



Sæt en stopper for koncernklinikkerne - opråb fra en yngre læge!

Koncernklinikkerne vokser hastigt frem i Danmark, men de kommer med en række problemer. Omkring 150.000 patienter står allerede uden en fast læge. Hvor kan vi sætte ind?

Koncernklinikkerne er drevet af økonomisk vinding. De skævvrider markedet, mangler kontinuitet og kvalitet for patienterne, og de bidrager ikke til uddannelsen af fremtidens speciallæger i almen medicin. Samtidig har konstruktionen en risiko for, at tusindvis af patienter fra den ene dag til den anden står uden lægedækning, hvis koncernen eller ejerlægen går konkurs, sådan som det for nylig er sket, da fire klinikker måtte lukke i Syd- og Vestjylland. Politikerne må sætte en stopper for koncernklinikkerne. Her er mine bud på, hvor der kan sættes ind.

I mine øjne er koncernklinikker, også kendt som stråmandsklinikker,

den største trussel mod fremtidens almene praksis og patienternes adgang til en fast læge. Det er samtidig en helt reel bekymring blandt flere uddannelseslæger, om der overhovedet er en klinik at overtage, når de selv bliver speciallæger i almen medicin.

Hvis vi skal kæmpe imod denne udvikling, må vi først og fremmest forstå, hvad vi er oppe imod. Mange forskellige udtryk som koncernklinikker, stråmandsklinikker, udbudsklinikker m.v. gør det svært at overskue, om der er tale om forskellige ting eller én og samme. Koncernklinikkerne blev en mulighed, da man i 2013 ændrede sundhedsloven til, at hver speciallæge i almen medicin kunne eje op til 6 ydernumre (med ubegrænset antal kapaciteter).

Drevet af mangel på speciallæger i almen medicin

Vi har haft vedvarende mangel på praktiserende læger i mange år. Aktuelt er antallet af patienter, som er tilknyttet en koncernklinik, firedoblet siden 2020. Formålet med lovændringen i 2013 var at afhjælpe denne lægemangel ved at give den enkelte

læge mulighed for at drive flere klinikker. Ingen har formentlig tænkt på, at man derved gjorde det muligt for koncerner at overtage en stor del af markedet via stråmandslæger. Men er disse private koncernklinikker, der altså er vokset frem siden da, ikke et ok bud på at løse lægemanglen, når nu vi ikke er praktiserende læger nok lige nu?

På kort sigt kan man godt argumentere for, at det afhjælper lægemanglen i visse (udkants)områder – for en vikarlæge (eller sygeplejerske) er vel bedre end ingen læge? Hertil er blot at sige, at der i områder med dårlig lægedækning findes alternative, midlertidige løsninger – regionsklinikker og udbudsklinikker – som regionerne kan tage i brug. Problemet med stråmandsklinikkerne er, at de risikerer at udvikle sig til et varigt alternativ, og at det bliver svært for unge speciallæger i almen medicin at overtage en ledig praksis, fordi koncernerne sætter sig på alle de ledige ydernumre.

Et andet, rigtig godt alternativ ville være, at man gik efter at oprette endnu flere licensklinikker. Vi ved, at

DE FORSKELLIGE KLINIKTYPER

Koncernklinik/stråmandsklinik

Klinik, der formelt ejes af en speciallæge i almen medicin, men reelt drives af kæder som "alles Lægehus" og "Nordic Medicare". Meningen var, at en privat aktør kunne stå for den administrative del, så lægen kunne koncentrere sig om det lægefaglige. Desværre ses flere og flere eksempler på, at koncerner reelt står for hele driften, inkl. det lægefaglige, i klinikker, som formelt drives efter PLO's overenskomst. Allermest grelt er det, at vi ser eksempler på ejerlæger, hvor der kan sættes spørgsmålstejn ved, om de overhovedet er involveret i driften af en eneste af de klinikker, de ejer. Det er de læger, der kan betegnes som "stråmænd". Der er eksempler på, at disse "stråmænd" kontraktmæssigt er bundet til at samarbejde med koncernen i mange år, at det er vanskeligt at komme ud af kontrakterne, og at nye ejere som udgangspunkt skal skrive under på, at de indgår i samme samarbejdsforhold med koncernen som den tidligere ejer. Resultatet er, at klinikkerne primært er drevet af økonomisk incitament, og dermed er der ingen forventning/forpligtigelse til at sælge ydernummeret tilbage til eksempelvis en ny speciallæge, som ønsker at drive egen klinik i (udkants)området.

Regionsklinik

Klinik, der oprettes og drives af regionen efter PLO's overenskomst, hvis man ikke kan få en læge til at overtage et ydernummer på almindelige vilkår. Regionsklinikkerne har tidligere været tidsbegrænsede i op til seks år, men en nylig lovændring betyder, at regionsklinikkerne får erstattet tidsbegrænsningen med et krav om, at så snart en læge byder ind på at drive klinikken efter PLO's overenskomst, skal regionen overlade ydernummeret til denne læge. Indtil da står regionen for ansættelse af læge og klinikpersonale, leje af lokaler og alt det praktiske.

Licensklinik

Klinik, der ejes og drives af regionen, mens lægen kan fokusere på det lægefaglige arbejde. Idéen er, at lægen i løbet af nogle år, hvis han/hun ønsker det, kan overtage ydernummeret fra regionen og drive det som en almindelig klinik efter PLO's overenskomst. Disse kliniktyper er som skræddersyet til yngre speciallæger i almen medicin, der gerne vil arbejde som praktiserende læge, men måske er usikre på eller endnu ikke helt klar til at være klinikejer. De kan afprøve rollen, inden de tager springet og køber klinikken. I sundhedsreformen er der afsat midler til, at der i de kommende år kan oprettes 10 nye licensklinikker.

Udbudsklinik

Klinik, hvor regionen laver et udbud, og et privat firma byder og vinder opgaven med at stå for driften af en lægeklinik i et område, hvor det ikke har været muligt at få en praktiserende læge til at byde på almindelige vilkår. Koncernen, der står for driften, ansætter læger og klinikpersonale. Hidtil har der været en bestemmelse om, at regionen skulle lave et sådant udbud, inden den evt. oprettede en regionsklinik. Dette krav er med en nylig lovændring blevet afskaffet. Derfor er udbudsklinikker formentlig ved at blive fortrængt af regionsklinikker. Koncernerne har tabt interessen for at drive udbudsklinikker, fordi de i stedet ofte kommer ind på markedet gennem koncern- og stråmandsklinikker.

der er en del yngre læger, som i starten af deres karriere gerne vil slippe for det administrative og fokusere på det lægelige arbejde. For dem kan licensklinikker være en god løsning, indtil de får mod på at springe ud som klinikejere. Vores egne medlemsundersøgelser peger på, at mellem 80 og 90 % af uddannelseslægerne i almen medicin ønsker at eje deres egen klinik inden for en kort årrække.

En skævvridning af primærsektoren

På den lange bane er koncernklinikkerne et selvmord for primærsektoren, da vi langsomt mister flere og flere ydernumre og dermed den traditionelle faste læge. Aktuelt er omkring 150.000 borgere tilknyttet en koncernklinik og har derfor ikke deres egen faste læge. Dette tal har været stærkt stigende i de seneste par år. I modsætning til licens- og regionsklinikker er koncernklinikkerne ikke forpligtiget til at sælge ydernummeret "tilbage", hvis en ny speciallæge i almen medicin kunne have interesse for at drive klinikken i området.

Koncernklinikkerne er drevet af økonomisk incitament: des større kæde (flere ydernumre), des større indtægter og dermed også større købekraft. Altså vil koncernklinikkerne i tiltagende grad kunne udkonkurrere enkeltstående speciallæger i almen medicin i en priskrig om nye og gamle ydernumre. Vi har set en lignende udvikling blandt tandlæger, hvor store

På den lange bane er koncernklinikkerne et selvmord for primærsektoren, da vi langsomt mister flere og flere ydernumre og dermed den traditionelle faste læge.

kæder opkøber nye ydernumre til priser, som enkeltstående individer ikke kan matche. Der sker altså en tiltagende skævvridning af markedet for vores ydernumre, hvis ikke der sættes en stopper for koncernklinikkerne.

Handler om patienterne og fremtidens praktiserende læger

Men hvorfor skriver jeg, som formand for FYAM, om dette? Er det ikke et politisk problem? Jeg gør det, fordi der – ud over skævvridning i markedet – er større udfordringer ved koncernklinikkerne, som omhandler kvaliteten for vores patienter og uddannelsen af fremtidens praktiserende læger.

Det problematiske er, at vi blandt stråmandsklinikkerne typisk har at gøre med skiftende vikarlæger og en meget vidtgående uddelegering af opgaver til klinikpersonale (lægen er ikke særlig meget til stede). Det er meget langt fra det, man kan kalde de klassiske almenmedicinske idealer om kontinuitet og personligt kendskab mellem læge og patient. Altså møder patienterne i disse klinikker enten meget ofte en helt nyansat læge eller kun sygeplejersker. Det er ganske veldokumenteret, at kontinuitet og kendskab til patienterne øger overlevelsen. Blandt andet har man i et norsk studie fra 2022 vist, at en fast læge gennem 15 år eller mere medfører signifikant mindre brug af vagtlæger, færre akutte indlæggelser og lavere dødelighed blandt patienterne. Når vi får nye speciallæger i almen medicin til at investere i ydernummer og klinik, stiger chancen for, at de bliver i området, og med en fast praktiserende læge i området, kan vi sikre kontinuitet og kendskab til patienterne.

Ikke investeret i vores uddannelse

Vi har de seneste år øget antallet af nye uddannelseslæger i almen medicin fra 300 til 350, og både DSAM og

PLO har foreslået, at tallet øges til 400 om året. Altså stiger antallet af uddannelseslæger i almen medicin – et vigtigt skridt for at sikre lægedækning i fremtiden. Flere læger betyder behov for flere tutorlæger/uddannelsesstillinger i almen praksis. Dette forstærkes yderligere, når man inden for en årrække afkorter hospitalsdelen af vores hoveduddannelse med 6 måneder til fordel for 6 måneder ekstra i almen praksis. For at blive tutorlæge skal man dog have sin faste gang og en vis kontinuitet i praksis. Det kan ikke honoreres af koncernklinikkerne. I mine øjne er det et enormt problem, at tiltagende flere ydernumre "tabes" til klinikkerne, som således også "tabes" som uddannelsespladser. Ikke nok med at koncernklinikkerne udkonkurrerer nye speciallæger med økonomisk købekraft: De bidrager heller ikke til uddannelsen af nye speciallæger i almen medicin og dermed sikring af lægedækningen på den lange bane.

Stop dem nu, mens det stadig er muligt

Vi må som kommende og nuværende speciallæger i almen medicin råbe politikerne op og sige STOP. Sæt en bremse for koncernklinikkerne, og sørg for, at det stigende antal uddannelseslæger i almen medicin har en klinik at drive, når de bliver færdige lige om lidt. Overvej at ændre loven, så man atter kun kan have et eller måske to ydernumre per speciallæge. Gør kontinuitet i klinikken til et krav, så speciallægen, som ejer klinikken, også forpligter sig til at arbejde fast i klinikken. Gør det til et krav, at lægen faktisk skal have sin daglige gang i den eller de klinikker, man ejer, og at de skal være placeret inden for et mindre geografisk område. Gør det til et krav, at koncernklinikkerne må sælge ydernumrene tilbage til speciallæger, hvis disse skulle komme til området

I mine øjne er det et enormt problem, at tiltagende flere ydernumre "tabes" til klinikkerne, som således også "tabes" som uddannelsespladser.

og have interesse i at drive egen klinik. Gør det nu, mens det stadig er muligt, og mens vi stadig har praktiserende læger tilbage.

Døl din mening:

Har du selv arbejdet i en koncernklinik eller har andre erfaringer hermed, modtages disse meget gerne på fyam-formand@dsam.dk (evt. i anonymiseret form). Oplysningerne vil ikke blive brugt nogen steder uden forudgående accept. //