem ovennævnte 3 parter. Organisationen dækker et eventuelt underskud.

Undersøgelser viser, at hospitaliseringen blandt HMO-patienter er mindre end blandt andre patienter. Dette kunne tyde på, at læger og patienter tilknyttet en HMO i højere grad end ellers overvejer, hvorledes behandlingsopgaver løses mest effektivt.

3.3.6. Patientbetalingsordninger.

For så vidt angår finansieringen af sundhedsvæsenet fremgår det, at der i de nordiske lande og i det amerikanske system er tilknyttet en patientbetaling til en række sundhedsydelser. I USA er det i form af en forsikringsordning kombineret med varierende grader af selvbetaling, medens betalingsreglerne i de nordiske lande er baseret på direkte betaling for specifikke ydelser. I England er der som i Danmark i princippet et gratissystem.

En patientbetalingsordning med selv en beskeden takst for almene lægeydelser, således som det eksempelvis kendes i Norge og Sverige, vil i sig selv motivere borgerne til at mindske antallet af henvendelser til lægen.

Et ofte anført usikkerhedsmoment, som knytter sig til en sådan ordning kunne være, at borgerne konsulterer lægen for sent, således at sygdomme ikke opdages, forebygges og behandles i tide, hvilket på længere sigt kan medføre relativt større udgifter til sygdomsbehandling. Der foreligger ikke undersøgelser, der belyser dette.

4. Praksissektorens placering i sundhedsvæsenet.

4.1. Principperne bag opbygningen af sundhedsvæsenet.

Ansvar for varetagelsen af de sundhedspolitiske opgaver er som beskrevet i det følgende:

De statslige opgaver.

Staten har ansvaret for lovgivningen (sygehusloven, sygesikringsloven m.v.) og anden konkret regelfastsættelse i form af bekendtgørelser og cirkulærer. Disse opgaver varetages væsentligst af indenrigsministeriet.

Driften af Rigshospitalet er ligeledes henlagt til indenrigsministeriet.

Arbejdsministeriet (arbejds miljølovgivningen) og undervisningsministeriet (uddannelse af læger, tandlæger m.fl.) har ligeledes væsentlige opgaver i relation til den samlede styring af sundhedsvæsenet.

Under socialministeriet sorterer plejehjem, hjemmehjælp, revalidering m.v. Disse ordninger har, selv om de administrativt er placeret i socialvæsenets regie, væsentlig betydning for løsningen af sundhedsvæsenets opgaver.

Sundhedsstyrelsen skal efter gældende lov
føre tilsyn med sundhedsvæsenet og sundhedspersonalet,
overvåge sundhedsforholdene i landet,
på forespørgsel eller på eget initiativ rådgive myndigheder i alle forhold, der kræver lægekyndig eller apotekerkyndig indsigt,
meddele og fratage autorisationer for medicinalpersoner.

I en række love er sundhedsstyrelsen endvidere pålagt at udarbejde bestemmelser vedrørende omfanget af og indholdet i sundhedsvæsenets ydelser.

De amtskommunale opgaver.

Amtskommunerne har i henhold til sygehuslovgivningen ansvaret for administrationen og driften af såvel det somatiske som det psykiatriske sygehusvæsen.

Amtskommunerne har endvidere i henhold til sygesikringsloven ansvaret for den offentlige sygesikring. Administrationen af denne opgave varetages delvis i samarbejde med kommunerne og de lægelige organisationer m.fl.

Ansvaret for sundhedsvæsenets behandlingstilbud såvel i praksissektoren som i sygehusvæsenet er således henlagt til amtskommunerne.

Med den eksisterende opbygning af sundhedsvæsenet får den alment praktiserende læge en nøglefunktion. Han er oftest borgerens første kontakt i sundhedsvæsenet, og den praktiserende læge har ansvaret for visitationen til andre led i sundhedsvæsenet (speciallæge, sygehus). Ved den geografiske fordeling af almen lægepraksis tilstræbes, at ingen har lang afstand til lægen.

Traditionelt har amtskommunerne etableret et sygehusudvalg, der varetager sygehusområdets forvaltning, medens forvaltningen af sygesikringsområdet er henlagt til social- og sundhedsudvalget samt de udvalg, der skal nedsættes i henhold til sygesikringslovens § 23, stk. 2 og 4 (se afsnit 3).

Der er dog mulighed for at samle sygehusudvalgets og social- og sundhedsudvalgets opgaver i ét udvalg (sundhedsudvalg). Denne mulighed udnyttes i dag i én amtskommune.

De primærkommunale opgaver.

Primærkommunerne varetager foruden hjemmesygeplejen også administrationen og driften af visse forebyggende sundhedsordninger - børnetandpleje-, sundhedsplejerske- og skolelægeordningen.

Primærkommunerne deltager i den praktiske administration, af sygesikringsordningen (lægevalg og udstedelse af sygesikringsbeviser).

Kommunerne har endvidere ansvaret for en række sociale ordninger - plejehjem, hjemmehjælp samt social bistand i øvrigt, som komplementerer - og i et vist omfang kan substituere - indsatsen i sundhedsvæsenet.

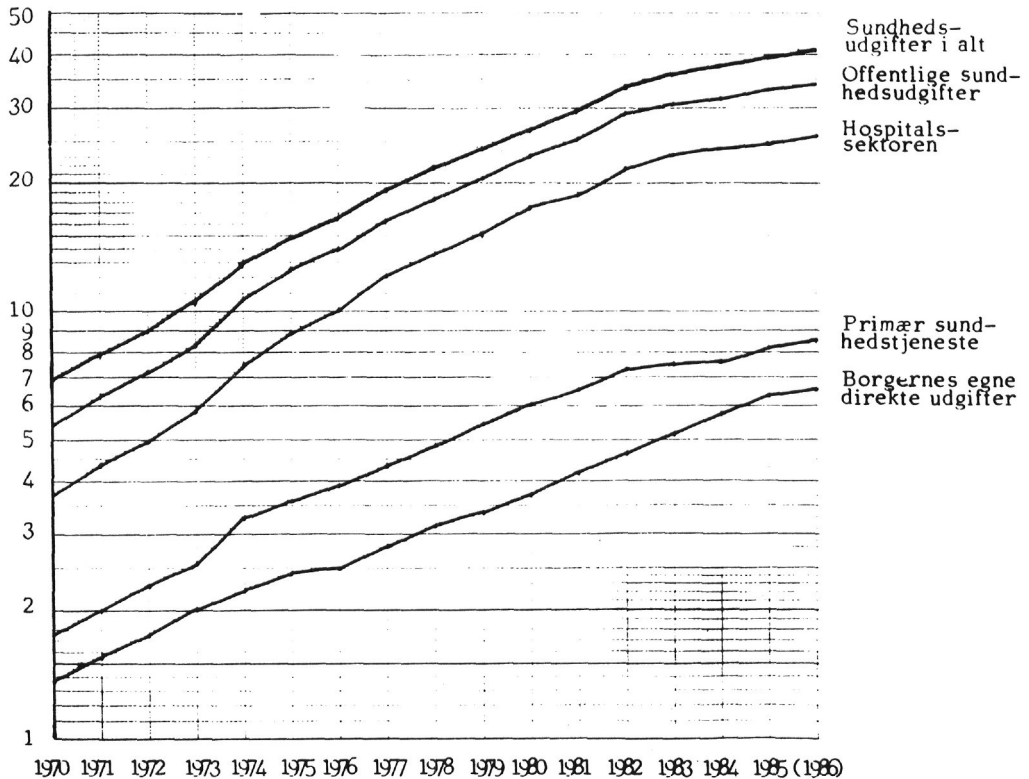
Forvaltningen af disse opgaver varetages af socialudvalget.

4.2. Ydelsesaønstre og ressourcer.

udgifterne til praksissektoren udgør en forholdsvis beskeden del af de samlede sundhedsudgifter, jfr. figur 1.

Figur 1. Totale sundhedsudgifter.

Mia.kr.



() 1986-tal er skøn.

Kurverne er indtegnet på semilogoritmisk papir, hvormed vækstraten kan aflæses af de respektive kurvers hældninger.

Kilde: MEFA: Tal og data 1986.

Af de samlede sundhedsudgifter udgør langt den største del udgifterne til sygehusvæsenet. I 1985 var det ca. 63,2 pct., mens den primære sundhedstjeneste udgjorde ca. 20,8 pct. Borgernes direkte udgifter udgjorde de resterende 16 pct. af sundhedsudgifterne. Denne udgiftsfordeling har været nogenlunde konstant gennem flere år.

I tabel 1 vises ressourceforbruget på sygesikringsområdet i perioden 1977-84 (målt i løbende priser). Faldet i udgifterne til almen lægehjælp i 1984 skyldes, at der i slutningen af året var konflikt mellem sygesikringen og lægerne.

Tabel 1. Ressourceforbrug på sygesikringsområdet 1977-84 (løbende priser).

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Samlede sygesikringsudgifter (mio. kr.)	2954,7	3376,0	3648,1	4114,4	4404,1	4892,6	5138,2	5447,6
Heraf almenlægehjælp (mio. kr.)	1166,9	1317,9	1409,4	1544,9	1718,0	1923,3	2116,3	2008,9 ¹⁾
Speciallægehjælp (mio. kr.)	412,9	474,2	501,9	561,1	617,6	686,5	744,4	759,5
Antal praktiserende læger	2629	2668	2713	2746	2773	2846	2894	2910

1) Faldet i udgifterne i 1984 hænger sammen med konflikten på almen lægeområdet i slutningen af 1984.

Kilde: Sygesikringsstatistik m.v. samt årsberetning fra Københavns sundhedsdirektorat.

I tabel 2 er der korrigeret for prisudviklingen, og tabellen viser således realvæksten i udgifterne til sygesikring i alt, til almen lægehjælp og speciallægehjælp.

Tabel 2. Udvikling i udgifterne til visse sygesikringsområder.1977-1984. (1973/74-honorarniveau =100).

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984*)
Almen lægehjælp	122	130	131	133	134	137	143	137
Pct.-stigning	16,8	6,4	0,7	1,6	1,1	1,9	4,2	-3,9
Speciallægehjælp	154	168	169	177	179	186	193	197
Pct.-stigning	22,0	8,8	0,8	4,7	1,2	4,4	3,9	1,9
I alt indeks	130,7	137,8	139,1	143,3	144,2	147	151	149
Pct.-stigning	15,4	5,4	0,9	3,0	0,6	2,2	3,0	-1,4

*) 1984: Foreløbige tal.

Anm.: Realstigning i forhold til foregående periode.

Note: Indekstallene er dannet på baggrund af de realstigningers procenter der er angivet. F.eks. $122 \times 1,064 = 129,8$ 130.

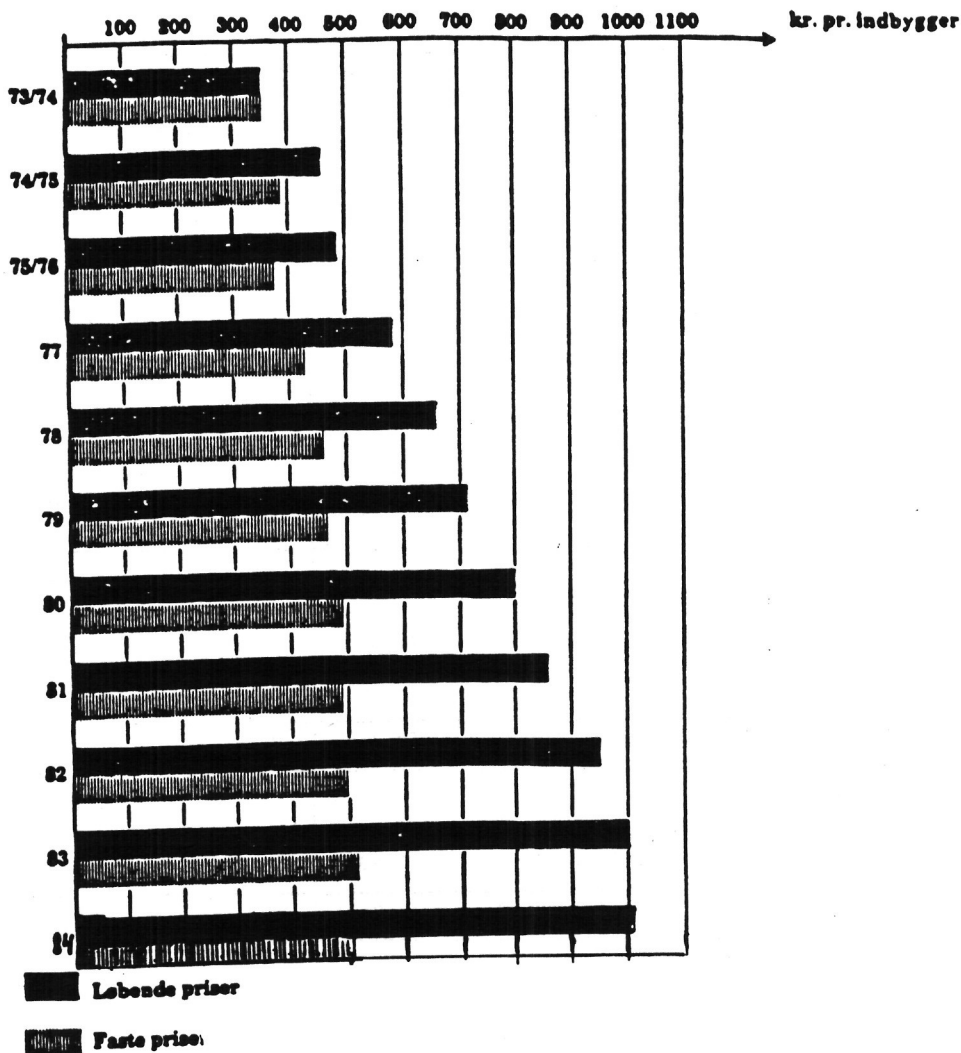
Kilde: Sygesikringens Forhandlingsudvalg: Sygesikringsstatistik 1981, og materiale fra Sygesikringens Forhandlingsudvalg.

Det fremgår af tabel 2, at realvæksten i udgifterne var stærkest i første halvdel af perioden. Til forklaring af udviklingen kan bl.a. fremhæves, at omfanget af de ydelser, der gives tilskud til, er steget i perioden. Der er sket en udbyg-

ning af lægedækningen, således at de sikrede har lettere adgang til f.eks. speciallægehjælp og fysioterapi. Den stærke stigning i udgifterne til almen lægehjælp i 1977 og 1978 skyldes først og fremmest, at der som led i overenskomstaftalerne blev givet tilladelse til nynedsættelse af et betydeligt antal praktiserende læger, samt at indtægtsgrænsen mellem gruppe 1- og gruppe 2-sikrede blev ophævet i 1976. Endelig må det nævnes, at den ændrede alderssammensætning i befolkningen i sig selv må forventes at give stigende sygesikringsudgifter.

I figur 2 er sygesikringsudgifterne pr. indbygger opgjort.

Figur 2. udgifter til sygesikring pr. indbygger 1973/74-1984.
Hele landet.



Faste priser:

(Løbende priser korrigeret for udviklingen i ydernes honorar-niveau og ændrede tilskudsregler).

Kilde: SFU, Sygesikringsstatistik.

Ydelsesforbruget pr. sikret har i de seneste år været nogenlunde konstant. Tallene for 1983 skønnes derfor at være dækkende også for det aktuelle forbrug, jfr. tabel 3.

Tabel 3. Ydelsesforbrug pr. sikret i 1983.

	Sikringsgruppe 1		Sikringsgruppe 2		Sikringsgruppe 1+2	
	Antal ydelser	Ydelser pr. sikret	Antal ydelser	Ydelser pr. sikret	Antal ydelser	Ydelser pr. sikret
A. Alment praktiserende læger ¹⁾ :						
Konsultation	10.267.517	3,09	312.789	1,82	10.580.306	3,03
Telefonkonsultation alene	2.791.020	0,84	55.981	0,33	2.847.001	0,81
Telefonkonsultation + receptudstedelse	4.176.072	1,26	80.491	0,47	4.256.563	1,22
Telefonkonsultation + henvisning	534.263	0,16	14.598	0,09	548.861	0,16
Receptfornyelse	3.401.175	1,02	117.283	0,68	3.518.458	1,01
Sygebesøg	2.125.526	0,64	56.698	0,33	2.182.224	0,62
Grundydelse i alt	23.295.573	7,01	637.840	3,72	23.933.413	6,85
B. Speciallæger:						
1. Ørelæger ¹⁾ :						
Konsultationer og sygebesøg	712.577	0,21	43.635	0,26	756.212	0,21
Undersøgelser og operationer m.v.	397.267	0,12	14.168	0,08	411.435	0,12
Ydelser i alt	1.109.844	0,33	57.803	0,34	1.167.647	0,33
2. Øjenlæger ¹⁾ :						
Konsultationer og sygebesøg	719.860	0,21	41.509	0,24	761.369	0,22
Operationer m.v.	32.624	0,01	1.436	0,01	34.060	0,01
Ydelser i alt	752.484	0,22	42.945	0,25	795.429	0,23
3. Anden speciallægehjælp ²⁾ :						
Konsultationer og særydelser m.v.	2.422.875	0,64	255.622	1,17	2.678.497	0,66
Operationer m.v.	466.245	0,12	56.823	0,26	523.068	0,13
Ydelser i alt	2.889.120	0,76	312.445	1,43	3.201.565	0,79

1) Ekskl. Københavns, Frederiksberg, Tårnby og Dragør kommuner (= ca. 564.300 indbyggere).

2) Hele landet.

Kilde: Sygesikringens Forhandlingsudvalg, Sygesikringsstatistik 1983.

Sygehusene har udskrevet godt 4 pct. flere patienter i 1984 i forhold til 1982. Samtidig er arbejdsgangen blevet intensiveret, hvilket udtrykkes ved en faldende gennemsnitlig liggetid, og færre sengedage totalt set.

4.3. Rammerne for praksissektorens virksomhed.

4.3.1. Lovgivningen.

De lovmæssige rammer for praksissektorens virksomhed er først og fremmest fastlagt i lov om offentlig sygesikring.

Den offentlige sygesikring indførtes ved lov nr. 311 af 9. juni 1971, som trådte i kraft den 1. april 1973. Samtidig nedlagdes sygekasserne.

Hovedprincipperne i den gældende sygesikringslovgivning er i alt væsentligt de samme, som blev fastlagt ved lovens gennemførelse i 1971. Loven fastlægger

den personkreds, der har ret til lovens ydelser
de ydelser, der omfattes af loven
sygesikringens administration og finansiering.

Loven indeholder en række bemyndigelser til indenrigsministeren til fastsættelse af mere specifikke regler om adgangen til lovens ydelser. Det er endvidere fastsat, at de nærmere vilkår for lovens ydelser skal fastsættes ved overenskomst, jfr. afsnit 4.3.2.

Enhver der har bopæl her i landet (er tilmeldt folkeregistret), har ret til lovens ydelser (lovens hovedregel).

Indenrigsministeren fastsætter dog efter loven bl.a. regler om, at nærmere afgrænsede persongrupper ikke har ret til lovens ydelser (f.eks. værnepligtige). Endvidere kan udlændinge i henhold til internationale aftaler få adgang til lovens ydelser under midlertidigt ophold her i landet.

Personer, der omfattes af sygesikringsloven, kan frit vælge, om de ønsker at være gruppe 1- eller gruppe 2-sikrede. Børn under 16 år får samme sikringsform som forældrene.

Personer, der har valgt sikringsgruppe 1, har ret til vederlagsfri lægehjælp hos alment praktiserende læge og speciallæge. De pågældende kan én gang årligt vælge alment praktise-

rende læge. Vederlagsfri speciallægehjælp forudsætter for gruppe 1-sikrede henvisning fra alment praktiserende læge. Denne forudsætning er dog modificeret i de gældende overenskomster for øjen- og ørelæger.

Personer, der har valgt sikringsgruppe 2, kan frit vælge alment praktiserende læge, og de kan søge speciallæge uden henvisning. Til gruppe 2-sikrede yder sygesikringen tilskud til delvis dækning af udgifterne til lægehjælp. Tilskuddet skal udgøre samme beløb, som den offentlige sygesikring skulle have afholdt for tilsvarende lægehjælp til en gruppe 1-sikret.

Ud over lægehjælp (lovens § 6) yder sygesikringen tilskud til tandpleje (lovens § 8), fysioterapi og behandling hos kiropraktorer og fodterapeuter (lovens § 9).

De nærmere vilkår for ydelse af lægehjælp, tandlægehjælp m.v. fastsættes ved overenskomst mellem sygesikringen og de faglige organisationer. Sygesikringen udbetaler sygesikrings-tilskuddet direkte til den yder (læge, tandlæge), der er omfattet af overenskomsten.

Foreligger der ingen godkendt overenskomst om vilkårene for de pågældende ydelser (jfr. afsnit 4.3.2), udbetaler sygesikringen et tilskud til delvis dækning af patienternes udgifter. Indenrigsministeren fastsætter i disse tilfælde regler om tilskuddets størrelse m.v.

Sygesikringen udbetaler endvidere tilskud til medicin, tilskud til briller til børn under 16 år, begravelseshjælp samt befordringsgodtgørelse til pensionister i forbindelse med transport til behandling hos alment praktiserende læge og speciallæge.

Kommunerne (det sociale udvalg) kan i henhold til sygesikringslovens § 13 undtagelsesvis yde tilskud til supplering af de ydelser, som ydes i henhold til §§ 6, 8 og 9 i loven. Det sociale udvalgs afgørelser om ydelse af tilskud i henhold til § 13 kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed.

4.3.2. Den administrative struktur på praksisområdet.

Den eksisterende administrative struktur og opgavefordeling på praksisområdet er vist i nedenstående skema:

Skema 1. Eksisterende struktur på praksisområdet.

	Myndigheder	Opgaver	Organisationer
Centralt niveau	Indenrigsministeriet	Lovgivning. Fastsættelse af overordnede regler om borgernes rettigheder. Godkendelse af overenskomster.	PLO, FAS, DTF m.fl.
	Sundhedsstyrelsen	Sundhedsfaglig, rådgivning, tilsyn m.v.	
	Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU)	Forhandler overenskomster på vegne af det offentlige.	
Regionalt niveau	Amtskommunerne	Finansiering af hovedparten af sygesikringsydelse. Samordning mellem praktiserende læge, sygehuse og anden sundhedsmæssig og social virksomhed. Tilrettelæggelse af praksis (praksisplanlægning) m.v.	Lægekredsforeninger (PLO) m.fl.
Lokalt niveau	Kommunerne	Varetager visse praktiske sygesikringsopgaver (valg af læger m.v.).	

Den centrale administration.

På det centrale niveau er administrationen af praksisområdet (sygesikringen) delt mellem indenrigsministeriet og Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU).

Indenrigsministeriets opgaver på sygesikringsområdet omfatter bl.a.

regelfastsættelse (love, bekendtgørelser og cirkulærer) og fortolkning af gældende regler, overordnede økonomiske rammer for sygesikringen, fastlæggelse af omfanget af de ydelser, der omfattes af sygesikringen, herunder også i samarbejde med sundhedsstyrelsen ydelsernes sundhedsfaglige indhold.

Indenrigsministeriets muligheder for at påvirke udviklingen på sygesikringsområdet er bl.a. knyttet til bestemmelsen om, at indenrigsministeren skal godkende overenskomsterne på området. Denne godkendelsesbeføjelse giver mulighed for, at ministeriet forud for overenskomstforhandlingerne f.eks. kan fastsætte krav om ændringer i de overenskomstomfattede ydelser m.v. som forudsætning for en efterfølgende godkendelse.

Indenrigsministeriet kan endvidere påvirke udgifterne på tandpleje, kiropaktor- og fysioterapeutområdet gennem ændring af bekendtgørelserne om tilskud til disse ydelser.

Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU) er etableret i henhold til sygesikringslovens § 26. SFU varetager på amtskommunernes vegne en lang række fælles funktioner i forbindelse med sygesikringens administration, eksempelvis forhandlinger med de statslige myndigheder og tilvejebringelse af landsdækkende sygesikringsstatistikker.

SFU's sammensætning er fastlagt i sygesikringslovens § 26, stk. 1, hvori det fastsættes, at

"Der nedsættes et centralt forhandlingsudvalg på 7 medlemmer for en 4-årig periode. 6 af medlemmerne vælges af Amtsrådsforeningen i Danmark, og 1 medlem udpeges af Københavns

magistrat og Frederiksberg kommunalbestyrelse i forening. Finansministeriet, indenrigsministeriet og socialministeriet udpeger hver 1 repræsentant, og Kommunernes Landsforening udpeger 2 repræsentanter, der deltager i udvalgets møder. Indenrigsministeren kan om fornødent fastsætte nærmere regler om fremgangsmåden ved valg af medlemmer."

SFU's væsentligste opgave fremgår af sygesikringslovens § 26, stk. 2, hvori det fastsættes, at udvalget på den offentlige sygesikrings vegne afslutter overenskomster med organisationerne på sygesikringsområdet om vilkårene for lægeydelser, tandlægeydelser m.v. Overenskomsterne har dog kun gyldighed, når de er godkendt af indenrigsministeren.

I lovens § 26, stk.3, er det endvidere fastsat, at indenrigsministeren, forinden der fastsættes regler i henhold til bemyndigelserne i lovens § 1, stk. 3-6, § 5, stk. 2, § 8, stk. 1, § 9, stk. 1 og § 15, skal indhente en udtalelse fra SFU. Tilsvarende gælder forinden der afsluttes overenskomst med andre stater i henhold til lovens § 20.

Den amtskommunale administration.

I hver amtskommune nedsættes i henhold til § 23, stk. 2, i sygesikringsloven et samordningsudvalg på 4 eller 6 medlemmer. Heraf udpeger amtsrådet blandt medlemmerne af hvert af de stående udvalg, der forvalter opgaver vedrørende sygehusvæsen, sygesikring samt sociale og øvrige sundhedsmæssige opgaver, mindst 1 medlem fra hvert udvalg. Kommuneforeningen i vedkommende amtskommune udpeger et medlem. Øvrige medlemmer udpeges blandt amtsrådets medlemmer.

For Københavns og Frederiksberg kommuner nedsættes et udvalg på 5 medlemmer, hvoraf Københavns magistrat udpeger 4 og Frederiksberg kommunalbestyrelse udpeger 1.

Embedslægeinstitutionen (i København og Frederiksberg tillige stadslægen) deltager med en repræsentant i udvalgets møder, og udvalget kan yderligere tilkalde repræsentanter for sygehuslæger, praktiserende læger og anden sagkundskab på det sociale og sundhedsmæssige område.

Samordningsudvalget skal virke til fremme af samarbejde og samordning mellem praktiserende læger, sygehus og anden sundhedsmæssig og social virksomhed.

Denne formulering af samordningsudvalgets opgaver afspejler, at en af de væsentligste begrundelser for indførelse af den offentlige sygesikring var at sikre en bedre koordinering af og sammenhæng i de sundhedsmæssige og sociale opgaver, det offentlige varetager.

For hver amtskommune og Københavns/Frederiksberg kommuner nedsættes endvidere i henhold til sygesikringslovens § 23, stk. 4, et fællesudvalg, bestående af medlemmer af samordningsudvalget og et lige så stort antal medlemmer udpeget af vedkommende lægekredsforening eller lægekredsforeninger. Fællesudvalget behandler klager vedrørende lægebetjeningen efter nærmere regler, der fastsættes ved overenskomst, og varetager i øvrigt opgaver, der måtte blive henlagt til fællesudvalget ved overenskomst eller ved lokal aftale.

Den kommunale administration.

Kommunernes opgaver på sygesikringsområdet vedrører først og fremmest udstedelse af sygesikringsbeviser og administrationen af reglerne om lægevalg.

Klager fra sikrede kan fremsættes gennem social- og sundhedsforvaltningen i den pågældende bopælskommune.

4.3.3. Overenskomstsystemet.

Sygesikringssystemet har som udgangspunkt, at sygesikringslovens ydelser skal gives af praktiserende læger, tandlæger m.fl.

Den nærmere afgrænsning af og vilkårene for de ydelser, som omfattes af loven, fastlægges ved overenskomster mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU) (jfr. afsnit 4.4.1) og de respektive faglige organisationer af læger, tandlæger m.fl. Overenskomsterne er dog kun gyldige, når de i henhold til sygesikringslovens § 26, stk. 2 er godkendt af indenrigsministeren.

Overenskomstsystemet er således et centralt instrument til påvirkning og styring af sygesikringsområdet. Det gælder både med hensyn til det sundhedsfaglige indhold og med hensyn til udviklingen i de samlede sygesikringsudgifter.

Overenskomsterne på de enkelte områder er med tiden blevet mere og mere omfattende. Udover regler om honoreringen for de enkelte ydelser indeholder de fleste overenskomster således også en lang række bestemmelser om organisation af praksis, samarbejdsudvalg, praksisplanlægning, nedsættelsesret, patienternes rettigheder m.v.

Til belysning af, hvad der konkret reguleres via overenskomst, gives der i det følgende en kort beskrivelse af overenskomsterne på almen lægeområdet, hvor der gælder to overenskomster. Den ene - landsoverenskomsten om almen lægegerning - dækker almen praksis uden for København, Frederiksberg, Tårnby og Dragør kommuner. Den anden - Københavnsoverenskomsten angående lægegerning - dækker de fire nævnte kommuner.

Opbygningen af overenskomsterne på de øvrige områder er i høj grad sket efter de principper, som gælder for landsoverenskomsten om almen lægegerning.

Landsoverenskomsten om almen lægegerning.

Landsoverenskomsten om almen lægegerning er indgået mellem SFU og Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Den fastlægger, hvilke ydelser, der omfattes af sygesikringsloven, regler om administrationen af almen lægepraksis, lægers adgang til nedsættelse i praksis, herunder kvalifikationskrav, honoreringsregler, klageregler m.v.

I henhold til overenskomsten er der etableret en fond, der har til formål at finansiere forskning i almen praksis og i sundhedsvæsenet iøvrigt, og en fond der medvirker til finansiering af uddannelsesammanuenser. Endvidere skal amtskommunerne efter overenskomsten årligt indbetale et beløb til PLO's administrationsudvalg til brug for sygehjælps-, efteruddannelses- og pensionsformål m.m.

I hver amtskommune skal der nedsættes et samarbejdsudvalg. Halvdelen af medlemmerne udpeges af det udvalg, amtsrådet nedsætter i henhold til sygesikringslovens § 23, stk. 2. Den anden halvdel udpeges af et lokalt udvalg under PLO (praksisudvalg).

Samarbejdsudvalget varetager en lang række opgaver vedrørende administrationen af almen lægebetjening i amtskommunen. Det drejer sig bl.a. om inddeling af amtskommunen i praksisområder med henblik på praksisregulering, spørgsmål om nedsættelse i lukkede praksisområder og tilrettelæggelse af vagtordninger. Samarbejdsudvalget vurderer også sygesikringens udgifter til lægehjælp vedrørende de enkelte læger. Udvalget kan træffe foranstaltninger til nedbringelse af den enkelte læges regningskrav til sygesikringen, hvis det afviger væsentligt fra de gennemsnitlige udgifter i det pågældende område.

Der er endvidere nedsat landssamarbejdsudvalg (LSU), jfr. sygesikringslovens § 27, stk. 1. Udvalget har 6 medlemmer; 3 udpeges af SFU og 3 af PLO.

LSU "skal til fremme af samarbejdet mellem parterne og til brug for udvikling eller ændring af de overenskomstomfattede opgaver på eget initiativ foretage fornødne undersøgelser og kan udarbejde vejledning til forståelse og praktisering af overenskomstens bestemmelser."

LSU godkender de lokale praksisområdeinddelinger og praksisplaner. Udvalget kan give retningslinier på begge områder.

LSU har pligt til at føre en effektiv kontrol med udgifterne til lægehjælp efter overenskomsten. Både amtskommunerne og lægerne har pligt til at give udvalget de statistiske oplysninger, som er nødvendige for udvalgets arbejde.

LSU har efter overenskomsten betydelige sanktionsmuligheder, dels over for den enkelte amtskommune, dels over for den enkelte læge. LSU kan bl.a. idømme bod, og det kan udelukke en læge fra at praktisere for den offentlige sygesikring.

LSU har således en meget central placering, når det gælder administrationen af sygesikringsområdet.

Der er nedsat et voldgiftsråd sammensat af LSU og en af parterne udpeget uafhængig formand.

Voldgiftsrådet behandler sager om fortolkning og anvendelse af overenskomsten samt klagesager, hvorom der ikke kan opnås enighed i LSU. Rådets kendelser er bindende for parterne.

Et landsbedømmelsesudvalg, bestående af 1 formand, udpeget af LSU efter indstilling fra sundhedsstyrelsen, samt 3 medlemmer, udpeget af SFU og 3 medlemmer udpeget af PLO fastsætter de generelle uddannelseskrav for de læger, der skal virke i almen praksis. Fastsættelsen af kravene forudsætter enighed i udvalget.

Fællesudvalget efter sygesikringslovens § 23, stk. 4, tillægges i overenskomsten følgende væsentlige opgaver:

- udarbejdelse af praksisplaner,
- behandling af klager fra sikrede og læger over kommunerne vedrørende overenskomstforhold,
- behandling af spørgsmål om henvisning til speciallæger,
- spørgsmål om samordning med øvrige sundhedspersonales virksomhed,
- beslutning om reduktion i antallet af alment praktiserende læger med tilbagegang i arbejdsmængden - kræver enighed i udvalget,
- stillingtagen til, hvilke læger der kan få adgang til at nedsætte sig i almen praksis - kræver enighed i udvalget.

Overenskomsten fastsætter en række detaljerede regler om praksisregulering i de enkelte amtskommuner. Det kræves, at der foretages en opdeling af amtskommunen i praksisområder. De enkelte områder skal herefter klassificeres som enten åbne eller lukkede. Klassifikationen sker på grundlag af antallet af gruppe 1-sikrede pr. læge i området. Denne opdeling har væsentlig betydning for reguleringen af det antal læger, der kan nedsætte sig i almen praksis, idet der som hovedregel kun kan ske nynedsættelse i åbne praksisområder.

Der skal udarbejdes en praksisplan, dækkende en nærmere fastsat årrække, f.eks. 5 eller 10 år.

Formålet med denne planlægning er dels at sikre en rimelig lægedækning, dels at praksissektoren udvikles under hensyntagen til andre sociale og sundhedsmæssige foranstaltninger, herunder sygehusvæsenet.

Lægers adgang til nedsættelse i almen praksis.

Overenskomsten fastsætter de uddannelsesmæssige krav, som den enkelte læge skal opfylde for at få adgang til at nedsætte sig i almen praksis.

En læge, der ønsker at nedsætte sig som alment praktiserende læge i lukkede praksisområder, kan enten overtage en praksis/praksisdel eller indgå i en praksis/samarbejdspraksis. I åbne praksisområder kan lægen etablere en ny praksis (0-praksis).

Efter overenskomstens § 27 er det en forudsætning for nedsættelse i almen praksis, at lægen er medlem af PLO. Denne eksklusivbestemmelse har afgørende betydning for lægernes mulighed for etablering af almen praksis, idet overenskomsten også fastsætter, at amtskommunerne ikke kan indgå aftale om almen praksis ud over overenskomsten, medmindre PLO giver tilslutning hertil.

Fællesudvalget beslutter efter annoncering hvilken læge (læger), der kan få adgang til nedsættelse i henhold til overenskomst.

Fællesudvalget kan meddele læger en generel tilladelse til nedsættelse ved overtagelse af en ledig praksis eller praksisdel eller til at indgå i en praksis/samarbejdspraksis, der har fået tilladelse til udvidelse. En sådan generel nedsættelsesret kan tidsbegrænses til 1 1/2 år.

Almen praksis kan tilrettelægges som enkeltmandspraksis eller kompagniskabspraksis. Begge former kan fungere i samarbejdspraksis. De nævnte praksisformer er i overenskomsten defineret på følgende måde:

Ved enkeltmandspraksis forstås:

Lægegerning udøvet af enkeltperson uden fællesskab med andre læger om patienter og økonomi.

Ved kompagniskabspraksis forstås:

Praksis, der drives af 2 eller flere læger, der har fælles patientkreds, økonomi, lokaler og personale.

Ved samarbejdspraksis forstås:

Praksis, der drives i samarbejde mellem flere enkeltmands- og/eller kompagniskabspraksis med hver deres patientkreds, hvorom der dog findes et vist samarbejde og med fællesskab om lokaler og helt eller delvis om personale.

De alment praktiserende læger inden for et eller flere praksisområder kan etablere vagtordninger. De skal tilrettelægges med henblik på sikring af en nem adgang for patienterne til fornøden lægehjælp uden for dagarbejdstiden og under hensyntagen til sygesikringens økonomi.

Vagtordninger kan tilrettelægges som visitationsvagtordninger. Det betyder, at der skal være 2 vagthavende læger. Den ene er til rådighed for telefoniske visitationer af henvendelser om lægehjælp. Læger, der ikke i øvrigt praktiserer for sygesikringen, kan deltage i vagtordninger (vagtlæger).

Honorarsystem.

De to væsentligste honorartyper er basishonorar og grundydelseshonorarer.

Basishonoraret er et fast beløb pr. kvartal for hver gruppe 1-sikret, der er tilmeldt en læge. Beløbet udbetales, uanset om der i et kvartal er kontakt mellem læge og patient. Basishonoraret har altså karakter af et rådighedshonorar.

Grundydelseshonorar udbetales for hver patientkontakt. Det kan f.eks. være konsultation, telefonkonsultation eller receptfornyelse. Herudover er der aftalt honorering for en lang række tillægsydelser, eksempelvis udtagning af blodprøver, fjernelse af negl m.m. Ligeledes er der aftalt honorarer for laboratorieydelser.

Overenskomsten bygger på en forudsætning om, at det samlede udbetalte basishonorar på landsplan pr. år skal svare til det samlede udbetalte honorar for grundydelse pr. år.

Reguleringen af de enkelte honorarer sker med udgangspunkt i en opdeling af honorarerne i en omkostningsandel (praksisudgifter) og en nettoandel (lægenes indkomst). Fordelingen er fastsat til henholdsvis 25 pct. og 75 pct. Omkostningsandelen reguleres på grundlag af udviklingen i reguleringspristallet. Reguleringen af nettoandelen sker på baggrund af lønudviklingen for højere lønnede tjenestemænd (lønramme 36, skalatrin 49).

Der er i overenskomsten aftalt en række kontrolbestemmelser. Hvis udgiften til basis- og ydelseshonorarer pr. sikret i en praksis overstiger den gennemsnitlige udgift pr. sikret inden for de områder, med hvilken udgiften er sammenlignet med 25 pct., skal der foretages en undersøgelse af årsagerne hertil. Tilsvarende gælder, hvis antallet af konsultationer eller sygebesøg i en praksis er mere end 40 pct. over gennemsnittet.

Samarbejdsudvalget kan på grundlag af sådanne undersøgelser fastsætte en øvre grænse for de samlede indtægter eller for indtægter vedrørende de enkelte ydelseskategorier for den enkelte praksis.

Bestemmelser vedrørende de sikrede.

De væsentligste bestemmelser angår de sikredes ret til frit lægevalg. Selvstændigt gruppe 1-sikrede har mulighed for at skifte læge en gang om året. Lægeskifte sker pr. 1. oktober. Denne regel kan dog fraviges i særlige tilfælde. Børn under 16 år får den læge, forældrene har valgt. Denne skal som hovedregel have konsultation inden for en afstand på 10 km fra den sikredes bopæl.

Sikrede har kun adgang til vederlagsfri lægehjælp hos den valgte læge. Ved pludselig opstået sygdom, ulykkestilfælde og lignende kan den sikrede dog søge anden læge.

Klagereglerne omfatter de forhold, der omhandles i overenskomsten. Spørgsmål om overtrædelse af lov om udøvelse af lægegerning, straffelovgivning m.v. omfattes ikke.

Klager fra sikrede indbringes for amtsrådets social- og sundhedsudvalg i den amtskommune, hvor lægen har sit konsultationssted. Klager fra kommuner forelægges på samme måde. Klagerne behandles i første instans af samarbejdsudvalget.

Klager over amtskommunen forelægges landssamarbejdsudvalget.

Københavnsoverenskomsten angående lægegerning.

Københavnsoverenskomsten angående lægegerning, der er indgået mellem Praktiserende Lægers Organisation, København, Københavns Lægeforening, Foreningen af Speciallæger og SFU, omfatter inden for overenskomstområdet almen praktiserende læger, øjen- og ørelæger (speciallæger) og speciallæger i fysiurgi.

Reglerne vedrørende administrationen af overenskomsten er i princippet udformet som de tilsvarende regler i landsoverenskomsten.

Efter Københavnsoverenskomsten er yderne ansatte. Overenskomstområdet opdeles i storkredse. Inden for hver storkreds ansættes så mange alment praktiserende læger, at antallet af gruppe 1-sikrede pr. læge er ca. 1.325. Ansættelsen af læger foretages af det udvalg, der er nedsat i henhold til sygesikringslovens § 23, stk. 2. Ved ansættelse af læger i Tårnby og Dragør kommuner deltager 1 repræsentant for social- og sundhedsudvalget i Københavns amtskommune.

Inden for overenskomstområdet ansættes (så vidt muligt) så mange øjen- og ørelæger, at antal sikrede pr. læge er ca. 18.500. En speciallæge i fysiurgi kan tildeles 28.000 sikrede.

De læger, der ansættes, har pligt til at være medlemmer af de respektive faglige organisationer.

Tilrettelæggelse af praksis.

Alment praktiserende læger skal holde konsultation mindst 1 1/2 time dagligt mandag-fredag. Tirsdag eller onsdag afholdes konsultation i 2 timer efter kl. 16. Denne sene konsultation er forbeholdt personer, der på grund af arbejdsforhold

ikke kan søge læge i den normale konsultationstid. Lægene skal mandag-fredag have telefontid mellem kl. 8-9, fortrinsvis til bestilling af sygebesøg. Herudover skal lægerne have telefontid 1/2 time i forbindelse med konsultationstiden.

Forebyggende undersøgelser og udstedelser af større attester skal foretages efter tidsbestilling uden for den faste konsultationstid.

Almen lægepraksis kan tilrettelægges som enkeltmandspraksis eller samarbejdspraksis.

Øjen- og ørelæger skal afholde dagkonsultation mindst 1 time mandag, tirsdag, onsdag og fredag samt sen konsultation torsdag 15.30-17.30.

Fysiurgi. I København og Frederiksberg ydes fysiurgisk behandling på Københavns sundhedsdirektorats fysiurgiske klinikker. Efter anmodning fra læge kan behandlingen ske i patientens hjem.

Honorarsystem.

Overenskomsten har to honorartyper, dels et fast årshonorar, dels honorarer for enkelte ydelser. Det faste årshonorar udgør langt størstedelen af sygesikringens honorarudgifter.

For almen læger fastsættes årshonoraret med udgangspunkt i en praksis med 1.325 tilmeldte gruppe 1-sikrede på følgende måde:

Udgangspunktet er statens lønramme 36 plus tillæg (kontorchefniveau). Hertil lægges 25 pct. til dækning af praksisomkostninger. Endvidere ydes der en række tillæg til pensionsordninger m.v. samt feriepenge. Den enkelte læge honoreres højst for 2.200 sikrede.

Øjen- og ørelægerne honoreres efter ~~samme~~ principper. Udgangspunktet er statens lønramme 37 plus generelt tillæg. Der tillægges 31,83 pct. til dækning af praksisomkostninger.

Honorar pr. ydelse gives for hjemmebesøg og udstedelse af attester.

Overlæger ved de fysiurgiske klinikker lønnes efter Københavns kommunes lønramme 34. Der ydes særligt honorar for sygebesøg.

Bestemmelser vedrørende de sikrede.

Overenskomstens bestemmelser gælder for gruppe 1-sikrede.

De kan frit vælge læge blandt de ansatte læger inden for en storkreds. Har den ønskede læge mere end 2.200 tilmeldte sikrede, kræver det dog lægens samtykke. Lægeskift sker pr. 1. oktober, og anmodning herom skal fremsættes inden udgangen af august måned. Dette gælder også ønske om overflytning fra en fast speciallæge til en anden.

Klager fra kommunerne og de sikrede indbringes skriftligt for det fællesudvalg, der er nedsat i henhold til sygesikringslovens § 23, stk. 4.

Københavns lægevagt.

Københavns lægevagt administreres under Københavns Lægeforening. Lægevagtens økonomi skal hvile i sig selv.

Lægevagtslægerne honoreres pr. besøg. For lægevagtsområdet er der således også i Københavns-området et ydelseshonorarsystem.

Ansættelse af vagtlæger foretages af samme udvalg, som ansætter øvrige læger under overenskomsten. Klager over vagtlæger behandles af lægevagtens økonomi- og samarbejdsudvalg (paritetisk sammensat udvalg). Hvis en af parterne finder det hensigtsmæssigt, kan klager henvises til fællesudvalget.

Andre overenskomster på almenlæge-området.

Udover de to foran nævnte overenskomster har SFU indgået en række mindre omfattende overenskomster med PLO.

Det drejer sig om:

Tillægsoverenskomst til landsoverenskomsten vedrørende lægebetjening af gruppe 1-sikrede beboere på institutioner, der er etableret efter bostandslovens § 112, stk. 1. Overenskomster om ø-læger (særlige honorarregler).

Overenskomst om forebyggende helbredsundersøgelse af gravide og børn samt om vaccinationer.

I perioden 1. april 1982 indtil den 31. marts 1985 var der en særlig overenskomst vedrørende et forsøgsprojekt i Lægernes Hus i Billund, der bl.a. omfattede familieterapi, samtaleterapi og gruppebehandling af patienter med somatisk lidelse. Der foreligger en evalueringsrapport fra forsøget. Titlen er "Fremtidens sundhedsvæsen" (SFU, 1986).

Endvidere er der mellem Kommunernes Landsforening og PLO indgået en overenskomst om løn- og ansættelsesvilkår for lægekonsulenter. Disse ansættes som rådgivere for kommunens social- og sundhedsforvaltning, og de skal medvirke til den bedst mulige kontakt mellem forvaltningen, herunder sundheds- og hjemmesygeplejen og de praktiserende læger, samt med sygehuse, andre behandlingsinstitutioner m.fl.

4.3.4. Praksissektorens finansiering.

Den offentlige sygesikrings udgifter til lægehjælp, tandlægehjælp m.v. afholdes af amtskommunerne, Københavns og Frederiksberg kommune. Denne fordeling fremgår af nedenstående skema 2, der også viser, om patienterne har en egenbetaling.

Skema 2. Finansieringen af de offentlige sygesikringsudgifter, fordelt mellem stat, amter og kommuner.

	Kommu- ner	Amtskom- muner	Staten	Patientbe- taling (takstbeta- ling) 4.1)
	1.	2.	3.	4.1)
Almen lægehjælp		100	pct.	(+) ¹
Speciallægehjælp		100		(+) ¹
Medicin		100		+
Tandlægebehandling		100		+
Fysioterapi		100		+
Kiropraktik		100		+
Fodterapeuter		100		+
Briller/rejsesyge- sikring		100		+
Andet (begravelses- hjælp ²) + befor- dringsgodtgørelse	50		R 50	+

- 1) Egenbetaling for almen læge- og speciallægehjælp gælder kun for gruppe 2-sikrede. For de øvrige områder dækker sygesikringen kun en del af de samlede udgifter.
- 2) Udgifterne til begravelseshjælp og befordringsgodtgørelse afholdes af kommunerne, dog således at staten yder 50 pct. refusion. Fra den 1. januar 1987 bortfalder refusionsordningen.

Udgifterne til sygesikringen finansieres således væsentligst af amtskommunerne.

Som det fremgår af skema 2 er det kun lægehjælp, der er vederlagsfri (fuldt skattefinansieret) for patienterne.

På tandplejeområdet dækker sygesikringen således kun halvdelen af patienternes udgifter til ydelser, hvortil der ydes tilskud, for de 16-30 årige dog lidt mere. Af sundheds-

styrelsens redegørelse om "Modeller for en fremtidig tandsundhedspolitik" (1985) fremgår det da også, at sygesikringens udgifter til tandpleje i 1983 kun udgjorde ca. 1/3 af de samlede udgifter til tandpleje for den voksne befolkning.

Tilskuddene til fysioterapi, kiropraktorbehandling og fodterapi ydes som faste kronebeløb, fastsat af indenrigsministeren. På disse områder er der således også en egenbetaling for patienterne.

5. Vurdering af det nuværende grundlag for praksissektoren.

5.1. udgangspunkter for vurderingen.

Med udgangspunkt i de generelle målsætninger for sundhedspolitikken og de forudsætninger for udvalgets arbejde, som er beskrevet i kapitel 3, samt de beskrivelser af den gældende lovgivning og de eksisterende overenskomster på almen lægeområdet, som er indeholdt i kapitel 4, foretages der i det følgende en vurdering af:

- de to forskellige overenskomster på almen lægeområdet,
- overenskomstsistemets virkemåde, og
- den finansielle struktur på sundhedsområdet.

Endvidere knyttes der nogle korte kommentarer til indholdet i den eksisterende lovgivning (lov om offentlig sygesikring).

Formålet hermed er først og fremmest at foretage en samlet vurdering af, om det eksisterende system på praksisområdet enten fremmer eller hæmmer

- mulighederne for en styrkelse af den primære sundhedstjeneste,
- mulighederne for en styrkelse af den forebyggende og sundhedspædagogiske indsats,
- mulighederne for en effektiv samordning i sundhedsvæsenet og mellem sundhedsvæsenet og socialvæsenet,
- mulighederne for en effektiv omkostningsstyring.

Herudover kan der i vurderingen af det eksisterende system inddrages spørgsmål om sikring af nem adgang til sundhedsvæsenets ydelser for den enkelte (nærhedsprincip), muligheder for etablering og fastholdelse af klientfællesskab mellem almen læge og personalet i den enkelte kommunale social- og sundhedsforvaltning og sikring af kontinuitet i den samlede sociale og sundhedsmæssige indsats.

Afgrænsningen af de problemer, som behandles i dette kapitel, er foretaget i overensstemmelse med den i kapitel 1 beskrevne afgrænsning af udvalgets kommissorium.

I de følgende vurderinger og overvejelser er der ikke taget stilling til f.eks. kvaliteten af de ydelser, som i dag gives i praksissektoren, ligesom en række væsentlige spørgsmål vedrørende lægernes uddannelsesmæssige forudsætninger, de faglige organisationers betydning for lægernes egen opfattelse af, hvorledes praksissektoren skal fungere m.m. ikke er behandlet. Heri ligger ikke en undervurdering af disse faktoreres betydning, men alene et forsøg på en afgrænsning af udvalgets opgaver under hensyn til kommissoriets krav og den fastsatte tidsramme for udvalgets arbejde.

På denne baggrund er det vigtigt at understrege, at de efterfølgende vurderinger ikke kan ses som en stillingtagen til, hvorledes det eksisterende sundhedsvæsen som helhed løser sine opgaver. Som nævnt i kapitel 1 må en sådan vurdering også baseres på bl.a. de overvejelser og forslag, som er indeholdt i betænkningen om samordning i sundhedsvæsenet.

5.2. Den gældende lovgivning.

Ved vurderingen af den lovgivning, der i dag fastlægger rammerne for praksissektoren, er det i denne sammenhæng hensigtsmæssigt først at foretage en afgrænset diskussion af den gældende sygesikringslov. Den giver overordentlig vide rammer for, hvordan praksissektoren skal tilrettelægges. Vilklårene for lovens ydelser skal fastlægges ved overenskomster mellem det offentlige og de relevante organisationer af ydere. Den kendsgerning, at loven i så udpræget grad er en rammelov, betyder på den anden side, at loven ikke stiller nogen sundhedspolitiske eller økonomiske krav til, hvordan praksissektoren skal fungere. Her adskiller loven sig således fra eksempelvis den norske lovgivning om sundhedstjenesten i kommunerne, der - ganske vist i meget brede formuleringer - fastlægger formålet med sundhedstjenesten i selve loven.

En samlet vurdering af, om den gældende lovgivning for praksissektoren fremmer eller hæmmer opfyldelsen af de sund-

hedspolitiske målsætninger, kan ikke foretages ved alene at tage udgangspunkt i sygesikringsloven.

Rammerne for praksissektoren bestemmes naturligvis også af den øvrige lovgivning på sundhedsområdet, det vil sige sygehusloven, medicinallovgivningen, lovgivningen om de kommunale sundhedsordninger m.v. Når disse forhold inddrages, er det rimeligt indledningsvis at påpege, at ansvaret for den samlede sundhedsmæssige indsats er fordelt på flere forskellige myndigheder. Det er fordelt mellem kommunerne og amtskommunerne, og i de fleste amtskommuner i det daglige fordelt mellem social- og sundhedsudvalget og sygehusudvalget, selv om amtsrådet selvfølgelig har et samlet ansvar. På det centrale niveau er indenrigsministeriet ansvarlig for størstedelen af sundhedslovgivningen, men væsentlige lovgivningsområder med betydning for befolkningens sundhed (arbejds miljø, ernæring, m.v.) er dog henlagt til andre ministerier. Hertil kommer, at socialministeriet har væsentlige lovgivningsområder, der har direkte betydning for den samlede sundhedsmæssige indsats, som kan tilbydes. Endelig varetager sundhedsstyrelsen en række selvstændige opgaver på sundhedsområdet.

5.3. Vurdering af overenskomstsyste met.

5.3.1. Vurdering af overenskomsterne på almen lægeområdet.

Et centralt punkt i overvejelserne omkring organisationen af praksissektoren er udformningen af lægeoverenskomsterne. I den nuværende struktur eksisterer der to lægeoverenskomster for almen praksis - landsoverenskomsten og Københavns-overenskomsten. Alment praktiserende læger i København, Frederiksberg, Dragør og Tårnby kommuner har et ansættelseslignende forhold, mens alle andre alment praktiserende læger aflønnes med dels et basishonorar og dels et ydelseshonorar, jfr. afsnit 4.3.2.¹⁾

- 1) Praktiserende Lægers Organisation har i sommeren 1986 rettet henvendelse til SFU om forhandlinger med henblik på, at Københavns-overenskomsten ophæves og erstattes af landsoverenskomsten.

De forskellige aflønningsformer kan tænkes at påvirke lægernes adfærd, idet de 2 overenskomster rummer forskellige økonomiske tilskyndelser for lægerne i praksissektoren. For læger under landsoverenskomsten vil der inden for visse grænser være en tilskyndelse til selv at varetage behandlingen af en patient i den primære sundhedssektor. Der er imidlertid i landsoverenskomsten kun begrænsede tilskyndelser til forebyggende og sundhedspædagogisk indsats. For lægerne under Københavns-overenskomsten er lægens indkomst ikke baseret på antal ydelser, men på antal tilmeldte patienter. Overenskomstens opbygning kan således her tilskynde til behandling på et mere specialiseret niveau - speciallæge eller sygehus, jfr. side 66.

En lang række andre forhold vil påvirke lægernes adfærd f.eks. faglige normer, etik, uddannelse, patienternes ønsker og forventninger. Det er vigtigt at understrege, at disse forhold kan have en meget betydelig indflydelse på lægernes adfærd, men i dette afsnit vurderes de 2 forskellige overenskomster med hensyn til ydelsesantal, henvisningsmønster og udgifter til sundhedsvæsenet. Der tages ikke hensyn til eventuelle forskelle i kvaliteten af de præsterede ydelser og i patienternes behandlingsbehov.

En analyse af konsekvenserne af de to lægeoverenskomster med hensyn til ydelsesmønster samt ydelses- og omkostningsniveau vanskeliggøres herudover af en række forhold, der betyder, at det kan være vanskeligt at drage entydige konklusioner.

Det må ved vurderingen af de statistiske oplysninger, der foreligger om aktiviteten tages i betragtning, at de geografiske områder, de to forskellige overenskomster dækker, er forskellige med hensyn til f.eks. befolkningssammensætning, sociale forhold, en forskellig dækning med hensyn til speciallæger, forskelle i sygehuskapacitet m.v. Disse forhold vil alle påvirke ydelsesforbruget og henvisningsmønsteret, og en nærmere analyse af virkningerne af de to overenskomster er da nødvendig, hvis man vil opnå helt entydige resultater. Her er der imidlertid problemer omkring en mangelfuld statistisk belysning; eksempelvis er der ikke under Københavns-overenskom-

sten en løbende registrering af ydelsesforbruget, og registreringen af den ambulante virksomhed på sygehusene er i almindelighed utilstrækkelig.

På trods af disse forhold kan en analyse af ydelsesforbrug og -mønster under de to forskellige overenskomster i nogen grad bidrage til overvejelserne om, hvilke muligheder der er for at skabe et bedre grundlag for gennemførelse af de sundhedspolitiske målsætninger ved hjælp af en omlægning af overenskomstsyste­met.

Indledningsvis undersøges, om der i de 2 overenskomstområder er betydende forskelle i dækningsgrad, defineret som antal gruppe 1-sikrede pr. læge, idet sådanne forskelle som nævnt kan resultere i et varierende ydelsesmønster.

De alment praktiserende læger under Københavns-overenskomsten har ca. 14 pct. flere patienter end læger under lands-overenskomsten. Denne forskel synes umiddelbart forholdsvis stor, specielt når den betydende overvægt af ældre i det område, der dækkes af Københavns-overenskomsten, tages i betragtning. Det må dog i denne sammenhæng tages i betragtning, at læger under landsoverenskomsten som udgangspunkt selv har vagtforpligtelsen i modsætning til i København, hvor der er ansat et antal vagtlæger.

Der er store forskelle i dækningsgraden med hensyn til speciallæger. Her er der ikke blot tale om forskelle mellem de 2 overenskomstområder, hvor dækningen er større i Københavns-området, men tillige tale om store regionale forskelle i det område, der dækkes af landsoverenskomsten. Således er speciallægedækningen i nogle områder meget beskeden.

Behandlinger i sygehusregie kan indebære væsentlige substitutionsmuligheder for behandling i praksissektoren. Her er den ambulante service mangelfuldt statistisk belyst. For så vidt angår sengekapaciteten (som groft udtryk for behandlingskapaciteten) er det sådan, at Københavns og Frederiksberg kommuner med 12 pct. af landets befolkning råder over godt 6.000 senge, svarende til ca. 18 pct. af det totale antal senge, mens det øvrige land råder over godt 28.000 senge (1984-tal).

Det større udbud af speciallæger og den relativt større sengekapacitet i hovedstadsområdet kan have betydning for de ydelser, der gives og for lægernes henvisningsmønster.

I tabel 5 er ydelsesmønsteret med hensyn til behandling og profylakse vist for de 2 overenskomster og for begge sikringsgrupper.

Befolkningens alderssammensætning har betydning for forbruget af sundhedsydelser. Ældre mennesker har gennemsnitligt et større forbrug af lægeydelser end andre befolkningsgrupper. I København er der relativt flere ældre. Dette skulle alt andet lige medføre et større ydelsesforbrug under Københavns-overenskomsten. Derfor er det tillige i tabel 5 vist, hvor mange ydelser, læger under Københavns-overenskomsten skulle have ydet i alt og pr. sikret, hvis ydelsesmønsteret fulgte det aldersspecifikke ydelsesmønster under landsoverenskomsten.

Tabel 5. Faktiske og forventede antal ydelser til gruppe 1- og 2-sikrede i dagarbejdstiden 1983/1984.

Ydelsesart	Antal ydelser					
	Landsoverenskomsten ¹⁾		Københavns-overenskomsten			
	Faktisk ydelsesmønster		Faktisk ydelsesmønster		Forventet ydelsesmønster	
	Pr. sikr.	Pr. læge	Pr. sikr.	Pr. læge	Pr. sikr.	Pr. læge
Grundydelse ²⁾	5,2	7.122	4,5	7.430	8,0	11.141
Tillægssydel.	0,5	739	0,4	724	0,6	849
Laboratorieydelse	0,8	1.076	0,2	359 ²⁾	0,9	1.361

- 1) Receptfornyelser, der indgår med 1,0 ydelse pr. gruppe 1- og 2-sikret i landsoverenskomsten, er ikke medregnet her, da receptfornyelser ikke er registreret selvstændigt i ydelsesstatistikken fra Københavns kommune.
 - 2) Omfatter i denne sammenhæng konsultation, telefonkonsultation og besøg.
 - 3) Københavns læger har selvstændigt centrallaboratorium.
- Kilde: Kontakt- og ydelsesstatistik for alment praktiserende læger under Københavns-overenskomsten 1983/1984, udgivet 1985.

Det faktiske ydelsesantal under Københavns-overenskomsten ligger imidlertid væsentligt lavere end det forventede, hvis ydelsesantallet fulgte det aldersspecifikke ydelsesantal på landsplan. Dette forhold kan ikke umiddelbart forklares ved specielle forhold i Københavns-overenskomstens område.

Det er imidlertid konstateret, at der i dette område er en større sygelighed og dødelighed end på landsplan. Dette skulle også trække i retning af et større ydelsesforbrug end landsgennemsnittet.

Det er derfor et spørgsmål, om det konstaterede lavere ydelsesforbrug kan forklares ved en afvigende henvisningshyppighed til speciallæger og hospitaler.

Antallet af henvisninger til praktiserende speciallæge pr. læge under Københavns-overenskomsten er ca. 40 pct. større end under landsoverenskomsten. Den atypiske aldersfordeling i Københavnsområdet og den omstændighed, at der er flere patienter pr. almen læge i gennemsnit under Københavns-overenskomsten kan næppe forklare en så stor forskel i henvisningshyppighed.

I det omfang praktiserende speciallæger aflaster sygehuse, skulle den højere henvisningsfrekvens under Københavns-overenskomsten betyde, at der henvises færre patienter til behandling på sygehuse.

Når der korrigeres for alders- og kønssammensætningen ligger sygehusforbruget i Københavns og Frederiksberg kommuner med hensyn til udskrivinger henholdsvis 16 og 14 pct. over landsgennemsnittet. Der er dog tale om betydelige variationer mellem amtskommunerne. Selv om lægerne under Københavns-overenskomsten har en større henvisningsfrekvens til praktiserende speciallæger end landsgennemsnittet, kan der således også konstateres et større forbrug af de sygehusydelser.

I vurderingen af merforbruget i Københavnsområdet må dog indgå flere faktorer end de overenskomstmæssige forskelle. De forhold, der ofte fremhæves er oversygelighed og -dødelighed, dårlige boligforhold, mange enlige ældre m.v. Om disse forhold fuldt ud kan forklare variationerne er vanskeligt at afgøre.

Af det foreliggende statistiske materiale ses en tendens til, at alment praktiserende læger under landsoverenskomsten i større omfang end alment praktiserende læger under Københavns-overenskomsten behandler patienterne selv frem for at henvise til speciallæge. Samtidig ses flere udskrivinger i Københavnsområdet end i området under landsoverenskomsten. En del af dette merforbrug kan skyldes de specielle forhold i Københavnsområdet. Der er således i Københavnsområdet en tendens til, at behandlingerne foretages på et mere specialiseret niveau. Det kan ikke afgøres, i hvor høj grad dette skyldes overenskomstmæssige forhold, eller om den forholdsvis store speciallæge- og sygehuskapacitet (udbudsinduceret efterspørgsel) i Københavnsområdet betinger det anderledes behandlingsmønster.

Et ydelsesforbrug, der på mange områder er væsentligt forskelligt under de 2 overenskomstområder, vil give sig udslag i forskellige udgiftsniveauer og strukturer.

I tabel 6 er de regionale udgifter pr. indbygger til sygesikring vist.

Tabel 6. udgifter pr. indbygger¹⁾ til sygesikring 1983.

Amtskommune	Almen læge- hjælp ²⁾	Special- læge- hjælp	Medicin	Fysio- terapi	I alt
København	419	214	261	30	1.085
Frederiksborg	398	208	236	44	1.048
Roskilde	438	172	222	29	1.027
Vestsjælland	406	113	263	27	947
Storstrøm	409	125	288	23	987
Bornholm	442	63	259	17	918
Fyn	421	125	285	20	996
Sønderjylland	415	104	263	18	939
Ribe	410	101	258	10	913
Vejle	395	109	275	17	941
Ringkøbing	413	81	253	26	915
Århus	403	124	248	25	963
Viborg	411	106	301	19	963
Nordjylland	400	93	267	20	911
Samtlige	410	133	263	24	979
Københavns kommune	453	240	314	63 ³⁾	1.216
Frederiksberg kommune	383	254	330	76 ³⁾	1.194
Hele landet	414	146	269	29	1.005

- 1) Pr. 1. juli 1983. I de samlede sygesikringsudgifter pr. indbygger indgår tillige udgifter til tandlægebehandling, kiropædagogik, fodterapi m.m.
- 2) Inkl. udgifter til laboratorieundersøgelser foretaget på lægelaboratorier i Københavns amtskommune.
- 3) Inkl. fysiurgisk behandling.

Kilde: Sygesikringsstatistik 1983.

Københavns og Frederiksberg kommuner ligger over landsgennemsnittet med hensyn til sygesikringsudgifter pr. indbygger. Især udgifter til speciallægehjælp, medicin og fysiurgisk behandling trækker udgiftsniveauet op over det gennemsnitlige udgiftsniveau på landsplan. For så vidt angår udgifter til almen lægehjælp ses ikke de store variationer mellem amtskommunerne.

Københavns kommune ligger tillige over landsgennemsnittet med hensyn til sygesikringsudgifter til almen lægehjælp. Dette er dog til dels betinget af, at udgifter til lægelaboratorier er indregnet i udgiftsniveauet. Uden for Københavns kommune og amtskommune rekvireres laboratorieundersøgelser i stor udstrækning fra sygehusene og indregnes derfor ofte i sygehusudgifterne.

Der er en meget stor forskel på udgifterne til almen lægehjælp i Københavns og Frederiksberg kommuner, der hører under den samme lægeoverenskomst. Samtidig ligger Frederiksberg kommune på stort set alle andre udgiftsområder højere end Københavns kommune. Disse forskelle mellem Københavns og Frederiksberg kommuner kan selvfølgelig ikke forklares i overenskomstmæssige forskelle.

Udgifterne til speciallægehjælp udviser store variationer imellem amtskommunerne, hvilket især må tilskrives regionale forskelle i dækningen med speciallæger. I Københavns og Frederiksberg kommuner ligger udgifterne til speciallægehjælp også væsentligt over landsgennemsnittet. Når lægerne under Københavns-overenskomsten oftere henviser til speciallæge end læger under landsoverenskomsten, hænger det næppe alene sammen med overenskomstmæssige forhold. Den højere speciallægedækning i Hovedstadsområdet synes også for den del af området, som dækkes af landsoverenskomsten at føre til et forholdsvis højt forbrug af speciallægeydelser.

Forbruget af sygesikringsydelser er som sundhedsydelser generelt afhængigt af køn og alder, således at forbruget er stigende med alderen, og at kvinder forbruger flere ydelser end mænd. Køns- og aldersforskelle kan således være medvirkende til det generelt højere forbrug af sygesikringsydelser under Københavns-overenskomsten end under landsoverenskomsten.

I tabel 7 er udgifter til almen lægehjælp og speciallægehjælp samt til sygesikring i alt vist regionalt og alders- og kønskorrigeret.

Tabel 7. Udgifter pr. indbygger til sygesikring i alt, almen- og speciallægehjælp. Køns- og alderskorrigeret¹). Indeks (landsgennemsnit = 100).

Amtskommuner	Sygesikring i alt	Almen lægehjælp	Speciallægehjælp
København	110	102	149
Frederiksborg	110	101	150
Roskilde	109	113	126
Vestsjælland	95	99	78
Storstrøm	96	97	85
Bornholm	90	106	43
Fyn	99	102	86
Sønderjylland	95	102	72
Ribe	94	103	72
Vejle	95	97	76
Ringkøbing	95	105	58
Århus	98	99	87
Viborg	97	100	74
Nordjylland	92	98	65
Københavns kommune	109	98	147
Frederiksberg kommune	103	81	151
Hele landet	100	100	100

1) Køns- og alderskorrektionen er foretaget med udgangspunkt i sygesikringskriteriet, der er et mål for det antal sygesikringsydelser, som amtskommunen med den faktiske køns- og alderssammensætning måtte forventes at have.

Kilde: Københavnerreporten, AKF 1985.

Der er for Københavns og Frederiksberg kommuner tale om en kombination af mindre udgifter til praktiserende læger og betydelige merudgifter til speciallæger i forhold til landsgennemsnittet.

I Københavns og Frederiksberg kommuner registreres et større forbrug af sygehusydelser end i det øvrige land. Dette gælder både, når forbruget måles i sengedage og udskrivninger, og når det måles ved de samlede sygehusudgifter.

Forklaringerne på dette kan næppe alene tilskrives de forskellige overenskomster på almen lægeområdet. F.eks. skulle Københavns-overenskomsten, netop på grund af den faste aflønningsform, give bedre muligheder for at formindske forbruget af øvrige sundhedsydelser, ligesom det forhold, at social- og sundhedsydelser i Københavns og Frederiksberg kommuner er underlagt samme administrative niveau skulle forventes at reducere forbruget af sygehusydelser. Demografiske forhold, det store udbud fra de øvrige dele af behandlingsapparatet, urbaniseringsgraden osv. indgår også som væsentlige, forklarende faktorer. Alligevel indikeres vel, at Københavns-overenskomsten ikke isoleret synes velegnet som grundlag for at sikre en mere velfungerende almen praksis.

5.3,2. Generelt om overenskomstsyste

I det følgende foretages en mere generel vurdering af, hvordan overenskomstsyste

De eksisterende sygesikringsoverenskomster omfatter typisk, som det fremgår af afsnit 4.3.2., følgende:

- aftaler om samarbejdsregler (samarbejdsudvalg, voldgiftsregler),
- planlægningsbestemmelser i form af aftaler om praksistilrettelæggelse, praksisregulering m.v.,
- aftaler om ydernes rettigheder med hensyn til at rekvirere medicin m.v. på sygesikringens regning
- aftaler om honorarstørrelser og -regulering
- kontrolbestemmelser
- beskrivelse af patienternes rettigheder (lægevalg, klage-regler)
- fastlæggelsen af, hvilke ydelser den offentlige sygesikring giver tilskud til.

Overenskomstsyste

Endvidere er overenskomsterne i nogen grad styrende for det sundhedsfaglige indhold af praksissektorens ydelser.

Det eksisterende overenskomstsysttem medfører en relativt stram central styring af udviklingen på sygesikringsområdet. Der er ganske vist muligheder for at indgå lokale overenskomster mellem det enkelte amtsråd og yderne, men denne mulighed er kun blevet brugt i ringe omfang. Hertil kommer, at de decentrale aftaler som regel også skal godkendes centralt. De lokale/regionale forhold på sundhedsområdet har derfor i praksis kun meget ringe (ingen) betydning for udformningen af de overenskomster, der gælder på sygesikringsområdet.

De eksisterende overenskomster fastlægger ikke eksplicit konkrete sundhedspolitiske mål for indsatsen inden for de enkelte overenskomstområder.

Honoreringen af praktiserende speciallæger, tandlæger m.fl. er baseret på aftale om honorering for enkelttydelser. De ydelser, der er omfattet af de nævnte overenskomstområder, er væsentligst orienteret mod behandling af sygdom.

På almen lægeområdet er honorarstrukturen af mere sammensat karakter, og der er meget væsentlige forskelle mellem honorarsystemet i landsoverenskomsten om almen lægegering og Københavns-overenskomsten om lægegering. Ingen af overenskomsterne indeholder særlige honorarer, som specielt tilskynder lægerne til en aktiv sygdomsforebyggende indsats. Der er dog indgået en særlig overenskomst mellem SFU og PLO vedrørende forebyggende helbredsundersøgelser af gravide og børn samt vaccinationer.

Lægernes muligheder for indtægtsforøgelse er således snævert knyttet til, om de kan/vil udvide antallet af præstere ydelser (behandlinger), hvilket kan ske ved en forøgelse af antal ydelser pr. patient og/eller gennem en forøgelse af antal tilmeldte patienter i den enkelte praksis.

På alle overenskomstområder er sygesikringshonoraret opdelt i en nettoandel ("yderens løn") og en omkostningsandel (til dækning af omkostningerne ved drift af praksis). Det betyder, at der ved honoreringen i det eksisterende system ikke tages hensyn til serviceforskelle m.v. mellem praksis.

I de eksisterende overenskomster er der ikke generelt indeholdt bestemmelser om honoreringsformer, der kunne tilskynde til samarbejde på tværs af de enkelte sektorer i sundhedssektoren. Eksempelvis findes der ikke i speciallægeoverenskomsten honorar for rådgivning/vejledning af alment praktiserende læger, ligesom der heller ikke er honorering af alment praktiserende lægers deltagelse i "konferencer" med sygehuslæger eller speciallæger.

Sammenfattende kan det om de eksisterende overenskomster siges:

- at de væsentligst tager sigte på sundhedsvæsenets behandlingsindsats, defineret ud fra et traditionelt sygdomsbegreb

- at det sygdomsforebyggende arbejde har relativ lav prioritet (bortset fra de særlige overenskomster om småbørns- profylakse m.v.)

- at de baseres på det gennemsnitlige funktionsmonster i praksis, hvorved de kan modvirke muligheder for lokale/ regionale initiativer med hensyn til udlægning af opgaver til praksissektoren, og dermed også for udviklingen af serviceniveauet i den enkelte praksis.

5.4. Vurdering af den finansielle struktur.

Såvel sundhedsvæsenet som de tilgrænsende dele af socialsektoren har været igennem en ganske betydelig udvikling i de seneste to årtier. Dertil kommer yderligere, at der uden for den traditionelle afgrænsning af sundheds- og socialsektoren også er truffet politiske beslutninger, som i høj grad ændrer og forbedrer vilkårene for en mere fremsynet og bredere anlagt indsats på sundhedsområdet. Den gennemgribende modernisering og opprioritering af indsatsen på hele arbejdsmiljøområdet, som blev sat i værk i 1970'erne, har ført til en forstærket indsats over for de ikke uvæsentlige problemer af sundhedsmæssig art, som bl.a. kan føres tilbage til belastninger i arbejdsmiljøet. I denne sammenhæng bør også nævnes indsatsen på levnedsmiddel -og ernæringsområdet, hvortil kommer den forebyggende og oplysende indsats, som finder sted i et samspil

mellem offentlige institutioner inden for sundhedssektoren og undervisningssektoren og også i et samspil med private og offentlige forebyggende og oplysende organisationer så som Forebyggelsesrådet, Kræftens Bekæmpelse og Rådet for Større Færdselssikkerhed.

Selv om der således er sket væsentlige omlægninger af indsatsen på sundhedsområdet, som bygger på en accept af et bredere sundhedsbegreb end det traditionelle, og selv om der også løbende foregår et ikke helt ubetydeligt samvirke mellem sundhedssektoren og tilgrænsende sektorer og organisationer, må det konstateres, at denne udvikling ikke i noget særligt omfang fremmes af finansieringsstrukturen på området. Under den byrde- og opgavefordeling, som har været gældende siden kommunalreformen, er finansieringen fortsat opsplittet på flere niveauer. En sådan opdeling af det finansielle ansvar indebærer, at de myndigheder, som har ansvaret for en del af sundhedsvæsenet, ikke uden videre har direkte økonomiske tilskyndelser til at tilrettelægge virksomheden på en måde, hvor der tages hensyn til at indsatsen på sundhedsområdet og i øvrigt også på tilgrænsende områder i høj grad må ses i et helhedsperspektiv. Det kan ikke mindst have betydning for samordningen mellem på den ene side praksis- og sygehussektoren og på den anden side den sociale sektor.

Et af de eksempler, der ofte fremhæves i denne sammenhæng, er fastholdelsen af patienter på sygehusene, når disse enten allerede er visiteret til eller retteligt burde visiteres til plejehjem. Omfanget af dette problem overvurderes dog nok i nogen grad i den offentlige debat. Alligevel kan der ikke ses bort fra, at problemet har et vist, omend varierende omfang, idet visse kommuner ikke helt synes at leve op til deres forpligtelser på pleje- og omsorgsområdet. Hertil kommer, at det ud fra mere overordnede betragtninger ikke kan betragtes som hensigtsmæssigt, at der i finansieringssystemet er indbygget tilskyndelser, som i visse tilfælde kan tvinge sygehusene til at beholde patienter, som ud fra et behandlings- og plejemæssigt synspunkt burde hjælpes via andre dele af social- og sundhedsvæsenet.

Også i andre henseender er der i det eksisterende finansieringssystem indbygget økonomiske mekanismer, som ikke i sig selv tilskynder til en helhedsorienteret indsats. Det gælder med hensyn til aflastning på institutionsområdet, hvor kommunerne har rige muligheder for at yde en betydningsfuld indsats over et bredt felt. Det gælder f.eks. ved opfølgningen i sociale sager om kontante ydelser (dagpenge, pensioner osv.), men også ved et samarbejde mellem forskellige sektorer, hvorved f.eks. skolevæsenet og den fysiske planlægning kan inddrages. På den ene side kan kommunerne nok have en tilskyndelse til at styrke forebyggelsen i det omfang den kan føre til en aflastning af det sociale system. På den anden side har kommunerne ikke nogen direkte økonomiske fordele af at styrke forebyggelsen med det sigte at undgå indlæggelser på sygehusene eller med det endnu bredere sigte at forebygge behandlingskrævende sygdommes udvikling. Når kommunerne alligevel har gjort det i et betydeligt omfang, har de påført sig selv og deres borgere omkostninger, mens sygehusene og amtskommunerne har høstet den økonomiske fordel, som er en følge af, at indlæggelsestallet holdes nede. Igen må det ud fra overordnede prioriteringsmæssige og sundhedspolitiske overvejelser betragtes som uhenigtsmæssigt, at finansieringssystemet på denne måde kan føre til en forvridning af det offentliges indsats. Denne forvridning kan både indebære, at der ikke sættes tilstrækkeligt stærkt ind i forebyggelsen og den kan også indebære, at de kommuner, som faktisk gør en indsats på dette område i virkeligheden belastes økonomisk, idet andre offentlige myndigheder inddrager den ressourcemæssige gevinst, som er et resultat af deres fremadrettede og bredt anlagte indsats for lokalbefolkningens sundhed.

I drøftelsen af finansieringssystemets mere eller mindre hensigtsmæssige indretning vil det selvsagt være forkert at se bort fra, at det ikke alene er finansieringsordningerne som bestemmer, hvordan sundhedssektoren fungerer, og hvordan den samarbejder med tilgrænsende sektorer. Når mange kommuner og amtskommuner gennem en årrække faktisk har gennemført en omlægning af indsatsen, som trækker i den retning, der sundheds-

politisk er enighed om at fremme, hænger det i høj grad sammen med den indsats, der ydes af medarbejderne i social -og sundhedssektoren, og det samarbejde disse medarbejdergrupper har etableret med de relevante politiske og administrative instanser. Omvendt må det også fremhæves, at en samling af det finansielle ansvar ikke i sig selv er en garanti for, at indsatsen orienteres i den ønskede retning, og slet ikke nogen garanti for at det sker i det ønskede omfang og tempo. Her kan, som det til dels ses i Københavns og Frederiksberg kommuner, administrative og organisatoriske traditioner i et vist omfang stille sig hindrende i vejen for de fornødne nydannelser selv om de kommunale myndigheder i høj grad har de økonomiske tilskyndelser til en omlægning af indsatsen.

6. udvalgets overvejelser.

I de følgende afsnit opstilles forskellige modeller for tilrettelæggelsen af den organisatoriske og finansielle struktur på praksisområdet. I overvejelserne om sektorens finansiering inddrages også spørgsmålet om sammenhængen til sygehussektoren.

I diskussionen af modellerne tilstræbes en afdækning af, i hvilket omfang ændringer af organisationen og finansieringen af praksissektoren kan medvirke til tilvejebringelse af et bedre grundlag for gennemførelse af de sundhedspolitiske målsætninger, som er beskrevet dels i kapitel 3, dels i det følgende afsnit om behovet for en styrkelse af den forebyggende og sundhedspædagogiske indsats.

Principielt er det naturligvis muligt kun at gennemføre enkelte af de opstillede modeller. Eksempelvis kan der gennemføres en omlægning af sundhedsvæsenets finansiering uden i øvrigt at ændre væsentligt i den nuværende administrative struktur. Mulighederne for at opnå forbedringer af sundhedsvæsenets tilbud og funktionsmåde er imidlertid i høj grad betinget af, at alle, som har berøringsflader til systemet, det vil sige borgerne, politikerne, administrationen, behandlingsinstitutioner, lægerne og de øvrige personalegrupper, medvirker aktivt. Ændringer af sundhedsvæsenets organisation og finansiering bør derfor gennemføres på en sådan måde, at alle de nævnte grupper i videst mulig omfang tilskyndes til at medvirke i realiseringen af forslagene, og dette kan bedst sikres ved en samlet indsats, der også inddrager en række andre forhold med betydning for funktionen i det samlede sundhedsvæsen. De modeller, som opstilles i det følgende, bør derfor ses som elementer, der kan udgøre bestanddele i forslag til en samlet omlægning af sundhedsvæsenet. Det betyder mere konkret, at de opstillede modeller for ændringer af opgavefordelingen mellem amtskommuner og kommuner bør følges op og underbygges af både nye finansieringsregler og tilpasninger og fornyelser af overens-

komstsystemet på praksisområdet. Ved den konkrete udformning af disse ordninger bør der foretages supplerende analyser.

De opstillede sundhedspolitiske målsætninger kan ikke realiseres alene ved gennemførelse af de ændringer, der gennemgås. Det er nødvendigt, at der samtidig satses på, dels en ændring af de uddannelses- og organisationsbetingede holdninger og normer, som ligger til grund for sundhedspersonalets opfattelse af deres opgaver, dels en styrkelse af en sundhedsfremmende indsats i andre sektorer.

Uddannelsen af sundhedspersonalet og oplysning af befolkningen om sundhedsmæssige forhold må derfor udgøre andre væsentlige elementer i en samlet sundhedspolitisk indsats. Overvejelser herom falder imidlertid uden for rammerne af dette udvalgsarbejde.

Hvad angår ressourceforbruget i praksissektoren såvel som i den samlede sundhedssektor, må det understreges, at modellerne sigter på at tilskynde til en bedre udnyttelse af ressourcerne end tilfældet er i det nuværende system. For at kunne udmønte de økonomiske fordele, er det dog en forudsætning, at de ansvarlige myndigheder løbende tilpasser de bevillingsmæssige rammer, således at der frigøres ressourcer i de dele af sundhedsvæsenet, som aflastes gennem en intensiveret forebyggelse og gennem praksissektorens og socialsektorens aflastning af sygehusene.

6.1. Styrkelse af den forebyggende og sundhedspædagogiske indsats.

De sundhedsmæssige problemer, som er dominerende i dag, kan ikke løses ved en ensidig satsning inden for det eksisterende behandlingssystem. Opnåelse af en yderligere forbedring af befolkningens sundhedstilstand forudsætter, at der også satses på en udbygning af den forebyggende indsats.

Diskussionen af de konkrete initiativer, som kan iværksættes, må angribes ud fra flere indfaldsvinkler. Der må dels fastlægges en nærmere afklaring af, hvad der mere præcist skal forstås ved forebyggelse, dels må der foretages en afvejning af, hvilken målgruppe der skal omfattes af de enkelte tiltag.

Begrebet "forebyggende indsats" kan hensigtsmæssigt opdeles i følgende to kategorier:

Den primære forebyggelse tager sigte på at forhindre, at sygdom overhovedet opstår.

Den sekundære forebyggelse har som formål at opspore sygdomme i tidlige stadier for at afkorte sygdomsforløbet, forbedre resultatet af behandlingen og formindske risikoen for komplikationer, tilbagefald og senfølger.

I diskussionen af mulighederne for at styrke den forebyggende indsats kan det endvidere være relevant at opdele indsatsen efter, om den rettes mod det enkelte menneske, mod en større afgrænset gruppe eller mod samfundet (lokalsamfundet) som helhed.

Med udgangspunkt i ovennævnte opdeling af, hvad der nærmere skal forstås ved forebyggelse, synes det klart, at den primære forebyggelse ikke al'ene kan være en opgave for sundhedsvæsenet. Det forholder sig snarere således, at den primære forebyggelse som udgangspunkt skal varetages ved foranstaltninger, der forbedrer arbejdsmiljøet, trafiksikkerheden, bologmiljøet m.v., ligesom der på det sociale område kan gøres en betydelig indsats gennem familierådgivning, opsøgende foranstaltninger over for enlige, økonomisk vanskeligt stillede grupper m.fl. Endelig kan der være grund til at nævne, at skolen på nogle områder, bl.a. gennem oplysning om de sundhedsskadelige virkninger af rygning, alkoholmisbrug num., også kan yde en forebyggende indsats. Det er klart, at sundhedsvæsenet må understøtte indsatsen gennem faglig rådgivning og bistand.

Sundhedsvæsenets indsats på den primære forebyggelses område består bl.a. i vaccinationer, hvor der med virkning fra 1987 også tilbydes vaccination mod røde hunde, fåresyge og mæslinger. De forebyggende undersøgelser i forbindelse med graviditet, lægeundersøgelsen af børn, sundhedsplejerskeordningen, skolelægeordningen og den kommunale børnetandpleje indgår også i den forebyggelse, som den primære sundhedssektor kan tilbyde.

I modsætning til den primære forebyggelse er den sekundære forebyggelse i vidt omfang henlagt først og fremmest til sundhedsvæsenet. Som et eksempel på den sekundære forebyggelse, sundhedsvæsenet kan tilbyde, kan nævnes screeningsundersøgelser for livmoderhalskræft.

Som eksempel på forebyggelse, der kan opfattes som en indsats for at modvirke tilbagefald af sygdomme og forhindre, at kroniske sygdomme udvikles, kan nævnes den vedvarende kontrol og regulering af sukkersyge, kontrol af patienter med for højt blodtryk, løbende kontrol af patienter, der har haft cancer m.v. Social- og sundhedsforvaltningernes opfølgning i dagpengesager, revaliderings- og pensionssager og andre sociale sager har ofte tillige en helbredsmæssig betydning.

Som et led i denne forebyggende indsats kan peges på en styrkelse af det sundhedspædagogiske arbejde. Målet med sundhedspædagogikken er at udvikle bevidsthed om både den personlige livsstils og de omgivende livsvilkårs betydning samt at udvikle færdigheder, der er af sundhedsmæssig betydning. I den forbindelse må det overvejes at give sundhedspædagogikken større vægt i de relevante uddannelser på sundhedsområdet, f.eks. sygeplejerske-, jordemoder-, sundhedsplejerske-, tandlæge- og lægeuddannelserne.

Et meget væsentligt led i sundhedspædagogikken er oplysende og informerende arbejde. Indenrigsministeriet sørger for oplysning om svangerskabsforebyggende metoder, om kønssygdomme og bekæmpelsen heraf. Sundhedsstyrelsen, statens husholdningsråd, alkohol- og narkotikarådet m.fl. har en almen forpligtelse til at oplyse om sundhedsmæssige forhold.

Forebyggelsesrådet, der er etableret i henhold til lovgivning, har i dag to hovedopgaver:

- at foretage en løbende kritisk vurdering af eksisterende sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende foranstaltninger i og uden for sundhedssektoren, og
- at fremsætte forslag til fremme af den forebyggende indsats i samfundet.

Forebyggelsesrådet har således en meget bredt defineret opgave, hvilket også afspejles af de emner, der er taget op i de publikationer, som rådet har udsendt. Det har dog ikke været muligt at tage fat på de først nævnte opgaver. Forebyggelsesrådet har nedsat et centralt sundhedspædagogisk udvalg. Rådet og det nævnte udvalg har medvirket til at skabe debat om sundhedspædagogiske spørgsmål, bl.a. gennem udsendelse af rapporter om emnet.

Det er vigtigt at bemærke, at indsatsen fra at være koncentreret om få sygdomme er ved at få et bredere perspektiv, der i større omfang retter sig direkte mod livsvilkårene i almindelighed. Lokalt og regionalt er der endvidere bl.a. med støtte fra Forebyggelsesrådet igangsat en række forebyggende initiativer (lokale forebyggelsesråd, konkrete enkeltprojekter, f.eks. til forebyggelse af faldulykker).

Endvidere yder Komiteen for Sundhedsoplysning gennem oplysningsvirksomhed om sygdom og sundhed samt ved konferencer et væsentligt bidrag til det forebyggende arbejde.

Der er således allerede i dag igangsat en relativt omfattende forebyggende og sundhedspædagogisk indsats.

Mulighederne for at styrke den forebyggende indsats gennem ændringer i praksissektorens organisation rejser i det mindste to spørgsmål:

Hvordan kan samarbejdet mellem den kommunale indsats og praksissektoren forbedres?

Hvilke muligheder er der for at styrke den forebyggende indsats ved hjælp af ændringer i overenskomsterne.

Et tættere samarbejde mellem kommunerne og de praktiserende læger vil kunne medvirke til at styrke den forebyggende indsats. Kommunerne har, dels gennem indsatsen i socialvæsenet, dels fra det personale, der er ansat til varetagelse af de kommunale sundhedsordninger, et bredt kendskab til sundhedsmæssige problemer og risici i kommunen. Denne indsigt vil, når den kombineres med den viden, som den enkelte læge har om egne patienter, være et godt udgangspunkt for iværksættelse af opsøgende forebyggende virksomhed over for befolkningsgrupper, hvor en særlig indsats er nødvendig, f.eks. iværksættelse af

en behovsorienteret sundhedspleje, familierapi og lignende. Værdien af en sådan fælles indsats f.eks. dokumenteret gennem forsøget i Lægernes Hus i Billund, Rødovre-projektet og andre særlige forsøg i almen praksis.

En forbedring af mulighederne for en forebyggende og sundhedspædagogisk indsats ved hjælp af ændringer i lægernes overenskomster vil kunne tilvejebringes ved, at der i lægernes honorarsystem indbygges honorering for forebyggende arbejde. Det kunne bl.a. ske ved indførelse af tidlønnede ydelser for lægens deltagelse i samarbejde med familierapeut, praktiserende psykiatere og psykologer.

Organisatoriske og overenskomstmæssige ændringer kan imidlertid ikke stå alene. De må følges op af ændringer i lægernes uddannelse, og lægerne bør gennem efteruddannelse motiveres til i større omfang at deltage i forebyggende arbejde.

Opfattes forebyggelse og sundhedspædagogik som dels alternativ til sygdom, dels supplement af behandlingssystemets ydelser, er det klart, at en styrkelse af den forebyggende indsats vil rumme en forbedring af kvaliteten af sundhedsvæsenets tilbud til den enkelte. Det vil også give den enkelte et bedre grundlag for en vurdering af sundhedsmæssige risici og dermed muliggøre, at den enkelte i højere grad får reelle muligheder for at løfte det medansvar for egen sundhed, som påhviler den enkelte.

Der kan i afvejningen af den fremtidige ressourceanvendelse i sundhedsvæsenet heller ikke ses bort fra, at en forstærket forebyggende indsats kan resultere i en aflastning af behandlingssystemet. I det omfang og det tempo dette sker, vil der kunne frigøres ressourcer, som kan bidrage til løsningen af nye behandlingsopgaver, der måtte opstå som følge af udviklingen i sygdomsbilledet, mulighederne for anvendelse af ny og bedre behandlingsmetoder og apparatur.

6.2. Revision af praksissektorens overenskomster.

Med udgangspunkt i de for udvalgsarbejdet opstillede målsætninger og vurderingen af de eksisterende overenskomster på almen lægeområdet skal der i det følgende peges på en række

forslag til ændringer af overenskomsterne på sygesikringsområdet.

Overvejelserne vedrører følgende tre overordnede problemer omkring udformningen af de nævnte overenskomster:

- 1: Hvilke muligheder er der for at decentralisere overenskomstforhånds Ungerne?
- 2: Hvordan kan en ændret honorarstruktur se ud?
- 3: Hvordan kan omkostningerne ved etablering af drift af praksis finansieres på en hensigtsmæssig måde?

Det forudsættes, at lægerne m.fl. også fremover skal have status som liberale erhvervsdrivende. Udvalget har ikke beskæftiget sig med modeller, der bygger på offentlig ansættelse af de alment praktiserende læger.

Når det gælder spørgsmålet om decentralisering af overenskomstforhandlingerne, har udvalget overvejet følgende muligheder:

A. Decentrale overenskomstforhandlinger.

En udlægning af kompetencen til indgåelse af overenskomster med lægerne til kommuner/amtskommuner vil give mulighed for, at overenskomsterne kan indgå i/udformes som led i en samlet tilrettelæggelse af det lokale/regionale sundhedstilbud.

B. Central forhandling af honorarer for visse grundydelse (konsultation, telefonkonsultationer, receptfornyelser, besøg).

Udover honorarfastsættelsen vil de centrale forhandlinger også omfatte afgrænsningen af generelle, landsdækkende ydelser. Decentral forhandling af resterende overenskomstenliggender, eksempelvis ydelser, der fastlægges med udgangspunkt i lokale/regionale ønsker og behov, samt honoreringen for disse ydelser.

Samarbejdsaftaler m.v. kunne ligeledes forhandles centralt.

C. Centrale forhandlinger om generelle landsdækkende ydelser. Mulighed for decentrale tillægsoverenskomster, der ikke skal godkendes centralt.

Modellen svarer for så vidt angår forhandlinger om honorarstørrelsen til det i dag kendte system. Den væsentligste ændring vil bestå i, at der bliver en større tilskyndelse til at indgå supplerende lokale/regionale aftaler med sigte på en bedre indpasning af almen praksis i et samlet sundhedstilbud, herunder også en bedre koordinering med socialsektoren.

En fuldstændig decentralisering af forhandlingskompetencen er næppe hverken politisk eller praktisk realisabel.

Det må derfor være rimeligt at udelukke model A. Alternativet er således en kombination af centrale og decentrale forhandlinger.

En væsentlig forskel mellem model B og C er, at i den førstnævnte model vil der være en pligt for de lokale/regionale myndigheder til at forhandle overenskomster. I de lokalt/regionalt indgåede aftaler kan der indbygges tilskyndelse til lægerne til at påtage sig opgaver, som af de lokale/regionale myndigheder ønskes udlagt til praksissektoren.

Model C rummer en risiko for, at muligheden for lokale/regionale aftaler kun udnyttes i beskedent omfang (svarende til situationen i dag).

Mulighederne for at realisere målsætningerne om sikring af en bedre samordning af den sociale og sundhedsmæssige indsats, herunder den forebyggende indsats, vil i væsentlig grad afhænge af, om der lokalt og regionalt sker en udbygning og en forstærkning af de initiativer, der allerede er i gang. En vidtgående decentralisering af kompetencen til at aftale overenskomster med de faglige organisationer kunne give mulighed for at gå i gang med sådanne initiativer.

Vedrørende honorarstrukturen på almen læge-området gør følgende hensyn sig gældende ved valg af en fremtidig struktur:

- Lægerne bør honoreres for deltagelse i aktiviteter, der sigter på en bedre koordinering af indsatsen i almen praksis og den øvrige del af sundhedsvæsenet og i socialvæsenet. Eksempelvis bedre honorering af socialmedicinsk samarbejde, honorering for deltagelse i samarbejde med speciallæger og sygehuslæger. Herved skulle lægerne blive i stand til bedre at varetage opgaven som koordinator af indsatsen i sundhedsvæsenet og socialvæsenet, herunder også udførelse af opfølgende besøg.

Lægerne bør honoreres for forebyggende arbejde både over for enkeltpersoner og familier, samt en forebyggende indsats i lokalmiljøet.

Der er behov for honorering af forsøgsvirksomhed i almen praksis. Der kan i denne sammenhæng være behov for indførelse af ydelser, som forudsætter tidløn (honorering pr. time).

Der er behov for en effektivisering og udbygning af vagtordningerne i almen praksis. En videreudbygning af visitationsvagtordningerne kan være et led heri. De praktiserende læger bør i videst mulig omfang selv varetage vagtopgaverne. Betænkningen om "Samordning i sundhedsvæsenet" peger på dette som en mulighed for at dæmpe presset på sygehusvæsenet.

Det er endvidere ønskeligt med en udbygning af efteruddannelsesaktiviteterne i almen praksis. Dette kunne for så vidt angår efteruddannelse inddrages ved at indbygge krav om sådanne aktiviteter i overenskomsten, eventuelt understøttet af økonomiske incitament.

Overenskomsterne bør være så fleksible, at der også bliver mulighed for, at de praktiserende læger kan udøve forskning og undervisning.

Mån bør overveje laboratoriefunktionen i den enkelte praksis som led i en samlet plan for oprustning af praksissektoren.

Bedre muligheder for at den alment praktiserende læge kan trække på specialister, f.eks. psykologer og diæteter.

Overenskomstmæssige ændringer, der inden for rammerne af et liberalt system kunne medvirke til en løsning af nogle af de her beskrevne problemer/behov gennem omlægningen i honorarstrukturen, kunne bestå i

gennemførelse af en ændret finansiering af praksisomkostninger

gennemførelse af ændringer i balancen mellem basishonorar og ydelseshonorar

overveje indførelse af et "tidlønsэлеment" for visse ydelser, f.eks. timehonorering for deltagelse i patientkonferencer m.v.

Som led i bestræbelserne på at styrke praksissektoren kunne det offentlige helt eller delvis overtage finansieringen af omkostningerne ved praksisdrift. I dag er der under landsoverenskomsten forudsat en fordeling af lægernes ydelseshonorar, hvorefter 25 pct. skal dække praksisomkostninger, og 75 pct. er lægens egen indkomst. Ved en ændret finansiering af praksisomkostningerne måtte det i givet fald forudsættes, at der fastlægges nogle standarder for, hvilket serviceniveau der ønskes i almen praksis. Ved fastlæggelsen af serviceniveau kunne der tages stilling til både spørgsmål om udstyr (laboratoriefaciliteter, behandlingsudstyr) og personalenormering, det vil sige spørgsmål om ansættelse af sygeplejersker, sekretærbistand og/eller andet personale, f.eks. tilknytning af en socialrådgiver og/eller en klinisk psykolog. Fastlæggelsen af omkostningsniveauet kunne på denne måde afspejle, i hvilket omfang der udlægges opgaver til almen praksis. Opstillingen af sådanne standardkrav måtte endvidere indgå som led i en samlet tilrettelæggelse af det lokale/regionale sundhedsvæsen.

En anden mulighed er, at der for den enkelte praksis/for almen praksis i en kommune/amtskommune indgås særskilte aftaler om, hvordan omkostningsdækningen skal indregnes i sygesikringens honorarer til lægen(erne). Det kunne være i form af variable procenttillæg.

En tredje mulighed kunne være at udbygge det eksisterende system med muligheder for en offentlig finansiering af særligt

udstyr. En sådan mulighed kunne især være relevant i perioder, hvor der gennemføres planlagte udlægninger af opgaver fra sygehusvæsenet, og der i forbindelse hermed registreres et særligt finansieringsbehov.

En fjerde mulighed kunne være en bedre honorering af særlige tillægsydelser, der kan dække finansieringen af særligt udstyr.

Det er åbenbart, at en væsentlig forbedring af det offentliges tilskud til finansiering af praksisomkostningerne rummer en betydelig risiko for et stadigt pres for forbedring af serviceniveauet (standardglidning) uden tilsvarende besparelser inden for det specialiserede sundhedsvæsen. For at modvirke dette vil det være nødvendigt, at der gennemføres løbende undersøgelser af udviklingen i praksisomkostningerne. En systematiseret information om omkostningsudviklingen er også en forudsætning for at foretage den nødvendige afvejning af fordele og ulemper ved udlægning af opgaver fra sygehusene til praksissektoren.

Det kan også være nødvendigt at opbygge en form for konsulenttjeneste. Som eksempler herpå kan nævnes rådgivning med hensyn til anvendelse af laboratorieudstyr, brug af laboratorieydelser fra sygehusvæsenet, distriktsordninger, hvor sygehuslæger og speciallæger fungerer som konsulenter for almenlægen.

Når det gælder spørgsmålet om fordelingen af lægernes bruttoindkomst på basishonorar og ydelseshonorar skal udvalget anføre følgende:

I den eksisterende landsoverenskomst forudsættes det (formelt), at lægernes bruttoindtægt skal være fordelt 50/50 på henholdsvis basishonorar og ydelseshonorar (grundydelser i dagarbejdstiden).

Basishonoraret er et fast årligt honorar pr. tilmeldt gruppe 1-sikret.

Den eksisterende honorarstruktur betyder, at lægerne kun har mulighed for at øge deres indkomst gennem lavere praksisomkostninger eller ved udvidelse af ydelsesantallet pr. pa-

tient og/eller udvidelse af antal tilmeldte patienter. Det kan motivere til en uhensigtsmæssig ydelsesstruktur.

Under Københavns-overenskomsten er lægerne lønnet pr. tilmeldt gruppe 1-sikret, og lægerne har derfor en mindre direkte motivation til selv at udvide aktiviteten/servicen.

Ved valget af et nyt system må der lægges vægt på, at der er en sammenhæng imellem lægens aflønning og lægens professionelle adfærd.

Modellen bør indrettes således, at der både ved fastlæggelse af basishonoraret og ved beregning af ydelseshonorarer tages hensyn til ønsket om, at lægerne får et incitament, som på den ene side sikrer den enkelte patient en bedre behandling i det samlede behandlingsforløb, og på den anden side sikrer, at omkostningerne ved den samlede behandlingsindsats holdes på det lavest forsvarlige niveau.

I fastlæggelsen af honorarsystemet kan det endvidere indgå, hvorvidt lægen f.eks. ved deltagelse i efteruddannelse til stadighed har en ajourført viden med hensyn til forebyggelse, behandling og visitation af patienter til den øvrige sundhedssektor, og med hensyn til samarbejdet med de sociale myndigheder og adfærden i samarbejdet med disse.

Udformningen af et ydelseshonorarsystem, der fremmer en hensigtsmæssig adfærd hos lægen, rummer visse vanskeligheder.

For det første kan en introduktion af en mere udbygget ydelsesdifferentiering bibringe patienten den opfattelse, at lægen lader økonomiske hensyn påvirke visitationsbeslutningerne.

En ydeligere differentieret ydelseshonorering kan for det andet kræve en videreudvikling af det statistiksystem, der er etableret i øjeblikket.

Ved differentierede takster forstås i denne sammenhæng, at honoraret for samme ydelse varierer afhængigt af den sammenhæng, hvori ydelsen indgår.

På trods af disse principielle problemer, bør der alligevel arbejdes videre med principper om en ydelseshonorering, hvorefter lægen tilskyndes til at undgå unødigt brug af højere specialiserede ydelser. Der er forskellig måde at indrette et sådant differentieret honorarsystem på. En mulighed er, at ho-

noraret for en viderevisitation er mindre attraktivt end honoraret for anvendelse af alternative løsninger. En anden mulighed er, at der indføres en sammenhæng imellem aflønning og omfanget af visitationer til andre led i sundhedssystemet, således at visitationer udover en vis grænse ikke bliver aflønnet i samme omfang som en normal visitation.

I det eksisterende honorarsystem, hvor en del af ydelses-honoraret skal medgå til finansieringen af praksisomkostningerne, kan de læger, der har relativt høje omkostninger (nyetablerede, læger med et relativt højt serviceniveau), føle sig fristet til at søge det samlede ydelsesantal hævet. Hvis spørgsmålet om finansieringen af praksisomkostningerne løses på en hensigtsmæssig måde, er der ikke omkostningsmæssige begrundelser/behov for at "presse" ydelsesantallet i vejret.

De ovennævnte forhold kan der tages hensyn til i overenskomstsyste-met på flere måder.

En model kunne være at indføre et relativt stort grundhonorar (i stedet for det eksisterende basishonorar) og samtidig kombinere det med en pligt for lægen til at udføre nogle bestemte opgaver, eventuelt differentieret efter hensyn til patienternes alder og køn. Eksempelvis kunne et grundhonorar omfatte et nærmere fastsat antal ydelser (konsultationer, besøg). For ydelser over det antal, der omfattes af grundhonoraret kunne der eventuelt fastsættes differentierede honorarer, således at der blev et faldende honorar i takt med et stigende antal ydelser pr. patient ud over det fastlagte ydelsesniveau for praksis, eventuelt bortfald af honorar for ydelser over en nærmere aftalt maksimumsgrænse.

En anden model kunne være at ændre balancen mellem grundhonoraret og ydelseshonorarerne i retning af større grundhonorar og eventuelt samtidig fastsætte en række opgaver, eksempelvis samarbejde med kommunens social- og sundhedsforvaltning, som kunne forudsættes honoreret gennem grundhonoraret. Ydelsesfinansieringen kunne følge den i dag kendte struktur.

Der kunne i begge modeller indbygges mere vidtgående kontrolforanstaltninger med hensyn til lægernes ydelsesforbrug, navnlig vedrørende henvisningen til behandling hos speciallæ-

ge/på sygehus. Dette kunne følges op med stærkere regler for indførelse af maksimumsgrænser for sygesikringens samlede udbetalinger til lægerne, eventuelt korrigeret for køns- og alderssammensætningen i den enkelte praksis.

Indvendingerne mod den førstnævnte model er først og fremmest, at den kan være vanskelig at administrere og at den kræver en nøje kontrol/overvågning af aktiviteten i den enkelte praksis, bl.a. for at imødegå et øget antal henvisninger til speciallæger og sygehuse af patienter, der har brug for ydelser ud over det antal, der er dækket af grundhonoraret.

I begge modeller er der lagt op til en bedre grundhonorering. Dette kan ud over det allerede anførte kombineres med krav om deltagelse i overvejelser om efteruddannelse. Hvis den enkelte læge ikke deltager i sådanne aktiviteter, vil der kunne foretages reduktion i grundhonoraret.

Ved fastlæggelsen af balancen mellem grundhonoraret og ydelseshonorarerne er det afgørende nøje at overveje, hvordan de sundhedspolitiske målsætninger kan tilgodeses bedst muligt. Det er i denne sammenhæng væsentligt at undgå de ulemper, der er forbundet med et system, der er baseret på en fast aflønning af lægerne.

De ændringer i overenskomsternes udformning, som er gennemgået i dette afsnit, tilsigter at ændre de alment praktiserende lægers adfærd i overensstemmelse med de ønsker til det fremtidige indhold i almenpraksis, som er beskrevet i afsnittet. Herigennem skulle der kunne opnås en udbygning og forbedring af tilbud om forebyggelse og behandling, som gives i almen praksis.

6.3, Finansieringen af sundhedssektoren.

En målsætning for sundhedspolitikken er på lokalt niveau at skabe ordninger, som er i pagt med befolkningens ønsker og behov. Myndighedernes kontakt til borgerne er her den tættest mulige, og de lokale myndigheder har tillige gode muligheder for at tage hensyn til de variationer, der er i sygehusstruktur og speciallægedækning, i geografiske afstande og i de sociale foranstaltninger, som tilbydes.

Mulighederne for at tilgodese variationerne i de lokale ønsker og behov øges gennem en decentralisering inden for sundhedsvæsenet. Således er der i det foregående afsnit opstillet forskellige modeller for en decentralisering af overenskomsterne for lægerne i almen praksis, som kan bidrage til en styrkelse af praksissektoren og herunder til en udbygning af den forebyggende indsats inden for denne sektor.

Som led i en gennemførelse af en yderligere decentralisering af sundhedsvæsenet må det overvejes, om det gennem ændringer i finansieringen af sektoren er muligt at indarbejde tilskyndelser for amtskommunerne og primærkommunerne, som kan understøtte en udvikling i sundhedsvæsenet i overensstemmelse med de formulerede målsætninger.

Der er en række mere eller mindre vidtgående muligheder for at ændre finansieringssystemet. Konsekvenserne af disse ændringer afhænger naturligvis af, hvilken ordning der vælges. Generelt er der dog grund til at antage, at placeringen af større kompetence og et stærkere finansielt ansvar hos kommunerne vil give disse en tilskyndelse til at styrke samordningen inden for sundhedssektoren og mellem social- og sundhedssektoren. Kommunerne vil endvidere få en tilskyndelse til at være opmærksom på andre stedlige faktorer med betydning for borgernes sundhed. I denne sammenhæng skal det nævnes, at der med virkning fra den 1. januar 1987 sker en omlægning af de statslige refusioner til kommunerne på en række sociale og sundhedsmæssige områder, bl.a. sundhedspleje og hjemmesygepleje, hvorved de hidtidige procentrefusioner erstattes af generelle tilskud. Endvidere afskaffes de statslige bloktilskud i 1988. Disse finansieringsomlægninger peger i sig selv på behovet for mere generelt at overveje en ændret finansiering af sundhedsvæsenet.

En ændring af finansieringssystemet, som i højere grad samler det finansielle ansvar på primærkommunalt niveau, kan udformes på mange måder. I det følgende er overvejelserne imidlertid koncentreret om tre forskellige, mere eller mindre vidtgående modeller. Opstillingen af disse modeller skal ikke

vurderes som oplæg til en isoleret omlægning af det økonomiske styringssystem. Det fælles sigte med de opstillede modeller er at bringe finansieringssystemet i den bedst mulige overensstemmelse med de målsætninger for sundhedspolitikken, som i en årrække har nydt en bred politisk accept.

Opstillingen af de tre modeller bygger på en række fælles forudsætninger. Disse må selvsagt også inddrages i vurderingen af, hvilken model der bør foretrækkes, såfremt det besluttes at gennemføre en omlægning af det eksisterende finansieringssystem. Såfremt finansieringssystemet udformes på en sådan måde, at der i for høj grad fokuseres på enkelte og isolerede led i patientens forløb ved sygdomstilfælde, hvor der både er involveret behandling, pleje og omsorg, kan det gå ud over den tilstræbte samordning mellem de enkelte led af både sundheds- og socialvæsenet.

Det gælder så meget mere fordi et behandlingsforløb, der involverer flere led inden for sundhedsvæsenet, og som i mange tilfælde også forudsætter en indsats fra den sociale sektor, er et særdeles komplekst forløb. I dette forløb har de alment praktiserende læger allerede under det eksisterende system en nøgleplacering. Det er således de praktiserende læger, som tager stilling til, om de selv kan klare behandlingen og til, om der eventuelt skal trækkes på bistand fra hjemmehjælpere, hjemmesygeplejersker eller andre ordninger, som administreres af kommunernes social- og sundhedsforvaltninger. I det omfang der er behov for en behandlingsmæssig indsats på mere specialiseret niveau, er det også lægerne i almen praksis, der visiterer til behandling hos praktiserende speciallæge, på sygehuseenes ambulatorier eller til indlæggelse på sygehus. Komplexiteten i behandlingsforløbet understreges yderligere af de dispositioner, der træffes af lægerne på sygehusniveau, når de tager stilling til, om en patient skal visiteres videre til behandling på et mere specialiseret sygehus, eller når de ved afslutningen af f.eks. en indlæggelse tager stilling til om en patient skal efterbehandles eller efterkontrolleres på sygehuseets ambulatorium.

Praksislægens nøgleplacering i forhold til både de mere specialiserede behandlingsniveauer i sundhedsvæsenet og i forhold til kommunernes social- og sundhedsforvaltninger understreges, hvis det finansielle ansvar helt eller delvis samles på primærkommunalt niveau. De primærkommunale social- og sundhedsforvaltninger vil da få en finansiell tilskyndelse til at se på behandlingsforløbet som en helhed og også til at overveje, om enkelte led i dette forløb hensigtsmæssigt kunne henlægges til et niveau, hvor omkostningerne er lavere end i hidtil kendte og anvendte behandlingsforløb og metoder. Denne tilskyndelse vil selvsagt være stærkest, hvis overenskomstsystemet samtidig ændres, så de alment praktiserende læger på tilsvarende måde tilskyndes til selv at gennemføre så stor en del af behandlingsforløbene som muligt og til at intensivere samarbejdet med kommunernes social- og sundhedsforvaltninger samt til at styrke den forebyggende indsats.

Udvalget har som grundlag for de følgende overvejelser forudsat, at en gennemførelse af en finansieringsomlægning ledsages af en stram styring af de samlede sundhedsudgifter, herunder også en tilpasning af amtskommunernes og kommunernes økonomi til den ændrede opgavefordeling.

I det følgende opstilles tre forskellige modeller, som på forskellig måde rummer finansielle tilskyndelser, der tilgoder de opstillede krav.

Når der i de 3 modeller opereres med indførelse af takster, skyldes det, at kommunerne herved får en tilskyndelse til at overveje alternativer til sygehusindlæggelse og behandling.

I diskussionen af den administrative struktur (kapitel 6.4) bliver der redegjort for en model, hvor almen praksis overføres til primærkommunerne, uden at det nødvendigvis indebærer indførelse af takster for sygehusbehandling.

Model 1. Primærkommunal finansiering af hele sundhedsvæsenet.

I denne model forudsættes primærkommunerne at overtage hele den offentlige finansiering af sundhedsvæsenet.

Det forudsætter for det første, at primærkommunerne overtager det finansielle ansvar for sygesikringsområdet. For det andet forudsætter det, at der indføres en primærkommunal takstbetaling for benyttelsen af sygehusene. Taksterne for brug af sygehusene, som fortsat måtte forudsættes drevet af amtskommunerne, må fastsættes, så de over en periode giver fuld dækning for amtskommunernes omkostninger ved drift og anlæg af sygehusene. Ved fastsættelsen af taksterne må der således også tages hensyn til, at sygehusenes udgifter til forsknings- og uddannelsesopgaver bliver dækket.

En anden og knapt så vidtgående variant af modellen ville være at friholde primærkommunerne for udgifter til finansiering af uddannelse, forskning og udvikling.

På det korte sigt kan det ikke udelukkes, at provenuet fra de primærkommunale benyttelsestakster ikke fuldt ud dækker amtskommunernes udgifter, ligesom der heller ikke kan bortses fra, at en amtskommune i en periode kan have underskud på driften af alle eller enkelte af sine sygehuse. Dette vil være situationen, hvis behandlingsindsatsen ikke er indrettet bedst muligt i udgangssituationen, således at det rent faktisk er muligt at trække behandlingsopgaver ud af sygehusene og over i primærsektoren. Der må herefter finde marginale kapacitetstilpasninger sted i sygehusvæsenet, så der på lidt længere sigt må forventes at være omkostningsmæssig dækning for driften af sygehusene. Disse tilskyndelser til en tilpasning af kapacitet og omkostninger vil klarest komme til udtryk, hvis de enkelte sygehuse og amtskommuner har mulighed for frit at tilbyde deres ydelser til kommunerne uden at skulle tage hensyn til faste indlæggelsesområder og til amtsgrænserne.

Overgang til fuld primærkommunal omkostningsfinansiering for hele sundhedsvæsenet vil, som det er fremgået, indebære et ganske vidtgående brud med det eksisterende system. Spørgsmålet er da, om de samme tilskyndelser kunne opnås gennem et finansieringssystem, som rummer mindre vidtgående ændringer i forhold til det eksisterende system.

Model 2. Delvis primærkommunal finansiering af sygehusvæsenet kombineret med fuld primærkommunal finansiering af praksissektoren.

Denne model forudsætter overflytning af hele sygesikringsområdet til kommunerne og indførelse af en delvis kommunal takstfinansiering af sygehusvæsenet.

Med delvis kommunal finansiering af sygehusvæsenet skal de kommunale takster fastsættes efter en overvejelse af, hvilke tilskyndelser der ønskes for kommunerne. Taksterne skal således ikke som ved fuldstændig kommunal finansiering afspejle omkostningsniveauet ved bestemte funktioner i behandlingsforløbet.

I denne model bør omfanget af kommunernes takstbetaling fastsættes på baggrund af en analyse af, på hvilke opgaveområder der kan etableres kommunale alternativer til sygehusfunktionen. De kommunale muligheder for at skabe alternativer til sygehusene må antages at være mest nærliggende på pleje- og omsorgsområdet.

En mulighed kunne være en ordning med henholdsvis en opholdstakst og en behandlingstakst. Opholdstaksten kunne svare til den kommunale takstbetaling ved ophold på alle andre amtskommunale døgninstitutioner og kunne fastsættes med udgangspunkt i omkostningerne ved pleje og omsorg på det enkelte sygehus eller som en fælles takst for alle sygehuse.

I takstfastsættelsen kunne også indgå en vurdering af omkostningerne ved alternative foranstaltninger i kommunerne.

Ved fastsættelsen af en behandlingstakst vil der også indgå andre hensyn.

Hvis kompetencen til at afslutte overenskomster for speciallægepraksis således overføres fra amtskommunerne til kommunerne vil der både i amtskommunalt regi (sygehusvæsenet) og i kommunalt regi være et tilbud om specialiseret behandling.

I dette tilfælde må omkostningerne ved behandling i kommunalt regi (speciallægepraksis) indgå i grundlaget for fastsættelsen af de kommunale behandlingstakster, og disse takster må også omfatte ambulant speciallægebehandling på sygehusene. Det skyldes, at speciallægepraksis kan være et behandlingsmæs-

sigt og økonomisk attraktivt alternativ til ambulant behandling på sygehus, og at kommunerne uden takster da vil mangle en tilskyndelse til udbygning af praksissektoren.

Model 3. Fuld primærkommunal finansiering af almen praksis kombineret med delvis primærkommunal finansiering af sygehusvæsenet og af behandling i speciallægepraksis.

Mens model 1 overførte hele det finansielle ansvar for sundhedsvæsenet til primærkommunerne, forudsatte model 2 alene primærkommunal finansiering af almen praksis og speciallægepraksis samt takstbetaling for sygehusophold. Dette kan ud fra visse synspunkter være mindre hensigtsmæssigt. Det hænger sammen med, at både sygehusene og speciallægepraksis forudsætter et befolkningsunderlag, som er så stort, at mange primærkommuner vil være for små til at udgøre en hensigtsmæssig planlægningsenhed. Dertil kommer, at muligheden for substitution af ydelser er ganske store i forholdet mellem på den ene side sygehusene og på den anden side visse dele af speciallægepraksis. Disse forhold kunne derfor tale for, at en fremtidig finansieringsordning udformes på en sådan måde, at al specialiseret behandling underkastes samme finansieringsordning.

Model 3 forudsætter i overensstemmelse hermed, at finansieringen af almen praksis overføres til primærkommunerne. Derimod indføres der kun delvis primærkommunal finansiering af speciallægepraksis og af benyttelsen af sygehusene. Model 3 kan således ses som en videreudvikling af model 2. Modellen vil umiddelbart sikre, at der kan ske en samlet planlægning og tilrettelæggelse af indsatsen på det specialiserede niveau, hvor amtskommunerne som hidtil vil have det generelle ansvar for planlægningen.

Model 3 vil i øvrigt give de samme tilskyndelser som de to andre modeller, for så vidt angår primærkommunernes udbygning af alternativer til sygehusbehandling og herunder også alternativer til varetagelse af sygehusenes pleje- og omsorgsopgaver.

Falles for alle tre modeller er forudsætningen om, at der indføres hel eller delvis primærkommunal takstfinansiering af behandling på sygehusenes ambulatorier. Uanset hvilken model, der vælges, indebærer dette, at taksterne for benyttelse af ambulatorierne og af speciallægepraksis må fastsættes på en måde, der tager hensyn til omkostningsforskellene ved behandling i de to regier, idet denne på visse områder kan substituere hinanden. En sådan fastsættelse af takster for benyttelsen af sygehusenes ambulatorier støder umiddelbart på den vanskelighed, at ambulatorierne økonomisk og organisatorisk er integreret med sygehusenes stationære afdelinger. Dertil kommer, at registreringen af aktiviteterne på ambulatorierne hidtil har været mangelfuld.

Ud fra en isoleret betragtning kunne det give sygehusene mulighed for at fastsætte taksterne på en sådan måde, at sammenligningsgrundlaget i forhold til speciallægepraksis forvrides. Betydningen heraf skal dog ikke overdrives, da de amtskommunale forvaltninger vil have en interesse i, at taksterne afspejler de faktiske omkostningsforskelle. I modsat fald vil amtskommunerne gennem taksterne for benyttelse af sygehusenes ambulatorier indirekte komme til at subsidiere primærkommunerne.

I denne sammenhæng kan der være en risiko for, at sygehusene for at sikre fastholdelsen af et højt aktivitetsniveau og dermed også et højt takstprovenu fastholder patienterne længe end det er behandlingsmæssigt velbegrundet. Det kunne bl.a. forekomme, hvis patienterne efter udskrivningen fastholdes i længerevarende efterbehandlingsforløb på sygehusenes ambulatorier i tilfælde, hvor denne efterbehandling ud fra et behandlingsmæssigt synspunkt lige så godt kunne varetages af patientens læge, eventuelt i samarbejde med en praktiserende speciallæge. Ud over de omkostningsmæssige fordele, der kunne være forbundet hermed, vil en overførsel af efterbehandlingen til egen læge eller til praktiserende speciallæge også i mange tilfælde være en fordel for patienten. Specielt fordi der herved kunne sikres kontinuitet i efterbehandlingen. Endvidere kunne ventetider på ambulatorierne undgås og patienten ville ofte også være sikret behandling tættere på hjemmet.

Ud fra disse betragtninger forudsættes det, at patienterne efter afslutningen af en indlæggelse på sygehus i videst muligt omfang udskrives til videre behandling hos egen læge. Det vil herefter være patientens almenlæge, som tager stilling til, om og i hvilket omfang der eventuelt vil være et behandlingsmæssigt behov for efterbehandling eller efterkontrol af patienten på specialiseret niveau i eller uden for sygehusvæsenet. Uanset hvilket finansieringssystem, der fremover måtte være gældende, vil det i denne sammenhæng være afgørende, at der uarbejdes differentierede Visitationsregler. Vejledende behandlings- og plejeprogrammer, som findes inden for forskellige landes sundhedsvæsen, herunder det danske, kan give lægerne på de enkelte niveauer retningslinier for, hvor patienterne, alt efter diagnosens karakter og forløbet af den samlede behandling, bør visiteres hen. I den systematiske udarbejdelse af sådanne programmer ville der i øvrigt ligge en selvstændig tilskyndelse til både kvalitetsforbedring og effektivisering af indsatsen over for patienterne.

Indførelsen af et takstbetalingssystem for kommunerne rejser yderligere et problem. Det vedrører betalingen for særligt omkostningskrævende behandlinger, f.eks. hjertetransplantationer. For en lille kommune kunne blot få af sådanne behandlinger blive en relativt stor belastning. Problemet kan løses ved indførelsen af en kommunal udligningsordning. Det svarer til, hvad der er besluttet omkring finansieringen af behandlingen af AIDS. De nævnte behandlinger vil formentlig alle have en sådan karakter, at de skal udføres på sygehuse, der i forvejen varetager lands- og landsdelsfunktioner. En anden løsningsmodel kunne derfor være, at staten - i det mindste for landsfunktioner - overtog den fulde finansiering.

Principper for fastlæggelsen af takster.

Takstsystemet, som det er beskrevet i model 2 og 3 må udformes, så ideen med ordningen ikke søges imødegået gennem permanente mere eller mindre "automatiske" langtidsbetalingsaftaler eller andre ordninger, der fjerner de incitamenter, som betalingsordningerne sigter mod at indføre. Taksten for

sygehusydelser skal derfor knyttes til de faktisk forbrugte ydelser fra sygehusvæsenet og fastsættes som en fast takst pr. faktisk forbrugt sengedag, behandlet patient eller andre relevante ydelsesheder.

Taksten skal således sættes så højt, at den har den rigtige tilskyndelseeffekt i kommunerne, men samtidig ikke højere end at de sygehusaktiviteter, som ikke økonomisk kan løses forsvarligt ved alternative foranstaltninger i kommunalt regi, ikke vil blive påvirket af takstens tilskyndelseeffekt.

Ved anvendelse af ensartede takster (cirkulæretakster) vil sygehusene ikke få mulighed for at anvende takstsystemet i samspillet med kommunerne omkring valg af behandlingssted.

Det kan imidlertid overvejes at indføre et element af konkurrence i sygehussektoren ved at differentiere taksterne efter forskelle i omkostninger. En sådan differentiering kan tænkes både som hel og delys kommunal finansiering. Grundlæggende for en sådan model er, at amtskommunerne i modsætning til det nuværende system kun er sikret en takstindtægt, hvis sygehusvæsenet fungerer effektivt. Dette er en nødvendig forudsætning for at tiltrække opgaver.

Anvendelse af differentierede takster vil kræve en forskellig udformning afhængig af, om der er tale om en behandlingstakst, omfattende undersøgelse, behandling og pleje (hel finansiering) eller kun en opholdstakst, omfattende omsorg og pleje (delvis finansiering). Hvis taksterne kun skal omfatte omsorg og pleje, kan der i dette tilfælde være mulighed for, at sygehusene fastsætter konkurrencedygtige priser ved at overvælte plejeomkostninger på behandlingsregnskabet. Hermed ville de samfundsøkonomiske fordele ved priskonkurrence kunne fortone sig. Denne mulighed foreligger ikke, hvis de differentierede takster også omfatter behandling (hel finansiering).

Valget står således mellem anvendelsen af en ren behandlingstakst, en opholdstakst eller en kombination af de to former for takster. I denne sammenhæng må det understreges, at en ren opholdstakst, hvor afregningen mellem kommunerne og syge-

husene må forudsættes at være baseret på forbruget af sengedage, kan have utilsigtede og mindre hensigtsmæssige konsekvenser. Et sådant system ville således kunne give sygehusene en tilskyndelse til at forlænge liggetiden for patienterne ud over, hvad der ud fra et lægeligt og plejefagligt synspunkt ville være nødvendigt og ønskeligt. Resultatet af et sådant afregningssystem kunne således blive, at de fordele, der i de seneste år er opnået gennem en forkortelse af liggetiderne på sygehusene, i større eller mindre omfang blev sat over styr. For at undgå disse utilsigtede konsekvenser er det afgørende, at takstsystemet udformes på en sådan måde, at forbruget af sengedage kun spiller en mindre rolle for den pris, som kommunerne kommer til at betale for et samlet indlæggelsesforløb omfattende undersøgelser, behandling og pleje.

Takstdifferentieringen kunne enten vedrøre et gennemsnit for samtlige sygehuse i en amtskommune eller takstfastsættelsen kunne ske på grundlag af omkostningerne på det enkelte sygehus.

Brugen af differentierede takster vil medføre, at der kan blive en konkurrence mellem de enkelte sygehuse/amtskommuner, ligesom kommunernes valg af serviceniveau for deres borgere i tilfælde af sygehusindlæggelse vil afspejle sig i kommunernes udgifter i forbindelse hermed.

Ved differentierede takster - enten inden for amternes egne sygehuse eller mellem amtskommunerne - vil kommunerne få mulighed for at inddrage flere forskellige forhold i valg af behandlingssted.

Det giver mulighed for også at tage hensyn til forskelle i kvalitet og serviceniveau. Valget mellem ensartede og differentierede takster vil i sidste instans afhænge af, hvilke incitamenter man ønsker at indbygge i systemet. Hvis taksterne differentieres, rejses spørgsmålet om frit valg af behandling over kommune- og amtskommunegrænser.

En mulig løsning kunne være, at kommunerne i henhold til overenskomst får mulighed for at fastlægge, hvilke sygehuse den alment praktiserende læge selv kan visitere til. Ønskes visitation til andre sygehuse, kunne det kræves, at kommunerne skulle give tilladelse.

Ved en udbygning af kommunale alternativer til sygehusbehandling må det samtidig sikres, at der gennem en reduktion i antallet af sygehussenge gennemføres en løbende tilpasning af sygehusvæsenets kapacitet til ændringer i efterspørgslen på sygehusydelser. Sker dette ikke, vil et faldende ydelsesforbrug kunne resultere i højere takster pr. ydelse, og kommunerne vil i så fald ikke opnå nogen økonomisk gevinst ved udbygningen af alternative foranstaltninger.

I det foregående er der anført en række betragtninger om, hvordan kommunale takster for sygehusvæsenet kan fastsættes. Valget af takstmodel og fastsættelsen af taksternes størrelse må således ske på grundlag af en politisk overvejelse omkring de ønskede ændringer. Det gælder så meget mere som sygehusopgavernes karakter næppe muliggør en fastsættelse af taksterne ud fra entydige objektive kriterier. En nærliggende mulighed for løsning af disse problemer er, at taksterne - eller snarere nogle takstprincipper - fastlægges gennem forhandlinger mellem kommunale organisationer, således som allerede kendes ved takstfastsættelser på det sociale område.

Den gennemgang af fordele og ulemper ved de forskellige takstmodeller, som er indeholdt i det foregående viser, at indførelsen af et takstsystem vil give en række muligheder for at supplere de nuværende styringsinstrumenter i sundhedsvæsenet.

Udvalget er opmærksom på, at brugen af differentierede takster forudsætter detaljerede oplysninger om omkostningsstrukturen på de enkelte sygehuse m.v. Indførelsen af et sådant system kan derfor være forbundet med ikke ubetydelige vanskeligheder.

De praktiserende lægers visitation.

De praktiserende lægers visitationsadfærd vil få en afgørende betydning for, hvorvidt de kommunale sundhedstilbud vil blive reelle alternativer til sygehusvæsenet. Det er klart, at lægen, som er ansvarlig for behandlingen, må have ret til at henvise en patient til sygehusvæsenet, når dette ud fra en lægelig vurdering findes rigtigst.

Under forudsætning af, at viften af visitationsmuligheder er tilstrækkelig bred, kan og bør de praktiserende læger benytte alternativer til sygehusbehandling. Tilskyndelsen hertil kan tilvejebringes gennem ændringer i praksislægernes overenskomster, og gennem en styrkelse af samarbejdet mellem den praktiserende læge og kommunens social- og sundhedsforvaltning. Lægen må kunne benyttes som rådgiver for kommunen, når det gælder konkrete personsager men også i generelle sundhedspolitiske spørgsmål. Almen lægepraksis bør således i langt højere grad være en integreret del af det kommunale social- og sundhedstilbud, og læger bør derfor have overenskomsthjemlede muligheder for at blive inddraget i arbejdet.

De alment praktiserende lægers nærmere tilknytning til primærkommunerne rejser spørgsmålet om patienternes frie lægevalg. Det er imidlertid næppe realistisk at foreslå, at alle borgere kun kan vælge kommunens læger, og det må altså forudsættes, at lægerne - når det er nødvendigt - samarbejder med mere end én kommune.

6.4. Den administrative struktur.

I overvejelserne om den fremtidige administrative struktur på praksisområdet er følgende spørgsmål af afgørende betydning:

hvordan skal opgavefordelingen mellem kommuner og amtskommuner være?

hvordan skal opgavefordelingen mellem statslige og kommunale myndigheder være?

hvordan skal den administrative tilrettelæggelse af overenskomstsyste­met på praksisområdet være?

hvilken rolle kan/skal der tillægges de lægelige organisationer m.fl., når det gælder den løbende administration af praksisområdet?

Ved udformningen af de modeller for den administrative struktur, som er beskrevet i det følgende, er det forudsat, at driften af sygehusvæsenet fortsat skal være en amtskommunal opgave,

at forebyggende sundhedsordninger fortsat skal være en kommunal opgave,
at omlægninger af den administrative struktur ledsages af en tilsvarende tilpasning af sundhedsvæsenets finansiering.

En videregående decentralisering af såvel det politiske som det administrative ansvar for praksissektoren, således at kommunerne tillægges større ansvar for løsningen af sundhedsvæsenets opgaver, vil kunne bidrage til at forbedre grundlaget for gennemførelsen af de formulerede sundhedspolitiske målsætninger.

Udvalget har drøftet følgende modeller for den fremtidige administrative struktur for praksisområdet:

- I. Den offentlige sygesikring overflyttes fra amtskommunerne til kommunerne.
- II. Den offentlige sygesikring, bortset fra speciallægepraksis, overflyttes fra amtskommunerne til kommunerne.
- III. Den offentlige sygesikring skal fortsat være en amtskommunal opgave, men der gennemføres via lovgivning en væsentlig styrkelse af kommunernes indflydelse på varetagelsen af opgaven.

Modellerne I og II er principielt ikke væsentligt forskellige. Begge forslag medfører, at varetagelsen af de politiske og administrative opgaver på praksisområdet som udgangspunkt er en kommunal opgave. Tilrettelægges den administrative struktur på praksisområdet med udgangspunkt i de principper for den politiske og administrative opgavefordeling i sundhedsvæsenet, som er indeholdt i disse to modeller samt de indledningsvis nævnte forudsætninger, sker der en samling af ansvaret for praksissektoren, de forebyggende sundhedsordninger og langt de fleste af socialvæsenets opgaver i kommunalt regie.

Dette antages at give bedre muligheder for at sikre en samordning af indsatsen i sundhedsvæsenet og socialvæsenet. I denne forbindelse skal bl.a. peges på, at mulighederne for at etablere klientfællesskab mellem praktiserende læge, socialrådgiver, familievejleder, hjemmesygeplejerske m.fl. formodes at blive forbedret i forhold til i dag. Dette kan endvidere give bedre grundlag for en effektiv sygdomsforebyggende indsats, idet der gennem et tæt samarbejde mellem kommune og de praktiserende læger m.fl. bliver mulighed for at tilrettelægge indsatsen med udgangspunkt i et bredt kendskab til de sundhedsmæssige og sociale problemer, som er karakteristiske for den eller de befolkningsgrupper, der udgør målgruppen for et konkret forebyggelsesinitiativ.

Et tæt samarbejde mellem praktiserende læge og kommunen udgør endvidere et vigtigt led i etableringen af de kommunale sundhedstilbud, som er nødvendige for en gennemførelse af målsætningen om udflytning af visse opgaver fra sygehusvæsenet til praksissektoren og til kommunerne.

Der kunne i denne sammenhæng opnås betydelige fordele ved en udbygning af social- og sundhedsplanerne, således at disse også skulle omfatte sygesikringsområdet. Det ville tilskynde de politiske og administrative organer til at overveje de sociale- og sundhedsmæssige aktiviteter i sammenhæng. Derved ville der også blive et bedre grundlag for sygehusplanlægningen.

Ved udformningen af den administrative struktur er det også nødvendigt at tage hensyn til behovet for koordination af indsatsen i henholdsvis praksissektoren og i sygehusvæsenet.

Ved en overflytning af sygesikringen til kommunerne er det derfor hensigtsmæssigt, at der etableres formaliserede samarbejdsorganer mellem amtskommuner og kommuner med henblik på koordineringen i de to sektorer. Det gælder bl.a. fastlæggelse af opgavefordelingen mellem almen praksis, speciallægepraksis og sygehusvæsenet, men også principper for de praktiserende lægers adgang til at benytte sygehusenes faciliteter, herunder eventuelle betalingsregler, vil kunne være opgaver for sådanne samarbejdsorganer.

I princippet findes sådanne samarbejdsorganer allerede i dag, bl.a. i form af det udvalg, der i henhold til sygesikringslovens § 23, stk. 2, skal nedsættes i den enkelte amtskommune. I de seneste år er der også enkelte steder etableret "lokalråd" i tilknytning til det enkelte sygehus.

De eksisterende § 23, stk. 2-udvalg er dog næppe sammensat på en sådan måde, at de er velegnede til varetagelsen af de fremtidige koordinationsopgaver.

En model for sammensætningen af de fremtidige samarbejdsudvalg eller lignende kunne være, at der bliver en ligelig repræsentation af kommunerne og amtskommunen. Sammensætningen bør dog ses i sammenhæng med den fremtidige tilrettelæggelse af sundhedsvæsenets finansiering. Får kommunerne et væsentligt finansielt medansvar for sygehusvæsenet, bør det afspejle sig i en stærkere kommunal repræsentation i de nævnte samarbejdsorganer.

Speciallægepraksis kan på nogle områder substituere sygehusbehandling.

Dette kunne være argument for, at amtskommunerne fortsat skulle have ansvaret for tilrettelæggelsen af speciallægepraksis (model II). Dette har næppe stor betydning for specialerne - øjenlæge-, hals-, næse- og øre- og hudlægehjælp, der fortsat må formodes varetaget af praktiserende speciallæger. Disse specialområder er bl.a. karakteriseret ved, at der på disse områder er den bredeste geografiske dækning.

For de øvrige specialer er mulighederne for udflytning af opgaver langt fra afprøvet. Der kunne derfor være planlægningsmæssige fordele forbundet med at bevare ansvaret for varetagelse af området i amtskommunalt regie.

Overflytning af sygesikringsområdet til kommunerne vil medføre en væsentlig forøgelse af disses administrative og politiske opgaver. Det kan ikke afvises, at et forholdsvis stort antal kommuner vil være for små til selv at varetage hele sygesikringsopgaven. Der kan derfor være behov for, at kommuner-

ne i fællesskab går sammen om løsning af opgaven. Geografiske forhold kan også i mange tilfælde være årsag til, at der må etableres et samarbejde på tværs af kommunerne.

Udvalget har drøftet, hvorledes sygesikringsopgaven kan indpasses i den politiske udvalgsstruktur og i administrationen i kommunerne. Løsningen af disse spørgsmål vil formentlig være meget afhængig af kommunens størrelse. Udvalget har derfor ikke taget stilling til spørgsmålet, men ønsker dog at påpege, at det under hensyn til formålet med overflytningen af sygesikringsopgaven umiddelbart må anses for mest hensigtsmæssigt, at de sociale og sundhedsmæssige opgaver varetages af samme stående politiske udvalg. Ved overvejelserne om den fremtidige udvalgsstruktur på det kommunale niveau må det være afgørende at sikre, at varetagelsen af de sociale opgaver ikke får en dominerende stilling.

Den tredje model for den fremtidige administrative opgavefordeling (III), som udvalget har overvejet, får væsentligt mindre konsekvenser end model I og II, idet den nuværende administrative opgavefordeling mellem amtskommunerne og kommunerne bevares.

I den gældende lovgivning er det fastsat, at vilkårene for sygesikringslovens ydelser skal fastlægges ved overenskomster. Det betyder, at SFU som offentlig aftalepart har ansvaret for varetagelsen af en række væsentlige funktioner på det centrale niveau. Det vedrører først og fremmest fastsættelsen af vilkårene for lægernes arbejdsvilkår, indtjening og regler for tilrettelæggelsen af den enkelte praksis, hvorom der i overenskomsterne er fastsat forholdsvis detaljerede regler. Herved får SFU også et væsentligt ansvar for fastlæggelsen af de overordnede økonomiske rammer for praksissektoren. Endvidere har SFU gennem overenskomstforhandlingerne afgørende indflydelse på de ydelser, der kan omfattes af de enkelte overenskomster. Endelig skal det påpeges, at SFU gennem overenskomsternes bestemmelser om praksistilrettelæggelse, praksisplanlægning og nedsættelsesadgang også har en betydelig indflydelse på strukturen i praksis.

Placeringen af de nævnte opgaver i SFU's regie er historisk betinget, idet SFU ved indførelsen af den offentlige sygesikring fik overført de opgaver, der tidligere blev varetaget af De Samvirkende Centralforeninger af Sygekasser i Danmark.

Med den udbygning af den kommunale administration, som er fulgt med kommunalreformen, er der ikke nogen administrativ begrundelse for den gældende afgrænsning af SFU's opgaver. Det er derfor et spørgsmål, om der fortsat er behov for at opretholde SFU som et lovbestemt organ.

Hertil kommer, at en gennemførelse af en yderligere decentralisering af ansvaret for sygesikringsområdet vil ændre forudsætningerne for de opgaver på området, der i dag varetages på centralt niveau.

De hensyn, som staten i dag primært skal varetage, vedrører dels det sundhedsfaglige indhold i praksissektoren, dels indpasningen af sundhedssektorens økonomi i den samlede offentlige udgiftspolitik. Indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen bør fortsat deltage aktivt i fastlæggelsen af det sundhedsfaglige indhold i praksissektorens ydelser.

Når det gælder sundhedssektorens økonomi er det klart, at det direkte ansvar for finansieringen af de enkelte opgaver ligger hos kommuner og amtskommuner. Det vil dog fortsat være sådan, at de statslige myndigheder som led i den samlede offentlige udgiftspolitik også må udøve en indflydelse på fastlæggelsen af rammerne for sundhedsvæsenets økonomi. Dette kan ske som led i det løbende økonomiske samarbejde mellem staten, kommunerne og amtskommunerne.

I den forbindelse skal det påpeges, at der er behov for en videreudvikling af de statistik-og informationssystemer, der i dag er på praksisområdet, ligesom der er behov for løbende sundhedsøkonomiske analyser på området, jfr. afsnit 6.6. Ansvaret for en udbygning af disse funktioner må først og fremmest påhvile de statslige myndigheder.

Når det gælder fastlæggelsen af de overordnede sundhedspolitiske mål og strukturelle rammer for praksisområdet, er det nødvendigt, at der også på centralt niveau er en løbende dialog mellem de statslige og de kommunale myndigheder, således som det eksempelvis sker på sygehusområdet i bl.a. planlægnings- og visitationsudvalget. Dette kan tale for, at der også for praksisområdet er et centralt udvalg, der dels drøfter de overordnede rammer for sektoren, dels kan vejlede de enkelte kommuner og amtskommuner i spørgsmål vedrørende praksistilrettelæggelse og praksisplanlægning.

En anden mulighed er, at der på centralt niveau nedsættes et udvalg, der får til opgave at fastlægge de overordnede rammer for både sygehusvæsenet og praksissektoren. Ved at samle opgaven i et organ, opnås der bedre muligheder for at sikre en samordning af indsatsen i de to sektorer. Ved beslutningen om den fremtidige struktur bør det sikres, at sygehusvæsenet ikke får en for dominerende stilling.

Nedsættes der et særligt udvalg med den opgave at fastlægge de sundhedspolitiske og strukturelle rammer for praksisområdet, vil overenskomstforhandlingerne på sygesikringsområdet fremover i højere grad få samme karakter, som på det øvrige offentlige arbejdsmarked, det vil sige, at overenskomsterne primært skal omhandle fastsættelse af arbejds- og indtjeningsvilkår for lægerne m.fl. Med denne struktur er der ikke behov for, at overenskomstforhandlingerne skal varetages af et lovbestemt organ, som tilfældet er i dag. Hertil kommer, at en yderligere decentralisering på praksisområdet også må omfatte muligheden for en øget lokal og regional indflydelse på overenskomsterne.

En naturlig konsekvens heraf vil også være, at den i dag gældende statslige godkendelsesbeføjelse ophæves, således som det bl.a. er sket på sygehusområdet og det sociale område.

6.5. Eksklusivbestemmelser m.v.

De i dag gældende eksklusivbestemmelser på sygesikringsområdet er indeholdt i overenskomsterne på de enkelte områder. Heri er det fastsat, at forudsætningen for at praktisere for

sygesikringen i henhold til overenskomst er betinget af, at den pågældende læge, tandlæge m.fl. er medlem af den organisation, der har indgået overenskomsten med Sygesikringens Forhandlingsudvalg.

I landsoverenskomsten om almen lægegerning er det endvidere fastsat, at "aftaler udover nærværende overenskomst mellem amtskommuner og læger vedrørende almen praksis inden for den offentlige sygesikring må ikke oprettes, medmindre der er enighed herom mellem overenskomstens parter." Lignende bestemmelse findes i de øvrige sygesikringsoverenskomster. Hermed er de faglige organisationer sikret en vetoret mod indgåelse af overenskomster mellem amtskommunerne og læger m.fl., der står uden for organisationerne.

Staten og kommunerne har inden for det arbejdsretlige område ikke adgang til at indgå overenskomster, som rummer eksklusivaftaler. Sygesikringsområdet er således det eneste aftaleområde, hvor det offentlige deltager som part, hvor der findes eksklusivbestemmelser.

Der kan ikke ses bort fra, at begrænsningerne af lægernes organisationsmuligheder kan hæmme mulighederne for at bringe overvejelser om alternative behandlingsmetoder m.v. ind i overenskomsterne.

Spørgsmålet om mulighederne for at gennemføre en liberalisering af praksissektoren vedrører først og fremmest følgende to problemstillinger:

Mulighederne for ophævelse af de i dag efter overenskomsterne gældende eksklusivbestemmelser,
Indførelse af fri nedsættelsesret på alle overenskomstområder.

Det kan ikke af sygesikringsloven udledes, at kun medlemmer af lægeforeningen kan praktisere under den offentlige sygesikring. I lovens § 26, stk. 2, er det således alene anført, at Sygesikringens Forhandlingsudvalg "afslutter på den offentlige sygesikrings vegne overenskomster med organisationer af læger m.fl. om vilkårene for de i lovens §§ 6, 8, 9 og 19 omhandlede ydelser". Der er ganske vist flere steder i loven re-

fereret til Den almindelige danske Lægeforening eller dennes underorganisationer, men dette kan næppe tages som udtryk for andet, end at stort set samtlige læger faktisk er repræsenteret i disse organisationer. Der ligger derimod ikke heri nogen lovgivningsmæssig forudsætning om, at overenskomsterne skal være indgået med de nævnte organisationer. Dette synspunkt understøttes af, at det i lovens § 29 er fastsat, at såfremt der opstår en anden central organisation ved siden af lægeforeningen, afgør indenrigsministeren, hvilken organisation der i så fald skal varetage de funktioner, der efter loven er henlagt til foreningen.

Som begrundelser for de eksisterende eksklusivaftaler har det bl.a. været fremført, at organisationerne fører en vis kontrol med medlemmernes erhvervsudøvelse, som det kan være vanskeligt at foretage for sygesikringen, så længe der er tale om udøvelse af selvstændigt erhverv og ikke om egentlige ansættelsesforhold. Det har endvidere været fremført, at eksempelvis sygesikringslovens § 23, stk. 4, vedrørende nedsættelse af fællesudvalg forudsætter, at der er en organisation, der kan repræsentere lægerne i udvalget. Endvidere kan det nævnes, at overenskomsterne i dag også indeholder en række bestemmelser, der regulerer patienternes rettigheder. Disse bestemmelser er forpligtende for den enkelte læge.

De hensyn, der har været fremført som begrundelse for eksklusivaftalerne, kan sikres på anden måde, bl.a. gennem en udbygning af lovbestemmelserne om patientrettighederne. Det er derfor ikke nødvendigt for sygesikringssystemets funktionsmulighed, at eksklusivbestemmelserne opretholdes.

Følgende to modeller viser, hvorledes systemet kan tilrettelægges uden eksklusivregler:

Model 1 ;

Den myndighed, der er ansvarlig for sygesikringsopgaven - enten kommunen eller amtskommunen, jfr. afsnit 6.4. - kan altid indgå overenskomst eller aftale med en læge, tandlæge m.fl., uanset om den pågældende er medlem af en organisation.

Model 2:

En læge, tandlæge m.fl. skal altid have mulighed for at kunne opnå ret til at praktisere for sygesikringen i henhold til den til enhver tid gældende overenskomst med den faglige organisation på området. Denne ret kan ikke gøres betinget af, om den pågældende er medlem af den faglige organisation. Det eneste kriterium vil herefter være, om den pågældende opfylder de til enhver tid gældende uddannelseskrav.

Model 1 vil give den mest vidtgående mulighed for en liberalisering af praksissektoren, idet tilrettelæggelsen af den enkelte praksis efter denne model kan være et anliggende alene mellem det offentlige og den enkelte læge. Herved kan det bl.a. blive lettere at indpasse nye behandlingsmetoder m.v. på en smidig måde i praksissek'toren.

Model 2 er udformet således, at den primært sigter mod at sikre den enkelte læges m.fl.'s organisationsfrihed. Den vil derimod ikke som model 1 give den enkelte kommune/amtskommune mulighed for umiddelbart at indgå særlige overenskomster med en enkelt læge.

Overlades det til kommunen/amtskommunen at beslutte, hvor mange læger der skal have adgang til at praktisere for sygesikring, vil den liberalisering af området, som indeholdes i de to modeller, ikke forringe det offentliges muligheder for at udøve en styring på området.

De to forslag kan principielt indføres uden ændringer af sygesikringssystemet.

En mere vidtgående liberalisering af praksisområdet vil ud over ophævelsen af eksklusivbestemmelserne også forudsætte, at der på lægeområdet gives fri nedsættelsesret (adgang til at praktisere for sygesikringen) til alle læger, som opfylder de gældende uddannelsesmæssige krav. Liberaliseringen af sektoren kan yderligere styrkes, hvis alle får ret til frit at opsøge

en hvilken som helst læge. Det vil i forbindelse med overvejelser om indførelse af fri nedsættelsesret formentlig også være nødvendigt at inddrage spørgsmålet om gennemførelse af en delvis egenbetaling for brug af alment praktiserende læge.

Begrundelsen for, at der netop på lægeområdet ikke eksisterer en fri nedsættelsesret, er bl.a., at det må antages, at et øget udbud af lægeydelser (flere læger i praksis) kan medføre et øget forbrug heraf. Hertil kommer, at der i tilknytning til de gældende bestemmelser om adgangen til nedsættelse i almen praksis er indført et omfattende regelsæt, der bl.a. har til formål at sikre, at de bedst kvalificerede læger får mulighed for at nedsætte sig i almen praksis.

En ordning med fri nedsættelsesret svarer til, hvad der er gældende på f.eks. tandlægeområdet. Begrundelsen for i givet fald at indføre en egenbetaling, er bl.a., at den enkelte herved har en direkte tilskyndelse til at undgå unødvendig brug af lægeydelser. Herved mindskes den risiko for stigende sygesikringsudgifter, som et øget udbud af lægeydelser vil kunne indebære.

Den væsentligste fordel ved indførelse af en fri nedsættelsesret er, at der principielt skabes øget mulighed for konkurrence mellem de praktiserende læger. Det kan medvirke til serviceforbedringer i praksissektoren.

Det er dog tvivlsomt, om der reelt vil blive tale om en stærkere konkurrence mellem lægerne. Hertil kommer, at opfyldelsen af en række andre hensyn, eksempelvis ønsket om tilvejebringelse af klientfællesskab mellem almen læge og det kommunale sundhedspersonale, kan blive vanskeliggjort af en sådan ordning.

6.6. Videreudvikling af informationssystemerne på sundhedsområdet.

Statistiske opgørelser og indsamling af informationer om aktivitet og ressourceforbrug i sundhedssektoren tjener flere formål. Det er nødvendigt med sådanne opgørelser for at kunne

følge udviklingen og for at have et grundlag for at træffe afgørelser om prioriteringer m.m., herunder foretage sammenlignende analyser og konsekvensberegninger af alternative løsningsmuligheder. Statistiske opgørelser udgør således en vigtig del af grundlaget for politiske prioriteringer på sundhedsområdet. Af hensyn hertil er det af stor betydning, at opgørelserne er sammenlignelige, fyldestgørende, tidsaktuelle og fuldstændige i betydningen, at de omfatter aktiviteten i alle dele af sundhedsvæsenet.

Behovet for sådanne oplysninger understreges yderligere i perioder, hvor der overvejes en omstilling af sundhedsvæsenet. I diskussionen af de forskellige modeller for den fremtidige tilrettelæggelse af finansieringssystemet på sundhedsområdet er det således påpeget, at der er behov for en betydelig forbedring og videreudvikling af det statistiske informationssystem på sundhedsområdet.

Det er et generelt problem, at de statistiske opgørelser foreligger meget sent, typisk ca. 1 1/2-2 år efter at aktiviteterne har fundet sted. Det gælder både på sygehus- og praksisområdet.

Et andet generelt problem vedrører de manglende muligheder for statistisk at følge et behandlingsforløb, der involverer både læger i praksissektoren og sygehusbehandling. Manglen på data til brug for sådanne forløbsanalyser gør det vanskeligt at vurdere ressourceanvendelsen i sundhedssektoren under et. Alternativet er ofte, at der fokuseres på den enkelte sektor for sig, hvilket kan føre til fejlslutninger. Eksempelvis er det meget vanskeligt at vurdere, hvordan udviklingen i udgifterne til speciallægepraksis hænger sammen med udviklingen i sygehusudgifterne. I denne forbindelse er det også en væsentlig mangel, at der ikke sker en ensartet og fyldestgørende belysning af aktiviteterne i sygehusambulatorierne.

De mangler i informationssystemerne som er påpeget i det foregående, vedrører væsentligt oplysninger vedrørende resourceforbruget i bred forstand.

Hertil kommer, at der også mangler statistik, der kan belyse, hvad der bliver resultatet af indsatsen. Den sundheds-

massige værdi af sundhedsvæsenets indsats måles idag stort set alene ved nogle meget grove indikatorer.

Det er vigtigt at understrege, at statistik ikke blot tjener kontrol og prioriteringsformål. En veludbygget statistik er et vigtigt informationssystem for lægerne og de øvrige personalegrupper i sundhedsvæsenet til brug for videreudvikling af de tilbud, som stilles til rådighed.

