

3/2016

STATSREVISORERNE
RIGSREVISIONEN



Rigsrevisionens beretning om

hospitalslægers bibeskæftigelse

afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger



1849
147.281
237
1976
114.6
22.480
908

November 2016

3 /
2016

Beretning om hospitalslægers bibeskæftigelse

Statsrevisorerne fremsender denne beretning med deres bemærkninger til Folketinget og vedkommende minister, jf. § 3 i lov om statsrevisorerne og § 18, stk. 1, i lov om revisionen af statens regnskaber m.m.

København 2016

Denne beretning til Folketinget skal behandles ifølge lov om revisionen af statens regnskaber, § 18: Statsrevisorerne fremsender med deres eventuelle bemærkninger Rigsrevisionens beretning til Folketinget og vedkommende minister.

Sundheds- og ældreministeren afgiver en redegørelse til beretningen.

Rigsrevisor afgiver et notat med bemærkninger til ministerens redegørelse.

På baggrund af ministerens redegørelse og rigsrevisors notat tager Statsrevisorerne endelig stilling til beretningen, hvilket forventes at ske i april 2017.

Ministerens redegørelse, rigsrevisors bemærkninger og Statsrevisorerens eventuelle bemærkninger samles i Statsrevisorerens Endelig betænkning over statsregnskabet, som årligt afgives til Folketinget i februar måned – i dette tilfælde Endelig betænkning over statsregnskabet 2016, som afgives i februar 2018.

Henvendelse vedrørende
denne publikation rettes til:

Statsrevisorerne
Folketinget
Christiansborg
1240 København K
Telefon: 33 37 59 87
Fax: 33 37 59 95
E-mail: statsrevisorerne@ft.dk
Hjemmeside: www.ft.dk/statsrevisorerne

Yderligere eksemplarer kan
købes ved henvendelse til:

Rosendahls-Schultz Distribution
Herstedvang 10
2620 Albertslund
Telefon: 43 22 73 00
Fax: 43 63 19 69
E-mail: distribution@rosendahls.dk
Hjemmeside: www.rosendahls.dk

ISSN 2245-3008
ISBN 978-87-7434-506-0

Statsrevisorernes bemærkning

BERETNING OM HOSPITALSLÆGERS BIBESKÆFTIGELSE

Hospitalslæger må gerne have bibeskæftigelse, fx undervisning eller beskæftigelse på egen klinik eller en privatklinik. Hospitalslægers bibeskæftigelse må dog hverken i omfang eller indhold påvirke hovedbeskæftigelsen negativt. For at undgå negative konsekvenser såsom interessekonflikter, mindre fleksibel arbejdstilrettelæggelse og ikke-udhvilede læger har regionerne og de lægefaglige organisationer indgået en aftale, der forpligter lægelige chefer, overlæger og afdelingslæger til at oplyse regionerne om deres bibeskæftigelse. Oplysningspligten gælder ikke for øvrige hospitalslæger. Endvidere skal læger anmelde eller ansøge Lægemiddelstyrelsen om at være tilknyttet lægemiddelindustrien.

Beretningen omhandler hospitaler i Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden. Beretningen viser, at bibeskæftigelse blandt hospitalslæger er udbredt. Op mod 2 ud af 3 hospitalslæger med oplysningspligt havde således bibeskæftigelse i 2014.

Statsrevisorerne finder det utilfredsstillende, at Region Sjælland og Region Syddanmark ikke har et tilstrækkeligt grundlag for at vurdere, om de oplysningspligtige lægers bibeskæftigelse er forenelig med deres arbejde på hospitalet. Der er således risiko for, at bibeskæftigelsen går ud over behandlingen af patienter og hospitalets resurser. Der er endvidere risiko for, at tilliden til lægerne mindskes, og at konflikter og unødigt kritik øges.

Statsrevisorerne bemærker, at Region Hovedstaden er den eneste af de 3 undersøgte regioner, der har sikret, at den nærmeste leder får de oplysninger om bibeskæftigelse, som hospitalslægerne er forpligtede til at give.

Statsrevisorerne kritiserer i den forbindelse:

- at ingen af hospitalerne i de 3 undersøgte regioner har fastlagt kriterier for, hvordan lægernes bibeskæftigelse skal vurderes
- at der er eksempler på, at lægerne bruger arbejdstid og hospitalets resurser i forbindelse med bibeskæftigelsen uden at betale for det
- at knap halvdelen af de ledende overlæger på de undersøgte hospitaler har bibeskæftigelse, selv om hovedreglen i 2 af de undersøgte regioner er, at de ikke må have bibeskæftigelse.

Statsrevisorerne konstaterer med tilfredshed, at Lægemiddelstyrelsen følger op på, om lægernes eventuelle tilknytning til lægemiddelindustrien er i overensstemmelse med reglerne, men at styrelsen bør overveje at styrke dokumentationen i sagsbehandlingen.

STATSREVISORERNE,

den 9. november 2016

Peder Larsen
Henrik Thorup*)
Klaus Frandsen
Lennart Damsbo-Andersen
Søren Gade
Simon Emil Ammitzbøll

**) Statsrevisor Henrik Thorup har ikke deltaget ved behandlingen af denne sag på grund af inhabilitet.*

INDHOLDSFORTEGNELSE

| | |
|---|-----------|
| 1. Introduktion og konklusion | 1 |
| 1.1. Formål og konklusion | 1 |
| 1.2. Baggrund | 4 |
| 1.3. Revisionskriterier, metode og afgrænsning | 7 |
| 2. Retningslinjer og praksis for hospitalslægers bibeskæftigelse | 9 |
| 2.1. Regionernes retningslinjer for hospitalslægers indberetning | 10 |
| 2.2. Regionernes oplysninger om hospitalslægers bibeskæftigelse | 11 |
| 2.3. Hospitalernes vurdering af lægers bibeskæftigelse | 15 |
| 2.4. Interessekonflikter ved arbejdstilrettelæggelse og visitering af patienter | 23 |
| 2.5. Retningslinjer og praksis for honorering af hospitalslægers arbejde for andre virksomheder | 27 |
| 3. Hospitalslægers tilknytning til lægemiddelindustrien | 31 |
| 3.1. Lægemiddelstyrelsens retningslinjer for behandling af sager | 32 |
| 3.2. Lægemiddelstyrelsens kontrol med overholdelse af reglerne | 36 |
| Bilag 1. Metodisk tilgang | 38 |
| Bilag 2. Ordliste | 45 |

Rigsrevisionen har selv taget initiativ til denne undersøgelse og afgiver derfor beretningen til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 101 af 19. januar 2012.

Beretningen vedrører finanslovens § 16. Sundheds- og Ældreministeriet.

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre:

Astrid Krag: oktober 2011 - februar 2014

Nick Hækkerup: februar 2014 - juni 2015

Sophie Løhde: juni 2015 -

Beretningen har i udkast været forelagt Sundheds- og Ældreministeriet, Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden, hvis bemærkninger er afspejlet i beretningen.

1. Introduktion og konklusion

1.1. FORMÅL OG KONKLUSION

1. Denne beretning handler om hospitalslægers bibeskæftigelse. Hospitalslæger kan ligesom andre offentligt ansatte have bibeskæftigelse. En række funktioner i sundhedsvæsenet bygger med den nuværende organisering på, at læger har bibeskæftigelse. Fx underviser læger medicinstuderende og udarbejder attester i forsikringsager. En vis grad af bibeskæftigelse er derfor en forudsætning for, at det nuværende sundhedssystem kan hænge sammen. Der kan dog være en række u hensigtsmæssigheder forbundet med lægernes bibeskæftigelse, som kan påvirke deres arbejde på hospitalerne, herunder behandlingen af patienter. Det kan fx være, at der er interessekonflikter mellem hovedbeskæftigelsen og bibeskæftigelsen, som kan betyde, at lægerne ikke altid handler til patienternes bedste. Derudover kan lægerne blive mindre fleksible, når de har bibeskæftigelse, hvilket kan hindre, at hospitalet kan tilrettelægge arbejdet fornuftigt. Endelig kan det have direkte konsekvenser for patientsikkerheden, hvis lægerne ikke er udhvilede på grund af deres bibeskæftigelse.

2. I erkendelse af disse problemstillinger indgik Regionernes Lønnings- og Takstnævn og 2 af de lægefaglige organisationer i 2008 – efter ønske fra regionerne – en aftale om oplysningspligt ved bibeskæftigelse. En tilsvarende aftale blev indgået mellem Amtsrådsforeningen og de 2 lægefaglige organisationer i 2005. Ifølge aftalen skal lægelige chefer, overlæger og afdelingslæger, som er ansat i regionerne, orientere regionerne om deres bibeskæftigelse (hospitalslæger med oplysningspligt). Aftalen er senest opdateret i april 2015. Oplysningspligten gælder ikke for de øvrige hospitalslæger, som primært udgør læger, der er i gang med at specialisere sig (hospitalslæger uden oplysningspligt).

3. Regionerne har i henhold til sundhedsloven ansvaret for driften af hospitalerne, som i høj grad afhænger af den lægefaglige indsats. Det er derfor regionernes og hospitalsledelsernes opgave at sikre, at lægernes bibeskæftigelse ikke påvirker deres arbejde på hospitalet og patientsikkerheden negativt.

4. Lægemedelstyrelsen har også et ansvar for bl.a. at give tilladelse til og på baggrund af stikprøver at kontrollere lægers og andre sundhedspersoners tilknytning til lægemiddelindustrien for at undgå habilitetsproblemer.

5. Rigsrevisionen har selv taget initiativ til undersøgelsen i december 2015.

HOSPITALSLÆGER

Hospitalslæger skal i denne beretning forstås som læger, der er ansat på et offentligt hospital.

REGIONERNES LØNNINGS- OG TAKSTNÆVN

Nævnet har til opgave at aftale og fastsætte løn- og øvrige ansættelsesvilkår for ansatte i regionerne og forhandle overenskomster for praksissektoren.

HOSPITALSLÆGER MED OPLYSNINGSPLIGT

Hospitalslæger med oplysningspligt omfatter lægelige chefer, overlæger og afdelingslæger.

HOSPITALSLÆGER UDEN OPLYSNINGSPLIGT

Hospitalslæger uden oplysningspligt omfatter reservelæger, 1. reservelæger, uddannelseslæger og kliniske assistenter.

6. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionerne sikrer, at hospitalslægenes bibeskæftigelse er forenelig med deres arbejde på hospitalet i henhold til den centrale aftale om oplysningspligt ved bibeskæftigelse samt de øvrige regler og retningslinjer på området. Formålet er desuden at vurdere, om Lægemiddelstyrelsen sikrer, at hospitalslægenes tilknytning til lægemiddelindustrien ikke er i strid med reglerne på området. Vi besvarer følgende spørgsmål i beretningen:

- Følger regionerne de gældende regler og retningslinjer om hospitalslægenes bibeskæftigelse, som skal være med til at sikre, at bibeskæftigelsen ikke har negative konsekvenser for behandlingen af patienter og hospitalets resurser?
- Følger Lægemiddelstyrelsen op på, om hospitalslægenes tilknytning til lægemiddelindustrien er i overensstemmelse med reglerne på området?

KONKLUSION

Rigsrevisionens undersøgelse viser, at op mod 2 ud af 3 hospitalslæger med oplysningspligt i Danmark havde bibeskæftigelse i 2014, og at de tilsammen tjente ca. 1 mia. kr. på bibeskæftigelse.

Rigsrevisionen vurderer, at 2 af de 3 undersøgte regioner ikke i tilstrækkelig grad har sikret, at de oplysningspligtige lægers bibeskæftigelse er forenelig med deres arbejde på hospitalerne.

Rigsrevisionen finder, at Region Sjælland og Region Syddanmark ikke har understøttet udmøntningen af den centrale aftales krav om, at hospitalslæger skal oplyse om deres bibeskæftigelse. Ledelserne på de udvalgte hospitaler i de 2 regioner har desuden ikke sikret, at hospitalerne følger den centrale aftale og regionernes egne retningslinjer. Rigsrevisionen finder det således utilfredsstillende, at de 2 regioner ikke har tilstrækkelig viden om lægenes bibeskæftigelse, og at flere af de udvalgte hospitaler og over halvdelen af afdelingerne ikke vurderer lægenes bibeskæftigelse. Det betyder, at der ikke er nogen på hospitalerne, der tager stilling til lægenes bibeskæftigelse og hermed sikrer, at bibeskæftigelsen ikke går ud over behandlingen af patienter og hospitalets resurser. Hospitalerne sikrer heller ikke, at eventuelle interessekonflikter mellem lægenes arbejde på hospitalet og bibeskæftigelsen undgås.

Region Hovedstaden følger som den eneste region generelt set kravene i den centrale aftale og har en praksis, som sikrer, at den nærmeste leder får de relevante oplysninger om lægenes bibeskæftigelse.

Ingen af de udvalgte hospitaler i de 3 regioner har fastlagt nærmere kriterier for, hvordan den nærmeste leder skal vurdere lægenes bibeskæftigelse. Det er således op til den enkelte nærmeste leder, hvad der er indholds- og tidsmæssigt acceptabelt. Rigsrevisionens undersøgelse viser, at bibeskæftigelse vurderes forskelligt både på tværs af og inden for de enkelte regioner og hospitaler.

REGIONER I UNDER-SØGELSEN

- Region Sjælland
- Regions Syddanmark
- Region Hovedstaden.

Knap halvdelen af de ledende overlæger på de udvalgte hospitaler i de 3 regioner har bibeskæftigelse, fx på egen klinik, på et privathospital eller i lægemiddelindustrien, selv om det fremgår af Region Sjællands og Region Hovedstadens retningslinjer, at ledende overlæger som hovedregel ikke kan have bibeskæftigelse.

Rigsrevisionen har set enkelte eksempler på, at lægernes bibeskæftigelse belaster hospitalets resurser, fx når lægerne – uden at betale for det – bruger hospitalets udstyr, når de tilser private patienter på hospitalet, og når lægerne i arbejdstiden udfører opgaver for andre virksomheder, som de får selvstændig betaling for. Dette finder Rigsrevisionen utilfredsstillende. Rigsrevisionen har også set flere eksempler på, at afdelingerne på hospitalerne har taget hensyn til, at lægerne har faste fridage til at udføre deres bibeskæftigelse. Hospitalerne har dog oplyst, at det ikke har betydet noget for tilrettelæggelsen af arbejdet. Rigsrevisionen gør opmærksom på, at det både kan være vanskeligt og resursekrævende at tilrettelægge arbejdet, hvis der skal tages mange individuelle hensyn.

Lægemiddelstyrelsen følger generelt op på, om lægerne er tilknyttet lægemiddelindustrien i henhold til reglerne på området. Rigsrevisionen finder det dog u hensigtsmæssigt, at styrelsen i 1½ år ikke har haft en sagsbehandlervejledning, som beskriver, hvordan styrelsen skal behandle sagerne i henhold til kriterierne i bekendtgørelsen på området. Lægemiddelstyrelsen bør derudover overveje, om styrelsen på en administrativ enkel måde kan dokumentere, hvordan styrelsen vurderer lægernes tilknytning til lægemiddelindustrien. Det skal sammen med sagsbehandlervejledningen være med til at sikre, at Lægemiddelstyrelsen behandler sagerne ensartet og vurderer alle relevante forhold i sagerne.

Rigsrevisionen anbefaler:

- At de enkelte regioner fastlægger kriterier for, hvornår hospitalslægenes bibeskæftigelse er uforenelig med hovedbeskæftigelsen på et offentligt hospital. Kriterier er vigtige for at undgå, at hospitalerne i regionen konkurrerer om lægernes arbejdskraft. Det vil også afhjælpe, at der kan opstå tvivl om de enkelte ledende overlægers habilitet i forhold til at vurdere bibeskæftigelse, da ledende overlæger også selv kan have bibeskæftigelse.
- At regionerne overvejer, hvordan de på en enkel måde kan følge bibeskæftigelsen blandt de hospitalslæger, der ikke er omfattet af oplysningspligten. Hospitalerne har generelt begrænset viden om bibeskæftigelsen for de ca. 11.000 hospitalslæger uden oplysningspligt, og Rigsrevisionens undersøgelse viser, at disse læger også har bibeskæftigelse. Rigsrevisionen finder, at hospitalsledelserne bør være opmærksomme på, at det også kan få negative konsekvenser for behandlingen af patienter og hospitalets resurser.

1.2. BAGGRUND

Rammer for hospitalslægers bibeskæftigelse

7. Med den nuværende organisering af sundhedssystemet er en vis form for bibeskæftigelse en forudsætning for et sammenhængende sundhedsvæsen. Dette forudsætter en balance mellem hensynet til at sikre et velfungerende sundhedsvæsen og hensynet til at sikre, at bibeskæftigelsen ikke får negative konsekvenser for behandlingen af patienter og hospitalets resurser. I den forbindelse spiller den centrale aftale om oplysningspligt ved bibeskæftigelse mellem regionerne og de lægefaglige organisationer en vigtig rolle. Det er afgørende, at regionerne sikrer, at hospitalerne bruger aftalen til at vurdere lægernes bibeskæftigelse, og sikrer, at bibeskæftigelsen ikke har negative konsekvenser for hverken behandlingen af patienter eller hospitalets resurser. Rigsrevisionen har derfor igangsat undersøgelsen for bl.a. at undersøge, om regionerne og hospitalerne efterlever aftalen.

8. Offentligt ansattes bibeskæftigelse skal udføres inden for visse rammer og skal bl.a. være forenelig med tjenesten. Derudover fremgår det af den centrale aftale om oplysningspligt ved bibeskæftigelse, at lægelige chefer, overlæger og afdelingslæger, som er ansat i regionerne, skal orientere ansættelsesmyndigheden om deres bibeskæftigelse. Oplysningspligten gælder kun den bibeskæftigelse, der har relation til uddannelsen som læge.

Baggrunden for aftalen er, at risikoen for interessekonflikter mellem bibeskæftigelse og hovedbeskæftigelse er øget ved at indføre regler om udvidet frit sygehusvalg, regler om ventetidsgaranti for patientbehandling og garantier for meget hurtig behandling på kræftområdet. Hensigten med aftalen er at gøre opmærksom på disse forhold, så konflikter og unødvendig kritik kan undgås. Det fremgår endvidere af aftalen, at lægers indsats i hovedbeskæftigelsen hverken i tid eller indhold må påvirkes negativt af en eventuel bibeskæftigelse. Bibeskæftigelsen må ikke gøre tilrettelæggelsen af arbejdet vanskelig eller forringe fleksibiliteten på hospitalet.

Som en del af aftalen er der udarbejdet en vejledning med krav til lægers bibeskæftigelse. Her er det bl.a. beskrevet, at videre visitering af patienter til behandling i privat regi ikke må placeres hos personer, som har en personlig økonomisk og/eller ansættelsesmæssig interesse i de pågældende privathospitaler og -klinikker.

9. Selv om den centrale aftale ikke vedrører alle hospitalslæger, finder Rigsrevisionen, at det også er regionernes og hospitalernes ansvar at sikre, at bibeskæftigelse blandt hospitalslæger uden oplysningspligt ikke får negative konsekvenser.

10. Ifølge lægernes overenskomst har overlæger og lægelige chefer på offentlige hospitaler efter regionsrådets bestemmelser mulighed for at holde konsultation på hospitalet og derved have bibeskæftigelse på hospitalet. Det fremgår af vejledningen om bibeskæftigelse, at hvis lægens bibeskæftigelse finder sted på hospitalet, skal der være en aftale om betaling for brug af udstyr, hjælpepersonale mv.

11. Lægerne kan også udføre opgaver for andre virksomheder på hospitalet. Lægerne udarbejder fx attester for kommuner, behandler anmodninger om oplysninger fra forsikrings-selskaber og tager blodprøver for politiet. Lægerne kan tage honorar for nogle af disse ydelser. Det fremgår af lægernes overenskomst, at den tid, der går med at udarbejde attester, hvor lægen kan opkræve særskilt honorar, ikke kan regnes med i arbejdstiden. Rigsrevisionen betragter derfor det arbejde, lægerne udfører på hospitalet, og som de får særskilt betaling for, som bibeskæftigelse.

12. Lægerne kan i deres bibeskæftigelse desuden arbejde for lægemiddelindustrien. Samarbejde mellem læger og lægemiddelindustrien, bl.a. om forskning i lægemidler, er med den nuværende organisering af sundhedssystemet en forudsætning for at udvikle nye og bedre lægemidler til gavn for behandlingen af patienter. Samtidig skal arbejdet foregå inden for rammer, der sikrer, at patienterne får en optimal og uvildig behandling. I november 2014 trådte nye regler på området i kraft, som skulle skabe nye og klare rammer for samarbejdet.

I henhold til sundhedsloven skal læger og andre sundhedspersoner ansøge eller anmelde til Lægemiddelstyrelsen, hvis de er tilknyttet lægemiddel- og medicovirksomheder og specialforretninger med medicinsk udstyr (benævnes herefter lægemiddelindustrien). Lægemiddelstyrelsen skal på baggrund af oplysninger om lægernes tilknytning vurdere, om der er risiko for, at lægen påvirkes af økonomiske eller andre industriinteresser i sit kliniske arbejde, eller om tilknytningen er uforenelig med lægens arbejde med behandlingen af patienter.

Formålet med reglerne i sundhedsloven er at skabe balance mellem faglighed, uvildighed og åbenhed for på den ene side at fremme samarbejdet mellem sundhedspersoner og virksomheder og på den anden side at sikre patienternes tillid til lægemidler og den behandling, de modtager i sundhedsvæsenet. Reglerne skal understøtte lægernes generelle habilitet, og at lægerne ikke påvirkes af økonomiske eller andre industriinteresser i deres kliniske arbejde. Reglerne har desuden til formål at sikre borgernes tillid til sundhedsvæsenet.

Hospitalslægers bibeskæftigelse

13. Der var i løbet af 2014 ansat 19.953 hospitalslæger på landsplan, hvoraf de 8.877 læger var oplysningspligtige. De øvrige 11.076 læger er ikke omfattet af aftalen om oplysningspligt ved bibeskæftigelse.

14. Rigsrevisionen har indhentet oplysninger om omfanget af hospitalslægenes bibeskæftigelse fra Danmarks Statistik, som baserer sine oplysninger på registerdata, herunder oplysninger fra SKAT. Lægernes bibeskæftigelse er i opgørelserne fordelt på 3 forskellige typer bibeskæftigelse: bi-lønmodtagerjob, selvstændig virksomhed og honorarindtægter.

LÆGEMIDDELVIK-SOMHEDR

Lægemiddelvirksomheder er virksomheder, der har en tilladelse efter lægemiddeloven til at fremstille, udføre, forhandle, fordele, udlevere, opsplitte og emballere lægemidler.

MEDICOVIK-SOMHEDR

Medicovirksomheder er virksomheder etableret i Danmark, der fremstiller, importerer eller distribuerer medicinsk udstyr, og repræsentanter for disse virksomheder.

SPECIALFORRETNIN-GER MED MEDICINSK UDSTYR

Specialforretninger med medicinsk udstyr er forretninger etableret i Danmark, der er specialiserede forhandlere af medicinsk udstyr, og repræsentanter for disse forretninger.

HOVEDBESKÆFTIGELSE

Hovedbeskæftigelse defineres i opgørelserne fra Danmarks Statistik som det væsentligste lønmodtagerjob, dvs. den beskæftigelse, hvor lægen har flest betalte timer. Det betyder, at en deltidsstilling også kan være en hovedbeskæftigelse, hvis det er det job, hvor lægen har flest betalte timer.

15. Tabel 1 viser de oplysningspligtige hospitalslægers samlede indtægter ved de 3 typer bibeskæftigelse. Oplysningerne vedrører indkomståret 2014, da de senest offentligt tilgængelige tal om indtægter fra selvstændig virksomhed er fra 2014.

Oplysningerne om hospitalslægenes bibeskæftigelse er forbundet med en vis usikkerhed. Det har ikke været muligt at opgøre alle honorarer, som hospitalslægerne modtager. Det betyder, at lægenes honorarindtægter sandsynligvis er større, end det fremgår af tabellen. Desuden kan læger, der skifter hovedbeskæftigelse i løbet af året, indgå i opgørelsen over bi-lønmodtagerjob med den ene hovedbeskæftigelse. Det skyldes, at hovedbeskæftigelsen opgøres som det lønmodtagerjob, hvor lægen har haft flest betalte timer. Det betyder, at antallet af læger med bi-lønmodtagerjob og lægenes indtjening herved vil være lavere, end det fremgår af tabellen.

TABEL 1

OPLYSNINGSPLIGTIGE HOSPITALSLÆGERS BIBESKÆFTIGELSE I 2014 FOR ALLE 5 REGIONER

| | Bi-lønmodtagerjob | Selvstændig virksomhed | Honorarer | I alt |
|--------------------------------|-------------------|------------------------|-----------|----------------|
| Antal oplysningspligtige læger | 5.057 | 2.406 | 2.780 | - |
| Indtjening (mio. kr.) | 652,8 | 348,5 | 85,4 | 1.086,7 |

Kilde: Rigsrevisionens beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik. Data om bi-lønmodtagerjob er fra statistikken "Beskæftigelse for lønmodtagere". Data om selvstændig virksomhed er fra Danmarks Statistiks erhvervsregister, indkomststatistik og registerbaserede arbejdsstyrkestatistik. Data om honorarindtægter er fra Danmarks Statistiks eIndkomstregister.

BI-LØMODTAGERJOB

Bi-lønmodtagerjob er defineret som et lønmodtagerjob, hvor antallet af betalte timer er lavere end i hovedbeskæftigelsen.

SELVSTÆNDIG VIRKSOMHED

Selvstændig virksomhed er en personligt ejet virksomhed, hvor man kan være ejer eller medejer. Læger kan fx oprette en selvstændig virksomhed, hvis de arbejder som konsulent, underviser eller har egen klinik.

HONORARER

Honorar omfatter vederlag for personligt arbejde, der udføres uden for et ansættelsesforhold, og som ikke stammer fra selvstændig virksomhed.

Det fremgår af tabel 1, at op mod 5.057 af regionernes i alt 8.877 oplysningspligtige hospitalslæger havde et bi-lønmodtagerjob i 2014. Det svarer til mere end hver anden læge. Derudover havde knap hver tredje læge honorarindtægter, mens godt hver fjerde læge havde selvstændig virksomhed. De oplysningspligtige læger arbejdede, hvad der svarer til 839 fuldtidsstillinger, i deres bi-lønmodtagerjob i 4. kvartal 2014. Denne opgørelse er baseret på indberetninger fra arbejdsgiverne om antallet af timer, lægerne har arbejdet i forhold til den udbetalte løn.

Der er i tabellen overlap mellem de 3 typer bibeskæftigelse, idet en læge med bi-lønmodtagerjob fx også kan have honorarindtægter. Man kan derfor ikke lægge antallet af læger inden for de 3 typer bibeskæftigelse sammen. En samlet opgørelse fra november 2014, som Danmarks Statistik har udarbejdet for Rigsrevisionen, viser, at knap 2 ud af 3 læger med oplysningspligt havde bibeskæftigelse inden for én eller flere af de 3 typer bibeskæftigelse.

De oplysningspligtige læger tjente samlet set ca. 1,1 mia. kr. på deres bibeskæftigelse ved bi-lønmodtagerjob, selvstændig virksomhed og honorarindtægter i 2014. Lægenes indtægter fra bi-lønmodtagerjob beløb sig til 652,8 mio. kr. i 2014. Det reelle beløb er dog lavere, da jobskifte betyder, at nogle lægers hovedbeskæftigelse kan indgå som bi-lønmodtagerjob. Region Hovedstaden har oplyst, at regionens personaleomsætning i gruppen af oplysningspligtige læger i 2014 var på 9 %. Hvis der tages højde for usikkerheder om lægenes indtægter fra bi-lønmodtagerjob, er et forsigtigt skøn, at de samlede indtægter for lægenes bibeskæftigelse ligger på ca. 1 mia. kr.

Lægerne kan ud over deres bibeskæftigelse også have merarbejde og overarbejde i deres hovedbeskæftigelse på hospitalet.

Opgørelsen af de oplysningspligtige lægers bibeskæftigelse viser, at bibeskæftigelse er udbredt blandt denne gruppe læger. Det er derfor vigtigt, at regionerne følger retningslinjerne på området for at sikre, at bibeskæftigelsen ikke får negative konsekvenser.

1.3. REVISIONSKRITERIER, METODE OG AFGRÆNSNING

Revisionskriterier

16. Rigsrevisionen lægger i kapitel 2 overordnet til grund, at hospitalerne bør sikre, at eventuelle negative konsekvenser ved lægernes bibeskæftigelse undgås. Undersøgelsens revisionskriterier i kapitel 2 baserer sig endvidere på den centrale aftale om oplysningspligt ved bibeskæftigelse, den tilhørende vejledning om lægers bibeskæftigelse og de retningslinjer, som regionerne selv har udarbejdet på baggrund af aftalen. Derudover bygger revisionen af lægernes opgaver for andre virksomheder, hvor lægerne kan opkræve honorarer, på bestemmelserne i lægernes overenskomst.

Revisionskriterierne i kapitel 3, der handler om Lægemiddelstyrelsen, bygger på sundhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 1202 af 14. november 2014) og bekendtgørelsen om sundhedspersoners tilknytning til lægemiddel- og medicovirksomheder og specialforretninger med medicinsk udstyr (bekendtgørelse nr. 1154 af 22. oktober 2014). Bekendtgørelsen uddyber sundhedsloven i forhold til, hvordan Lægemiddelstyrelsen skal behandle ansøgninger fra bl.a. læger om tilknytning til lægemiddelindustrien.

Metode

17. Vi har udvalgt 3 af de 5 regioner til at indgå i undersøgelsen: Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden. Vi har udvalgt Region Hovedstaden og Region Sjælland, da de i henhold til deres egne opgørelser af bibeskæftigelse blandt hospitalslæger har henholdsvis den største og næststørste andel af læger, som har oplyst, at de har bibeskæftigelse. Region Syddanmark er udvalgt, fordi regionen ligger i midten blandt de resterende 3 regioner i forhold til andelen af læger, der har bibeskæftigelse. Vi har i hver region udvalgt 2-3 hospitaler og på hvert hospital 2-3 afdelinger til at indgå i undersøgelsen. Vi har i alt besøgt 22 afdelinger. Vi har ud fra de data, som vi har haft til rådighed fra regionerne, udvalgt de hospitaler og afdelinger, der havde den største andel af læger med bibeskæftigelse.

18. Vi har gennemgået indberetninger om bibeskæftigelse for alle oplysningspligtige læger på de besøgte afdelinger (i alt 480 læger) samt vagtplaner, kalendere osv. for udvalgte læger. Vi har også gennemgået alle indberetningerne for ledende overlæger på de besøgte hospitaler (i alt 200 ledende overlæger). Vi har desuden interviewet de ledende overlæger og sekretærer på de udvalgte afdelinger samt HR-afdelingen og ledelsen på de udvalgte hospitaler. Vi har suppleret interviewene med en spørgeskemaundersøgelse blandt 83 ledende overlæger på samme typer af afdelinger, som er udvalgt til besøg i de 3 regioner.

UDVALGTE HOSPITALER

Region Sjælland

- Sjællands Universitetshospital
- Nykøbing F. Sygehus
- Slagelse Sygehus.

Region Syddanmark

- Odense Universitetshospital
- Sydvestjysk Sygehus
- Sygehus Lillebælt.

Region Hovedstaden

- Rigshospitalet
- Bispebjerg Hospital
- Nordsjællands Hospital.

19. For at afdække omfanget af hospitalslægenes bibeskæftigelse har vi fået Danmarks Statistik til at udarbejde opgørelser over lægenes bibeskæftigelse. Opgørelserne er baseret på data fra forskellige registre, bl.a. SKATs registre. Oplysningerne vedrører lægers bilønmodtagerjob, selvstændig virksomhed og honorarindtægter udbetalt af forsikringselskaber, kommuner og andre virksomheder. Vi har valgt ikke at medtage honorarer fra regioner, da det på det foreliggende grundlag ikke har været muligt for regionerne og Rigsrevisionen at finde ud af, hvad beløbene dækker over.

20. Vi har desuden gennemgået Lægemiddelstyrelsens retningslinjer for behandling af anmeldelse og ansøgning om at være tilknyttet lægemiddelindustrien. Vi har gennemgået i alt 32 sager om hospitalslægers tilknytning til lægemiddelindustrien for 2015 for at undersøge, om Lægemiddelstyrelsen behandler sagerne i henhold til bekendtgørelsens bestemmelser. Derudover har vi gennemgået 10 sager, som vedrører Lægemiddelstyrelsens årlige kontrol af, om sundhedspersoner overholder deres anmeldelses- og ansøgningspligt.

Afgrænsning

21. Undersøgelsen er afgrænset til at omhandle bibeskæftigelse blandt alle læger på offentlige hospitaler.

Undersøgelsen vedrører primært de 3 udvalgte regioner: Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden. Data fra Danmarks Statistik om hospitalslægers bibeskæftigelse vedrører dog alle 5 regioner. Undersøgelsen omfatter perioden 2014-2016.

22. Vi definerer i undersøgelsen bibeskæftigelse som en lægefaglig beskæftigelse, der ikke er en del af hovedbeskæftigelsen. Herved forstås beskæftigelse inden for lægens arbejdsområde i bred forstand. Som eksempler kan nævnes:

- ansættelse på et andet offentligt hospital eller på et privathospital, herunder egen klinik
- medlemskab af direktion og/eller bestyrelse i virksomheder eller fonde
- hverv i udvalg eller ekspertgrupper, fx advisory boards hos bl.a. lægemiddel- og medicovirksomheder
- undervisning
- rådgivning/konsulentarbejde for offentlige eller private virksomheder.

Det har i dataene fra Danmarks Statistik ikke været muligt at isolere den bibeskæftigelse, som ikke vedrører hospitalslægenes uddannelse som læge. Rigsrevisionen vurderer dog, at lægenes bibeskæftigelse primært vedrører deres uddannelse som læge.

23. Lovgivningen og bekendtgørelsen om tilknytning til lægemiddel- og medicovirksomheder og specialforretninger med medicinsk udstyr gælder både for læger, sygeplejersker, tandlæger i klinisk arbejde og apotekere (sundhedspersoner). Vi har i vores sagsgennemgang afgrænset os til at undersøge Lægemiddelstyrelsens behandling af sager om hospitalslægers tilknytning.

24. I bilag 1 er undersøgelsens metodiske tilgang beskrevet. Bilag 2 indeholder en ordliste, der forklarer udvalgte ord og begreber.

2. Retningslinjer og praksis for hospitalslægers bibeskæftigelse

DELKONKLUSION

Region Sjælland og Region Syddanmark har ikke i tilstrækkelig grad sikret, at de oplysningspligtige lægers bibeskæftigelse er forenelig med deres arbejde på hospitalet. De 2 regioner efterlever ikke alle krav i den centrale aftale om oplysningspligt ved bibeskæftigelse, mens Region Hovedstaden generelt set følger aftalen.

Hovedparten af de udvalgte hospitaler i Region Sjælland og i Region Syddanmark har ikke en praksis for lægernes indberetning af bibeskæftigelse, der sikrer, at hospitalerne får alle de relevante oplysninger om bibeskæftigelsen. Desuden vurderer ikke alle de ledende overlæger i de 2 regioner, om lægernes bibeskæftigelse er forenelig med hovedbeskæftigelsen, og på over halvdelen af hospitalerne i de 2 regioner har de ledende overlæger ikke et grundlag for at vurdere lægernes bibeskæftigelse, idet de ikke modtager oplysninger herom. Desuden får ikke alle hospitalsledelserne i de 2 regioner oplysninger om de ledende overlægers bibeskæftigelse og vurderer dermed ikke deres bibeskæftigelse. Samlet set er konsekvensen, at hospitalerne ikke i alle tilfælde tager stilling til, om lægernes bibeskæftigelse kan få negative konsekvenser for patientsikkerheden og hospitalets resurser.

Ingen af de undersøgte regioner eller hospitalsledelser har opstillet nærmere kriterier for, hvordan den nærmeste leder skal vurdere, om bibeskæftigelsens omfang og indhold er foreneligt med lægens arbejde på hospitalet. Der er i regionerne forskel på, hvad der skal til, før den nærmeste leder vurderer, at lægernes bibeskæftigelse er uforenelig med arbejdet på hospitalet.

Knap halvdelen af de ledende overlæger har bibeskæftigelse, fx på egen klinik, på et privathospital eller i lægemiddelindustrien, selv om det fremgår af Region Sjællands og Region Hovedstadens retningslinjer, at ledende overlæger som hovedregel ikke kan have bibeskæftigelse.

Der er eksempler på læger, som visiterer patienter til afdelingen på hospitalet, samtidig med at de selv har en klinik eller arbejder på et privathospital/en privatklinik. Rigsrevisionen finder, at regionerne i højere grad bør være opmærksomme på de mulige interessekonflikter, der kan opstå herved.

Rigsrevisionen har endvidere set enkelte eksempler på, at lægernes bibeskæftigelse har belastet hospitalets resurser, fx når lægerne bruger hospitalets udstyr i forbindelse med deres bibeskæftigelse, og når lægerne i arbejdstiden udfører opgaver for andre virksomheder, som de får selvstændig betaling for. En mindre gruppe af de oplysningspligtige læger har relativt meget bibeskæftigelse, og der er dermed risiko for, at dette kan påvirke tilrettelæggelsen af arbejdet og patientsikkerheden.

De 3 regioner har begrænset viden om bibeskæftigelsen blandt de hospitalslæger, som ikke er omfattet af oplysningspligten om bibeskæftigelse, og hverken hospitalsledelserne eller de ledende overlæger holder øje med eller vurderer disse lægers bibeskæftigelse. Nogle af lægerne har også bibeskæftigelse, som eventuelt kan skabe interessekonflikter, gøre tilrettelæggelsen af arbejdet ufleksibel eller påvirke patientsikkerheden.

25. Dette kapitel handler om, hvorvidt regionerne følger den centrale aftale om oplysningspligt ved bibeskæftigelse og øvrige retningslinjer om hospitalslægers bibeskæftigelse, og om regionerne sikrer, at bibeskæftigelsen ikke får negative konsekvenser.

2.1. REGIONERNES RETNINGSLINJER FOR HOSPITALSLÆGERS INDBERETNING

26. Regionerne kan i henhold til den centrale aftale om oplysningspligt ved bibeskæftigelse udarbejde egne retningslinjer for hospitalslægenes oplysningspligt inden for rammerne af aftalen. De 3 regioner, der indgår i undersøgelsen, har alle udarbejdet retningslinjer. Vi har undersøgt, om disse retningslinjer følger og udmønter den overordnede aftale.

27. Vores gennemgang af de 3 regioners retningslinjer viser, at de generelt følger den centrale aftale, men at alle regionerne har undtaget visse former for bibeskæftigelse fra lægernes oplysningspligt.

28. Region Sjælland og Region Syddanmark har begge undtaget undervisning, foredrag og udarbejdelse af erklæringer for forsikringsselskaber, kommuner og andre offentlige institutioner fra lægernes oplysningspligt.

Region Hovedstaden har kun undtaget meget begrænsede forhold, fx afholdelse af et enkelt kursus eller foredrag inden for det samme kalenderår og ulønnede faglige samarbejder, der finder sted i enkelte tilfælde og i et ubetydeligt omfang.

Undtagelserne i Region Sjællands og Region Syddanmarks retningslinjer fremgår ikke af den centrale aftale, der er indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og 2 lægefaglige organisationer. Aftalen oplister 4 former for bibeskæftigelse:

- på et andet offentligt hospital
- på et privathospital, en privatklinik o.l.
- på egen klinik
- hos medicinalvirksomheder, apparaturlleverandører o.l.

Sekretariatet for Regionernes Lønnings- og Takstnævn har oplyst, at al lægefaglig bibeskæftigelse er omfattet af aftalen, og at de 4 former for bibeskæftigelse i aftalen ikke skal ses som en udtømmende liste over mulige steder at have bibeskæftigelse. Det fremgår dog ikke af aftalen, om der er tale om en udtømmende liste.

Vores undersøgelse viser, at Region Sjælland og Region Syddanmark kun har medtaget de 4 former for bibeskæftigelse i oplysningspligten og har undtaget al øvrig bibeskæftigelse. Region Sjælland har oplyst, at regionen har fastsat sine retningslinjer om omfanget af oplysningspligten i henhold til den centrale aftale, hvoraf det fremgår, at regionerne inden for rammerne af aftalen kan fastsætte retningslinjer om omfanget af oplysningspligten, og hvornår og hvordan oplysningerne skal gives til ansættelsesmyndigheden.

RESULTATER

Undersøgelsen viser, at de 3 regioners retningslinjer for hospitalslægernes oplysning om bibeskæftigelse overordnet set følger og udmønter den centrale aftale på området. Rigsrevisionen konstaterer dog, at Region Sjælland og Region Syddanmark har undtaget en række former for bibeskæftigelse fra oplysningspligten. Det betyder, at de 2 regioner ikke får det fulde overblik over lægernes bibeskæftigelse.

2.2. REGIONERNES OPLYSNINGER OM HOSPITALSLÆGERS BIBESKÆFTIGELSE

29. Vi har undersøgt, om regionerne har en praksis for at indhente oplysninger om hospitalslægernes bibeskæftigelse, der sikrer, at de følger den centrale aftale og regionernes egne retningslinjer. Vi har desuden undersøgt, om hospitalerne har tilstrækkelig viden om lægernes bibeskæftigelse til at kunne vurdere, om bibeskæftigelsen er forenelig med arbejdet på hospitalet.

Regionernes oplysningsskemaer

30. Vores undersøgelse viser, at alle 3 regioner har udarbejdet et oplysningsskema, som lægerne skal udfylde, når de oplyser om deres bibeskæftigelse.

De oplysningspligtige læger skal i henhold til den centrale aftale oplyse om 4 forhold ved deres bibeskæftigelse. Lægerne skal orientere om karakteren og omfanget af bibeskæftigelse, som har relation til uddannelsen som læge. Endvidere skal lægerne orientere om, hvorvidt de er tilknyttet lægemiddelindustrien, og oplyse om økonomisk støtte, som de modtager fra virksomheder, fonde mv. til at gennemføre forskningsprojekter.

31. Tabel 2 viser, hvilke af de 4 typer af oplysninger der fremgår af de 3 regioners oplysningsskemaer til lægerne.

TABEL 2

INDHOLDET I REGIONERNES OPLYSNINGSSKEMAER OM BIBESKÆFTIGELSE

| | Karakteren af bibeskæftigelsen | Omfanget af bibeskæftigelsen | Tilknytning til lægemiddelindustrien | Økonomisk støtte til forskningsprojekter |
|--------------------|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|--|
| Region Sjælland | ✓ | ✓ | ✓ | ÷ |
| Region Syddanmark | ✓ | ÷ | ✓ | ÷ |
| Region Hovedstaden | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regionernes oplysningsskemaer.

Det fremgår af tabel 2, at lægerne i Region Sjælland og Region Syddanmark ikke skal oplyse om deres eventuelle økonomiske støtte til forskningsprojekter i oplysningsskemaet. Dette er ikke i overensstemmelse med den centrale aftale, og regionerne får dermed ikke mulighed for at vurdere eventuelle interessekonflikter, der kan opstå herved. I Region Syddanmark skal lægerne desuden ikke oplyse om omfanget af deres bibeskæftigelse. Dette følger heller ikke kravet i den centrale aftale. Lægerne i Region Hovedstaden skal som de eneste i de 3 regioner oplyse om alle de 4 forhold, der fremgår af den centrale aftale.

Rigsrevisionen finder det uhensigtsmæssigt, at 2 af de 3 regioner ikke indhenter alle de oplysninger, som lægerne skal oplyse om i henhold til den centrale aftale. Rigsrevisionen finder, at dette er en forudsætning for at kunne vurdere lægernes bibeskæftigelse. Region Syddanmark har oplyst, at regionen vil præcisere over for hospitalerne, at deltagelse i forskningsprojekter, der kan karakteriseres som bibeskæftigelse, er omfattet af oplysningspligten.

Regionernes praksis for at indhente oplysninger om hospitalslægers bibeskæftigelse

32. Alle 3 regioner skal i henhold til deres retningslinjer indhente oplysninger om hospitalslægenes bibeskæftigelse.

REGION SJÆLLAND

Rigsrevisionens sagsgennemgang i Region Sjælland har vedrørt alle oplysningspligtige læger på 6 udvalgte afdelinger på 3 hospitaler i regionen, dvs. i alt 86 læger.

33. Det fremgår af Region Sjællands retningslinjer, at alle læger, der er omfattet af aftalen om oplysningspligt ved bibeskæftigelse, skal indgå en aftale om bibeskæftigelse med hospitalsledelsen, inden de påtager sig bibeskæftigelse. Aftalen skal ajourføres én gang om året.

I praksis skal lægerne ifølge Region Sjælland oplyse om deres bibeskæftigelse ved ansættelsen, hvor lægerne udfylder et oplysningsskema. Vores undersøgelse viser, at hospitalerne ikke ajourfører oplysningerne om lægernes bibeskæftigelse. Det betyder, at regionen ikke har opdaterede oplysninger om lægernes bibeskæftigelse.

Region Sjælland udarbejder hvert år en samlet opgørelse over bibeskæftigelse blandt oplysningspligtige læger til forretningsudvalget i regionen på baggrund af et elektronisk spørgeskema til alle læger med oplysningspligt. Det fremgår af spørgeskemaet, at skemaet ikke erstatter lægens pligt til at indberette bibeskæftigelse til ledelsen i et oplysningsskema og den dialog, lægen og ledelsen skal have om lægens eventuelle bibeskæftigelse. Vores undersøgelse viser dog, at halvdelen af de interviewede ledende overlæger i regionen har troet, at lægerne ved at besvare spørgeskemaet har opfyldt deres oplysningspligt. Det betyder, at lægerne ikke udfylder et oplysningsskema om deres bibeskæftigelse og dermed ikke lever op til deres oplysningspligt.

Region Sjælland har på Rigsrevisionens forespørgsel opgjort oplysningerne om lægernes bibeskæftigelse fra regionens årlige spørgeskema for de udvalgte afdelinger. Gennemgangen viser, at 13 af de 33 læger, der i regionens spørgeskemaundersøgelse har oplyst, at de har bibeskæftigelse, ikke har udfyldt et oplysningsskema om deres bibeskæftigelse eller på anden vis har oplyst om bibeskæftigelsen.

Vores sagsgennemgang viser desuden, at de oplysninger, som Region Sjælland har om lægernes bibeskæftigelse, i over halvdelen af tilfældene ikke stemmer overens med, hvad lægerne oplyser i regionens spørgeskemaundersøgelse. Oplysningerne i oplysningsskemaerne er således ofte uaktuelle, fordi lægerne ikke indsender nye skemaer, når bibeskæftigelsen ændrer sig. Regionen kan derfor ikke bruge skemaerne til at vurdere, om lægernes bibeskæftigelse er forenelig med arbejdet på hospitalet. Region Sjælland har derfor ikke kunnet vurdere, om indholdet eller omfanget af lægernes bibeskæftigelse har haft konsekvenser for arbejdet på hospitalet.

Region Sjælland har oplyst, at regionen tager Rigsrevisionens kritikpunkter til efterretning og i 2017 vil nedsætte en arbejdsgruppe, som skal undersøge mulighederne for et it-baseret system til at administrere lægers bibeskæftigelse. Regionen vil endvidere revidere retningslinjerne om lægers bibeskæftigelse.

34. Ifølge Region Syddanmarks retningslinjer skal hospitalsledelsen årligt indhente ajourførte oplysninger om de oplysningspligtige lægers bibeskæftigelse. Oplysningerne skal danne grundlag for en årlig drøftelse mellem ledelsen og de læger, der har oplyst, at de har bibeskæftigelse, i forhold til, om bibeskæftigelsen fortsat er forenelig med de hensyn, der er beskrevet i regionens retningslinjer. I praksis udfylder lægerne et nyt oplysningsskema én gang om året.

Det fremgår ikke af oplysningsskemaet, som regionen sender til lægerne, om de skal indberette den bibeskæftigelse, de har haft i det forgangne år, eller den bibeskæftigelse, de forventer at have fremadrettet. Regionen har oplyst, at oplysningsskemaet er bagudrettet. Regionens oplysningsskema kan dermed ikke bruges til at tage en drøftelse med lægen, inden lægen tager bibeskæftigelse, for at sikre, at bibeskæftigelsen er forenelig med hovedbeskæftigelsen. Bibeskæftigelse, der vurderes at være uforenelig med arbejdet på hospitalet, kan således reelt finde sted i op mod 1 år, før den ledende overlæge kan tage stilling til den. Rigsrevisionen er opmærksom på, at lægerne i henhold til den centrale aftale er forpligtet til at orientere hospitalet om ny bibeskæftigelse. Flere ledende overlæger, som Rigsrevisionen har interviewet, har dog oplyst, at lægerne ikke altid på eget initiativ kommer og drøfter bibeskæftigelse.

REGION SYDDANMARK

Rigsrevisionens sagsgennemgang i Region Syddanmark har vedrørt alle oplysningspligtige læger på 8 udvalgte afdelinger på 3 hospitaler i regionen, dvs. i alt 138 læger.

REGION HOVEDSTADEN

Rigsrevisionens sags gennemgang i Region Hovedstaden har vedrørt alle oplysningspligtige læger på 8 udvalgte afdelinger på 3 hospitaler i regionen, dvs. i alt 256 læger.

Region Syddanmark har oplyst, at regionen vil igangsætte et arbejde med henblik på at sikre, at oplysnings-skemaet om bibeskæftigelse bedst muligt understøtter samtalen mellem lægen og ledelsen om lægens bibeskæftigelse.

35. Det fremgår af Region Hovedstadens retningslinjer, at lægen af egen drift skal oplyse om eventuel bibeskæftigelse ved ansættelsen og udfylde et skema herom. Regionen har siden 2012 haft et elektronisk system til at indberette bibeskæftigelse, hvor lægerne ved ansættelsen og én gang om året registrerer deres bibeskæftigelse. Skemaet sendes automatisk til den nærmeste leder, når lægen har udfyldt det. Lægerne skal oplyse om den bibeskæftigelse, de har på nuværende tidspunkt, og den, de planlægger at påtage sig.

Regionernes årlige opgørelse af bibeskæftigelse

36. Alle 3 regioner udarbejder årligt – på baggrund af hospitalslægenes indberetninger – en opgørelse over, hvor mange oplysningspligtige læger der har bibeskæftigelse. Opgørelsen bliver i alle regionerne forelagt regionsrådet eller forretningsudvalget. Tabel 3 viser resultatet af regionernes opgørelser for 2014.

TABEL 3

ANDELEN AF OPLYSNINGSPLIGTIGE HOSPITALSLÆGER MED BIBESKÆFTIGELSE I 2014

| Region Sjælland | Region Syddanmark | Region Hovedstaden |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| 41,1 % | 28,2 % | 62,0 % |

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regionernes opgørelser for 2014.

Det fremgår af tabel 3, at andelen af oplysningspligtige læger med bibeskæftigelse i 2014 varierede fra 28,2 % i Region Syddanmark til 62 % i Region Hovedstaden. Regionernes opgørelser for 2015 viser et tilsvarende billede.

Rigsrevisionens opgørelse over andelen af oplysningspligtige læger med bibeskæftigelse viser, at 2 ud af 3 læger (64 %) på landsplan har bibeskæftigelse, jf. pkt. 15. Selv om denne opgørelse ikke direkte kan sammenlignes med regionernes opgørelser, som er opgjort på regionsniveau, indikerer opgørelsen dog, at langt flere oplysningspligtige læger, end det fremgår af regionernes opgørelser, har bibeskæftigelse. Det kan bl.a. skyldes, at ikke alle regioner sørger for at indhente oplysninger fra alle oplysningspligtige læger og for alle typer bibeskæftigelse. Region Hovedstaden har gjort opmærksom på, at opgørelsen over andelen af oplysningspligtige læger stort set er sammenfaldende med Rigsrevisionens opgørelse over andelen af oplysningspligtige lægers bibeskæftigelse på landsplan.

RESULTATER

Undersøgelsen viser, at de udvalgte afdelinger i Region Sjælland ikke har oplysninger om hospitalslægenes bibeskæftigelse for lidt over 1/3 af lægerne med bibeskæftigelse, og at flere af de oplysninger, de har, er uaktuelle. Regionen sikrer således ikke, at lægerne løbende oplyser regionen om deres bibeskæftigelse, og lever dermed ikke op til den centrale aftale om oplysningspligt ved bibeskæftigelse. Konsekvensen er, at hospitalerne ikke har en opdateret viden om lægernes bibeskæftigelse, der kan danne grundlag for at vurdere, om bibeskæftigelsen har negative konsekvenser for behandlingen af patienter og hospitalets resurser.

Region Sjælland og Region Syddanmark følger ikke kravene i den centrale aftale om, at lægerne skal oplyse om økonomisk støtte i forbindelse med forskningsprojekter. Region Syddanmark følger endvidere ikke kravet om, at lægerne skal oplyse om omfanget af deres bibeskæftigelse. Regionerne får dermed ikke oplysninger om de eventuelle interessekonflikter, der kan opstå ved økonomisk støtte, eller om omfanget af bibeskæftigelsen eventuelt er for stort i forhold til at kunne varetage arbejdet på hospitalet.

Rigsrevisionen finder det uhensigtsmæssigt, at lægerne i Region Syddanmark skal oplyse om bibeskæftigelse bagudrettet, da det ikke giver hospitalet mulighed for at vurdere, om bibeskæftigelsen er forenelig med arbejdet på hospitalet, inden lægen påtager sig bibeskæftigelsen.

De oplysningspligtige læger i Region Hovedstaden oplyser om alle de forhold vedrørende bibeskæftigelse, der fremgår af den centrale aftale.

2.3. HOSPITALERNES VURDERING AF LÆGERS BIBESKÆFTIGELSE

37. Vi har undersøgt, om hospitalerne sikrer, at lægernes oplysninger om bibeskæftigelse bliver anvendt til at vurdere lægernes bibeskæftigelse. Vi har desuden undersøgt, hvordan hospitalerne vurderer de oplysningspligtige lægers bibeskæftigelse for at sikre, at bibeskæftigelsen er forenelig med hovedbeskæftigelsen. Endelig har vi undersøgt, om og hvordan hospitalerne holder øje med og vurderer bibeskæftigelse blandt de læger, der ikke har oplysningspligt.

De ledende overlægers vurdering og drøftelse af de oplysningspligtige hospitalslægers bibeskæftigelse

38. På alle hospitalerne i undersøgelsen er det uddelegeret til de ledende overlæger på de enkelte afdelinger at vurdere de oplysningspligtige lægers bibeskæftigelse.

Grundlaget for at vurdere hospitalslægers bibeskæftigelse

39. Vi har undersøgt, om de ledende overlæger, som skal vurdere lægernes bibeskæftigelse, får de oplysninger, hospitalet indsamler om lægernes bibeskæftigelse, og dermed har et grundlag for at kunne vurdere lægernes bibeskæftigelse.

40. Vores undersøgelse viser, at kun ét af de 3 udvalgte hospitaler i Region Sjælland sender oplysningsskemaerne om lægers bibeskæftigelse til de ledende overlæger eller til hospitalsledelsen. Et andet af de 3 hospitaler har oplyst, at hospitalet sender skemaerne til de ledende overlæger, men hospitalet har ikke kunnet fremvise dokumentation herfor. I vores spørgeskemaundersøgelse har halvdelen af de ledende overlæger i regionen svaret, at de ikke modtager skemaerne. Regionen har oplyst, at alle hospitalerne modtager skemaer om bibeskæftigelse ved lægernes ansættelse fra regionens Koncern HR.

41. På 2 af de 3 udvalgte hospitaler i Region Syddanmark bliver oplysningsskemaerne ikke sendt til de ledende overlæger. Regionen har dog oplyst, at skemaerne på det ene hospital normalt bliver sendt til de ledende overlæger, men at det på grund af stillingsskifte ikke skete i 2015. Vores spørgeskemaundersøgelse viser endvidere, at de ledende overlæger på flere hospitaler i regionen ikke modtager skemaerne.

Det fremgår af Region Syddanmarks retningslinjer, at oplysningsskemaet skal danne baggrund for en årlig drøftelse om bibeskæftigelse mellem ledelsen og lægen. Dette bliver dog ikke praktiseret på alle de udvalgte hospitaler, da ledelsen ikke får skemaerne. Region Syddanmark har oplyst, at regionen vil udarbejde en instruks for at gøre dette fremadrettet, så skemaerne kan danne grundlag for den årlige drøftelse med lægerne.

42. Det fremgår af Region Hovedstadens retningslinjer, at de ledende overlæger har ansvaret for, at lægernes bibeskæftigelse bliver vurderet af hospitalsledelsen, og at de ledende overlæger skal sende lægernes oplysningsskemaer til hospitalsledelsen.

Alle interviewede ledende overlæger i Region Hovedstaden har oplyst, at de modtager oplysninger om lægernes bibeskæftigelse via det elektroniske system, men at de i de fleste tilfælde ikke sender oplysningsskemaerne til hospitalsledelsen. 24 af 25 ledende overlæger, der har deltaget i vores spørgeskemaundersøgelse, har også oplyst, at de får lægernes oplysninger om bibeskæftigelse.

De ledende overlægers vurdering af hospitalslægers bibeskæftigelse

43. Vores undersøgelse viser, at over halvdelen af de ledende overlæger på de undersøgte hospitaler i Region Sjælland og i Region Syddanmark ikke vurderer de oplysningspligtige lægers bibeskæftigelse. Derimod har alle ledende overlæger på de undersøgte hospitaler i Region Hovedstaden oplyst, at de vurderer lægernes bibeskæftigelse.

I Region Syddanmark har halvdelen af de interviewede ledende overlæger enten ikke haft kendskab til eller har været i tvivl om deres beføjelser i forhold til lægernes bibeskæftigelse, fx om de skal godkende eller bare orienteres om bibeskæftigelsen. Region Syddanmark har oplyst, at regionen vil sørge for at præcisere over for de ledende overlæger, at de skal godkende bibeskæftigelsen.

**HOSPITALSLEDelsen
I REGION HOVEDSTADEN**

I Region Hovedstaden er det på Rigshospitalet centerledelsen og ikke hospitalsledelsen, der skal vurdere indberetningerne.

Når vi skriver hospitalsledelsen, mener vi derfor også centerledelsen.

44. Vores undersøgelse viser, at det overordnet set er nogle af de samme ting, de ledende overlæger i de 3 regioner lægger vægt på, når de vurderer lægernes bibeskæftigelse. Det er fx, om der kan opstå interessekonflikter mellem bibeskæftigelsen og hovedbeskæftigelsen, og om bibeskæftigelsen kan gå ud over lægernes fleksibilitet og arbejdstilrettelæggelsen på afdelingen. Der er dog i praksis forskel på, hvor meget der skal til, før de ledende overlæger vurderer, at bibeskæftigelsen er uforenelig med arbejdet på hospitalet. Der er også forskel på, om de ledende overlæger vurderer, at omfanget af bibeskæftigelsen påvirker en forsvarlig behandling af patienterne på hospitalet.

45. Vores undersøgelse viser endvidere, at det er vanskeligt for de ledende overlæger at holde øje med, om hviletidsbestemmelserne bliver overholdt, når lægerne har bibeskæftigelse, jf. boks 1.

BOKS 1

HVILETIDSBESTEMMELSER

Både lægernes overenskomst og arbejdsmiljøloven har regler om hviletid og fridøgn. Reglerne angiver, hvor meget frihed der skal være mellem 2 arbejdsperioder, hvor mange fridage man skal have, og hvordan de skal placeres.

Hviletidsbestemmelserne skal sikre, at lægerne er i stand til at udføre deres arbejde på forsvarlig vis. Hospitalerne holder imidlertid kun øje med hviletidsbestemmelserne i forhold til lægernes hovedbeskæftigelse – ikke deres bibeskæftigelse. Flere ledende overlæger har i interviewene påpeget, at det er relevant at holde øje med, om lægerne overholder hviletidsbestemmelserne i forbindelse med bibeskæftigelse, men at det ikke er muligt, når de ikke ser vagtplaner mv. for lægernes bibeskæftigelse.

46. De 3 regioner har opstillet nogle overordnede kriterier for hospitalslægernes bibeskæftigelse. Det fremgår således af regionernes retningslinjer, at bibeskæftigelse ikke må hindre en fleksibel og effektiv tilrettelæggelse af arbejdet, og at bibeskæftigelse ikke må medføre inhabilitet eller andre former for interessekonflikter, der ikke kan håndteres tilfredsstillende. For læger med ledelsesansvar må bibeskæftigelse ikke være til skade for lægens mulighed for at varetage sine ledelsesopgaver og prioritere udviklingen af hovedbeskæftigelsen.

Ingen af de besøgte regioner eller hospitaler har dog opstillet kriterier for, hvordan de ledende overlæger eller hospitalsledelsen skal vurdere lægernes bibeskæftigelse, herunder pejlemærker for, hvor meget bibeskæftigelse og hvilke former for bibeskæftigelse der er acceptabel eller problematisk, fx om deltagelse i advisory boards generelt er forenelig med hovedbeskæftigelsen og under hvilke betingelser. Det er således op til den enkelte ledende overlæge, hvordan lægen vil vurdere, om bibeskæftigelsens indhold og omfang er forsvarligt.

Region Sjælland og Region Hovedstaden mener ikke, at man kan opstille nærmere kriterier for bibeskæftigelse, fx en maksimal grænse for antallet af timer, da der er tale om en individuel vurdering. Region Syddanmark har oplyst, at fastsættelse af kriterier vil indgå i regionens opfølgning på, hvordan regionen håndterer lægers bibeskæftigelse.

Rigsrevisionen er enig i, at hospitalerne bør vurdere hver enkelt bibeskæftigelse konkret og individuelt. Rigsrevisionen finder dog, at det vil være hensigtsmæssigt, hvis hospitalsledelsen fastlægger kriterier for, hvornår en bibeskæftigelse kan være problematisk og uacceptabel. Dette vil sikre en mere ensartet ramme for at vurdere bibeskæftigelsen og give de ledende overlæger noget mere konkret at vurdere bibeskæftigelsen ud fra.

Rigsrevisionen finder desuden, at det er vigtigt at opstille kriterier for at undgå, at hospitalerne konkurrerer om lægernes arbejdskraft. Sundheds- og Ældreministeriet har desuden oplyst, at regionerne i balancen mellem lægernes muligheder for bibeskæftigelse og hensynet til hovedbeskæftigelsen bør undgå en u hensigtsmæssig konkurrence om lægeresurser på tværs af de 5 regioner.

47. I alle 3 regioner skal ledelsen i henhold til regionernes retningslinjer drøfte bibeskæftigelsen med de læger, der har påtaget sig bibeskæftigelse. I Region Syddanmark og Region Hovedstaden skal dette ske én gang årligt, mens det af Region Sjællands retningslinjer fremgår, at indgåelse af en aftale om bibeskæftigelse forudsætter en dialog om bibeskæftigelsen.

Vores undersøgelse viser, at de ledende overlæger i alle 3 regioner i praksis kun drøfter bibeskæftigelsen med nogle af lægerne. Det drejer sig primært om de læger, hvor de ledende overlæger finder, at der eventuelt kan være nogle problemstillinger i forhold til bibeskæftigelsen. De ledende overlæger følger således ikke regionernes retningslinjer. Region Hovedstaden har oplyst, at regionen vil understrege over for hospitalsledelserne, at det er en del af retningslinjerne, at der skal ske en drøftelse ved optagelse af ny bibeskæftigelse. Region Hovedstaden har endvidere oplyst, at regionen som udgangspunkt har en grundlæggende tillid til, at lægernes bibeskæftigelse – indtil andet er bevist – er forenelig med hovedbeskæftigelsen, og at aftalen bygger på, at lægerne oplyser fyldestgørende om deres bibeskæftigelse.

48. Ifølge den centrale aftale om oplysningspligt ved bibeskæftigelse skal regionerne udarbejde en skriftlig begrundelse, hvis de ikke finder bibeskæftigelsen forenelig med lægens ansættelsesforhold.

Rigsrevisionen har på de 22 besøgte afdelinger set ét eksempel på et skriftligt afslag på bibeskæftigelse. Omkring halvdelen af de ledende overlæger på de udvalgte afdelinger har oplyst, at de ikke giver en skriftlig begrundelse, hvis de vurderer, at lægens bibeskæftigelse er uforenelig med hovedbeskæftigelsen. 1/3 af de ledende overlæger har desuden oplyst, at de aldrig har givet afslag.

Region Hovedstaden har oplyst, at praksis for at oplyse om bibeskæftigelse bygger på, at der er en dialog mellem lægen og den nærmeste leder forud for en ny bibeskæftigelse. Praksis vil derfor normalt være, at der som udgangspunkt allerede på det indledende studie gives et mundtligt afslag, hvis bibeskæftigelsen vurderes at være problematisk. Dette medfører ifølge regionen, at der sjældent er belæg for skriftligt afslag på bibeskæftigelsen. Region Syddanmark har oplyst, at det vil blive præciseret over for hospitalerne, at det skal begrundes skriftligt, hvis den nærmeste leder finder bibeskæftigelsen uforenelig med lægens ansættelse i regionen.

De ledende overlægers vurdering af bibeskæftigelse blandt hospitalslæger uden oplysningspligt

49. Hospitalslæger, der ikke er omfattet af den centrale aftale om oplysningspligt ved bibeskæftigelse, har ingen pligt til at oplyse om deres bibeskæftigelse. Regionerne har derfor begrænsede oplysninger om omfanget og karakteren af disse lægers bibeskæftigelse.

Hovedparten af de ledende overlæger har i interviewene og i spørgeskemaundersøgelsen oplyst, at de som udgangspunkt ikke holder øje med bibeskæftigelse blandt læger uden oplysningspligt. Nogle af de ledende overlæger har dog oplyst, at de har et overordnet kendskab til bibeskæftigelse blandt læger uden oplysningspligt. Region Sjælland har oplyst, at de ledende overlæger har en god fornemmelse af bibeskæftigelse blandt læger uden oplysningspligt og løbende vurderer, om lægerne er i stand til at varetage arbejdet på hospitalet.

50. Rigsrevisionen har på baggrund af data fra Danmarks Statistik opgjort omfanget af bibeskæftigelse blandt hospitalslæger uden oplysningspligt.

Opgørelsen viser, at 19 % af lægerne uden oplysningspligt havde honorarindtægter i 2014, mens 7 % havde indtægter fra selvstændig virksomhed. Samlet set havde de 11.076 læger uden oplysningspligt indtægter fra honorarer og selvstændig virksomhed for 104 mio. kr. i 2014. Herudover kan læger uden oplysningspligt have bi-lønmodtagerjob på et andet offentligt hospital eller et privathospital/en privatklinik. På grund af disse lægers korte ansættelsesperioder har det dog ikke været muligt at opgøre dette. Det samlede omfang af bibeskæftigelse blandt læger uden oplysningspligt må derfor antages at være større.

51. Rigsrevisionen er opmærksom på, at det er vanskeligt at kræve den samme form for oplysningspligt for de hospitalslæger, der ikke er omfattet af aftalen om oplysningspligt ved bibeskæftigelse, som for overlæger, lægelige chefer og afdelingslæger, da disse læger ofte skifter stilling. Rigsrevisionen er desuden opmærksom på, at læger uden oplysningspligt ikke er færdiguddannet i deres speciale, og at mulighederne for lægefaglig bibeskæftigelse derfor er mere begrænsede i forhold til overlæger, lægelige chefer og afdelingslæger. Vores undersøgelse viser imidlertid, at læger uden oplysningspligt også har bibeskæftigelse, som eventuelt kan have negative konsekvenser for behandlingen af patienter og hospitalets resurser. Rigsrevisionen vurderer endvidere, at regionerne har begrænset fokus på bibeskæftigelse blandt læger uden oplysningspligt. Regionerne bør derfor overveje, hvordan de på en enkel måde kan følge og vurdere disse lægers bibeskæftigelse, så hospitalerne sikrer, at bibeskæftigelse blandt læger uden oplysningspligt ikke får negative konsekvenser for patienterne og hospitalet.

Region Syddanmark har oplyst, at Danske Regioner vil overveje, om der bør indføres en skærpet oplysningspligt for fx hospitalslæger, som er i gang med at specialisere sig. Region Hovedstaden mener, at bibeskæftigelse blandt læger uden oplysningspligt kan håndteres i en dialog mellem lægerne og deres nærmeste leder. Rigsrevisionen finder, at dette kan være en mulig måde at håndtere disse lægers bibeskæftigelse på.

DE LEDENDE OVERLÆGERS INDBERETNINGER

Rigsrevisionens sags gennemgang af de ledende overlægers indberetninger vedrører:

- *Region Sjælland:*
44 ledende overlæger
- *Region Syddanmark:*
73 ledende overlæger
- *Region Hovedstaden:*
83 ledende overlæger.

Hospitalsledelsens vurdering af de ledende overlægers bibeskæftigelse

52. Hospitalsledelsen havde på alle de besøgte hospitaler ansvaret for at vurdere de ledende overlægers bibeskæftigelse.

Grundlaget for hospitalsledelsens vurdering

53. Ledelsen på 2 af de 3 udvalgte hospitaler i Region Sjælland har oplyst, at ledelsen får tilsendt oplysningsskemaerne for de ledende overlæger med henblik på at vurdere deres bibeskæftigelse. Det er dog kun det ene hospital, der kan dokumentere dette. På det tredje hospital ser ledelsen ikke de ledende overlægers oplysningsskemaer. Vores sags gennemgang viser, at hospitalerne mangler oplysninger for knap halvdelen af de ledende overlæger, som har bibeskæftigelse, og at de oplysninger, de har, i flere tilfælde er forældede.

54. I Region Syddanmark har ledelsen på 2 ud af 3 hospitaler i regionen ikke fået oplysningsskemaerne for de ledende overlæger og har dermed ikke haft noget grundlag for at kunne vurdere de ledende overlægers bibeskæftigelse. Det ene hospital har oplyst, at ledelsen fremadrettet vil få oplysningerne, og at ledelsen overvejer at udarbejde en instruks, da hospitalet ikke har forholdt sig til indholdet af skemaerne. Det andet hospital har oplyst, at skemaerne på grund af et stillingsskifte ikke har været forelagt ledelsen i 2015, hvilket ellers har været normal procedure.

55. Hospitalsledelserne i Region Hovedstaden modtager gennem det elektroniske system de ledende overlægers oplysningsskemaer om bibeskæftigelse. Ledelserne krydser af i det tilsendte skema, når de har vurderet den enkelte ledende overlæges bibeskæftigelse.

56. Hospitalsledelserne i de 3 regioner har oplyst, at de kun drøfter bibeskæftigelsen med de ledende overlæger, hvis de er i tvivl om, hvorvidt der er noget problematisk ved bibeskæftigelsen. De drøfter således ikke systematisk bibeskæftigelse med alle de ledende overlæger. Boks 2 viser nogle af de forhold, hospitalsledelserne lægger vægt på, når de skal vurdere de ledende overlægers bibeskæftigelse.

BOKS 2**HOSPITALSLEDELSERNES VURDERING AF BIBESKÆFTIGELSE**

Hovedparten af hospitalsledelserne fremhævede, at antallet af timer i bibeskæftigelsen er afgørende, når de skal vurdere de ledende overlægers bibeskæftigelse.

Alle ledelserne på de udvalgte hospitaler i Region Hovedstaden har i forhold til deres vurdering af de ledende overlægers bibeskæftigelse oplyst, at arbejde for andre offentlige myndigheder, herunder råd og nævn, udarbejdelse af erklæringer mv., er til gavn for samfundet, og at det således ikke er noget, de som udgangspunkt finder problematisk i forhold til hovedbeskæftigelsen. Ledelsen på 2 hospitaler i Region Syddanmark og på 2 hospitaler i Region Hovedstaden finder bibeskæftigelse på privathospitaler problematisk, særligt hvis lægen arbejder med den samme patientgruppe i det private som i det offentlige, da der herved kan opstå interessekonflikter.

57. Vores undersøgelse viser, at der i praksis er forskel på, hvordan ledelsen på hospitalerne vurderer deltagelse i advisory boards. Mens nogle finder det positivt, at lægerne er opdaterede med den nyeste viden på området, og som følge heraf tillader lægerne at deltage i advisory boards, finder andre, at arbejdet ligger for tæt op ad lægemiddelindustriens interesser, og at der dermed vil kunne blive sat spørgsmålstegn ved lægernes habilitet. Omkring halvdelen af ledelserne på de besøgte hospitaler påpeger således, at det er en svær balance.

De ledende overlægers bibeskæftigelse

58. Det fremgår af Region Sjællands og Region Hovedstadens retningslinjer, at de ledende overlæger som hovedregel ikke kan have bibeskæftigelse, bortset fra enkelte undtagelser. Dette begrundes bl.a. med, at de ledende overlæger har ansvaret for at sikre en optimal drift på deres egen afdeling. Undtagelserne vedrører i begge regioner bibeskæftigelse, der ligger i naturlig forlængelse af de opgaver, som påhviler det offentlige sundhedsvæsen, fx undervisning, foredrag og medvirken i videnskabelige selskaber. Region Syddanmark har ingen retningslinjer for de ledende overlægers bibeskæftigelse, men har oplyst, at regionen vil udarbejde kriterier for de ledende overlægers bibeskæftigelse.

59. Vores sagsgennemgang viser, at 47 % af de ledende overlæger på de udvalgte hospitaler har bibeskæftigelse. Bibeskæftigelsen holder sig i de fleste tilfælde inden for de undtagelser, som er acceptable i henhold til Region Sjællands og Region Hovedstadens retningslinjer, men knap halvdelen af de ledende overlæger har også bibeskæftigelse, der ikke direkte ligger i naturlig forlængelse af opgaver i den offentlige sundhedsvæsen. Det kan fx være på egen klinik, på et privathospital/en privatklinik eller i lægemiddelindustrien. Region Hovedstaden har oplyst, at regionen på baggrund heraf vil se på, hvordan regionen følger op på og monitorerer de ledende overlægers bibeskæftigelse.

60. Tabel 4 viser andelen af ledende overlæger, der har bibeskæftigelse i form af selvstændig virksomhed i de 3 regioner i 2014. Selvstændig virksomhed kan fx være konsulentvirksomhed, foredragsvirksomhed eller egen klinik.

TABEL 4

ANDELEN AF LEDENDE OVERLÆGER MED SELVSTÆNDIG VIRKSOMHED I 2014

| | Antal ledende overlæger i alt | Antal ledende overlæger med selvstændig virksomhed | Andelen af ledende overlæger med selvstændig virksomhed |
|--------------------|----------------------------------|---|--|
| Region Sjælland | 79 | 37 | 47 % |
| Region Syddanmark | 118 | 41 | 35 % |
| Region Hovedstaden | 180 | 77 | 43 % |

Note: I gruppen af ledende overlæger indgår følgende stillingsbetegnelser: ledende overlæger/professorer, cheflæger og andre lægelige chefer.

Kilde: Rigsrevisionens beregninger på baggrund af tal fra Danmarks Statistik. Data om selvstændig virksomhed er fra Danmarks Statistiks erhvervsregister, indkomststatistik og registerbaserede arbejdsstyrkestatistik.

LEDEDE OVERLÆGER MED SELVSTÆNDIG VIRKSOMHED

Opgørelsen over ledende overlæger med selvstændig virksomhed viser de ledende overlæger, som har haft et registreret overskud eller underskud i deres virksomhed i 2014.

Vi har frasorteret de ledende overlæger, som ikke har nogen aktivitet i deres virksomhed.

Det fremgår af tabel 4, at mellem 35-47 % af de ledende overlæger i de 3 regioner havde selvstændig virksomhed i 2014. På landsplan havde 39 % af de ledende overlæger selvstændig virksomhed i 2014 og tjente sammenlagt 27,8 mio. kr. herved. Herudover tjente de ledende overlæger på landsplan tilsammen 53,3 mio. kr. ved at have bi-lønmodtagerjob i 2014.

61. Halvdelen af de interviewede hospitalsledelser har oplyst, at de aldrig har givet afslag på bibeskæftigelse til ledende overlæger. Rigsrevisionen har på de besøgte hospitaler heller ikke set eksempler på, at ledelsen har givet skriftlige afslag på ledende overlægers bibeskæftigelse.

RESULTATER

Undersøgelsen viser, at de ledende overlæger og ledelserne på 2 af de 3 udvalgte hospitaler i såvel Region Sjælland som Region Syddanmark ikke får oplysningsskemaer om lægernes bibeskæftigelse. De har dermed ikke et grundlag for at vurdere, om lægernes bibeskæftigelse er forenelig med bl.a. at behandle patienterne på hospitalet. Undersøgelsen viser desuden, at ikke alle ledende overlæger i Region Sjælland og i Region Syddanmark vurderer de indsamlede oplysninger om lægernes bibeskæftigelse. Ligeledes vurderer ikke alle hospitalsledelser de ledende overlægers bibeskæftigelse. Knap halvdelen af de ledende overlæger på de udvalgte hospitaler i de 3 regioner har bibeskæftigelse, fx på egen klinik, på et privathospital/en privatklinik eller i lægemiddelindustrien, selv om det fremgår af Regions Sjællands og Region Hovedstadens retningslinjer, at ledende overlæger som hovedregel ikke kan have bibeskæftigelse.

Region Hovedstaden har som den eneste af de 3 regioner et elektronisk system, hvor lægerne skal oplyse om deres bibeskæftigelse. Systemet sikrer, at den nærmeste leder automatisk får lægernes oplysninger om bibeskæftigelse.

Undersøgelsen viser, at de 3 regioner har overordnede kriterier for lægernes bibeskæftigelse, men ikke har opstillet nærmere kriterier for, hvordan den nærmeste leder skal vurdere lægernes bibeskæftigelse. Det er derfor op til den enkelte nærmeste leder at tage stilling til, hvilke former for bibeskæftigelse der kan være problematiske. Rigsrevisionen har på de 22 undersøgte afdelinger set ét skriftligt afslag på bibeskæftigelse. Flere af de ledende overlæger har dog oplyst, at de har givet mundtlige afslag på bibeskæftigelse.

De ledende overlæger på de besøgte afdelinger har begrænset viden om bibeskæftigelse blandt hospitalslæger uden oplysningspligt og har begrænset fokus på, om bibeskæftigelsen blandt disse læger kan få negative konsekvenser for behandlingen af patienter eller hospitalets resurser. Rigsrevisionen anbefaler på den baggrund, at regionerne overvejer, hvordan de på en enkel måde bedst kan følge og vurdere bibeskæftigelse for læger uden oplysningspligt.

2.4. INTERESSEKONFLIKTER VED ARBEJDSSTILRETTELÆGGELSE OG VISITERING AF PATIENTER

62. Vi har undersøgt, om lægernes bibeskæftigelse har indflydelse på hospitalets tilrettelæggelse af arbejdet, og om der er mulige interessekonflikter ved lægernes bibeskæftigelse i forhold til at visitere patienter. Det fremgår af den centrale aftale om oplysningspligt ved bibeskæftigelse, at lægernes bibeskæftigelse ikke må vanskeliggøre tilrettelæggelsen af arbejdet eller forringe fleksibiliteten på hospitalet. Det fremgår videre af vejledningen om lægers bibeskæftigelse, at læger, som har en interesse i privathospitaler og privatklinikker, ikke må visitere patienter videre til privat regi.

Arbejdstilrettelæggelse

63. Vi har undersøgt, om lægernes bibeskæftigelse har haft betydning for afdelingernes tilrettelæggelse af arbejdet.

64. Vi har i flere tilfælde fået oplyst, at lægerne har faste fridage for at kunne udføre deres bibeskæftigelse, men at det ikke har betydet noget for afdelingernes tilrettelæggelse af arbejdet. Derudover har 2 ud af 3 regioner oplyst, at de generelt tager hensyn til de ansattes ønsker om fridage, og at det er underordnet, om hensynet skyldes bibeskæftigelse eller andre forhold. Rigsrevisionens tidligere undersøgelse om vagtplanlægning i statslige institutioner viste imidlertid, at det kan være både vanskeligt og resursekrævende at tilrettelægge arbejdet, hvis der skal tages mange individuelle hensyn. Rigsrevisionen finder, at hospitalerne bør være opmærksomme herpå.

65. Vores undersøgelse viser, at der på én af de besøgte afdelinger er særlige arbejdsvilkår, som kan påvirke den samlede tilrettelæggelse af arbejdet på afdelingen, jf. eksemplet i boks 3.

BOKS 3

EKSEMPEL PÅ SÆRAFTALER, DER KAN PÅVIRKE TILRETTELÆGGELSEN AF ARBEJDET

På en afdeling på ét af de besøgte hospitaler i Region Syddanmark er der indgået mundtlige særaftaler mellem den tidligere hospitalsledelse og lægerne. Aftalerne indebærer, at lægerne ikke skal være til stede på hospitalet fuld tid, men må arbejde hjemmefra. Der foreligger skriftlige aftaler om fri arbejdstilrettelæggelse for 2 af lægerne på afdelingen.

Det fremgår af vagtplanerne for afdelingen, at lægerne er på hospitalet 2 dage om ugen i sammenlagt 16-20 timer. Der bliver ikke fra hospitalets side holdt øje med, hvor mange timer lægerne arbejder hjemmefra, da det kun er deres timer på hospitalet, der registreres.

Vores undersøgelse viser, at ét hospital i Region Syddanmark har indgået aftaler om, at nogle læger kun er til stede på hospitalet 2 dage om ugen i sammenlagt 16-20 timer. Dette kan i høj grad påvirke tilrettelæggelsen af arbejdet og fleksibiliteten på afdelingen. Rigsrevisionen kan desuden konstatere, at hospitalet ikke holder øje med, hvad lægerne laver i halvdelen af deres arbejdstid, og at der hermed kan være risiko for, at lægerne ikke arbejder på fuld tid på hospitalet. Regionen har oplyst, at ledelsen arbejder på at normalisere forholdene for afdelingens læger.

66. Vores undersøgelse viser desuden, at der på én af de besøgte afdelinger behandles private patienter i arbejdstiden, jf. eksemplet i boks 4.

BOKS 4

EKSEMPEL PÅ BEHANDLING AF PRIVATE PATIENTER I ARBEJDSSTIDEN

Ved besøg på en afdeling i Region Syddanmark har vi fået oplyst, at der på afdelingen af og til er læger, der i arbejdstiden tilser private patienter på hospitalet. Patienter, der er blevet opereret af en læge i privat regi, kommer ind på hospitalet, hvis der fx opstår komplikationer, og de skal have skiftet en bandage e.l. Rigsrevisionen konstaterer, at det tager tid fra varetagelsen af opgaverne på hospitalet og går ud over hospitalets resurser, når læger har private patienter i arbejdstiden. Regionen bemærker, at ikke alle situationer kan betragtes som ovenfor, da offentlige hospitaler altid er forpligtet til at behandle patienter med komplikationer – også selv om disse patienter er blevet behandlet i privat regi.

67. Vores opgørelser viser, at en mindre gruppe af de oplysningspligtige hospitalslæger tjener relativt meget på deres bibeskæftigelse. Vi forudsætter, at dette hænger sammen med, at de arbejder tilsvarende mange timer i deres bibeskæftigelse. Dette kan påvirke tilrettelæggelsen af arbejdet på hospitalet.

Tabel 5 viser, hvordan de oplysningspligtige lægers indtægter ved bi-lønmodtagerjob er fordelt. Bi-lønmodtagerjob er opgjort som et lønmodtagerjob, hvor lægen har færre betalte timer end i hovedbeskæftigelsen. Det betyder, at hvis en læge har 2 lønmodtagerjob på deltid, vil det job med færrest timer fremgå som et bi-lønmodtagerjob. Endvidere kan læger, der skifter job i løbet af året, indgå i opgørelsen over bi-lønmodtagerjob med den ene hovedbeskæftigelse.

TABEL 5

OPLYSNINGSPLIGTIGE HOSPITALSLÆGERS INDTÆGTER VED BI-LØNMODTAGERJOB FORDELT PÅ INTERVALLER FOR ALLE 5 REGIONER I 2014

| Indtægter | Antal læger med bi-lønmodtagerjob | Andelen af læger med bi-lønmodtagerjob |
|---------------------|-----------------------------------|--|
| Under 100.000 kr. | 3.124 | 62 % |
| 100.000-299.999 kr. | 1.378 | 27 % |
| 300.000-499.999 kr. | 360 | 7 % |
| 500.000-999.999 kr. | 157 | 3 % |
| Over 1.000.000 kr. | 38 | 1 % |

Kilde: Rigsrevisionens beregninger på baggrund af tal fra Danmarks Statistik. Data om bi-lønmodtagerjob er fra statistikken "Beskæftigelse for lønmodtagere".

Det fremgår af tabel 5, at 11 % af de oplysningspligtige læger, som har bi-lønmodtagerjob, tjente over 300.000 kr. ved bi-lønmodtagerjob i 2014. Omkring 3 % af lægerne med bi-lønmodtagerjob havde endvidere 4 eller flere bi-lønmodtagerjob. Lægerne kan også have indtægter fra honorarer og selvstændig virksomhed. 6 % af de oplysningspligtige læger, som har honorarindtægter, tjente således mere end 100.000 kr. ved honorarer i 2014. Samlet set viser det, at nogle lægers bibeskæftigelse kan være af et sådant omfang, at der efter Rigsrevisionens vurdering er risiko for, at det kan påvirke tilrettelæggelsen af arbejdet på hospitalet og patientsikkerheden.

Visitering af patienter

68. Det fremgår af vejledningen om lægers bibeskæftigelse, at det er et fælles ansvar, at viderevisitering af patienter til behandling i privat regi ikke placeres hos personer, som har en personlig økonomisk og/eller ansættelsesmæssig interesse i de pågældende privathospitaler og -klinikker. Vi har derfor undersøgt, om de læger, som visiterer patienter til afdelingen og eventuelt til videre behandling i andet regi, har bibeskæftigelse på egen klinik eller på et privathospital/en privatklinik.

69. Alle 3 regioner har oplyst, at lægerne ikke kan viderevisitere patienter direkte til privathospitaler eller privatklinikker, da det foregår gennem en central visitationsenhed. Hvis den pågældende afdeling ikke kan behandle patienten inden for behandlingsgarantien, og patienten ikke ønsker at vente, skal patienten henvende sig til den centrale visitationsenhed for at blive visiteret til et andet behandlingssted, fx et privathospital. Region Sjælland har oplyst, at det ikke er muligt at udnytte visitationsenheden til egen vinding.

Det er i alle 3 regioner lægerne på de enkelte afdelinger, som visiterer patienterne til behandling på afdelingen. Lægerne har på den måde indflydelse på, hvilke patienter der kan behandles på afdelingen inden for ventetidsgarantien, og hvilke patienter der skal henvende sig til den centrale visitationsenhed.

70. Vores sagsgennemgang viser, at alle 3 regioner har hospitalslæger, der visiterer patienter til afdelingen og samtidig har bibeskæftigelse på egen klinik eller på et privathospital/en privatklinik. På halvdelen af de besøgte afdelinger var der således læger, der visiterede patienter til afdelingen, og som samtidig havde bibeskæftigelse på egen klinik eller på et privathospital/en privatklinik.

På én afdeling i Region Syddanmark kunne alle læger fx visitere patienter. Her havde 3 af de 6 læger bibeskæftigelse på egen klinik, på privathospital/privatklinik e.l. Den ledende overlæge har oplyst, at lægerne bor langt væk fra deres arbejde, og at der derfor ikke er nogen interessekonflikt. Det er dog ikke nærmere beskrevet i oplysningsskemaerne, hvor lægerne har bibeskæftigelse, og det er derfor ikke muligt for hverken den ledende overlæge eller Rigsrevisionen at vurdere, om der har været eventuelle interessekonflikter.

Rigsrevisionen vurderer, at der for de visiterende læger, som har bibeskæftigelse på egen klinik eller på et privathospital/en privatklinik, potentielt kan være en interessekonflikt i forhold til at visitere patienter til afdelingen.

HONORARINDTÆGTER

I 2014

Oplysningspligtige hospitalslæger med honorarindtægter i 2014 for alle 5 regioner:

- 38 % tjente under 5.000 kr.
- 56 % tjente mellem 5.000 og 100.000 kr.
- 6 % tjente mere end 100.000 kr.

Boks 5 viser et eksempel på en interessekonflikt, hvor en læge på én af de besøgte afdelinger i Region Syddanmark havde visiteret en patient fra privat regi til afdelingen på hospitalet uden om ventelisten.

BOKS 5

EKSEMPEL PÅ EN INTERESSEKONFLIKT

En læge på én af de besøgte afdelinger i Region Syddanmark havde åbnet en privatklinik uden at oplyse hospitalet om det. Lægen havde dermed ikke overholdt sin oplysningspligt.

Privatklinikken havde en aftale med regionen om ventetidsgarantipatienter. Lægen henviste en patient fra sin privatklinik til hospitalet uden om hospitalets venteliste. Lægen havde således sat patienten direkte på operationsprogrammet på afdelingen efter forundersøgelse i privatklinikken. Den ledende overlæge orienterede i august 2014 lægen om, at patienter i privatklinikken og arbejdet på hospitalet fremover skulle holdes adskilt.

Hospitalet har i april 2016 besluttet, at lægen ikke længere skal være ansvarlig for planlægningen på afdelingen, fordi der i yderste konsekvens kunne være en interessekonflikt med lægens bibeskæftigelse. Begrundelsen var dilemmaet mellem at arbejde som ansvarlig for et subspecialt og samtidig have en privatklinik – ikke mindst, når der er en aftale om ventetidsgaranti for den samme type patienter.

RESULTATER

Undersøgelsen viser, at flere af de udvalgte afdelinger har taget hensyn til lægernes bibeskæftigelse, når de planlægger. Afdelingerne har dog i alle tilfælde oplyst, at det ikke har betydet noget for tilrettelæggelsen af arbejdet. På en enkelt afdeling i Region Syddanmark er der indgået aftaler om, at lægerne kun er til stede 2 dage om ugen på hospitalet i sammenlagt 16-20 timer og ellers arbejder hjemmefra. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at det går ud over arbejdstilrettelæggelsen og en effektiv udnyttelse af hospitalets personaleressurser. Undersøgelsen viser desuden, at en mindre gruppe af de oplysningspligtige hospitalslæger har relativt meget bibeskæftigelse, hvilket kan påvirke tilrettelæggelsen af arbejdet og patientsikkerheden. 11 % af de oplysningspligtige læger, som har bi-lønmodtagerjob, tjente over 300.000 kr. ved bi-lønmodtagerjob i 2014.

Der er i alle 3 regioner hospitalslæger, som visiterer patienter til behandling på de besøgte afdelinger, og som samtidig har bibeskæftigelse på egen klinik eller på et privathospital/en privatklinik. Rigsrevisionen anbefaler, at regionerne er særligt opmærksomme på den interessekonflikt, der potentielt kan være, mellem at visitere patienter til afdelingen og lægernes bibeskæftigelse på egen klinik eller på et privathospital/en privatklinik. Rigsrevisionen har set et eksempel på, at det har påvirket en læges varetagelse af sine opgaver på hospitalet, idet lægen har visiteret en patient fra privat regi til afdelingen på hospitalet uden om ventelisten.

2.5. RETNINGSLINJER OG PRAKSIS FOR HONORERING AF HOSPITALSLÆGERS ARBEJDE FOR ANDRE VIRKSOMHEDER

71. Hospitalslæger udfører en række opgaver for andre virksomheder på hospitalet. Dette kan foregå både i og uden for arbejdstiden. Hvis lægerne tager honorar for arbejdet, må det ifølge Rigsrevisionen karakteriseres som bibeskæftigelse og må således ikke belaste hospitalets resurser. Vi har undersøgt, om det arbejde, lægerne udfører for andre på hospitalet, belaster hospitalets resurser.

Det fremgår af lægernes overenskomst, at det påhviler lægerne uden særligt vederlag at udfærdige attester om de patienter, de har behandlet. Lægerne kan således ikke kræve særskilt honorar for fx syge- og raskmeldinger og udtalelser, der kan sidestilles med lægebrev, journaludskrifter o.l. Lægerne kan dog godt kræve særskilt honorar for fx at udarbejde attester til pensions- og forsikringselskaber og ankenævn samt for speciallægeerklæringer og politierklæringer, hvis tidligere praksis har været, at der kunne kræves honorar. Attester til kommunen (statusattester) og blodprøver for politiet er ikke omtalt i overenskomsten.

72. Ifølge overenskomsten kan overlæger og lægelige chefer benytte hospitalets lokaler, når de fx udarbejder erklæringer og attester, men den tid, der går hermed, må ikke indregnes i arbejdstiden, hvis lægerne modtager særskilt betaling for at udarbejde erklæringerne. Derudover skal der ifølge vejledningen om lægers bibeskæftigelse ske betaling for brug af hospitalets udstyr, hjælpepersonale, telefon m.m., hvis bibeskæftigelsen finder sted på hospitalet.

73. Vi har opgjort omfanget af alle hospitalslægers honorarindtægter på baggrund af oplysninger fra Danmarks Statistik. Honorarerne stammer bl.a. fra lægernes udarbejdelse af attester og erklæringer. Tabel 6 viser alle hospitalslægers honorarindtægter, dvs. både læger med og uden oplysningspligt.

TABEL 6

HOSPITALSLÆGERS HONORARINDTÆGTER I 2014

| | Antal læger med honorarindtægter | Samlede honorarindtægter (Mio. kr.) |
|--------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Region Sjælland | 608 | 9,6 |
| Region Syddanmark | 1.127 | 16,7 |
| Region Hovedstaden | 1.796 | 51,1 |

Kilde: Rigsrevisionens beregninger på baggrund af tal fra Danmarks Statistik. Data om honorarindtægter er fra Danmarks Statistiks eIndkomstregister.

Det fremgår af tabel 6, at hospitalslægenes honorarindtægter varierer fra 9,6 mio. kr. i Region Sjælland til 51,1 mio. kr. i Region Hovedstaden. På landsplan havde 25 % af alle hospitalslæger honorarindtægter i 2014. Lægenes honorarindtægter beløb sig på landsplan til i alt 110,4 mio. kr. i 2014. Dette skal ses som et minimumsbeløb, da ikke alle lægenes honorarindtægter indgår i opgørelsen.

SPECIALLÆGEERKLÆRING

En speciallægeerklæring er en udtalelse fra en speciallæge om funktionsnedsættelser i forhold til patientens sygdom. Speciallægeerklæringen udarbejdes på basis af en undersøgelse af patienten, som afdækker karakteren af funktionsnedsættelsen.

En speciallægeerklæring bruges i kommunale sager om førtidspension, tillægsydelse mv. Forsikringselskaber har også mulighed for at kræve en speciallægeerklæring i forbindelse med udbetaling af erstatning.

Hospitalslægers udarbejdelse af speciallægeerklæringer

74. På omkring halvdelen af de besøgte afdelinger udarbejder lægerne speciallægeerklæringer. Dette kræver ofte, at patienten tilses af lægen på hospitalet.

75. Kun én af de 22 besøgte afdelinger i de 3 regioner har retningslinjer for, hvornår private patienter må tilses på hospitalet, fx i forbindelse med, at lægerne udarbejder speciallægeerklæringer. De øvrige afdelinger har dog oplyst, at der er mundtlige aftaler om, at lægers og sekretærens arbejde med at udarbejde erklæringer skal ske uden for arbejdstiden.

76. Alle de besøgte afdelinger, hvor lægerne udarbejder speciallægeerklæringer, har oplyst, at lægerne udarbejder erklæringer uden for arbejdstiden. På én af de besøgte afdelinger i Region Hovedstaden fik Rigsrevisionen dog oplyst, at der blev udarbejdet et begrænset antal speciallægeerklæringer i arbejdstiden, som lægerne kunne tage honorar for. Rigsrevisionen finder det problematisk, at nogle læger bruger deres arbejdstid på bibeskæftigelse.

Region Hovedstaden har oplyst, at regionen vil indskærpe over for hospitalsledelserne, at denne praksis ikke stemmer overens med retningslinjerne, og at lægerne skal udarbejde speciallægeerklæringer uden for arbejdstiden.

Det har generelt ikke været muligt for Rigsrevisionen at efterprøve, hvornår speciallægeerklæringerne udarbejdes, dvs. om arbejdet foregår i eller uden for arbejdstiden. Desuden har overlægerne ikke nogen højeste tjenestetid, hvilket gør det svært at skelne mellem, hvornår overlægerne er på arbejde, og hvornår de udfører bibeskæftigelse på hospitalet.

GRATIS BRUG AF Udstyr

På 3 besøgte afdelinger blev der benyttet udstyr som hjertescannere og ultralydsudstyr, en trykmåler til måling af håndkraft og en spaltelampe.

77. På 3 af de besøgte afdelinger har de ledende overlæger oplyst, at lægerne benytter hospitalets udstyr, når de udarbejder speciallægeerklæringer. Lægerne betalte ikke for brug af udstyret. Rigsrevisionen konstaterer, at dette belaster hospitalets resurser og er i strid med vejledningen om lægers bibeskæftigelse.

Alle 3 regioner har oplyst, at de ikke har indgået nogen aftaler om betaling for brug af udstyr med lægerne. Region Hovedstaden har endvidere oplyst, at gratis brug af udstyr ikke finder sted. Regionerne har desuden oplyst, at de ikke har taget stilling til de skattemæssige konsekvenser ved hospitalslægenes brug af lokaler og udstyr til bibeskæftigelse.

Hospitalslægers udarbejdelse af attester

78. På hovedparten af de besøgte afdelinger udarbejder lægerne attester. Alle 3 regioner har retningslinjer for lægernes udarbejdelse af attester.

79. Det fremgår af såvel Region Sjællands som Region Hovedstadens retningslinjer, at attester, hvor lægen tager honorar, skal udfærdiges uden for normal arbejdstid. Det fremgår videre af Region Sjællands retningslinjer, at honorar for at udarbejde statusattester skal gå til hospitalet, hvis lægen udarbejder attesten i arbejdstiden, og at honoraret skal indsættes på afdelingens driftskonto. Det fremgår ikke af retningslinjerne for Region Hovedstaden, om hospitalet skal tage honorar for statusattester. I Region Syddanmark er det i juni 2016 besluttet, at lægerne skal udarbejde statusattester i arbejdstiden, og at honoraret tilfalder afdelingen eller hospitalet.

80. I Region Sjælland oplyste de interviewede ledende overlæger, at praksis på de besøgte afdelinger er, at statusattesterne bliver udarbejdet i arbejdstiden. De ledende overlæger på 2 besøgte hospitaler i regionen var dog usikre på, om hospitalet opkræver honorar herfor.

81. Alle afdelingerne på de 3 besøgte hospitaler i Region Syddanmark har oplyst, at statusattesterne udarbejdes i arbejdstiden. På ét af de 3 hospitaler tilfalder honoraret afdelingen, mens der på de 2 andre hospitaler ikke opkræves honorar. Region Syddanmark har oplyst, at regionen vil sørge for at harmonisere lægernes vilkår for at udarbejde attester.

82. Alle besøgte hospitaler i Region Hovedstaden har oplyst, at lægerne udarbejder statusattester i arbejdstiden. Der er forskellig praksis for, om afdelingerne opkræver honorar for at udarbejde attesterne. Rigsrevisionen har på én afdeling fået oplyst, at praksis på den ene del af afdelingen er, at honoraret tilfalder afdelingen, mens der på den anden del af afdelingen ikke opkræves honorar. På de afdelinger, hvor der opkræves honorar, er det desuden forskelligt, om pengene går til afdelingernes almindelige drift eller til andre aktiviteter, fx efteruddannelse og forskning.

Rigsrevisionen finder det uhensigtsmæssigt, at Region Hovedstaden og ledelsen på de udvalgte hospitaler ikke har taget stilling til, om hospitalet skal opkræve honorar og i givet fald, hvad pengene skal gå til. Regionen er enig heri og vil tage initiativ til fælles retningslinjer.

Blodprøver for politiet

83. Hospitalslæger tager blodprøver for politiet, fx i forbindelse med spiritusprøver. Dette er også en opgave, som lægerne kan tage særskilt honorar for, selv om arbejdet foregår i lægernes almindelige arbejdstid. Ét hospital i Region Hovedstaden har oplyst, at hvis en læge opkræver honorar for at tage en blodprøve, indgår tiden til dette ikke i arbejdstiden. Ingen af de besøgte hospitaler holder imidlertid øje med, at lægerne modregner den tid, de bruger på at tage blodprøver i deres almindelige arbejdstid.

Læger, der tager blodprøver for politiet i arbejdstiden, modtager derfor reelt dobbeltbetaling for arbejdet, fordi de både modtager et honorar fra politiet og deres almindelige løn fra regionen.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at ministeriet er i dialog med Justitsministeriet og Danske Regioner for at vurdere, om læger kan tage blodprøver for politiet som led i deres arbejde på hospitalet.

BETALING FOR BLODPRØVER

Der er aftalt vejledende minimumstakster for at tage blodprøver.

Taksten for at tage en blodprøve er minimum 714 kr. Dette beløb kan forhøjes med 50 % eller 100 % alt efter tidspunktet på døgnet, og om der fx er tale om en weekend eller en helligdag.

RESULTATER

Undersøgelsen viser, at der på tværs af regionerne og inden for samme region og hospital er forskel på, om hospitalerne opkræver honorar, når lægerne udarbejder attester for andre virksomheder i arbejdstiden. I Region Hovedstaden er det op til de enkelte afdelinger at afgøre, om de vil tage honorar for at udarbejde statusattester, og hvad pengene skal gå til. Dette finder Rigsrevisionen uhensigtsmæssigt, da ledelsen på hospitalet derved ikke har mulighed for at bestemme, hvad honorarindtægterne bruges til.

Rigsrevisionen finder det utilfredsstillende, at enkelte læger på de besøgte afdelinger benytter hospitalets udstyr uden at betale for det, når de har private konsultationer på hospitalerne i forbindelse med, at lægerne udarbejder speciallægeerklæringer. Dette er i strid med vejledningen om lægers bibeskæftigelse og belaster hospitalets resurser.

Rigsrevisionen finder det desuden uhensigtsmæssigt, at hospitalslæger, der tager blodprøver for politiet i arbejdstiden, får betaling fra politiet for at udføre arbejde, der foregår i arbejdstiden. Lægerne kan dermed reelt få dobbeltbetaling.

3. Hospitalslægers tilknytning til lægemiddelindustrien

DELKONKLUSION

Rigsrevisionen vurderer, at Lægemedelstyrelsen generelt følger op på, om lægernes tilknytning til lægemiddelindustrien er i overensstemmelse med reglerne på området. Rigsrevisionen finder dog, at Lægemedelstyrelsen bør overveje, om styrelsen på en enkel måde kan dokumentere, hvordan styrelsen vurderer lægernes tilknytning til lægemiddelindustrien i henhold til kriterierne i bekendtgørelsen. Rigsrevisionen finder det desuden uhenigtsmæssigt, at Lægemedelstyrelsen først 1½ år efter, at de nye regler på området blev indført, har udarbejdet en vejledning til sagsbehandlerne. Vejledningen og Lægemedelstyrelsens dokumentation af, hvordan styrelsen vurderer sagerne, skal være med til at sikre, at styrelsen behandler sagerne ensartet og vurderer alle relevante forhold.

Rigsrevisionen finder det positivt, at Lægemedelstyrelsen kontrollerer, om læger og andre sundhedspersoner overholder reglerne om at anmelde og ansøge om at være tilknyttet lægemiddelindustrien. Rigsrevisionen finder det endvidere hensigtsmæssigt, at Lægemedelstyrelsen har fastlagt en praksis for at bruge sanktioner for sundhedspersoner, der overtræder reglerne.

84. Dette kapitel handler om, hvordan Lægemedelstyrelsen følger op på lægernes anmeldelse og ansøgning om deres tilknytning til lægemiddelindustrien for at sikre, at lægerne ikke er tilknyttet lægemiddelindustrien i strid med reglerne på området.

85. Ifølge sundhedsloven har Lægemedelstyrelsen ansvaret for at give tilladelse til, offentligt gøre og kontrollere sundhedspersoners tilknytning til lægemiddelindustrien.

Læger og andre sundhedspersoner skal, jf. sundhedsloven, anmelde eller ansøge Lægemedelstyrelsen om at være tilknyttet lægemiddelindustrien. Hvis tilknytningen kun består af undervisning, opgaver i forbindelse med forskning samt ejerskab (fx af værdipapirer) for op til 200.000 kr., skal tilknytningen udelukkende anmeldes til Lægemedelstyrelsen. Lægemedelstyrelsen offentliggør herefter oplysningerne på sin hjemmeside. Dette er ifølge Lægemedelstyrelsen ét af hovedformålene med ordningen, da det er med til at skabe åbenhed. For øvrige opgaver, fx deltagelse i advisory boards, og ejerskab over 200.000 kr., skal sundhedspersoner søge om godkendelse hos Lægemedelstyrelsen.

LÆGERS HYPPIGSTE TYPER AF TILKNYTNING TIL VIRKSOMHEDER

(perioden 31. oktober 2014 - 26. september 2016)

Lægemedelvirksomheder:

- Forskning: 4.314 læger
- Foredrag: 1.860 læger
- Advisory boards (ekspertgrupper): 1.577 læger
- Undervisning: 1.168 læger
- Værdipapirer op til 200.000 kr.: 259 læger.

Medicovirksomheder:

- Forskning: 279 læger
- Undervisning: 134 læger
- Foredrag: 113 læger
- Advisory boards (ekspertgrupper): 70 læger.

Langt de fleste anmeldelser og ansøgninger om at være tilknyttet lægemiddelindustrien er fra læger. Således var 2.147 læger ud af i alt 2.198 sundhedspersoner i 2015 tilknyttet en lægemiddelsvirksomhed. Lægerne udgør også den største andel af sundhedspersoner, som er tilknyttet en medicovirksomhed. I 2015 var 312 læger ud af i alt 570 sundhedspersoner tilknyttet en medicovirksomhed.

3.1. LÆGEMIDDELSTYRELSENS RETNINGSLINJER FOR BEHANDLING AF SAGER

86. Vi har undersøgt, om Lægemiddelstyrelsen har klare retningslinjer for behandling af ansøgninger om sundhedspersoners tilknytning til lægemiddelindustrien, og om styrelsen vurderer sagerne i henhold til kriterierne i bekendtgørelsen.

Lægemiddelstyrelsens retningslinjer

87. Lægemiddelstyrelsen skal i henhold til bekendtgørelsen på området vurdere sundhedspersoners ansøgninger om tilknytning til lægemiddel- og medicovirksomheder ud fra en række kriterier, jf. boks 6.

BOKS 6

KRITERIER FOR AT VURDERE SUNDHEDSPERSONERS TILKNYTNING TIL LÆGEMIDDEL- OG MEDICOVIRKSOMHEDER

Det fremgår af bekendtgørelsen, at Lægemiddelstyrelsen ved ansøgning fra en sundhedsperson skal lægge vægt på følgende forhold:

Ved tilknytning til en lægemiddel- eller medicovirksomhed

- Tilknytningen skal være forenelig med sundhedspersonens arbejde med patientbehandling eller som apoteker vurderet i forhold til virksomhedens art og arbejdsfelt.
- Tilknytningen må ikke indebære en nærliggende risiko for, at sundhedspersonen bliver tilskyndet til at fremme forbrug, ordination, udlevering eller salg af et bestemt produkt.
- Den betaling, sundhedspersonen modtager, skal være rimelig og modsvare omfanget og karakteren af det arbejde, sundhedspersonen udfører for virksomheden.
- Tilknytningen må ikke indebære en nærliggende risiko for, at der vil opstå tvivl om sundhedspersonens grundlæggende uvildighed.

Ved ejerskab i en lægemiddel- eller medicovirksomhed

- Ejerskabet skal være foreneligt med sundhedspersonens arbejde med patientbehandling eller som apoteker vurderet i forhold til virksomhedens art og arbejdsfelt samt den økonomiske værdi af personens ejerandel.
- Sundhedspersonen må ikke i sit arbejde med patientbehandlingen i væsentlig grad kunne påvirke salg og anvendelse af produkter fra virksomheden.
- Tilknytningen må ikke indebære en nærliggende risiko for, at der vil opstå tvivl om sundhedspersonens grundlæggende uvildighed.

88. Vores undersøgelse viser, at Lægemiddelstyrelsen fra november 2014, hvor den nye lov og bekendtgørelse trådte i kraft, til august 2015 ikke har haft en vejledning til at understøtte behandlingen af sager. Lægemiddelstyrelsen har oplyst, at styrelsen har taget udgangspunkt i vejledninger til sundhedspersoner, som er udarbejdet i forbindelse med, at den nye lov blev udmøntet. Fra maj/juni 2015 har sagsbehandlerne haft 3 procesbeskrivelser til at behandle bestemte typer af sager, og Lægemiddelstyrelsen har i august 2015 udarbejdet en procesvejledning. Rigsrevisionen konstaterer dog, at vejledningerne ikke præciserer, hvordan sagsbehandlerne skal vurdere ansøgningerne i forhold til kriterierne i bekendtgørelsen.

Lægemiddelstyrelsen har i april 2016 udarbejdet en vejledning til sagsbehandlerne på baggrund af den hidtidige praksis og den praksis, der er udviklet, siden reglerne trådte i kraft i november 2014. Det fremgår af vejledningen, at formålet er at sikre en ensartet og hensigtsmæssig behandling af ansøgninger, og at alle relevante vurderinger bliver foretaget, når sagerne bliver behandlet.

I vejledningen til sagsbehandlerne er det beskrevet, hvordan de skal forholde sig til kriterierne i bekendtgørelsen. Her er det fx præciseret, hvordan sagsbehandlerne skal behandle kriteriet om, at den betaling, sundhedspersonen modtager, er rimelig. Desuden er det forklaret, i hvilke tilfælde Lægemiddelstyrelsen typisk vil give afslag, og at markedsføring er problematisk i forhold til bekendtgørelsens kriterier om, at tilknytningen ikke må indebære en risiko for, at sundhedspersonen bliver tilskyndet til at fremme forbrug, ordination, udlevering eller salg af et bestemt produkt. I de offentlige vejledninger til sundhedspersoner, som ifølge Lægemiddelstyrelsen har været et grundlæggende element i behandlingen af sager, fremgår det også, hvilke sager styrelsen vil give afslag på. Det er dog ikke præciseret, hvordan sagsbehandlerne skal vurdere sagen i forhold til kriterierne i bekendtgørelsen.

Lægemiddelstyrelsen har oplyst, at styrelsen – med afsæt i Rigsrevisionens undersøgelse – vil se på, om der er afsnit i vejledningen til sagsbehandlerne, der med fordel kan beskrives mere udførligt.

Sundheds- og Ældreministeriet bemærker, at ministeriet er tilfreds med, at Lægemiddelstyrelsen – på baggrund af erfaringerne med de nye regler – nu har udarbejdet en vejledning til sagsbehandlerne, der understøtter, at kriterierne indgår i styrelsens vurdering af ansøgninger om at være tilknyttet lægemiddelindustrien.

LÆGEMIDDELSTYRELSENS SAGSBEHANDLING

Rigsrevisionen har gennemgået Lægemiddelstyrelsens sagsbehandling af:

- 15 ansøgninger om tilladelse til tilknytning
- 17 sager om anmeldelse af tilknytning
- 10 sager, som vedrører Lægemiddelstyrelsens årlige kontrol af, om sundhedspersoner overholder deres anmeldelses- og ansøgningspligt.

Lægemiddelstyrelsens behandling af sager

89. Vi har gennemgået Lægemiddelstyrelsens vurdering af 15 ansøgninger fra 2015 om lægers tilknytning til lægemiddelindustrien. Gennemgangen viser, at der på sagerne – ud over lægens ansøgning – er supplerende oplysninger, hvis sagsbehandleren har bedt lægen om dette, fx i de sager, der vedrører markedsføring. Derudover er der selve afgørelsen til lægen, hvor der er en formulering om, at tilknytningen til virksomheden er af sundhedsfaglig karakter og ikke indeholder markedsføringsaktiviteter eller rådgivning om markedsføring, og at Lægemiddelstyrelsen konkret har vurderet oplysningerne i ansøgningerne.

Lægemiddelstyrelsen har oplyst, at styrelsen i behandlingen af sager lægger vægt på karakteren af tilknytningen, herunder formålet og arbejdets indhold. Det indgår endvidere i vurderingen, om lægen kan komme ud for at ordinere lægemidler, vælge medicinsk udstyr eller anbefale brug af virksomhedens produkter i behandlingen af patienter.

Rigsrevisionen konstaterer, at det i den interne behandling af sager primært er dokumenteret, at Lægemiddelstyrelsen har forholdt sig til kriteriet i bekendtgørelsen om, at tilknytningen ikke må indebære en nærliggende risiko for, at sundhedspersonen bliver tilskyndet til at fremme forbrug, ordination, udlevering eller salg af et bestemt produkt, jf. boks 6. Det er således ikke dokumenteret, at Lægemiddelstyrelsen har taget stilling til de øvrige kriterier, fx om den betaling, sundhedspersonen modtager, er rimelig.

Lægemiddelstyrelsen har oplyst, at vurderingerne som udgangspunkt er forholdsvis ukomplicerede, og at det derfor ikke er nødvendigt i alle sager at dokumentere, hvordan sagsbehandlerne når frem til deres afgørelse. Lægemiddelstyrelsen mener også, at det er hurtigt at danne sig et overblik over, om sagsbehandleren er nået frem til den rigtige konklusion.

Lægemiddelstyrelsen har desuden oplyst, at der er nedsat et team til at behandle ansøgninger. Medarbejderne i teamet videndeler og drøfter sagerne løbende, og principielle sager drøftes altid med en leder.

Rigsrevisionen er opmærksom på, at der ifølge forvaltningsloven ikke er det samme krav om at begrunde afgørelser, når der er tale om begunstigende forvaltningsakter, som ved afslag. Rigsrevisionen anbefaler dog, at Lægemiddelstyrelsen på en enkel måde internt dokumenterer, at sagen er vurderet i henhold til bekendtgørelsens kriterier, for at sikre, at styrelsen vurderer sagerne ensartet og vurderer alle relevante forhold.

90. Boks 7 beskriver, hvor mange anmeldelser og ansøgninger Lægemiddelstyrelsen har behandlet, og hvor mange afslag styrelsen har givet, siden de nye regler på området trådte i kraft.

BOKS 7

LÆGEMIDDELSTYRELSENS BEHANDLING AF ANMELDELSER OG ANSØGNINGER FRA LÆGER

Lægemiddelstyrelsen har i perioden 31. oktober 2014 - 26. september 2016 modtaget i alt 8.068 anmeldelser om tilknytning og 3.935 ansøgninger om tilladelse til tilknytning. 11.353 af disse anmeldelser og ansøgninger er fra læger.

I samme periode har Lægemiddelstyrelsen givet 19 afslag på ansøgninger. 18 af disse afslag handler om ejerskab af værdipapirer på over 200.000 kr. Ét afslag vedrører andre forhold og blev givet på baggrund af, at styrelsen vurderede, at tilknytningen var i tæt sammenhæng med virksomhedens markedsføringsaktiviteter.

91. Lægemiddelstyrelsen har ikke fundet anledning til at bruge bekendtgørelsens mulighed for, at sundhedspersoner og virksomheder kan straffes med bøde, hvis de overtræder deres anmeldelses- og ansøgningspligt. Lægemiddelstyrelsen har desuden oplyst, at styrelsen ikke systematisk har holdt øje med, om de samme sundhedspersoner gentagne gange har overtrådt deres pligt til at anmelde og ansøge om deres tilknytning til lægemiddelindustrien. Lægemiddelstyrelsen har dog indskærpet reglerne over for sundhedspersoner, som har overtrådt reglerne, og oplyst, at overtrædelse kan medføre bødestraf.

Lægemiddelstyrelsen har med virkning fra den 1. februar 2016 fastlagt en praksis for at bruge bødestraf for sundhedspersoner, der overtræder reglerne. Lægemiddelstyrelsen skal i det konkrete tilfælde vurdere overtrædelsens art og karakter. Lægemiddelstyrelsen har oplyst, at styrelsen bevidst har besluttet ikke at tage sanktioner i brug, umiddelbart efter at de nye regler trådte i kraft. Lægemiddelstyrelsen har ønsket at lade reglerne forankre sig hos både sundhedspersoner og virksomheder, før styrelsen tager sanktioner i brug. Dette finder Rigsrevisionen hensigtsmæssigt, men konstaterer, at Lægemiddelstyrelsen også før, den nye lovgivning trådte i kraft i 2014, har haft mulighed for at give bødestraf, men aldrig har haft en praksis for det. Rigsrevisionen finder det vigtigt, at Lægemiddelstyrelsen er opmærksom på, at brug af sanktioner kan forebygge overtrædelser og skabe incitament til at undgå gentagne overtrædelser.

Lægemiddelstyrelsen har oplyst, at styrelsen ikke har fundet det nødvendigt at have en praksis for lægemiddelindustriens eventuelle overtrædelser af sin indberetningspligt. Det skyldes, at Lægemiddelstyrelsen formoder, at en virksomhed, der bliver gjort opmærksom på, at den ikke har overholdt sin pligt til at indberette, vil rette op herpå.

RESULTATER

Undersøgelsen viser, at Lægemiddelstyrelsen generelt følger op på, om lægernes tilknytning til lægemiddelindustrien er i strid med reglerne på området. Rigsrevisionen finder det dog uhensigtsmæssigt, at Lægemiddelstyrelsen i perioden november 2014 - april 2016 ikke har haft en vejledning til sagsbehandlerne, som beskriver, hvordan de skal behandle sagerne i henhold til kriterierne i bekendtgørelsen på området. En vejledning skal være med til at sikre, at sagsbehandlerne behandler sagerne ensartet og har forholdt sig til alle kriterierne i bekendtgørelsen.

Lægemiddelstyrelsen bør desuden overveje, om styrelsen i sin interne behandling af sager på en enkel måde kan dokumentere, at styrelsen har taget stilling til alle kriterierne i bekendtgørelsen. Dette skal ligesom sagsbehandlervejledningen være med til at sikre, at sagsbehandlerne behandler sagerne ensartet og har forholdt sig til alle kriterierne i bekendtgørelsen.

Rigsrevisionen finder det hensigtsmæssigt, at Lægemiddelstyrelsen har fastlagt en praksis for at bruge sanktioner over for sundhedspersoner, der overtræder deres anmeldelses- og ansøgningspligt.

3.2. LÆGEMIDDELSTYRELSENS KONTROL MED OVERHOLDELSE AF REGLERNE

92. Vi har undersøgt, om Lægemiddelstyrelsen kontrollerer og følger op på, om sundhedspersoner og virksomheder overholder deres anmeldelses- og ansøgningspligt.

93. Lægemiddelstyrelsen har oplyst, at styrelsen siden 2009 har ført kontrol med, at sundhedspersoner anmelder og ansøger om at være tilknyttet lægemiddelindustrien. Lægemiddelstyrelsen udfører kontrollen ved at holde oplysninger fra lægemiddelvirksomheder sammen med de indberetninger, styrelsen får fra sundhedspersoner. Lægemiddelstyrelsen kontrollerer for første gang i 2016 systematisk virksomhedernes pligt til at indberette, hvilke sundhedspersoner virksomhederne har tilknyttet.

94. I 2015 udførte Lægemiddelstyrelsen en stikprøvekontrol af 352 sager, svarende til 10 % af virksomhedernes indberetninger om sundhedspersoners tilknytning til lægemiddelindustrien. Kontrollen vedrører 2014 og er således udført efter både de tidligere og de nuværende regler. Kontrollen viste, at der var 85 sager, hvor sundhedspersoner ikke umiddelbart havde fået en tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen, svarende til 24 % af stikprøven. Lægemiddelstyrelsens gennemgang af sagerne viste, at der i 8 % af stikprøven manglede den nødvendige tilladelse. Dette viser ifølge Rigsrevisionen, at det er vigtigt, at Lægemiddelstyrelsen udfører kontrol med, om sundhedspersoner overholder reglerne på området.

Lægemiddelstyrelsen har i de sager, hvor der manglede en tilladelse, efterfølgende vejledt om reglerne og gjort opmærksom på, at sundhedspersonerne skal indberette deres tilknytning, og at overtrædelse af reglerne kan straffes med bøde.

95. I 2016 har Lægemiddelstyrelsen udført en stikprøvekontrol for 2015, hvor styrelsen udtog 660 sager, svarende til 10 % af virksomhedernes indberetninger om sundhedspersoners tilknytning til lægemiddelindustrien. I 230 af disse sager kan Lægemiddelstyrelsen ikke umiddelbart se, at sundhedspersonerne har overholdt deres anmeldelses- og ansøgningspligt. Lægemiddelstyrelsen er i gang med at undersøge, om der er tale om en overtrædelse af reglerne eller fejlindberetninger fra virksomhederne. Lægemiddelstyrelsen er som en del af kontrollen også i gang med at identificere de virksomheder, som styrelsen mener har haft tilknyttet en sundhedsperson, men som de ikke har modtaget en indberetning fra.

RESULTATER

Undersøgelsen viser, at Lægemiddelstyrelsen hvert år udfører en stikprøvekontrol af, om sundhedspersoner overholder reglerne om ansøgning til Lægemiddelstyrelsen. Lægemiddelstyrelsen er først fra 2016 begyndt systematisk at kontrollere, om virksomhederne overholder deres pligt til at indberette til Lægemiddelstyrelsen.

Rigsrevisionen, den 2. november 2016

Lone Strøm

/Lene Schmidt

BILAG 1. METODISK TILGANG

Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionerne sikrer, at hospitalslægenes bibeskæftigelse er forenelig med deres arbejde på hospitalet i henhold til den centrale aftale om oplysningspligt ved bibeskæftigelse samt de øvrige regler og retningslinjer på området. Formålet er desuden at vurdere, om Lægemiddelstyrelsen sikrer, at hospitalslægenes tilknytning til lægemiddelindustrien ikke er i strid med reglerne på området. Derfor har vi undersøgt følgende:

- Følger regionerne de gældende regler og retningslinjer om hospitalslægenes bibeskæftigelse, som skal være med til at sikre, at bibeskæftigelsen ikke har negative konsekvenser for behandlingen af patienter og hospitalets resurser?
- Følger Lægemiddelstyrelsen op på, om hospitalslægenes tilknytning til lægemiddelindustrien er i overensstemmelse med reglerne på området?

I undersøgelsen indgår 3 udvalgte regioner: Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden. Data fra Danmarks Statistik om omfanget af bibeskæftigelse blandt hospitalslæger vedrører dog alle 5 regioner. Desuden indgår Lægemiddelstyrelsen under Sundheds- og Ældreministeriet i undersøgelsen.

De 3 regioner er udvalgt på baggrund af regionernes egne opgørelser over andelen af oplysningspligtige lægers bibeskæftigelse. Region Sjælland og Region Hovedstaden er udvalgt, fordi de har den højeste og næsthøjeste andel af læger med bibeskæftigelse, mens Region Syddanmark er udvalgt, fordi regionen ligger i midten blandt de resterende 3 regioner i forhold til andelen af læger med bibeskæftigelse.

Undersøgelsen bygger på en gennemgang af dokumenter, interviews, stikprøver og en spørgeskemaundersøgelse. Vi har holdt møder med alle de udvalgte hospitaler og afdelinger. Endelig har vi fået udarbejdet data om hospitalslægers bibeskæftigelse hos Danmarks Statistik.

Undersøgelsen vedrører perioden 2014-2016. Data fra Danmarks Statistik om hospitalslægers bibeskæftigelse vedrører primært 2014, idet tal fra Danmarks Statistik om selvstændig virksomhed bygger på indberetninger til SKAT, hvor tallene fra 2014 er de senest offentligt tilgængelige. Alle gennemgåede oplysningsskemaer om lægernes bibeskæftigelse, vagtplaner osv. på de udvalgte hospitaler og afdelinger er fra 2015. Regionerne har indhentet oplysninger om lægernes bibeskæftigelse ultimo 2015 eller primo 2016. Vores interviews er gennemført i 1. halvår 2016.

Væsentlige dokumenter

Undersøgelsen bygger på en gennemgang af en række dokumenter om hospitalslægenes oplysningspligt, herunder særligt aftalen om oplysningspligt ved bibeskæftigelse, der er indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og 2 af de lægefaglige organisationer. De væsentligste dokumenter er:

- aftale om oplysningspligt ved bibeskæftigelse, herunder vejledning om lægers bibeskæftigelse
- overenskomsterne for hospitalslæger (underordnede læger, overlæger og lægelige chefer)
- regionernes egne retningslinjer og vejledninger om lægernes bibeskæftigelse
- oplysningskemaer om lægernes bibeskæftigelse for oplysningspligtige læger ansat på de 22 udvalgte afdelinger og oplysningskemaer om alle ledende overlæger på de udvalgte hospitaler
- vagtplaner for de udvalgte afdelinger
- dokumenter om hospitalernes indsamling og vurdering af lægernes bibeskæftigelse
- lovgivning om sundhedspersoners tilknytning til lægemiddelindustrien og dokumenter vedrørende Lægemiddelstyrelsens sagsbehandling af anmeldelser og ansøgninger, herunder sagsbehandlervejledninger
- 42 sager om anmeldelser og ansøgninger fra hospitalslæger til Lægemiddelstyrelsen om tilknytning til lægemiddelindustrien og dokumentation for Lægemiddelstyrelsens behandling af sagerne.

Møder

Vi har holdt møder med:

- Sundheds- og Ældreministeriet
- Lægemiddelstyrelsen
- regionerne og Danske Regioner
- sekretariatet for Regionernes Lønnings- og Takstnævn
- læger og lægesekretærer på de besøgte afdelinger
- HR-afdelingen og hospitalsledelsen på de besøgte hospitaler.

Besøg og interviews

Vi har i forbindelse med revisionen besøgt 22 afdelinger på 9 hospitaler i 3 regioner. I forbindelse med besøgene har vi interviewet den ledende overlæge og den ledende lægesekretær på hver enkelt afdeling samt repræsentanter fra HR-afdelingen og hospitalsledelsen på hvert hospital. Formålet med interviewene med de ledende overlæger har været at indsamle viden om processen for lægernes oplysning om bibeskæftigelse og de ledende overlægers opfølgning på oplysningerne og samtaler med lægerne herom. Interviewene med de ledende overlæger og lægesekretærer har endvidere omhandlet praksis for lægernes bibeskæftigelse inden for de udvalgte specialer, herunder om bibeskæftigelsen finder sted på hospitalet, og hvornår bibeskæftigelsen foregår. Spørgsmålene har vedrørt:

- indberetning og vurdering af lægernes bibeskæftigelse
- lægernes brug af lokaler og udstyr, hvis de tilser private patienter på hospitalet
- lægernes eventuelle bibeskæftigelse på hospitalet, herunder udarbejdelse af erklæringer og attester til kommuner, forsikringsselskaber mv. og blodprøvetagning for politiet
- bibeskæftigelse blandt de læger, som ikke har oplysningspligt.

Formålet med interviewene med HR-afdelingerne og hospitalsledelserne har været at få indsigt i hospitalernes udmøntning af den centrale aftale om oplysningspligt ved bibeskæftigelse, ledelsens generelle overvejelser omkring lægernes bibeskæftigelse og ledelsens vurdering af lægernes bibeskæftigelse, herunder de ledende overlægers bibeskæftigelse.

Spørgsmålene til HR-afdelingerne har vedrørt:

- processen for indberetning af bibeskæftigelse
- den årlige opgørelse af lægernes bibeskæftigelse
- overholdelse af oplysningspligten
- lokale retningslinjer.

Spørgsmålene til hospitalsledelserne har vedrørt:

- hospitalsledelsens rolle i forhold til overholdelse af den centrale aftale om oplysningspligt ved bibeskæftigelse
- vurdering af lægernes bibeskæftigelse
- vurdering af de ledende overlægers bibeskæftigelse.

Vi har besøgt følgende hospitaler og afdelinger i de 3 regioner:

BESØGTE HOSPITALER OG AFDELINGER

| | Hospital | Afdeling |
|---------------------------|--------------------------------|---|
| Region Sjælland | Sjællands Universitetshospital | Kardiologisk Afdeling Plastikkirurgisk og Brystkirurgisk Afdeling |
| | Nykøbing F. Sygehus | Gynækologisk/obstetrisk Afdeling Ortopædkirurgisk Afdeling |
| | Slagelse Sygehus | Medicinsk Afdeling 2 Ortopædkirurgisk Afdeling |
| Region Syddanmark | Odense Universitetshospital | Ortopædkirurgisk Afdeling Hjertemedicinsk Afdeling B Plastikkirurgisk Afdeling Z |
| | Sydvestjysk Sygehus | Ortopædkirurgisk Afdeling Afdeling for Operation og Anæstesiologi Kirurgisk Afdeling |
| | Sygehus Lillebælt | Øjenafdeling U Røntgenafdelingen |
| Region Hovedstaden | Bispebjerg Hospital | Abdominalcenter K Anæstesiologisk Afdeling Z |
| | Nordsjællands Hospital | Gynækologisk Obstetrisk Afdeling Ortopædkirurgisk Afdeling Kirurgisk Afdeling 1 og 2 |
| | Rigshospitalet | Klinik for Plastikkirurgi, Brystkirurgi og Brandsårsbehandling Videnscenter for Reumatologi og Rygsygdomme Thoraxkirurgisk Klinik |

Vi har gennemgået oplysningsskemaer om lægernes bibeskæftigelse for alle oplysningspligtige læger på de udvalgte afdelinger og for alle ledende overlæger på de udvalgte hospitaler. I Region Sjælland har vi gennemgået oplysningsskemaer for 86 læger og 44 ledende overlæger, i Region Syddanmark for 138 læger og 73 ledende overlæger og i Region Hovedstaden for 256 læger og 83 ledende overlæger. Vi har i alt gennemgået oplysningsskemaer for 480 læger og 200 ledende overlæger.

Stikprøver

Vi har gennemgået Lægemiddelstyrelsens sagsbehandling af i alt 32 sager for 2015 om hospitalslægers tilknytning til lægemiddelindustrien for at undersøge, om sagsbehandlingen foregår i henhold til bekendtgørelsens bestemmelser på området. Vi har holdt sagsbehandlingen op imod kriterierne i bekendtgørelsen. Derudover har vi gennemgået 10 sager, som vedrører Lægemiddelstyrelsens årlige kontrol af, om sundhedspersoner overholder deres anmeldelses- og ansøgningspligt. Vi har ikke forholdt os til den faglige vurdering af sagerne.

Spørgeskemaundersøgelse

Vi har udsendt et spørgeskema til 83 ledende overlæger på de udvalgte afdelinger i de 3 regioner. Formålet med spørgeskemaet var at komme ud til en bredere population, end det har været muligt ved interviews, og identificere eventuelle særlige problemstillinger på bestemte hospitaler, afdelinger og regioner. Spørgeskemaet er sendt til alle ledende overlæger inden for 7 specialer:

- plastikkirurgi
- ortopædkirurgi
- anæstesi
- gynækologi
- oftalmologi (øjne)
- kardiologi
- hjertekirurgi/thoraxkirurgi.

Spørgeskemaundersøgelsen vedrører de samme specialer, som er udvalgt til besøg og interviews, og giver dermed mulighed for at afdække praksis flere steder. Spørgerammen har bestået af 19 spørgsmål, der alle ligger i tråd med spørgerammen for vores interviews. Enkelte respondenter i spørgeskemaundersøgelsen har også deltaget i interviewene. 67 ud af 83 ledende overlæger har besvaret spørgeskemaet, hvilket svarer til en besvarelsesprocent på 81.

Undersøgelsen er udført i perioden 19. april - 23. maj 2016. Spørgsmålene er forud for udsendelsen testet hos en ledende overlæge i Region Hovedstaden.

Registerdata

Der findes ikke et samlet register, der for hver enkelt læge registrerer, hvilken og hvor meget bibeskæftigelse den enkelte læge har. Vi har derfor fået Danmarks Statistik til at udarbejde data til at belyse omfanget af hospitalslægers bibeskæftigelse for 2014 og 2015. Danmarks Statistik har brugt 5 forskellige registre til at indhente data om hospitalslægers bibeskæftigelse. Statistikkerne er baseret på registerdata, som af hensyn til lægernes anonymitet er på aggregeret niveau. Statistikkerne er opdelt på regioner, hospitaler og lægefaglige grupper, fx overlæger og afdelingslæger.

Vi ser i undersøgelsen på 3 typer bibeskæftigelse:

- bi-lønmodtagerjob
- selvstændig virksomhed (personligt ejet virksomhed)
- honorarindtægter.

Oplysningerne om disse 3 typer bibeskæftigelse stammer fra 5 forskellige registre:

- Oplysningerne om lønmodtagerbeskæftigelse, herunder bi-lønmodtagerjob, er fra statistikken "Beskæftigelse for lønmodtagere".
- Oplysningerne om personer, som har selvstændig virksomhed, er fra Danmarks Statistiks erhvervsregister.
- Oplysningerne om indtjening fra selvstændig virksomhed er fra Danmarks Statistiks indkomststatistik vedrørende personindkomster, der bygger på selvangivelser og indkomstoplysningerne i SKATs registre.
- Oplysningerne om honorarindtægter er fra Danmarks Statistiks eIndkomstregister, der bygger på arbejdsgiveres indberetninger til SKATs indkomstregister.
- Oplysningerne om, hvor mange læger der har én eller flere former for bibeskæftigelse, er fra Danmarks Statistiks registerbaserede arbejdsstyrkestatistik.

Populationen

Den primære population i undersøgelsen er hospitalslæger med ansættelse i et hovedlønmodtagerjob på et offentligt hospital. Danmarks Statistik har opgjort lægernes hovedlønmodtagerjob som den arbejdsplads, hvor lægen har flest betalte løntimer. Hovedlønmodtagerjobbet er således ikke nødvendigvis et fuldtidsjob, og der kan derfor indgå læger, som arbejder på deltid.

Indkomstoplysninger

Lægernes lønmodtageroplysninger fra løn i bi-lønmodtagerjob er baseret på statistikken "Beskæftigelse for lønmodtagere". Lønklassekoderne i statistikken følger de samme lønkoder, som Kommunernes og Regionernes Løndatakontor bruger.

Indkomstoplysningerne for læger med selvstændig virksomhed er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistiks indkomststatistik og vedrører skatteåret 2014. Selvstændig virksomhed omfatter personer, der i november 2014 var ejer eller medejer af en personligt ejet virksomhed (enkeltmandsvirksomhed eller interessentskab). Vi har ikke oplysninger om enkeltpersoners ejerskabsandele af selskaber og kan derfor ikke se, om en læge er ejer eller medejer af et selskab. Vi har i undersøgelsen afgrænset læger med selvstændig virksomhed til de læger, som har haft et registreret overskud eller underskud i deres virksomhed i 2014, for at frasortere de læger, som ikke har nogen aktivitet i deres virksomhed. I det omfang lægen får udbetalt løn fra en selvstændig virksomhed i selskabsform, vil det i vores undersøgelse indgå som bi-lønmodtagerjob, idet lægens ansættelse på det offentlige hospital vil være hovedbeskæftigelsen.

Oplysningerne om hospitalslægenes honorarindtægter er baseret på data fra SKATs indkomstregister. Ifølge SKAT er man honorarmodtager, når man fx i sin fritid udfører arbejde, som ikke har relation til et ansættelsesforhold eller selvstændig virksomhed. Eksempler herpå kan være betaling for foredrag eller udarbejdelse af en pjece.

Ifølge bekendtgørelse af skattekontrolloven skal honorarer, der udbetales som B-indkomst, indberettes til SKAT. Dette sker gennem SKATs indkomstregister. Hvis der betales moms af honoraret, skal det dog ikke indberettes til SKAT.

Vi har fået opgjort lægernes honorarindtægter opdelt på følgende kategorier: kommuner, regioner, forsikringsselskaber og øvrige honorarbetalere. Vi har dog valgt ikke at medtage honorarer fra regioner, da det på det foreliggende grundlag ikke har været muligt for regionerne og Rigsrevisionen at finde ud af, hvad beløbene dækker over.

Årsopgørelse og overlappende populationer

Oplysningerne om de 3 typer bibeskæftigelse stammer fra forskellige registre, men de enkelte hospitalslæger kan have indtjening fra mere end én type bibeskæftigelse. Derfor har vi med hjælp fra Danmarks Statistik fået udarbejdet en oversigt over, hvor mange af lægerne der overlapper i de 3 opgørelser af bibeskæftigelse (bi-lønmodtagerjob, selvstændig virksomhed og honorarindtægter). Danmarks Statistik har ved hjælp af den registerbaserede arbejdsstyrkestatistik opgjort en status for bibeskæftigelse i 2014 for hospitalslæger. Statistikken opgør befolkningens primære tilknytning til arbejdsmarkedet og kan ved samkøring med de øvrige registre bruges til at opgøre andelen af hospitalslæger, der har én type bibeskæftigelse, andelen, der har 2 typer bibeskæftigelse osv. Da statistikken opgør en status for året med udgangspunkt i november, vil statistikken undervurdere antallet af læger, der i løbet af året har haft bibeskæftigelse.

Usikkerhed ved data

Samlet set er dataene om bibeskæftigelse forbundet med en vis usikkerhed. Periodiseringen af honorarer er ifølge Danmarks Statistik usikker, og honorarer udbetalt af regionerne indgår ikke i opgørelsen. Det betyder, at hospitalslægenes honorarindtægter kan være større, end det fremgår af opgørelsen i beretningen.

Derudover opgør Danmarks Statistik bi-lønmodtagerjob som lønmodtagerjob, hvor lægerne har færre betalte timer end i hovedbeskæftigelsen på hospitalet. Det betyder, at for læger, som skifter job, vil den hovedbeskæftigelse, hvor de har fået udbetalt løn for færrest timer i året, tælle med som et bi-lønmodtagerjob. Dermed kan andelen af læger med bi-lønmodtagerjob og deres indtjening herved være lavere, end hvad der fremgår af dataene fra Danmarks Statistik. Hvis en læge skifter job fra ét hospital i regionen til et andet lønmodtagerjob uden for regionen, og lægen har flest betalte timer i jobbet uden for regionen, vil lægen være registreret til at have hovedbeskæftigelse et andet sted end i regionen. Disse læger er ikke en del af vores population og vil dermed ikke indgå i vores opgørelser. Der er tale om jobskifte, hvis en læge skifter job fra ét hospital til et andet hospital i regionen. Der er derimod ikke tale om jobskifte, hvis lægen skifter job fra én afdeling til en anden afdeling på samme hospital.

I de tilfælde, hvor en hospitalslæge har selvstændig virksomhed som hovedbeskæftigelse, fx egen klinik, vil det væsentligste eventuelle bi-lønmodtagerjob fremstå som hovedbeskæftigelsen. Det drejer sig i undersøgelsen om maks. 141 læger, idet de har haft en eller anden form for bi-indtægt fra et hospital i 2014, selv om deres hovedbeskæftigelse har været som selvstændig.

Opgørelserne af lægernes bibeskæftigelse ved bi-lønmodtagerjob, selvstændig virksomhed og honorarindtægter er ikke afgrænset til lægefaglige aktiviteter. Der vil derfor muligvis indgå læger, hvis bibeskæftigelse ligger uden for det lægefaglige område. Vi vurderer dog, at hospitalslægenes bibeskæftigelse primært relaterer sig til deres uddannelse som læge.

BILAG 2. ORDLISTE

| | |
|---|--|
| Advisory board | En ekspertgruppe, som er et fagligt rådgivende organ for en virksomhed. Et advisory board kan i visse tilfælde have en bestyrelseslignende karakter. |
| Bi-lønmodtagerjob | Et lønmodtagerjob, hvor antallet af betalte timer er mindre end i hovedbeskæftigelsen. |
| Den centrale aftale | Aftale om oplysningspligt ved bibeskæftigelse indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Yngre Læger og Foreningen af Speciallæger. |
| Honorar | Vederlag for personligt arbejde, der udføres uden for et ansættelsesforhold, og som ikke stammer fra selvstændig virksomhed. |
| Hospitalslæger | Læger, der er ansat på et offentligt hospital. |
| Hospitalslæger med oplysningspligt | Omfatter lægelige chefer, overlæger og afdelingslæger. |
| Hospitalslæger uden oplysningspligt | Omfatter reservelæger, 1. reservelæger, uddannelseslæger og kliniske assistenter. |
| Hovedbeskæftigelse | Det væsentligste lønmodtagerjob (hovedlønmodtagerjob), dvs. den beskæftigelse, hvor lægen har flest betalte timer. |
| Lægefaglige organisationer | Samlet betegnelse for de forskellige lægelige faggruppers interesseorganisationer. Lægeforeningen er lægernes hovedorganisation og består af medlemmerne af de 3 forhandlingsberettigede lægeforeninger: Yngre Læger, Foreningen af Speciallæger og Praktiserende Lægers Organisation. |
| Lægemiddelstyrelsen | Styrelse under Sundheds- og Ældreministeriet, som administrerer lovgivningen om lægemidler, medicintilskud, apoteker, medicinsk udstyr og euforiserende stoffer. Samtidig arbejder styrelsen med at sikre kvaliteten af lægemidler, der anvendes i Danmark. |
| Lægemiddelvirksomhed | En virksomhed, der har en tilladelse efter lægemiddelloven til at fremstille, udføre, forhandle, fordele, udlevere, opsplitte og emballere lægemidler. |
| Medicovirksomhed | En virksomhed etableret i Danmark, der fremstiller, importerer eller distribuerer medicinsk udstyr, og repræsentanter for disse virksomheder. |
| Regionernes Lønnings- og Takstnævn | Nævnet aftaler og fastsætter løn- og ansættelsesvilkår for ansatte i regionerne og forhandler overenskomster for praksissektoren. |
| Selvstændig virksomhed | En virksomhed, hvor en person er ejer eller medejer af en personligt ejet virksomhed (enkeltmands virksomhed eller interessentskab). |
| Specialforretning, der sælger medicinsk udstyr | En forretning etableret i Danmark, der er specialiserede forhandlere af medicinsk udstyr, og repræsentanter for disse forretninger. |
| Speciallægeerklæring | En udtalelse fra en speciallæge om patientens funktionsnedsættelse som følge af sygdom. Speciallægeerklæringen udarbejdes på baggrund af en undersøgelse af patienten. |
| Statusattest | Attest, der anvendes af kommunen til at indhente journaloplysninger og eventuelt lægens vurdering af betydningen af disse for patienten. Attesten anvendes i kommunernes sagsbehandling. |
| Sundhedsloven | En dansk lov, der blev vedtaget den 16. juni 2005 i forbindelse med oprettelsen af regionerne, hvor en række opgaver inden for sundhedsvæsenet overgik fra amterne til de nyetablerede regioner. |
| Sundhedspersoner | Omfatter læger, sygeplejersker, tandlæger i klinisk arbejde og apotekere. |