

c/o Danske Regioner
 Dampfærgevej 22, Postbox 2593, 2100 København Ø
 Tlf. 35 29 81 00

01-03-2014
 Sag.nr. - 14/96

Tid	Lørdag kl. 05:30
Sted	Danske Regioner
Deltagere	Repræsentanter for Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn
Emne	Aftale om almen praksis

Parterne er enige om at indstille følgende til godkendelse:

Indholdsfortegnelse

Præambel	3
1 Udvikling af almen praksis herunder samspil med relevante aktører	4
1.1 Udviklingskontrakt	4
1.2 Samspil mellem sygehuse og almen praksis	5
2 Decentralisering	6
3 Rekruttering og lægedækning	10
3.1 Rekruttering og lægedækning	10
3.2 Tutorlægeaftalen	14
4 Fondsstruktur	19
5 Kvalitetsområdet	23
5.1 Kvalitet	23
5.2 Patienttilfredshedsundersøgelser	27
5.3 Forskningsenhed i Aalborg	29
6 Efteruddannelse	30
7 Kontrol og opfølging	32
7.1 Kontrol og opfølging	32
7.2 Revidering af regler om højstegrænser	34
8 Honorarsystemet	36
9 Tilrettet aftale efter lovændring	38
9.1 Tilretning af overenskomsten	38
9.2 Lokale aftaler	39
9.3 Opsigelsesvarsel	40
9.4 Andre tilknytningsformer	42

9.5	Lægedækning og orienteringspligt	43
10	Andre konkrete ændringer til overenskomsten.....	45
10.1	Deltagelse i lægevagten.....	45
10.2	Vandelsbestemmelse	47
10.3	IT i almen praksis.....	48
11	Aftalens økonomi	49
11.1	Regulering	49
11.2	Økonomistyring og budgetsikkerhed	51
11.3	Forhandlingsaftalens økonomi	53
12	Ikrafttrædelse.....	55
Bilag 1 A	Forord og udviklingskontrakt	56
Bilag 1 B	Samspil mellem sygehusvæsenet og almen praksis	66
Bilag 3 A	Ideer og initiativer til rekruttering og lægedækning	70
Bilag 4 A	Overenskomsttekst i forhold til udvalg og fonde.....	72
Bilag 5 A	Kommissorium og sammensætning af en arbejdsgruppe til konkretisering af en kvalitetsmodel for almen praksis.....	77
Bilag 6 A	Protokollat om efteruddannelse	78
Bilag 7 A	Protokollat om anvendelse af sundhedskort	88
Bilag 8 A	Kommissorium for arbejdsgruppe vedr. honorarstruktur	90
Bilag 8 B	Honorartabel for vagttid.....	92
Bilag 11 A	Økonomiprotokollat af 1. september 2014	97
Bilag 11 B	Forhandlingsaftalens økonomi (oversigt)	100

Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation har indgået en treårig aftale for vilkårene for almen praksis. Hermed er der skabt tryghed for patienterne efter opsigelsen af overenskomsten i foråret 2013.

Med aftalen er der givet et godt afsæt til den praksisplanlægning, der nu skal begynde lokalt mellem regioner, kommuner og PLO. Fremover vil udviklingen af området i højere grad ske lokalt, således at de løsninger, der findes, er tilpasset lokale behov. Udover økonomien i forhandlingsaftalen har kommuner og regioner fra 2015 afsat 200 mio. kr. årligt som et varigt løft til fortsat udvikling af almen praksis' opgaver i det nære sundhedsvæsen.

Aftalen udvides med midler til en ny systematisk efteruddannelse for almen praksis, der giver mulighed for i første omgang op til tre dages ekstra efteruddannelse fra 2015.

Derudover fastlægger aftalen, at der med afsæt i Den Danske Kvalitetsmodel skal udvikles en model for kvalitetsudvikling i almen praksis, hvor brugen af datafangst og kvalitetsparametre får en central rolle. Modellen indføres i alle klinikker over en fireårig periode. Hermed udvikles en samlet kvalitetsmodel der samler kvalitetsudvikling og akkreditering på en for almen praksis anvendelig og meningsfuld måde.

Aftalen giver fortsat budgetsikkerhed for regionerne. For lægerne er der blandt andet sikret økonomi til at håndtere udviklingen i antallet af gruppe 1 sikrede, ligesom det er aftalt, at man i fællesskab vil følge udviklingen i opgaver og økonomi tæt.

1 Udvikling af almen praksis herunder samspil med relevante aktører

Side 4

1.1 Udviklingskontrakt

Ændring af sundhedsloven i juni 2013 havde følgende hovedformål:

”at etablere en overordnet lovgivningsramme, som skal sikre, at almen praksis – uden at de grundlæggende forudsætninger for drift af privat praksis ændres – også fremover udvikler sig i takt med det øvrige sundhedsvæsen. Målet er en lovgivningsmæssig ramme, der sikrer, at patienterne oplever kvalitet og sammenhæng i indsatsen, og at den enkelte læge fortsat føler ejerskab og engagement i forhold til at bidrage til den fortsatte udvikling af sektoren i et stærkt fælles sundhedsvæsen.”

Parterne finder det på denne baggrund relevant at revidere overenskomstens kapitel 1: ”Forord og Udviklingskontrakt”, således at kapitlet afspejler lovens formål. Kapitel 1 ”Forord og Udviklingskontrakt” ses i bilag 1 A.

PLO og DSAM gennemfører i fællesskab en visionsproces om almen praksis i 2014-2015. Danske Regioner inddrages i dette arbejde med henblik på at komme med input til visionsprocessen.

1.2 Samspil mellem sygehuse og almen praksis

Side 5

I forbindelse med forberedelsen af overenskomstforhandlingerne er der nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra PLO-regionalt og regionerne. Arbejdsgruppens formål har været at udarbejde konkrete løsninger på, hvordan sygehusvæsenet kan understøtte, at almen praksis kan udføre sit arbejde på en smidig måde og med høj kvalitet. Arbejdsgruppens forslag til fokusområder samt anbefalinger fremgår af rapport af 16. december 2013.

Der er enighed om, at arbejdsgruppens forslag til fokusområder samt anbefalinger optrykkes i forhandlingsaftalen, se bilag 1 B.

Intentionerne med den nye sundhedslov om ændrede rammer for almen praksis er blandt andet at skabe mere sammenhæng og koordination i sundhedsindsatsen i feltet mellem kommuner, regioner og praktiserende læger. Et vigtigt instrument til at sikre dette er nedsættelse af de nye praksisplanudvalg, der skal udarbejde de kommende praksisplaner. Praksisplanerne bliver i sammenhæng med sundhedsaftalerne således den nye decentrale ramme, der sikrer, at der er sammenhæng og sker koordination i indsatserne.

For at understøtte at de nye praksisplanudvalg kommer godt fra start – blandt andet ift. at skabe mere sammenhæng og koordination i sundhedsindsatsen overfor ældre medicinske patienter og visse patienter med psykiske problemstillinger – er parterne enige om, at når der lokalt er indgået en praksisplan og i tilknytning hertil en underliggende aftale til praksisplanen mellem PLO, regionen og kommunerne i regionen, hvor indsatser omkring de forskellige former for sygebesøg (det som ikke omfattes af lægevagten) og visse indsatser for psykisk syge fastlægges, bortfalder ydelserne i den centrale overenskomst for sygebesøg i dagtiden (§§56¹, 71, 72 og 89) og samtaleterapi (§ 59²), med tilhørende bestemmelser i § 51 stk. 4, i den pågældende region.

Når de lokale aftaler er indgået, reduceres den centrale økonomiske ramme med den enkelte regions forbrug af ydelserne med det sidst kendte opgjorte årlige beløb. Hermed flyttes midler og opgaver fra den centrale overenskomst til det lokale niveau i den enkelte region.

Styringen af den lokale økonomi aftales lokalt. Det vil være en mulighed, at det kan indgå i de lokale drøftelser, hvorvidt de emner, der er fastsat i praksisplanen, er udtryk for nye aftalte opgaver. Dette kan medføre, at den underliggende aftale vil få et output, hvor størrelsen af den samlede lokale økonomi er større end de midler der overgår fra den centrale overenskomst. Økonomien i den underliggende aftale kan omvendt ikke blive mindre, end det beløb der overgår. Aftaleparterne foretager en løbende monitorering af økonomien som følge af den underliggende aftale. Det aftales i praksisplanudvalget, hvorledes et eventuelt mindre forbrug kan anvendes.

¹ Gælder kun ydelserne 0102, 0121, 0411, 0421, 0441, 0451, 0461, 0491 og 2301

² Herunder ydelserne 6101 og 6201

Danske Regioner og KL har tilkendegivet, at regioner og kommuner – i forlængelse af udlægningen af samtaleterapi og sygebesøg – afsætter 100 mio. kr. hver, det vil sige i alt 200 mio. kr., til aftalt opgaveudvikling for at understøtte praksisplanlægningen. Der er tale om varige midler, som udmøntes i overenskomstperioden.

Regionen fremlægger årligt en økonomisk status i praksisplanudvalget. I overenskomsten indsættes følgende bestemmelse i § 136:

§ 136 Opsigelse

Nyt stk. 2:

Overenskomstens bestemmelser i §§ 51 stk. 4, 56³, 59⁴, 71, 72 og 89 bortfalder regionsvis med et varsel på 6 måneder til ophør den 1. i en måned, såfremt der i regionen er indgået en underliggende aftale til praksisplanen, som fastlægger indsatser omkring de forskellige former for sygebesøg og indsatser for visse patienter med psykisk sygdomme.

Det nuværende stk. 2 ændres til stk. 3.

Perspektiver for de lokale aftaler om sygebesøg og indsatser for visse psykiske syge

Parterne er enige om, at intentionen med de lokale aftaler er, at der skabes varige bæredygtige løsninger, der baserer sig på lægens kendskab til patienterne og de lokale behandlingstilbud. Den lokale aftale om sygebesøg og indsatser for visse psykiske syge giver mulighed for fleksible og dækkende løsninger med almen praksis, der udnytter den faglige kapacitet og den praktiserende læges helhedsorienterede tilgang til patienterne.

Vedr. implementering og gode lokale processer

Parterne konstaterer endeligt, at det næppe kan nås at flytte sygebesøg og samtaleterapi inden den første praksisplan skal foreligge 1. maj 2014.

Parterne er derfor enige om, at de lokale parter kan fastlægge en proces, hvor den første praksisplan deles op i faser, således at de lokale parter i perioden efter 1. maj og indtil et tidspunkt der fastlægges af de lokale parter, har god tid til at finde de konkrete lokale løsninger.

³ Gælder kun ydelserne 0102, 0121, 0411, 0421, 0441, 0451, 0461, 0491 og 2301

⁴ Herunder ydelserne 6101 og 6201

I arbejdet med at indgå de underliggende aftaler omkring sygebesøg og indsatser for visse psykiske syge, vil det være naturligt at de lokale parter for eksempel drøfter:

Side 8

- Hvilke data regionen og evt. kommuner og læger stille til rådighed for de lokale forhandlinger,
- Overvejelser om baggrund og formål med indsatserne,
- Forhold vedrørende afgrænsning af målgrupper,
- Forhold vedrørende honorering,
- Opfølgning, herunder økonomisk status
- Forhold vedrørende fortolkning, efterlevelse, evt. sanktioner, ikrafttræden og opsigelse
- Evaluering af aftalen.

Overenskomstmæssig tydeliggørelse

Der er enighed om, at der i forhandlingsaftalen og overenskomsten sker en tydeliggørelse af den lægelige forpligtelse i forhold til: 1) tilgængelighed for kommunerne vedrørende svage borgere, der ikke selv kan henvende sig til lægen, 2) sygebesøg og 3) medicinbehandling. Konkretiseringen af disse forpligtelser sker i praksisplanen.

Dette sker ved revisionen af Udviklingskontrakten, og ved at følgende bestemmelser i overenskomsten præciseres, som følger:

§ 46 Praksisdeklarationer

Stk. 1.

Med henblik på at tilvejebringe uddybende information til brug for patienten **blandt andet ved lægevalg**, udarbejdes for hver praksis en praksisdeklaration som offentliggøres på Den fælles offentlige sundhedsportal, sundhed.dk.

Stk. 2 er uændret.

§ 51 Tilrettelæggelse af lægebetjeningen i dagtiden

Stk. 1, 2, 3 er uændret.

Sygebesøg

Stk. 4.

- a. Lægen er forpligtet til fra mandag til og med fredag i dagtiden at aflægge sygebesøg, hvis henvendelsen om sygebesøg efter lægens

vurdering af sygdommen og/eller forholdene i øvrigt nødvendiggør besøg, jf. § 49, stk. 1. Med mindre andet er **aftalt** gælder sygebesøgsforpligtelsen dog ikke patienter, der har fast bopæl (folkerasteradresse) mere end 15 km fra lægens klinik, og som er tilmeldt lægen efter reglen i § 11, stk. 4.

- b. Besøg aflægges som udgangspunkt ikke uden aftale.
- c. Lægen skal i sin vurdering af, om et sygebesøg er nødvendigt, tillægge det betydning, såfremt patienten er bevægelseshæmmet.

Nyt stk. 5.

Bestemmelserne i stk. 1-4 finder tillige anvendelse i tilfælde, hvor personale i kommuner og regioner samt pårørende til patienten med det fornødne samtykke fra patienten handler på dennes vegne, eller hvor pårørende eller en værge efter sundhedsloven har kompetencen til at indtræde i patientens rettigheder.

Anmærkning § 51, stk. 4, litra a: De patienter, som før den 1. september 2014, har været tilknyttet en læge, som har praksis mere end 15 km. fra patientens bopæl kan forsat få sygebesøg jf. aftale mellem lægen og regionen. Regionen fremsender en gang årligt lister over disse patienter til de relevante læger.

3 Rekruttering og lægedækning

Side 10

3.1 Rekruttering og lægedækning

Parterne er enige om, at den primære lægedækning fortsat baseres på de alment praktiserende læger - også, når det handler om at afhjælpe problemer med lægedækningen.

Parterne er endvidere enige om vigtigheden af, at en ny aftale understøtter, at parterne på konstruktiv vis skal håndtere problemstillinger vedrørende rekruttering og lægedækning og i særlige situationer kan imødekomme en læges ønske om nedsat arbejdsmængde. Parternes forudsætning for enigheden er, at de aftalte løsninger ikke vil betyde øgede udgifter per patient i den enkelte praksis.

Parterne er således enige om følgende:

Landsdækkende forum

Med udgangspunkt i Danske Regioners og PLO's fælles politiske udmelding af 4. november 2013 er parterne enige om at oprette et landsdækkende forum, bestående af formændene for de regionale praksisplanudvalg, formændene for PLO-Regionalt samt repræsentanter for PLO og RLTN, som mødes 1-2 gange årligt, første gang i foråret 2014.

Det pågældende forum har ingen kompetencer i relation til den regionale praksisplanlægning, der nu foregår i de regionale praksisplanudvalg, som efterfølgende danner baggrund for regionsrådets placering af praksis. Det landsdækkende forum kan dog:

- udveksle erfaringer med rekrutteringstiltag
- drøfte relevante forhold omkring lægedækning og rekruttering, herunder lægeprognoser, uddannelseskapacitet mv.,
- anbefale fælles initiativer. Det kunne f.eks. være at rette fælles henvendelse til Sundhedsstyrelsen vedrørende udvidelse af antallet af uddannelsesstillinger i almen medicin. Ved enighed om fælles initiativer kan parterne i det landsdækkende forum drøfte finansiering.

Unighed eller tvister i det landsdækkende forum kan ikke indbringes for det paritetiske system beskrevet i overenskomsten §§ 118-125.

Side 11

Generationsskifte

Der indsættes i overenskomsten følgende nye bestemmelse vedrørende generationsskifte:

§ XX Generationsskifte

Stk. 1.

Med henblik på at lette praksisoverdragelse har en praktiserende læge ret til at ansætte en speciallæge i almen medicin. Efter 6 måneder skal lægerne indgå i kompagniskabspraksis i en varighed op til 5 år, hvorefter der sker fuldstændig overdragelse, samtidig med at den overdragende praktiserende læge ophører i praksis.

Stk. 2.

Generationsskiftemodellen i henhold til stk. 1 kan anvendes i områder som praksisplanen udpeger som aktuelt lægedækningstruede.

Stk. 3

Ligeledes med henblik på at lette praksisoverdragelse kan en praktiserende læge, som ikke har praksis i lægedækningstruede områder jf. stk. 2, ansøge om tilladelse til at ansætte en speciallæge i almen medicin. Efter 6 måneder skal lægerne indgå i kompagniskabspraksis i en varighed op til 5 år, hvorefter der sker fuldstændig overdragelse, samtidig med at den overdragende praktiserende læge ophører i praksis.

§ 26 Delepraksis:

§ 26 ændres som følger:

Stk. 1.

Hensynet til læger med behov for nedsat arbejdsmængde i almen praksis kan tilgodeses via delepraksis.

Ved delepraksis forstås, at der optages en ekstra læge i praksis i forhold til den eller de tildelte lægekapaciteter.

Stk. 2.

Tilladelse til delepraksis meddeles af samarbejdsudvalget. Delepraksistilladelse kan gives til eksisterende praksis eller til læger, som ønsker at erhverve en praksis med henblik på at drive denne som delepraksis.

Samarbejdsudvalget drøfter patientkapaciteten i ansøgerens/ansøgernes praksis før og efter evt. tilladelse til delepraksis. Samarbejdsudvalget kan på baggrund af de konkrete forhold gøre delepraksistilladelsen betinget af en mindste patientkapacitet, som den pågældende delepraksis forpligter sig til at tilbyde i forbindelse med den årlige fastsættelse af lægedækningen i området. Delepraksis kan ikke anmode om at få lukket for patienttilgangen ved et lavere patientantal end denne mindste patientkapacitet.

Samarbejdsudvalget kan pålægge praksis en lukkegrænse i form af et loft over det maksimale patientantal, den pågældende delepraksis kan få tilmeldt. Pålagt lukkegrænse skal kunne begrundes i hensynet til de øvrige praksis i områder, hvor der ikke mangler lægekapacitet.

Stk. 3.

Tilladelse til delepraksis meddeles, hvor den praktiserende læge på grund af kronisk sygdom eller alvorlig sygdom i nær familie har brug for aflastning. Tilladelse til delepraksis kan endvidere meddeles, såfremt den praktiserende læge stiller sin arbejdskraft til rådighed for andre faglige funktioner så som undervisning, konsulentarbejde eller fagpolitisk arbejde i minimum 6 timer pr. uge.

Stk. 4.

Tilladelse til etablering af delepraksis er en personlig ordning. Når den, hvis forhold har begrundet tilladelse til delepraksis, udtræder af praksis, bortfalder delepraksistilladelsen. Tilladelsen bortfalder endvidere senest 2 år efter at forholdet, som begrundede tilladelsen ikke længere er tilstede. Ovenstående er gældende for nye tilladelser givet fra den 1. september 2014.

Note til § 26 stk. 3 og 4

De læger, der etablerer delepraksis, skal aftale, hvordan der skal forholdes ved tilladelsens ophør. Denne aftale tilsendes PLO til orientering senest ved etablering af delepraksis. Baggrunden herfor er, at en enkeltmandspraksis, der drives som delepraksis af to læger, ikke kan opdeles i to selvstændige praksis. En tomandspraksis, der drives som delepraksis af tre læger, kan tilsvarende ikke opdeles i tre selvstændige praksis – her er der mulighed for opdeling i to praksis, hvoraf den ene drives som delepraksis af to læger.

Generelt gælder for kompagniskabspraksis, der drives som delepraksis, at de i tilfælde af opløsning maksimalt kan opdeles i et antal selvstændige praksis, svarende til det antal lægekapaciteter, som kompagniskabet rå-

dede over før opløsningen. Lægerne skal således aftale hvordan praksis videreføres, hvis lægerne i en delepraksis ikke længere ønsker at fortsætte samarbejdet.

Stk. 5

Praksis, der har fået tildelt delepraksistilladelse før 1. april 2011, kan fortsætte på de vilkår, der er fastsat for deres konkrete tilladelse, eller de kan søge om at få fastsat en nedre og øvre lukkegrænse efter reglerne i stk. 2.

Nedsat normtal

I overenskomstens § 9 stk. 3 foretages følgende ændring:

Stk. 3.

Praksis, der af særlige grunde ønsker et lavere antal tilmeldte gruppe 1-sikrede pr. lægekapacitet end 1600, kan søge samarbejdsudvalget om lukning ved et lavere antal gruppe 1-sikrede, dog ikke under 538. Ansøgning fra læger, der er fyldt 60 år, **yngre nyrekrutterede læger eller læger, som i min. 6 timer om ugen har bibeskæftigelse med undervisning/konsulentjob/fagpolitisk arbejde** bør så vidt muligt imødekommes. Hvis lukning må anses for at forringe patienternes valgmulighed urimeligt, kan samarbejdsudvalget give tilladelse til selektiv lukning.

Ved urimelig forringelse forstås bl.a., at patienter, ikke har adgang til at vælge mellem mindst 2 praksis inden for en afstand på 15 km fra deres bopæl. Ved selektiv lukning forstås, at der fortsat kan tilmeldes patienter fra et nærmere defineret geografisk område, eller patienter der flytter til området, men at praksis i øvrigt er lukket for patienttilgang.

Bilag vedr. ideer og initiativer til rekruttering og lægedækning

Endelig er der enighed om, at bilag vedr. ideer og initiativer til rekruttering og lægedækning, som er udarbejdet på baggrund af indhentede tilbagemeldinger fra regionerne og PLO-regionalt, optrykkes som bilag til forhandlingsaftalen. Bilaget er relevant til brug for drøftelserne i det landsdækkende forum. I denne sammenhæng kan det opdateres og videreudvikles. Se bilag 3 A.

3.2 Tutorlægeaftalen

Parterne konstaterer, at der er skærpede krav vedrørende godkendelse af tutorlæger i almen praksis, herunder til tutorernes supervision af uddannelseslæger. Kravene gælder både for nystartede tutorlæger i almen praksis og for etablerede tutorlæger, som gerne vil fortsætte som tutorlæge. Ifølge DSAM er baggrunden for de nye krav, at den nye målbeskrivelse og tutorkravene tilsammen skal sikre, at almen praksis fortsat giver kliniske basislæger og speciallæger i almen medicin en god uddannelse.

Uddannelseslæger i fase 2 og fase 3 er ansat hos tutorlægen, som dermed har arbejdsgiveransvaret overfor uddannelseslægerne.

I den hidtidige aftale har tutorlægen forestået den månedlige lønudbetaling til disse fase 2 og fase 3 læger. Parterne er enige om at lette administrationen i forhold til den enkelte tutorlæge, således at regionen fremover på tutorlægens vegne forestår disse lønudbetalinger.

På denne baggrund er der er enighed om, at tutorlægeaftalen af 21. september 2000 revideres som følger:

Tutorlægeaftalen - VEDRØRENDE ALMENT PRAKTISERENDE LÆGER, DER VIRKER SOM TUTORLÆGER – af 1. september 2014

§ 1. Aftale om tutorlæger

Aftalen vedrører alment praktiserende læger, der af det regionale råd for lægers videreuddannelse, er godkendt som tutorlæger for læger under uddannelse til speciallæge, og som i en aftale med det regionale råd for lægers videreuddannelse forpligter sig til at fungere på nedenstående vilkår.

§ 2. Tilladelse til at virke som tutorlæger

Stk. 1.

Alment praktiserende læger kan virke som tutorlæger, når det regionale råd for lægers videreuddannelse har givet tilladelse. Længden af ophold i almen praksis vil svare til de til enhver tid gældende bestemmelser i bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger

Stk. 2.

Hvilken type uddannelseslæge praksis tildeles samt frekvens i uddannelsesforløb, bestemmes af det regionale råd for lægers videreuddannelse, tutorlægen og regionen, hvori praksis er beliggende, ud fra det aktuelle behov.

Stk. 3.

Der indgås en individuel aftale mellem det regionale råd for lægers videreuddannelse, tutorlægen og den region, hvori tutorlægens praksis er beliggende. Praktiserende Lægers Organisation og RLTN udarbejder en standard herfor baseret på nærværende aftale. Den individuelle aftale løber indtil den opsiges af enten det regionale råd for lægers videreuddannelse eller tutorlæge. Der er et gensidigt opsigelsesvarsel på ét år. Opsigelse kan dog i helt ekstraordinære tilfælde ske med et kortere varsel

Stk. 4.

Det regionale råd for lægers videreuddannelse tildeler tutorlægen en uddannelsessøgende læge med et halvt års varsel. Varslet kan være kortere, såfremt tutorlægen accepterer det. Rådet skal i forbindelse med tildelingen sikre så stor en spredning af de uddannelsessøgende læger som muligt i forhold til godkendte tutorlægepraksis.

Stk. 5.

Der kan ikke i samme solopraksis samtidig være mere end én uddannelseslæge i 6-måneders forløb. I solopraksis, der er etableret som delepraksis, skal begge læger være godkendt som tutorlæge. Antallet af samtidige uddannelsessøgende læger i praksis kan ikke overstige antallet af klassificerede læger i praksis, der opfylder betingelserne som tutorlæger.

§ 3 Finansiering**Stk. 1.**

Godkendte tutorlæger er berettiget til tilskud til ansættelse af den uddannelsessøgende læge, som det regionale råd for lægers videreuddannelse har givet tilladelse til.

Regionen yder tilskud i henhold til det til enhver tid gældende Administrationsgrundlag for udbetaling af tilskud til ansættelse af uddannelsessøgende læger, som er aftalt mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation.

For at lette administrationen i forhold til den enkelte tutorlæge, udbetaler regionen på tutorlægens vegne løn direkte til den uddannelsessøgende læge i godkendte uddannelsesforløb efter overenskomst mellem PLO og Yngre Læger.

Stk. 2.

Den uddannelsessøgende læges ferie samt sygedage indberettes til regionen senest den 10. hverdag i måneden efter fraværet.

Stk. 3.

Beregning af tutorlægens andel af lønnen til den uddannelsessøgende læge efter regionalt tilskud foretages hver 6. måned. Pr. 31. december laves endvidere en årsopgørelse.

Tutorlægens beregnede lønandel trækkes direkte fra tutorlægens næste månedlige afregning med regionen og vil fremgå af honorarspecifikationen..

Senest 1 måned efter uddannelsesforløbets afslutning modtager tutorlægen meddelelse om endelig opgørelse over afregningen til den uddannelsessøgende læge og tutorlægens andel heraf, som er modregnet i sygesikringshonoraret.

Stk. 4.

Tutorlæger, der har KBU-læger, får udbetalt kr. 5850,14 (grundbeløb pr. 1/4 2009) pr. måned til dækning af meromkostningerne til faciliteter mv. samt supervision. Beløbet reguleres med den til enhver tid gældende reguleringsprocent i henhold til § 68 i overenskomst om almen praksis.

Stk. 5.

Tutorlægen er fortsat berettiget til honorar ved den uddannelsessøgende læges fravær grundet sygdom eller barsel. I tilfælde af, at fraværet varer længere end løbende måned samt fuld efterfølgende kalendermåned, bortfalder regionens honoreringspligt. Såfremt den uddannelsessøgende læge ikke påbegynder sin ansættelse, er tutorlægen berettiget til honorar for den 1. måned, såfremt meddelelse herom først er givet i den måned, der ligger forud for ansættelsestidspunktet.

Stk. 6.

Tutorlægen er fortsat berettiget til honorar ved fravær fra praksis grundet egen sygdom. I tilfælde af tutorlægens sygdom udover løbende måned

samt fuld efterfølgende kalendermåned, bortfalder regionens honoreringspligt.

Side 17

Stk. 7.

Det kan mellem parterne aftales, at der ydes et tilskud til etablering af arbejdsplads for uddannelsessøgende læger i almen praksis.

Stk. 8.

Det regionale råd for lægers videreuddannelse giver regionen besked om, hvornår og i hvilket tidsrum en tutorlæge har en uddannelsessøgende læge, og regionen udbetaler herefter beløbet månedsvis bagud uden anfordring fra tutorlægen.

§ 4 Krav til tutorlægen

Stk. 1.

Tutorlægen har det pædagogiske ansvar for uddannelseslægers uddannelse og virke i deres ansættelse i almen praksis. Tutorlægen skal opfylde de af Sundhedsstyrelsen udmeldte betingelser vedrørende pædagogiske kurser for tutorlæger, evaluering, indretning af klinikken mv., jf. http://www.dsam.dk/flx/uddannelse/videreuddannelse_i_almen_medicin/krav_til_tutorpraksis/

Stk.2.

Tutorlægen skal give det regionale råd for lægers videreuddannelse og regionen besked, såfremt den uddannelsessøgende læge udebliver eller uddannelsesforløbet afbrydes i utide.

Stk. 3.

Arbejdsgiveransvaret overfor den uddannelsessøgende læge og tredje- mand ligger hos den ansættende myndighed, som er regionen i relation til KBU-, intro- og fase 1-læger. For læger i fase 2 og 3 er ansættende myndighed tutorlægepraksis.

Tutorlægen er ansvarlig for tegning af ansvarsforsikring for læger i fase 2 og fase 3.

Tutorlægen er endvidere ansvarlig for tegning af arbejdsskadeforsikring for KBU-, intro-, fase 1-, fase 2- og fase 3 læger.

Stk.4.

KBU-, intro- og fase 1-lægers ansættelsesvilkår fastlægges i øvrigt efter aftale mellem RLTN og Yngre Læger.

Stk. 5.

Ansættelsesvilkår for fase 2 og fase 3 læger fastlægges efter aftale mellem PLO og Yngre Læger.

Stk.6.

Instruktionsbeføjelsen i den periode den uddannelsessøgende læge er i almen praksis udføres af tutorlægen i overensstemmelse med gældende love og overenskomst om almen praksis. Tutorlægen er overordnet læge i forhold til den uddannelsessøgende læge såvel i faglig henseende som i henseende til arbejdets tilrettelæggelse og i forhold til patienterne.

Stk. 7.

Samarbejdsudvalget er forpligtet til at orientere det regionale råd for lægers videreuddannelse, såfremt det finder, at der er praktiserende læger, hvis praksisforhold er så afvigende fra det sædvanlige, at det ikke er hensigtsmæssigt, at de har uddannelsessøgende læger. Tutorlægen skal orienteres herom, og kan inden 6 uger klage til Landssamarbejdsudvalget, såfremt lægen ikke finder, at samarbejdsudvalgets begrundelse er rimelig.

§ 5. Ikrafttræden

Aftalen træder i kraft 1. september 2014 og kan af hver af parterne opsiges med seks måneders varsel til et kvartals udløb, dog tidligst 1. oktober 2016.

Parterne er enige om at ændre fondsstrukturen i almen praksis for at styrke sammenhængen mellem kvalitet, faglighed, forskning og efteruddannelse. Der etableres "Fonden for Almen Praksis", som erstatter Forskningsfonden, Kvalitets- og Informatikfonden, Efteruddannelsesfonden samt Fagligt Udvalg. Fonden samler ansvaret for de overenskomstafsatte midler til forskning, efteruddannelse kvalitetsudvikling og Fagligt Udvalg.

Fonden har til opgave at styrke eksisterende udviklings- og driftsaktiviteter inden for kvalitet, faglighed, efteruddannelse og forskning. Et tættere strategisk og organisatorisk samspil forventes at initiere en synergieffekt, der vil kunne skabe en bedre anvendelse af de investerede ressourcer til drift af et sammenhængende område samt til udvikling og implementering af tiltag og løsninger. Fondens udførende enheder: De tre Forskningsenheder for almen praksis, DAK-E, KFU, Forskningsudvalget og Fagligt Efteruddannelsesudvalg (tidligere AMADEUS) vil eksistere uændret.

Fordeling af midler til kvalitet, forskning, efteruddannelse og faglig udvikling fastholdes som udgangspunkt som fordelt i overenskomsten fra april 2011. Ved enighed i fondens bestyrelse, kan der dog træffes tværgående beslutninger, der påvirker ressourcefordelingen i en afgrænset eller varig periode.

Organisering af Fonden for almen praksis

Parterne er enige om, at "Fonden for Almen Praksis" organiseres med en fondsbestyrelse, sekretariatskoordinationsgruppe og et Fagligt Råd.

Fondsbestyrelsen

Bestyrelsen har den overordnede politiske og strategiske ledelsesfunktion. Bestyrelsen fungerer som garant for varetagelse af fondens formål og målsætninger i henhold til overenskomsten og har i øvrigt en kontrolrende funktion for så vidt angår aktiviteten i fonden. Bestyrelsen træffer beslutning om udarbejdelse af og godkender styringsprodukter, der understøtter den tværgående strategiske indsats, f.eks. årsplaner, årsberetninger samt godkender fondens budget og regnskab.

Bestyrelsen består af 10 medlemmer, hvor PLO og RLTN hver udpeger 5 medlemmer. Formandsskabet deles mellem RLTN og PLO.

Sekretariatskoordinationsgruppen

Sekretariatskoordinationsgruppen skal sikre, at arbejdet i fondens udførende enheder sker i overensstemmelse med de overordnede politiske beslutninger. Sekretariatskoordinationsgruppen er sekretariatsfunktion for fondsbestyrelsen og rådgives af et Fagligt Råd.

Sekretariatskoordinationsgruppen skal sikre en koordineret tværgående sekretariatsbetjening og på et administrativt niveau varetage ansvaret for både drifts – og udviklingsopgaver samt løbende sekretariatsopgaver.

Sekretariatskoordinationsgruppen er administrativ og består af op til fire repræsentanter udpeget af PLO samt op til fire repræsentanter udpeget af Danske Regioner.

Fagligt Råd

Til at rådgive Sekretariatskoordinationsgruppen og fondsbestyrelsen etableres et Fagligt Råd. Rådet skal fungere som beslutningsstøtte og rådgivere for Sekretariatskoordinationsgruppen og fondsbestyrelsen. Rådet har til formål at være et forum for tydelig inddragelse af relevante interessenter fra de involverede faglige miljøer i fondens arbejde. Inddragelsen bidrager til at sikre legitimitet omkring bestyrelsens beslutninger og kan endvidere fremme formidling af faglig viden af relevans for konkretisering af fondens beslutninger.

Fagligt Råd består af 15 personer. PLO og RLTN udpeger hver 3 personer, de tre forskningsenheder udpeger i fællesskab 1 person, IKAS, DAK-E, DSAM, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse udpeger hver 1 person. Endvidere indgår formanden for Forskningsudvalget, formanden for KFU (Kvalitets- og Forskningsudvalget) og formanden for Fagligt Efteruddannelsesudvalg. Udvalget sekretariatsbetjenes af Sekretariatskoordinationsgruppen.

De nuværende opgaver og aktiviteter i Fagligt Udvalg videreføres i Fagligt Råd. Der skal i Fagligt Råd konkret tages stilling til, hvordan opgaverne i det nuværende Laborarieudvalg, herunder SKUP, skal varetages. I forhold til SKUP skal dette søges håndteret i regi af Dansk Institut for Ekstern Kvalitetssikring for Laboratorier i Sundhedsvæsenet (DEKS). De midler, Fagligt Udvalg i dag tildeles via overenskomstens § 111, overføres i sin helhed til Fagligt Råd.

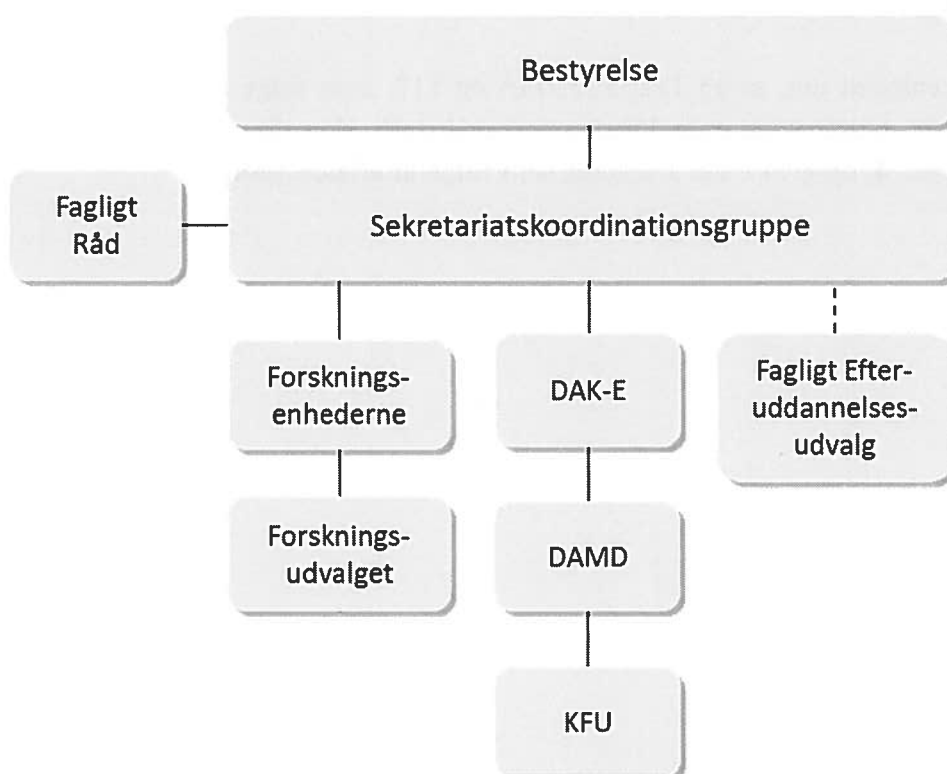
Fagligt efteruddannelsesudvalg

Til at varetage godkendelse af kurser indenfor den selvvalgte og systematiske efteruddannelse nedsætter fondsbestyrelsen et fagligt efteruddannelsesudvalg, der skal bestå af seks alment praktiserende læger. PLOs og DSAMs bestyrelser indstiller medlemmer til udvalget. DSAM varetager formandsskabet for udvalget.

Til det faglige efteruddannelsesudvalg tilknyttes to konsulenter til at varetage løbende godkendelser, der åbenlyst ligger indenfor for fondsbestyrelsens godkendelseskriterier.

PLO har ansvaret for at sekretariatsbetjene det faglige efteruddannelsesudvalg, samt varetage driftsmæssige opgaver i forbindelse med eksempelvis udbetaling af refusion og godkendelser af ansøgninger om refusion. PLOs udgifter til denne sekretariatsbetjening afholdes af fonden.

Figur 1: Oversigt over fondsstruktur for almen praksis



Aftalte ændringer

Der etableres "Fonden for Almen Praksis", som erstatter Forskningsfonden, Kvalitets- og Informatikfonden, Efteruddannelsesfonden og Fagligt Udvalg.

Fordeling af midler til kvalitet, forskning, efteruddannelse og faglig udvikling fastholdes som udgangspunkt efter bestemmelserne i gældende overenskomst fra april 2011. Ved enighed i fondens bestyrelse kan der dog træffes tværgående beslutninger, der påvirker ressourcefordelingen i en afgrænset eller varig periode.

Der er enighed om, at ovennævnte aftale medfører følgende ændringer i overenskomst om almen praksis:

- §§ 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 113 og 114 udgår.
- der indsættes nye bestemmelser, jf. bilag 4 A vedrørende udvalg og fonde.

Der er således enighed om, at §§ 112, 115, 116 og 117, som følge af ovennævnte aftale, består uden indholdsmæssige ændringer, dog tilføjes der til § 116 et stk. 4, og § 117 stk. 1 ændres som følge af aftalen vedrørende kvalitet.

Se bilag 4 A.

5.1 Kvalitet

Sikring af DAK-E

Parterne er enige om, at hovedformålet med indførelsen af datafangst i almen praksis er kvalitetsudvikling og forbedret patientbehandling. Herudover finder parterne det vigtigt, at kvalitetsdata fra almen praksis også medvirker til at styrke kvaliteten i de sundhedstilbud, der tilbydes patienterne generelt i sundhedsvæsenet, ligesom data skal give bedre mulighed for forskning.

Det er afgørende for parterne, at DAK-E sikrer den fortsatte udvikling af datafangst samt bevarer en høj og troværdig datakvalitet. DAK-E tiltænkes ligeledes en central rolle i den generelle kvalitetsudvikling i almen praksis og ikke mindst i forbindelse med den forestående opgave med at integrere anvendelsen af kvalitetsrapporter i den daglige arbejdsgang i almen praksis.

På den baggrund har parterne besluttet at afsætte yderligere 2,3 mio. kr. årligt til den fortsatte drift af DAK-E.

Parterne er enige om, at § 107 udgår og erstattes af ny § C i bilag 4 A.

En samlet kvalitetsmodel for almen praksis

Parterne er enige om, at almen praksis skal indgå i, og akkrediteres efter, en version af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), der er tilpasset forholdene i sektoren. Parterne er yderligere enige om, at DDKM i almen praksis skal være anvendelig og give mening for den enkelte praktiserende læge. En vigtig forudsætning for at den enkelte praktiserende læge finder DDKM anvendelig og meningsfuld er, at den understøtter muligheden for at kvalitetssikre patientbehandlingen ud fra konkrete oplysninger om lægens patientpopulation.

Det være sig såvel helbredsoplysninger som patientevalueringer om relevante praksisforhold. Lægens dataopsamling via datafangst, og patientens evaluering af lægen og praksis via patienttilfredshedsundersøgelser, skal integreres i DDKM. Lægens arbejde med disse patientoplysninger skal være det bærende element i forhold til kvalitetsudvikling og akkreditering. Herudover skal DDKM indeholde en række standarder for organisa-

torisk kvalitet, lægernes efteruddannelsesaktiviteter samt have fokus på patientsikkerhedsmæssige forhold.

Side 24

Implementeringen af DDKM i almen praksis vil blive understøttet på to måder. For det første af en central støttefunktion, der skal klargøre og designe skabeloner for den dokumentation, der skal indramme arbejdet med de enkelte standarder i DDKM. Dette har til formål at reducere ressourceforbruget i den enkelte praksis i forbindelse med implementering af DDKM. Samtidig vil det sikre en vis ensartethed, i den måde praksis implementerer standarderne på.

For det andet skal kvalitetskonsulentordningerne i de enkelte regioner styrkes, så de bliver i stand til at kunne facilitere implementeringen af DDKM i den enkelte praksis. Parterne afsætter 1 mio. kr. årligt til driften af en støttefunktion og 5 mio. kr. årligt til den samlede drift af en kvalitetskonsulentordning i hver af de fem regioner.

Kvalitetskonsulenterne skal lokalt facilitere implementeringen og den løbende akkreditering af DDKM. De afsatte midler til kvalitetskonsulentordningerne og støttefunktionen ophører som udgangspunkt ved overenskomstens udgang den 31. august 2017, men parterne er enige om, at man i forhandlingerne om en overenskomstfornyelse skal vurdere behovet fremadrettet. Herudover kræver driften af en akkrediteringsorganisation i IKAS en årlig driftsomkostning, bl.a. til frikøb af praktiserende læger til surveyor-ordningen. IKAS har oplyst, at der hertil skal bruges op til 12 mio. kr. årligt ved en fuld indfasning af modellen. Midler hertil afholdes løbende af regionerne. Der bør i den forbindelse indgås en aftale med IKAS om det nødvendige grundbudget samt den løbende afregning for IKAS's ydelser.

Der er enighed om, at den første akkrediteringsrunde påbegyndes fra den 1. september 2015. Alle praksis skal herefter være akkrediteret senest den 31. august 2018. Praksis der forventes at ophøre inden for et tidsrum på 5 år, grundet alder eller sygdom, er dog undtaget herfor.

Da parterne anerkender, at arbejdet med at implementere DDKM vil være ressourcekrævende i et vist omfang, ydes der et implementeringsbidrag på kr. 10.000 for hver lægekapacitet ved påbegyndelsen af arbejdet med DDKM. Endvidere gives et akkrediteringshonorar på kr. 10.000 pr. lægekapacitet, når akkrediteringen opnås. Beløbene betales kun ved før-

ste akkreditering i perioden frem til 31. august 2018. De efterfølgende akkrediteringer vil ikke være forbundet med honorarer.

Side 25

Parterne er enige om, at der skal følges op på såvel implementeringen som effekterne af DDKM. Parterne vil derfor opfordre Fonden for Almen Praksis til at beslutte, om der skal igangsættes et forskningsprojekt desangående.

Der er enighed om af den nuværende § 100 udgår og erstattes med følgende:

§ 100 Kvalitetsmodel i almen praksis

Stk. 1.

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) skal være omdrejningspunktet for kvalitetsudviklingen i almen praksis. Modellen skal understøtte og fokusere på kvalitetsudviklingen i den enkelte praksis. Kvalitetsudviklingen skal primært tage sit udgangspunkt i den dataopsamling, der sker via datafangst, samt resultaterne af patienttilfredshedsundersøgelser. DDKM skal ligeledes sikre den organisatoriske kvalitet i praksis.

Stk. 2.

DDKM i almen praksis igangsættes på baggrund af anbefalinger fra en arbejdsgruppe, jf. bilag 5 A.

Stk. 3.

Implementeringen af DDKM understøttes af lokale kvalitetskonsulenter. Kvalitetskonsulenterne skal løbende facilitere DDKM i de enkelte praksis og skal kunne yde faglig sparring, forestå undervisning, formidle best practice mv. Selve akkrediteringen foretages af IKAS. Kvalitetskonsulentordningen forankres lokalt i Kvalitets - og Efteruddannelsesudvalgene, og skal tage udgangspunkt i de eksisterende konsulentordninger og koordineres med surveyorordningen i IKAS.

Stk. 4.

I forbindelse med udrulningen af DDKM oprettes en støttefunktion. Støttefunktionen placeres i regi af DAK-E, og skal løbende yde bistand til implementeringen af DDKM i almen praksis. Støttefunktionens primære opgave er at udarbejde og mangfoldiggøre skabeloner til den dokumentation, der skal ske ved implementering af standarderne i DDKM. Opgavevaretagelsen i støttefunktionen sker i løbende samarbejde med DSAM og IKAS.

Stk. 5.

Alle praksis skal være akkrediteret senest 31. august 2018, dog under hensyn til stk. 6.

Stk. 6.

En praksis, der forventes at ophøre inden for et tidsrum på 5 år, grundet alder eller sygdom, forpligtes ikke til at implementere DDKM.

Stk. 7.

Der ydes et implementeringsbidrag på kr. 10.000 for hver lægekapacitet ved påbegyndelsen af arbejdet med DDKM samt et akkrediteringshonorar på kr. 10.000 pr. lægekapacitet når akkrediteringen gives. Beløbene betales kun ved første akkreditering i perioden frem til 31. august 2018. De efterfølgende akkrediteringer vil ikke være forbundet med honorarer.

Der er enighed om, at der til § 116 tilføjes:

Stk. 4.

De regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg skal udbygge og drive en kvalitetskonsulentordning, der løbende understøtter og faciliterer implementeringen af DDKM i almen praksis. Ordningen skal tilrettelægges med udgangspunkt i de behov, arbejdsgruppen til konkretisering af en kvalitetsmodel for almen praksis beskriver, jf. bilag 5 A.

Der er endvidere enighed om, at § 117 stk. 1 erstattes med følgende (ny tekst i *kursiv*):

Stk. 1.

Regionerne afsætter en pulje på kr. 8,30 (april 2014- niveau) pr. gruppe 1 sikret til lokal anvendelse til kvalitetsudvikling og efteruddannelse. Kr. 1,36 (april 2014- niveau) heraf afsættes særskilt til den Decentrale Gruppebaserede Efteruddannelsesordning, jf. protokollat af 16. juni 2008 om organisering af den Decentrale Gruppebaserede Efteruddannelsesordning, DGE. Midlerne afsættes til løn til vejlederne inkl. koordinatortillæg, gruppelederaktiviteter samt udgifter til administration, kontorhold mv. *Yderligere kr. 0,89 (april 2014- niveau) heraf afsættes til en udvidelse af ordningen med kvalitetskonsulenter til at understøtte og facilitere DDKM i almen praksis.*

Parterne er enige om, at patienternes vurdering af den generelle tilfredshed med almen praksis er et vigtigt parameter for at yde en god service i sektoren. Ydermere er den enkelte patients tilfredshed med den enkelte praksis og den enkelte læge vigtige elementer i den kvalitetsudvikling, en praksis løbende skal gennemføre, ikke mindst i forbindelse med en akkreditering.

Den nuværende overenskomst indeholder i § 101 en forpligtelse for de praktiserende læger til at gennemføre patienttilfredshedsundersøgelser mindst hvert tredje år. Efter den 1. september 2014 er de praktiserende læger, via sundhedsloven, forpligtet til at offentliggøre resultaterne af disse undersøgelser på praksisniveau. Parterne er enige om at udvide den nuværende aftale om patienttilfredshedsundersøgelser i almen praksis.

Der skal her igennem sikres et grundlag for at foretage patienttilfredshedsundersøgelser på en valideret og anvendelig baggrund. Det er vigtigt for parterne at kunne sammenligne tilfredshed på tværs af geografi, og at den enkelte læge kan anvende resultaterne til kvalitetsudvikling af praksis på linje med andre patientrelevante data. Patienttilfredshedsundersøgelserne skal derfor være ens for alle praksis over hele landet, og resultaterne samles i Den Almen Medicinske Database (DAMD).

Arbejdet med patienttilfredshedsundersøgelser varetages af DAK-E, der årligt tilføres kr. 0,8 mio. til formålet.

Parterne er på den baggrund enige om at erstatte den nuværende § 101 med følgende:

§ 101 Patientoplevels kvalitet i almen praksis

Stk. 1.

Med udgangspunkt i spørgsmålene fra DANPEP-undersøgelserne gennemføres der mindst hvert tredje år en patienttilfredshedsundersøgelse i almen praksis. Arbejdet er forankret i Fonden for Almen Praksis.

Stk. 2.

Patienttilfredshedsundersøgelserne gennemføres i videst muligt omfang elektronisk, men kan ske via papirskemaer til de patienter, der ikke har mulighed for at gøre dette elektronisk.

Stk. 3.

Håndtering af spørgsmålene i undersøgelsen samt, opsamling, bearbejdning og kvalificering af undersøgelseernes resultater varetages af DAK-E. DAK-E er ligeledes ansvarlig for, at resultaterne bliver gjort tilgængelige for de enkelte læger i deres kvalitetsrapporter samt offentligt på aggregeret niveau efter nærmere aftale. Regionerne har adgang til data på aggregeret niveau via DAMD-databasen.

Stk. 4.

De praktiserende læger forpligtes til at gennemføre patienttilfredshedsundersøgelser efter stk. 1 til 3.

5.3 Forskningsenhed i Aalborg

Side 29

Med baggrund i etableringen af et Sundhedsvidenskabeligt Fakultet ved Aalborg Universitet er det aftalt at etablere en Forskningsenhed for Almen Praksis i Aalborg på linje med Forskningsenhederne for Almen Praksis i København, Århus og Odense.

Etableringen og driften af Forskningsenheden for Almen Praksis i Aalborg finansieres via Forskningsfonden for Almen Praksis, idet Forskningsfonden tilføres 2 mio. kr. i første overenskomstår, 3 mio. kr. i andet overenskomstår og 5 mio. kr. i tredje overenskomstår.

6 Efteruddannelse

Rammerne for efteruddannelse

Parterne er enige om, at der er behov for at styrke efteruddannelsesområdet. På den baggrund indføres et system der, udover den nuværende selvvalgte efteruddannelse, også indeholder systematisk efteruddannelse, der finansieres i regi af Fonden for Almen Praksis.

Den systematiske efteruddannelse etableres som et supplement til den eksisterende selvvalgte efteruddannelse og skal give alle praktiserende læger adgang til deltagelse i et struktureret, kontinuerligt og planlagt, livs langt efteruddannelsesforløb indenfor aftalte temaer med fokus på evidensbaseret medicin og med relevans for patienter og samfund.

Den systematiske efteruddannelse udbydes indenfor en række emner og temaer, som parterne er enige om, og som understøtter kvalitetsudviklingen i patientbehandlingen i lyset af udviklingen i sundhedsvæsenet. Temaerne og emnerne for den systematiske efteruddannelse bestemmes af bestyrelsen, og skal som udgangspunkt ligge indenfor målbeskrivelsen for almen medicin.

Denne konstruktion skal understøtte, at alle praktiserende læger som udgangspunkt er opdaterede indenfor nyeste viden.

Den selvvalgte efteruddannelse vælges af den enkelte læge i henhold til den enkeltes kompetencebehov og skal understøtte, at den enkelte læge er fagligt opdateret.

Ved aftalens genforhandling drøfter og fastlægger parterne fremadrettet indbetalingerne til efteruddannelse herunder fordelingen mellem selvvalgt og systematisk efteruddannelse, således at indbetalingerne til fonden fremadrettet matcher forbruget af hhv. systematisk og selvvalgt efteruddannelse.

Rammerne for efteruddannelsen er beskrevet i bilag 6 A protokollat om efteruddannelse.

Parterne er som følge af ovennævnte enige om, at der i overenskomsten foretages følgende ændringer:

- Nyt bilag 6 A Protokollat om efteruddannelse tilføjes.
- § 114 udgår.
- Bilag 9: Protokollat om etablering af en efteruddannelsesfond af 27. april 1995 udgår.

- Bilag 10: Protokollat vedrørende efteruddannelse af 24. januar 2006 (afkortet) udgår. Side 31

7.1 Kontrol og opfølgning

Parterne har i forbindelse med overenskomstforhandlingerne fået udarbejdet en konsulentrapport fra Deloitte vedrørende regionernes kontrol- og opfølgningmuligheder i forhold til almen praksis. Rapporten indeholder en række anbefalinger, som kan forbedre opfølgningen og dermed imødegå den kritik af kontrol- og opfølgningsindsatsen, som har været rejst af Rigsrevisionen og statsrevisorerne.

Parterne er enige om i fællesskab at arbejde videre med nedennævnte anbefalinger i rapporten.

Regionerne arbejder i fællesskab videre med de øvrige anbefalinger i rapporten, herunder anbefalingerne om inddragelse af patienterne, større ensartethed i regionernes controllingindsats, oftere brug af indhentning af journalmateriale.

Revision af ydelsesbeskrivelserne

Der er enighed om, at sekretariatene inden overenskomstens ikrafttrædelse skal gennemgå og revidere ydelsesbeskrivelserne med henblik på at sikre bedre muligheder for validering af regninger for både lægerne og regionerne.

Der er på baggrund af Deloitte's anbefalinger ligeledes enighed om, at parterne så vidt muligt vil aftale grænseværdier for kombinationsregninger. Det vil i kontrolsammenhæng gøre det muligt at godkende regninger op til grænseværdien, hvorefter regninger umiddelbart returneres.

Standardkrav til ydernes it-systemer

Deloitte anbefaler, at der fastsættes bindende standardkrav til lægernes it-systemer med henblik på at reducere fejlmuligheder og styrke kontrolsporet.

Der er enighed om, at sekretariatene skal udarbejde en liste over åbenlyse fejlregninger, som er statiske og derfor ikke behøver kontinuerlig tilpasning af eksempelvis aldersgrupper mv. Det er hensigten, at listen i samarbejde med MedCom, søges indbygget i lægernes IT system.

P-markeringer

P-markeringen dokumenterer patientens tilstedeværelse i praksis. Den nuværende aftale om, at mindst 80 procent af antallet af konsultationer i praksis skal p-markeres, har efter Deloitte's vurdering ingen eller meget begrænset kontrolværdi.

Parterne er derfor enige om, at kravet til markering af konsultationer (ekskl. sygebesøg, telefonkonsultationer og emailkonsultationer) sættes op til 100 % for at sikre kontrolværdien. Det medfører, at sådanne regninger ikke kan indsendes uden, at der er påført en p-markering (ved elektronisk aflæsning af sundhedskortet) eller én af følgende markeringer, såfremt p-markering ikke kan anføres:

- kode "N" ved systemnedbrud/defekt sundhedskort
- kode "G" hvis sundhedskortet er glemt
- Kode "B" ved konsultation pr. brev eller konsultation ved 3. mand
- Kode "K" ved genindsendelse af returneret regning.

Hvis andelen af p-markeringer er uforholdsmæssig lav, kan sagen indbringes for samarbejdsudvalget med henblik på, at der kan fastsættes sanktioner.

Se bilag 7 A.

§ 93 Årsopgørelser og fastsættelse af højestegrænser

Stk. 1.

Regionen foretager hvert år en opgørelse over det samlede antal overenskomstmæssige ydelser⁵, der er præsteret i det foregående regnskabsår, og over det foregående regnskabsårs samlede udgifter til almen lægehjælp. Opgørelsen skal omfatte de absolutte ydelses- og udgiftstal.

Stk. 2

Årsopgørelsen afsluttes hurtigst muligt og inden den 1. april.

Stk. 3.

Årsopgørelsen vedrørende hver enkelt klinik stilles umiddelbart herefter til rådighed for lægen på Praksis- og afregningsportalen på sundhed.dk.

Stk. 4.

Såfremt årsopgørelsen viser, at udgiften til lægehjælp i dagtiden pr. sikret (egne sikrede) i en praksis i et år har overskredet den gennemsnitlige udgift pr. sikret inden for regionen, med 25% eller derover for basis- og ydeshonorarerne tilsammen, fastsættes højestegrænse for praksis' samlede indtægter ved ydeshonorarer fra regionen i dagtiden. Højestegrænsen kan iværksættes fra det følgende kvartals begyndelse. Højestegrænsen kan første gang iværksættes på baggrund af regnskabsåret 2014.

Stk. 5.

Varsling om iværksættelse af højestegrænsen fremsendes som et anbefalet brev til lægen. Eventuel tilbagebetaling sker ved modregning i lægens tilgodehavende hos regionen.

Regionen stiller kvartalsstatistikker til rådighed for de læger, der er pålagt en højestegrænse, således at de kan følge med i, hvordan de ligger i forhold til det gennemsnit, som højestegrænsen er fastsat i forhold til.

Højestegrænser administreres løbende, fx kvartalsvis. Ved årets udgang udarbejdes en årsopgørelse over lægens ydelsesforbrug pr. patient i forhold til gennemsnitligt ydelsesforbrug i samme periode i sammenligningsområdet. På baggrund af årsopgørelsen foretages endelig årsregulering. Hvis årsopgørelsen viser, at lægen er trukket for meget i årets løb, refunderes dette beløb inden 1. april.

⁵ Profylakseaftalen og lokale aftaler er ikke indeholdt i opgørelsen.

Hvis en læge med pålagt højstegrænse ophører med at praktisere inden der er gået et år efter pålægget, foretages der en samlet opgørelse for de nærmeste forudgående måneder med henblik på modregning for en samlet overskridelse i de pågældende måneder som helhed af højstegrænsen.

Stk. 6.

Højstegrænsen bortfalder, når udgiften i 2 år har ligget under den fastsatte grænse.

Lægevagten

Lægernes honorering er i vagttiden udelukkende baseret på omfanget af patienthenvendelser. Det betyder, at nogle vagter er mere økonomisk attraktive end andre.

Parterne er enige om, at der nedsættes en arbejdsgruppe vedrørende honorarstrukturen jævnfør bilag 8 A.

Arbejdsgruppen skal foretage en retrospektiv kortlægning af indtjeningen og den gennemsnitlige timehonorering i lægevagten. Dette arbejde skal være færdigt til oktober 2014.

Arbejdsgruppen kan på baggrund heraf udarbejde forslag til ændringer af den nuværende honorarmodel (eksempelvis en fast timehonorering eller omfordeling af honorarerne i vagttiden). Eventuelle ændringer søges aftalt inden udgangen af juni 2015, og implementeret i løbet af overenskomstperioden med et rimeligt varsel og indfasning.

Derudover skal arbejdsgruppen beskrive forholdene for omlægning af telefonkonsultation samt indførelse af en længerevarende konsultation.

Parterne er endvidere enige om at reducere antallet af mulige tillægsydelser og laboratorieundersøgelser i vagttiden, jf. vagthonorartabel, som vedlægges som bilag 8 B.

Indførelse af vagthonorartabellen medfører et provenu på 0,4 mio. kr.

Oplysningskampagne om den rigtige brug af egen læge

Parterne er enige om, at der gennemføres en oplysningskampagne for borgerne om, hvordan egen læge bruges mest hensigtsmæssigt.

Kampagnen skal blandt andet oplyse borgerne om brugen af e-konsultationer, hvad en konsultation omfatter, herunder muligheden for flere emner pr. konsultation, muligheden for sygebesøg, samt vigtigheden af at melde afbud.

Afskaffelse af ydelser

Side 37

Parterne er enige om, at nedenstående ydelser udgår af overenskomstens §§ 57 og 66:

2116	Paracentese af trommehinde
7114	Lysfelt mikroskopi
7106	Svamp dyrkning
7107	Andet, dyrkning
7168	Creatinin
7152	Fæces for blod

Provenuet fra afskaffelsen af ydelserne 2116, 7114, 7106, 7107, 7168 og 7152 beløber sig til 3,4 mio. kr., baseret på aktiviteten i 2013.

Afskaffelse af forløbsydelsen for diabetes (0107)

Parterne er enige om at afskaffe diabetesforløbsydelsen 0107 og tilhørende ydelser 0108, 0109, 0110.

Diabetesforløbsydelsen blev oprettet ved overenskomstforhandlingerne i 2006. Begrundelsen var et ønske om at introducere forløbstankegangen i forhold til kronikere i almen praksis. Der er siden blevet oprettet indikatorsæt og forpligtigelse til at ICPC-kode andre kroniske sygdomme. Der er derfor nu et ønske om at sidestille honoreringen for behandling af diabetes med honoreringen af andre kroniske sygdomme.

Dette vil ikke betyde ændringer i opgaven med behandling af diabetes patienter i almen praksis, men er udelukkende en ændring af honoreringsformen.

Parterne er enige om, at årskontrol for diabetes fremover honoreres med ydelse 0120. Mellemliggende kontroller honoreres som almindelige konsultationer.

Provenuet ved afskaffelsen af ydelse 0107 udgør 21 mio. kr. i 2013 niveau.

9.1 Tilretning af overenskomsten

Ændringen i sundhedsloven fra juni 2013 medfører en række konsekvensrettelser i overenskomst om almen praksis.

Parterne har i denne anledning gennemgået overenskomstens bestemmelser og holdt dem op mod den reviderede lov og er enige om at:

- §§ 3, 6, 11, 12, 13, 30 og 47 udgår.
- § 1 ændres til: "Denne overenskomst vedr. almen praksis, er indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO)."
- § 4 ændres til: "Praksisplaner for almen praksis udarbejdes af praksisplanudvalget i henhold til Sundhedslovens § 206 a og tilhørende bekendtgørelser/vejledninger."
- § 5 konsekvensrettes eller udgår.
- § x : der indføres en ny bestemmelse om kapacitet.
- § 8 : bestemmelsen ændrer navn til "Flytning" og stk. 1 og 2 udgår, stk. 3 ændres til "Læger, der ønsker at flytte praksis, skal indhente regionens godkendelse. Godkendelse skal i medfør af sundhedsloven meddeles, medmindre flytningen ændrer forudsætningerne for praksisplanen eller er i strid med praksisplanen."
- § 21 stk. 6 og tilføjelse af stk. 8. Bestemmelsen ændres således i stk. 6: "Almen praksis kan kun udøves i forbindelse med et konsultationssted", jf. dog stk. 8... Derudover tilføjes stk. 8: "Læger kan erhverve ledige kapaciteter af regionen og dermed eje op til 6 kapaciteter på 6 praksisadresser. For disse kapaciteter gælder det, at en kapacitet er lig med et ydernummer. Lægen som selv virker efter overenskomsten i et ydernummer kan ansætte speciallæger i almen medicin i de "andre" ydernummre ... under hensyntagen til reglerne i § 24 stk. 5".
- § 28 og 29 ændres som følge af, at kompetencen overgår til regionen.
- § 46 Udvidelse af oplysningerne i pkt. m og n, afventer bekendtgørelsen.
- Bilag 1 revideres i forhold til ændringerne i Udviklingskontrakten.
- Bilag 2 konsekvensrettes.

Parterne er enige om at ophæve § 2 i sin helhed.

Alle aftaler indgået efter § 2 i den nuværende overenskomst vil bestå i uændret, form indtil deres udløb eller opsigelse.

RLTN og PLO har hver en forbeholdt ret til at bevare § 2, såfremt parterne efterfølgende og inden overenskomstens ikrafttrædelse vurderer, at indgåelsen af overenskomstfravigende aftaler forudsætter en hjemmel i overenskomsten. § 2 vil i så fald lyde:

”Der kan indgås lokale aftaler, som fraviger eller supplerer nærværende overenskomst.”

9.3 Opsigelsesvarsel

Budgetsikkerhed er væsentlig for såvel regionerne som for lægerne.

For lægerne indebærer budgetsikkerhed, at der i praksis kan planlægges mere langsigtet, og dermed foretages de nødvendige investeringer i praksis, som udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen nødvendiggør, f.eks. investeringer i nyt apparatur. Budgetsikkerhed for lægerne er endvidere vigtigt i relation til ansat klinikpersonale og overvejelser om kapacitetsudvidelser eller nødvendige rationaliseringer.

Nuværende overenskomst indebærer en mindre grad af budgetsikkerhed for lægerne på grund af relativt korte opsigelsesvarsler i relation til overenskomstens ophør, omlægning af lægevagten, rammeaftaler mv.

Parterne er derfor enige om, at budgetsikkerheden underbygges ved at forlænge opsigelsesvarsler og foretage følgende ændringer i overenskomsten:

- § 136 stk. 1 ændres som følger: Overenskomsten kan af begge parter opsiges med mindst 6 måneders varsel til ophør den 1. i en måned.
- Bilag 3: " Protokollat om lægevagten af 21. december 2010" ændres som følger:

De enkelte regioner kan, jf. § 43, stk. 4 opsiges de nuværende bestemmelser om lægevagten med et varsel på mindst 12 måneder til den 1. i en måned.

- I relation til de mellem parterne aftalte rammeaftaler om;
 - Iværksættelse af tillægsydelser efter beslutning i regionerne og
 - Iværksættelse af laboratorieundersøgelser m.m. efter beslutning i regionerne

ændres § 5 i begge rammeaftaler på følgende måde:

- stk. 1: Rammeaftalen kan af begge parter opsiges med mindst 6 måneders varsel til ophør med udgangen af en måned.

- stk. 2: Regionen kan tilbagekalde sin beslutning om til slutning til rammeaftalen med 6 måneders varsel.

Det fremgår af forslaget til den ny sundhedslov, at loven skal understøtte, ”at regionerne har den nødvendige kompetence og dermed mulighed for at leve op til deres forpligtelse til planlægning og sikring af tilbud i hele det behandlende sundhedsvæsen”.

Parterne er på baggrund af ovennævnte enige om at kompetencen til at give tilladelse til etablering af satellitpraksis som supplement til det primære konsultationssted overgår til regionen. Der er således enighed om at § 27 stk. 1 ændres som følger:

§ 27 Satellitpraksis

Stk. 1.

Regionen kan give en praksis tilladelse til etablering af en satellitpraksis som supplement til det primære konsultationssted.

Stk. 2, 3, og er uændret.

9.5 Lægedækning og orienteringspligt

Med ændringen af sundhedsloven i sommeren 2013 blev der overdraget kompetence fra samarbejdsudvalgene til regionerne, bl.a. med hensyn til fysisk planlægning.

Parterne anerkender, at der er sammenhæng mellem lægekapacitet og udgifter. Regionerne har derfor ingen interesse i, at der etableres en lægepraksis et sted, hvor der ikke er kapacitetsproblemer.

Praksisplaner skal fremover udarbejdes i praksisplanudvalget, hvor almen praksis er repræsenteret, men regionen har den endelige beslutningskompetence. Den konkrete tildeling/salg af ydernumre til læger, herunder beslutning om placeringen af praksis, er således fremover omfattet af regionens kompetence.

Planlægningsproceduren indebærer en forudgående høring af lægerne i regionen, inden praksisplanen udarbejdes eller revideres.

Regionen skal som udgangspunkt ikke omtale enkelte eller flere konkret benævnte praksis i praksisplanen.

Hvis en region har planer om at opføre et offentligt ejet lægehus i et område, hvor der er læger, som har praksis til salg, skal regionen gå i dialog med de pågældende læger.

For at fremme dialogen mellem parterne og undgå unødige sager herom, er der enighed om følgende bestemmelser i overenskomsten:

§7 Årlig lægedækningsberegning

Stk. 1.

Formålet med den årlige fastsættelse af lægedækningen er at sikre, at antallet af læger i regionen er tilstrækkeligt til, at alle regionens gruppe 1-sikrede borgere kan tilmeldes en alment praktiserende læge.

Stk. 2-5 bibeholdes

Stk. 6.

Resultatet af den i stk. 2-5 anførte høring sammenholdes med det samlede antal patienter i regionen pr. 1. oktober, den geografiske spredning af læger og patienter og andre relevante forhold, herunder en vurdering af udviklingen i arbejdsmængden i almen praksis. Kapacitet tilvejebragt ved etablering af regionsdrevne klinikker og evt. private aktører jf. Sundhedsloven § 227, stk. 3, 5 og 6, indgår ved vurderingen. Samarbejdsudvalget orienteres om resultatet af lægedækningsberegningen umiddelbart efter lægedækningsberegningen forligger.

Stk. 7, 8, og 9 udgår.**§ x Regionens orienteringsforpligtigelse****Stk. 1**

Regionen giver samarbejdsudvalget en orientering om regionens planer i følgende situationer:

- a) Udløsning af alle ny ydernumre
- b) Opførelse af offentligt ejede lægehuse
- c) Udbud af drift af praksis
- d) Etablering af regionsklinik

Stk. 2

Såfremt regionen beslutter, at der skal opføres et offentligt ejet lægehus, søger regionen inden opførelsen, dialog med almen praksis i lokalområdet. Dialogen kan bl.a. omhandle eventuelle ønsker til indretning mv.

§ 8 Flytning**Stk. 1**

Læger, der ønsker at flytte praksis, skal indhente regionens godkendelse. Regionen skal godkende flytninger, som ikke ændrer forudsætningerne for praksisplanen eller er i strid med denne.

Stk. 2

Regionen kan godkende andre flytninger, hvis der foreligger særlige omstændigheder. F.eks. flytning af en i af praksisplanen matrikelbunden lægekapacitet som følge af en opsplittning af kompagniskab eller ophør i samarbejdspraksis.

10.1 Deltagelse i lægevagten

Ifølge sundhedslovens § 227 gøres det efter den 1. september 2014 muligt for en region og private aktører at drive en klinik for almen lægebetjening. Loven beskriver ikke, hvordan sådanne klinikker skal indgå i den lægevagtsbetjening, der i fire af landets regioner drives af almen praksis. De patienter, der er tilmeldt disse klinikker, samme ret til almen medicinsk lægebetjening uden for dagtiden som regionens øvrige patienter.

Parterne er på denne baggrund enige om, at §§ 43 og 44 ændres som følger:

§ 43 stk. 5: Det tilføjes, at "Klinikker drevet med hjemmel i sundhedslovens § 227 indgår ikke i lægevagtsbetjeningen. Klinikkerne bidrager dog til driften af regionens lægevagtsordning via lægevagtskontingent, på samme vilkår som regionens øvrige alment praktiserende læger."

§ 44 stk. 7: Følgende læger kan søge og få vagtydnumre og dermed deltage selvstændigt i en vagtordning uden at være tilmeldt overenskomsten om almen praksis:

1. Vagtydnummer med ret til at fungere som visitator:
 - a. Speciallæger i almen medicin
 - b. Uddannelsesamanuenser i fase III (hvis det er besluttet i samarbejdsudvalget)
2. Vagtydnummer uden ret til at fungere som visitator:
 - a. Uddannelseslæger
 - b. Læger uden speciallægeanerkendelse, hvis der foreligger en dispensation fra samarbejdsudvalget.
 - c. Læger, der hidtil har arbejdet i vagtordninger med selvstændigt vagtydnummer.

På alle vagter, hvor vagthavende læge ikke opfylder betingelserne for at betegne sig som alment praktiserende læge, skal der være en bagvagt, der opfylder disse betingelser. De i vagtordningen deltagende læger kan aftale, at deres lægelige medhjælp deltager i vagtordningen, og at der delta-

ger vikarer. Regionen og PLO-regionalt kan gøre spørgsmålet om det rimelige i omfanget af en læges anvendelse af vikar i vagten til genstand for drøftelse i samarbejdsudvalget.

Parterne har i foregående overenskomstperiode drøftet muligheden for at indføre en egentlig vandelsbestemmelse i overenskomsten for at få en mulighed for overenskomstmæssig sanktionering ved strafbare forhold, som anses for at være af væsentlig betydning for lægernes virke under overenskomsten. Der er dog uklarheder om det juridiske grundlag for bestemmelsen, der kræver en ekstern vurdering.

På baggrund heraf vil parterne anmode Kammeradvokaten om at udarbejde et juridisk responsum, som har til formål at udrede og vurdere mulighederne for at indføre en vandelsbestemmelse i overenskomsten.

Når Kammeradvokatens vurdering foreligger, er parterne enige om hurtigst muligt at drøfte ændringer i overenskomsten med henblik på indførelse i overenskomstperioden.

Digitaliseringen af sundhedsvæsenet har skabt et komplekst landskab af aktører, hvor der stilles krav fra mange sider til såvel systemleverandører som de praktiserende læger. Der er et stærkt stigende pres på kravene til udvikling og tilpasning af it-systemerne i almen praksis.

Det er alt afgørende at få direkte indflydelse på it-løsninger og videreudviklingsopgaver, der påvirker den kliniske arbejdsgang i praksis. Samtidig bør der findes en model for, hvordan implementeringen af aftalte it-løsninger kan udrulles til hele almen praksis og hos alle systemleverandører inden for aftalte tidsrammer og vilkår i øvrigt.

Parterne er enige om at se på om, der kan etableres et samarbejdsforum, hvor PLO og Danske Regioner i fællesskab kan søge indflydelse på prioritering af nye it-initiativer, der beslutes af centrale myndigheder.

Der nedsættes en arbejdsgruppe bestående af seks personer, tre udpeget af Danske Regioner og tre udpeget af PLO. Arbejdsgruppen skal inden udgangen af 2014 fremlægge et kommissorium til et fælles samarbejdsudvalg for it i almen praksis, som parterne herefter umiddelbart kan igangsætte.

Det nuværende bilag 13: Kommissorium og sammensætning af et fælles samarbejdsudvalg for IT i almen praksis af 21. december 2010 udgår.

11.1 Regulering

Parterne er enige om at ændre beregningsmetoden for pris- og lønregulering af overenskomstens honorarbestemmelser. Således erstattes den eksisterende § 68 i overenskomsten med nedenstående.

Derudover er parterne enige om, at det er muligt at aftale, at den økonomi, der genereres af reguleringsordningen, kan anvendes til for eksempel:

- Særlige stigninger på udvalgte honorarer
- Indbetalinger til fonde
- Finansiering af nye ydelser
- Finansiering af aktivitetsstigning

For den kommende aftaleperiode er parterne enige om, at den økonomi, der genereres af reguleringsordningen, anvendes til generelle honorarstigninger, og at disse fordeles ligeligt på alle honorarer i overenskomsten.

§ 68. Regulering af honorarer

Stk. 1.

De i §§ 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 65, 66 og 102 nævnte honorarer er fastsat pr. 1. april 2014 prisniveau.

Stk. 2.

Omkostningsandelen af honorarerne reguleres

- pr. 1. april med 25 % af den procentvise stigning, der har været i nettoprisindekset fra juli året før til januar samme år og
- pr. 1. oktober med 25 % af den procentvise stigning der har været i nettoprisindekset fra januar til juli samme år.

Nettoandelen af honorarerne og tilskud reguleres

- pr. 1. april med 75 % af den procentvise stigning, der har været i den særlige reguleringsprocent for regioner fra oktober året før til april samme år og
- pr. 1. oktober med 75 % af den procentvise stigning der har været i den særlige reguleringsprocent for regioner fra april til oktober samme år.

Stk. 3

Side 50

Den samlede reguleringsprocent efter stk. 2 angives med to decimaler.

Stk. 4

Reguleringen efter stk. 2 finder sted den 1. april og 1. oktober og sker første gang den 1. oktober 2014.

NOTE TIL § 68, stk. 2:

I de tilfælde, hvor der ved overenskomstfornyelse for de ansatte i regioner aftales generelle løntrinsprojekter eller lignende for samtlige ansatte, som træder i stedet for en stigning i den særlige reguleringsprocent, skal honorarerne reguleres tilsvarende.

Der foretages en række justeringer i den nuværende økonomistyringsmodel:

- Profylakseaftalen, influenzavaccinationer og udtagelse af prøver af livmoder m.m. til cytologiske undersøgelser (2102) inkl. én 0101 undtages fra rammen på linje med lokale aftaler (medmindre andet aftales).
- Endvidere undtages sygebesøg og samtaleterapi samtidig med indgåelsen af lokale aftaler herom, jf. afsnit om decentralisering.
- Der indføres en "bagatelgrænse", således at modregning i reguleringsprocenten ikke iværksættes, hvis en eventuel overskridelse af den økonomiske ramme udgør mindre end ½ procent af den samlede ramme. Der gælder ikke en bagatelgrænse i det efterfølgende år, medmindre andet aftales.
- Hvis der konstateres en overskridelse af rammen ud over ½ procent, modregnes denne del af overskridelsen via den hidtidige modregningsmekanisme. Der skal dog foretages en særlig vurdering af væksten i ydelse 0120 (aftalt specifik forebyggelsesindsats). Hvis væksten i denne ydelse ligger over den samlede vækst i almen praksis, nedsættes den samlede modregning med halvdelen af væksten i 0120. Der gælder ikke en bagatelgrænse i det efterfølgende år, medmindre andet aftales. Der foretages i øvrigt revision af ydelsesbeskrivelsen, inden overenskomsten træder i kraft med henblik på en opstramning af anvendelsen af ydelsen.
- Fremover bør den økonomiske ramme teknisk korrigeres for følgende:
 - o Opsagte lokalaftaler i det omfang, aktiviteten flyttes inden for rammen.
 - o Ændringer i omfanget af andre leverandører (private klinikker og regionsklinikker)
 - o Nye ydelser som følge af lovgivning, bekendtgørelse eller lignende.
- Udviklingen i økonomien sammenholdt med den økonomiske ramme følges løbende, som minimum via kvartalsvise opgørelser.

I den forbindelse skal der ske en drøftelse af fælles tiltag, hvis der er udsigt til overskridelse af den forventede økonomi.

- PLO og Danske Regioner gennemfører i den kommende overenskomstperiode et fælles analysearbejde vedrørende udviklingen af opgavemængden i almen praksis og sammensætningen heraf, jf. de politiske udmeldinger af 4. november 2013.
- For at undgå afrundingsvanskeligheder, er der enighed om at eventuel modregning foretages med to decimaler. Der anvendes som udgangspunkt statistiske data, og der sker således ikke efterregulering ved ændret adfærd.

Der er enighed om, at det er grundlæggende vigtigt, at der er sammenhæng mellem opgaver og ressourcer således, at der følger ressourcer med, når almen praksis skal varetage nye opgaver. I det omfang regionen ønsker opgaveflytning til almen praksis, indgås lokalaftale herom.

Det forudsættes, at den løbende opgavesivning til og fra almen praksis kan håndteres inden for den fastsatte ramme. Der kan fortsat centralt aftales korrektioner af rammen som følge af ekstraordinær sygelighed og større strukturelle ændringer samt ændringer som følge af lovgivning.

De økonomiske konsekvenser af aftalen, herunder opgørelsen af den økonomiske ramme beskrives i forhandlingsaftalens afsnit 10.3.

Ændringerne er indarbejdet i protokollatet, som er vedlagt som bilag 10 A. Dette bilag erstatter det nuværende bilag 4 til overenskomsten.

11.3 Forhandlingsaftalens økonomi

Side 53

De økonomiske konsekvenser af aftalen, herunder opgørelsen af den økonomiske ramme beskrives i det følgende samt bilag 11 B.

Parterne er enige om, at den økonomiske ramme for almen praksis pr. 1. september 2014 opgøres som følger:

Rammen udgjorde 7.703,9 mio. kr. (april 2013-niveau) pr. 1. september 2013, jf. aftale af 18. september 2013.

Hertil lægges løn- og prisregulering pr. 1. oktober 2013 og 1. april 2014, hvorefter rammen udgør 7.740 mio. kr. (april 2014-niveau).

Der fratrækkes som følge af ændringer i honorarbestemmelserne (afskaffelse af ydelserne 7152, 7114, 7106, 7107, 7168 og 2116, afskaffelse af diabetesydelsen 0107 og reducerede ydelsesmuligheder i vagttiden) 25,1 mio. kr., jf. kapitel 8.

Den økonomiske ramme udgør herefter 7.714,9 mio. kr. (april 2014-niveau) pr. 1. september 2014. Parterne er enige om, at der udestår korrektion af rammen for overgangsåret for effekten af besluttede ændringer i akutbetjeningen i regionerne, jf. aftale af 18. september 2013 og aftale på partsmøde 3. oktober 2013.

Blandt andet som følge af udviklingen i gruppe 1-sikrede tillægges rammen følgende (april 2014 prisniveau):

- 43 mio. kr. pr. 1. oktober 2014,
- 78 mio. kr. pr. 1. oktober 2015 og
- 120 mio. kr. pr. 1. oktober 2015

I medfør af den nye bestemmelse om automatiske højstegrænser fratrækkes rammen følgende (april 2014 prisniveau):

- 10 mio. kr. pr. 1. oktober 2014
- 35 mio. kr. pr. 1. oktober 2015
- 40 mio. kr. pr. 1. oktober 2016

Herudover er aftalt følgende udgiftselementer som ikke påvirker økonomirammen (april 2014 prisniveau):

- Der afsættes 21 mio. kr. årligt til kvalitetsinitiativer, herunder etablering og drift af kvalitetsmodel, jf. kapitel 5.

- Regionernes indbetalinger til Fonden for almen praksis øges herudover med 6 mio. kr. i det første overenskomstår, 31 mio. kr. i det andet overenskomstår, og 56 mio. kr. i det tredje overenskomstår, jf. bilag 6A.
- Der indbetales endvidere til Fonden for almen praksis til finansiering af Forskningsenheden for Almen Praksis i Aalborg 2 mio. kr. i det første overenskomstår, 3 mio. kr. i det andet overenskomstår, og 5 mio. kr. i det tredje overenskomstår, jf. kapitel 5.3.
- Regionerne yder i forbindelse med første akkrediteringsrunde tilskud pr. lægekapacitet på 10.000 kr. ved påbegyndelse af akkreditering og 10.000 kr. ved akkrediteringens afslutning. Omkostningen herved skønnes til 7 mio. kr. i det første overenskomstår, 22 mio. kr. i det andet overenskomstår, og 22 mio. kr. i det tredje overenskomstår, jf. kapitel 5.

12 Ikrafttrædelse

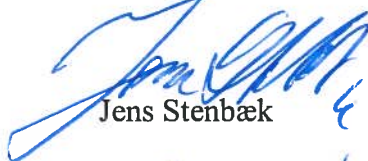
Side 55

Parterne er enige om, at aftalen om almen praksis med de ændringer, der følger af nærværende aftale⁶, træder i kraft den 1. september 2014.

Parterne er enige om, at næste forhandling af aftalen på uopsagt grundlag bør være gennemført til ikrafttræden den 1. september 2017.

København, den

For
Regionernes Lønnings- og
Takstnævn

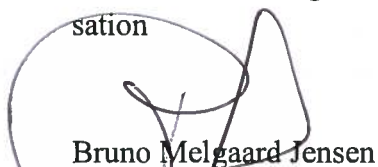


Jens Stenbæk



Kristian Heunicke

For
Praktiserende Lægers Organi-
sation



Bruno Melgaard Jensen



Peter Orebo Hansen

⁶ Parterne er enige om, at der i forbindelse med implementeringen af nærværende aftale i ny overenskomst foretages en teknisk gennemgang.

Bilag 1 A Forord og udviklingskontrakt

Kontrakten for almen praksis

Overenskomsten for almen praksis kan betragtes som en kontrakt, som indgås mellem de to parter, og som beskriver indhold, vilkår, rammebetingelser og kvalitetsmål mv. for opgaveløsningen med udgangspunkt i de overordnede mål og visioner.

Denne kontrakt for almen praksis er opdelt i henholdsvis en langsigtet udviklingsdel og en reguleringsdel, der omfatter overenskomstperioden.

Udviklingsdelen beskriver de overordnede mål og visioner for almen praksis som en del af det sammenhængende sundhedsvæsen. Formålet med udviklingsdelen er at lægge et spor ud for almen praksis, som parterne er enige om at understøtte via en fælles indsats. Udviklingsdelen sætter dagsordenen og forpligter parterne på den fælles ambition om at forny og udvikle almen praksis på længere sigt i takt med udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen.

Reguleringsdelen indeholder de konkrete bestemmelser, der gælder for driften i almen praksis. Reguleringsdelen har til formål at implementere de overordnede mål og visioner for almen praksis, som er aftalt i udviklingsdelen, ved at fastsætte i detaljen opgaver, pligter og ansvar. Reguleringsdelen revideres løbende og genforhandles med aftalt tidsinterval.

Den udviklingsorienterede del af kontrakten for almen praksis

Indledning

Almen praksis er hovedhjørnестen i det danske sundhedsvæsen og fungerer som et attraktivt og tilgængeligt sundhedstilbud i lokalmiljøet.

I fremtidens sundhedsvæsen er almen praksis fortsat borgernes hyppigste kontakt og primære indgang til sundhedsvæsenet og udfylder roller som generalist, gatekeeper og tovholder. Almen praksis har dermed stor betydning for borgernes sundhed og for det samlede forløb på tværs af sektorgrensener.

Den generelt større efterspørgsel i befolkningen efter sundhedsydelser og sygehusenes stigende specialisering og centralisering vil ændre opgaveløsningen i almen praksis. Det er nødvendigt at sikre de tilstrækkelige

ressourcer og den tilstrækkelige kapacitet, så almen praksis fortsat kan være en nøglefigur i det danske sundhedsvæsen.

Side 57

Almen praksis skal understøttes i den gode udvikling, der allerede er i gang, gennem en fortsat udvikling af faget almen medicin.

Det skal bl.a. ske gennem fokuseret kvalitetsudvikling, efteruddannelses-tilbud, forskning, og organisationsudvikling. Det skal ligeledes ske gennem de nye praksisplanudvalg, som skal udarbejde praksisplan for almen praksis. I den forbindelse vil et vigtigt fokusområde være at sikre større sammenhæng for patienter, som har samtidige forløb i flere sektorer, herunder patienter med psykiske lidelse, de ældre medicinske patienter samt patienter med kronisk sygdom.

En sådan udvikling og understøttelse af almen praksis vil samlet set bidrage til at opbygge en endnu stærkere faglig platform i almen praksis og gøre det attraktivt at arbejde i sektoren. Samtidig kan styrkelsen af kvaliteten, kapaciteten og rammerne om almen praksis medføre en ændring af balancen i forhold til det specialiserede sundhedsvæsen.

Visioner og målsætninger for udviklingen af almen praksis

Der er tre overordnede visioner for fremtidens almene praksis:

- *En bæredygtig almen praksis, der fungerer effektivt som indgang til sundhedsvæsenet for alle borgere i alle dele af landet.*
- *En almen praksis, der varetager afsluttet behandling af de fleste almindeligt forekommende lidelser*
- *En almen praksis, der er en integreret del af sundhedsvæsenet og indgår i gensidigt forpligtende samarbejde med resten af sundhedsvæsenet.*

-

Nedenfor beskrives de målsætninger, der skal bidrage til realisering af visionen.

1. Roller og opgaver i almen praksis

Almen praksis er oftest patienternes første møde med sundhedsvæsenet. Derfor er en af almen praksis' store styrker et kontinuert kendskab til den enkelte patient. Almen praksis' grundlæggende funktion er også i fremti-

den selvstændig varetagelse af undersøgelse, vurdering og behandling af langt størstedelen af de symptomer, sygdomme og helbredsproblemer, som borgerne henvender sig til sundhedsvæsenet med.

Almen praksis er en del af et integreret sundhedsvæsen, og almen praksis skal fortsat udvikles og tilpasses i takt med det øvrige sundhedsvæsen.

Almen praksis har fortsat en central placering som patienternes primære indgang og kontakt til sundhedsvæsenet og varetager effektivt rollerne som generalist, gatekeeper og tovholder.

Der er nogle centrale udfordringer i forhold til de opgaver, som almen praksis forventes at varetage i de kommende år, som kan give behov for en ændret tilrettelæggelse af indsatsen hos de praktiserende læger. Dette vedrører blandt andet indsatsen over for patienter med kronisk sygdom, forebyggelsesindsatsen, akutberedskab samt behovet for at målrette almen praksis' opgavevaretagelse i forhold til decentrale behov, jf. nedenfor.

Patienter med kronisk sygdom

Der er behov for en styrket indsats for patienter med kronisk sygdom.

Almen praksis varetager allerede i dag i vid udstrækning behandling og kontrol af patienter med kronisk sygdom. Der er faglig konsensus om, at almen praksis fortsat skal behandle denne patientgruppe i proaktive og planlagte forløb. Det indebærer bl.a., at almen praksis tager initiativ til at sikre en effektiv behandlingsindsats samt fremme af sine tilmeldte patienters sundhed. Redskaberne er bl.a. identifikation og registrering af kronikere samt brug af indkaldelser af patienterne.

Et væsentligt mål med udviklingen af kronikerindsatsen er at forebygge og dermed reducere patienternes behov for behandling i det specialiserede sundhedsvæsen samt i øvrigt at styrke patienternes evne til egenomsorg. Almen praksis fokuserer derfor endvidere på egenomsorg og patientrettet forebyggelse.

Centrale og regionale forløbsprogrammer vil udgøre rammerne for kronikeromsorgen, og efterhånden som der udvikles forløbsprogrammer vil en større del af behandlingsindsatsen overfor patienter med kronisk sygdom blive placeret i almen praksis.

Den styrkede indsats muliggøres bl.a. ved øget og målrettet inddragelse af praksispersonale, fokus på effektiv arbejdstilrettelæggelse samt fokus på aktiv dialog om patienten med relevante aktører.

Almen praksis har mulighed for at understøtte proaktive og planlagte forløb på grundlag af systematisk dokumentation af de kliniske aktiviteter, kvaliteten og henvisningsadfærden i regi af den enkelte praksis og i forhold til den enkelte patient.

Rammerne for samspillet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen har også betydning. Målet er, at alle parter følger fælles, faglige retningslinjer og aftaler for samarbejde og arbejdsdeling på tværs i sundhedsvæsenet.

Forebyggelse

Forebyggelsesindsatsen i almen praksis målrettes.

Det er en grundlæggende udfordring at styrke forebyggelsesindsatsen i det samlede sundhedsvæsen som en væsentlig del af både forebyggelsen af livsstilssygdomme og af behandlingen af patienter med kronisk sygdom, herunder forebygge for u hensigtsmæssige indlæggelser.

Kommunerne varetager den forebyggende indsats i form af fx rygestoptilbud, træningstilbud og generel patientuddannelse, mens almen praksis' ressourcer målrettes mod den medicinsk forebyggende indsats, identifikation af forebyggelsesbehov, indledende motiverende samtale og henvisning til kommunale sundheds- og akuttilbud.

Akutberedskab

De praktiserende læger varetager en stor del af de akutte opgaver i dagtiden og i vagttiden.

Udviklingen i sundhedsvæsenet med en stigende specialisering og centralisering af sygehusvæsenet samt geografiske forskelle i og mellem regionerne medfører behov for nyvurdering af opgavefordeling og struktur i sundhedsvæsenets akutfunktion.

Der arbejdes for at implementere anbefalinger fra Udvalg om det Præhospitale Akutberedskab. PLO har tilkendegivet, at dette dog ikke gælder anbefalingen vedr. fælles regional ledelse af lægevagten.

Herunder kan der blive tale om en ændret inddragelse af almen praksis.

Side 60

En ændret inddragelse af almen praksis i akutberedskabet vil ske under hensyntagen til almen praksis' kapacitet. Det skal endvidere sikres, at de praktiserende læger har de nødvendige faglige kompetencer.

Almen praksis' opgavevaretagelse i forhold til decentrale behov

Med praksisplanudvalgene og praksisplanerne er det sigtet, at samarbejdet om en række opgaver vedr. almen praksis, herunder gensidig tilgængelighed fastlægges lokalt. Dette vil sikre, at opgaverne tilrettelægges og løses så de flugter med de lokale behov så der skabes bedre sammenhæng og koordination i sundhedsindsatsen i feltet mellem de praktiserende læger og regioner og kommuner.

Der vil dog fortsat ske en central fastlæggelse af de overordnede rammer for almen praksis. Dels kan der være hensyn til at sikre ensartethed i serviceniveau og i forhold til de ydelser, som en borger kan forvente at modtage, uanset hvilken region borgeren er bosat i. Dels vil der være kerneopgaver i forhold til visitation og behandling mv. af patienter, som almen praksis hensigtsmæssigt varetager, uanset region; og dermed kerneydelser, der med fordel omfattes af en landsdækkende overenskomst. Almen praksis følger centralt fastsatte faglige retningslinier/principper og forløbsprogrammer, fx fra Sundhedsstyrelsen.

2. Samspil

Mange patientforløb går på tværs af almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen. Det er en grundlæggende udfordring for almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen at sikre effektive og sammenhængende patientforløb. Det er også en grundlæggende udfordring at sikre, at behandlingen sker på laveste, effektive omsorgsniveau. Det er til gavn for patienterne, og det sikrer den bedst mulige ressourceanvendelse i det samlede sundhedsvæsen.

Regioner og kommuner skal samarbejde med almen praksis om at understøtte udviklingen af almen praksis i tæt sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen. Dette kan blandt andet ske i regi af praksisplanerne.

Det skal sikres, at der er et godt samspil mellem almen praksis, det specialiserede regionale sygehusvæsen, det kommunale sundhedsvæsen og den øvrige praksissektor.

Da de fleste behandlingsforløb starter i almen praksis, er det væsentligt, at alle aktører tager gensidige hensyn, når der foretages planlægning i forhold til sammenhængende patientforløb, herunder forløbsprogrammer. Formålet er, at de praktiserende læger kan bidrage til fastlæggelsen af deres egen rolle i samarbejdet og arbejdsdelingen og sikre, at der fastlægges procedurer, som er afstemte med arbejdsgangen i almen praksis og med de myndigheder der agerer på vegne af borgere, der ikke selv kan henvende sig eller komme i kontakt med lægen.

Som en basal del af sektorens funktion indgår almen praksis i et forpligtende samarbejde og arbejdsdeling i forhold til sygehusvæsenet, den øvrige praksissektor og det kommunale sundhedsvæsen. Dette gælder både samarbejdet med myndighederne om planlægning, administration mv. og samarbejdet om patientforløb. Det er en gensidig forpligtelse, der også stiller krav til det øvrige sundhedsvæsen.

Almen praksis følger retningslinjer og aftaler mv. om arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, som forudsættes varetaget af almen praksis i medfør af det centrale aftalekompleks, praksisplanerne og underliggende aftaler i medfør af praksisplanerne, når almen praksis samarbejder med det omgivende sundhedsvæsen om enkeltpatienter og patientgrupper. Fx i forhold til pakkeforløb for kræft- eller hjertepatienter, retningslinjer for ambulant udredning i sygehusvæsenet, forløbsprogrammer for kronisk sygdom og sundhedsaftaler mellem regionen og kommunerne i regionen

Samspillet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen er styrket, bl.a. ved at der er nedsat kommunalt-lægelige udvalg i alle kommuner. Udvalgene sætter rammen for dialog og initiativer om de lokale sundhedsmæssige problemstillinger, som vedrører kommunerne og lægerne.

Samtidig sker der en målrettet brug af dialogbaserede redskaber, bl.a. i forhold til praksiskonsulentordningerne, med henblik på at understøtte samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen og styrke implementering af de centralt og decentralt aftalte tiltag. Det er afgørende, at praksiskonsulentens opgaver, ansvar og rolle er konkret beskrevet.

Dialogen om hvilke rammer og redskaber regioner og kommuner kan stille til rådighed for at understøtte almen praksis i samarbejdet med den øvrige sundhedsvæsen finder blandt andet sted i praksisplanudvalgene.

Redskaberne er bl.a. lettilgængelige og overskuelig information om placering af de enkelte specialer på sygehusene, adgangen til patientvejledere, oversigter over henvisningsmuligheder i sygehusvæsenet samt kommunale sundhedstilbud.

Det er hensigtsmæssigt, at almen praksis er i stand til at færdigudrede og færdigbehandle så mange patienter som muligt. I nogle tilfælde har almen praksis behov for sundhedsfaglig specialistrådgivning, før der kan foretages en endelig udredning. For at optimere patientbehandlingen i almen praksis frem for at viderehenvise til sygehus behandling kan der derfor være behov for sparring og supervision med sygehuslæger. Det kan f.eks. være i form af telefonisk kontakt, mailsparring og telekonference.

Et andet redskab kan være, at almen praksis får mulighed for rekvisition af diagnostiske undersøgelser. Det giver almen praksis mulighed for at færdigudrede patienten i stedet for at henvise patienten til udredning på sygehuset. For de enkelte diagnostiske undersøgelser skal der aftales regionale kriterier for, hvilke og hvornår de kan rekvireres af almen praksis.

Der er samtidig en gensidig forpligtelse til i relevante tilfælde at sørge for hurtig og fyldestgørende kommunikation mellem de relevante parter i sundhedsvæsenet.

Regioner og kommuner sørger fx for hurtig, kort og relevant orientering af den praktiserende læge, når patienterne har været i kontakt med sygehusvæsenet eller kommunale sundhedstilbud, og de praktiserende læger sørger for hurtig og fyldestgørende orientering i relevante tilfælde, når borgerne har været tilset af en læge.

Også på andre områder er det vigtigt, at aktørerne i sundhedsvæsenet (sygehusene, almen praksis og kommunerne) udfylder deres rolle, fx i forhold til dosisdispensering.

3. Lægedækning, organisering og kapacitet

Med almen praksis som en nøglefigur i det danske sundhedsvæsen, er det nødvendigt at sikre tilstrækkelig kapacitet og en effektiv ressourceanvendelse i sektoren, så almen praksis kan løfte fremtidens opgaver.

Som grundlæggende forudsætning er alment praktiserende læger selvstændigt erhvervsdrivende under en fælles kontrakt.

Det er nødvendigt at sikre lægedækning i alle dele af landet, så alle borgere har mulighed for at blive tilmeldt en alment praktiserende læge eller praksis. Borgerne skal samtidig have reelle valgmuligheder, når de vælger læge eller praksis.

Det er efter sundhedsloven regionernes forpligtelse at tilvejebringe og sikre tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner, herunder almen praksis.

Sikring af lægedækning er et fælles problem for partern. Dette indebærer blandt andet, at de regionale parter bør informere hinanden i god tid, før mulige lægedækningsproblemer opstår.

Rekruttering og fastholdelse af læger og praksispersonale i sektoren skal fremmes. Rekruttering handler om at fremme den faglige udvikling og arbejdsmiljøet, så det fortsat er fagligt udfordrende at arbejde i almen praksis. Fastholdelse handler om at gøre det attraktivt at blive længere i sektoren og dermed udsætte tidspunktet for erhvervsophør.

Flerlægepraksis skal udbredes, idet behovet for at bevare muligheden for at drive solopraksis i fremtiden samtidig anerkendes.

Det er desuden nødvendigt at øge kapacitet og effektiv ressourceanvendelse i almen praksis ved øget og målrettet anvendelse af praksispersonale samt målrettet ledelse og arbejdstilrettelæggelse i den enkelte praksis. Målet er at sikre øget kapacitet og lægedækning samt imødekomme øget efterspørgsel efter sundhedsydelser bl.a. som følge af ændringer i befolkningens alderssammensætning.

4. Kvalitet, kompetenceudvikling, forskning, service og IT

Almen praksis har fokus på faglige og organisatoriske aspekter af kvaliteten i det daglige arbejde i praksis og patienternes oplevelse af almen praksis.

Almen praksis arbejder systematisk med at fastholde og udvikle en høj kvalitet i ydelserne i almen praksis, og det sker i samspil med det øvrige sundhedsvæsen. Alle praksis er involveret i kvalitetsudvikling som en integreret del af det daglige arbejde i praksis. Fremadrettet skal data fra patienttilfredshedsundersøgelser anvendes i den enkelte praksis' arbejde med løbende at udvikle kvaliteten. Kvalitetsdata fra datafangst i almen praksis skal ligeledes medvirke til at styrke kvaliteten af det sundhedstilbud, der tilbydes patienterne og samtidig give forskningen mulighed for at analysere data fra hele sundhedsvæsenet. Det er vigtig viden i forhold til at kunne planlægge sammenhængende patientforløb. Kvalitetsdata fra almen praksis kan samtidig være med til at sikre en større grad af gennemsigthed i sundhedsvæsenet. Offentliggørelse af kvalitetsdata skal ikke kunne identificere den enkelte patient, læge eller praksis.

Den Danske Kvalitetsmodel introduceres i almen praksis som et redskab for den enkelte praksis til at arbejde systematisk med kvalitetsudvikling.

Kompetenceudvikling i almen praksis i form af efteruddannelse er ligeledes et vigtigt element i kvalitetsudviklingen i den enkelte praksis. Dygtige og veluddannede praktiserende læger er en forudsætning for en høj faglige kvalitet i patientbehandlingen i almen praksis, og efteruddannelse skal bidrage til at lægerne har opdaterede kompetencer indenfor den nyeste viden og evidens.

Almen praksis holder sig fagligt ajour og anvender accepterede og tidsvarende metoder og tekniske løsninger ved udredning, behandling og opfølgning.

Service

Det skal være let for patienter, pårørende og samarbejdspartnere at komme i kontakt med almen praksis. Det gælder også i de situationer hvor en pårørende eller kommune henvender sig på vegne af en borger, der ikke selv er i stand til at henvende sig til lægen. Der er flere veje til at sikre en god tilgængelighed. Det bliver en opgave for praksisplanudvalgene at medvirke til en fortsat god tilgængelighed. En god service og tilgængelighed vises blandt andet ved, at der gennem praksisdeklarationerne skabes gennemsigthed overfor omverdenen omkring, hvilken service den enkelte praksis tilbyder.

IT

At drive en effektiv praksis i tæt samarbejde med det omgivende sundhedsvæsen og patienterne kræver, at informationsteknologi bruges aktivt. IT er også en forudsætning for, at praksis kan arbejde med databaseret kvalitetsudvikling og have adgang til opdateret faglig viden og beslutningsstøtte. IT skal bruges stadigt mere aktivt i almen praksis og i kommunikation med patienter og det øvrige sundhedsvæsen og nye teknologiske muligheder tages løbende i brug.

På medicinområdet udgør implementeringen af Fælles Medicinkort (FMK) en udvikling, der har til formål at minimere fejl og utilsigtede hændelser. Anvendelsen af FMK forventes at styrke sikkerheden omkring medicinbehandling, især hos patienter der modtager mange præparater. En effektiv implementering af FMK betyder, at almen praksis orienterer sig via det overblik som medicinkortet giver. Tilrettelæggelsen af dele af opfølgningen laves lokalt som del af praksisplanerne.

Forskning

Det er vigtigt, at der forskes i og om almen praksis. Forskningsresultater skal bringes ud til og forny praksis gennem kompetence- og kvalitetsudvikling. Det er derfor væsentligt at sikre sammenhæng mellem forskning, kvalitetsudvikling og kompetenceudvikling.

Bilag 1 B Samspil mellem sygehusvæsenet og almen praksis

Side 66

I relation til samspillet mellem sygehusvæsenet og almen praksis kan der i uprioriteret rækkefølge med fordel fokuseres på følgende:

1. Formaliseret rådgivning fra sygehusvæsenet til almen praksis i forhold til udredning af de patienter, hvor almen praksis ikke har mulighed for at afslutte udredningen alene. Rådgivningen kan tilbydes på flere måder:
 - a. Telefonisk kontakt. Giver praktiserende læger mulighed for at få hurtig rådgivning af akutte og sub-akutte patienter. Skal tage højde for sygehusenes organisering og arbejds gange.
 - b. Mail-sparring. Praktiserende læge fremsender elektronisk fokuserede spørgsmål og medsender relevante oplysninger fra journalen, så patienten kan vurderes uden at møde fysisk frem på sygehuset. Forudsætter, at der kan formuleres korte klare spørgsmål, som kan besvares kort og klart. Ikke egnet i tilfælde, hvor der er behov for akut eller sub-akut specialistrådgivning.
 - c. Telekonference. Åbner mulighed for, at begge parter f.eks. kan se på samme billedmateriale.

2. Adgang for almen praksis til billeddiagnostiske undersøgelser. Giver mulighed for at almen praksis kan færdigudrede patienten i stedet for at henvise patienten til udredning på sygehuset. For de enkelte diagnostiske undersøgelser aftales regionalt kriterier for, hvilke og hvornår de kan rekvireres af almen praksis.

3. Det skal være entydigt, hvordan og hvortil den praktiserende læge skal henvise patienter. Dette kan opnås på flere måder:
 - a. Central visitationsenhed.
 - b. Specialeopdelt fælles visitation.
 - c. Andre muligheder for smidig håndtering af henvisninger, f.eks. intern fordelingsmodel for henvisninger på og mellem sygehusene.

4. Både almen praksis og patienten bør have overskuelig information om placering af de enkelte specialer på sygehusene samt adgangen til patientvejledere.
5. Almen praksis bør sende henvisninger af høj kvalitet, hvoraf relevant information til sygehusene fremgår.
 - a. MedCom-standarden ”Den gode henvisning” er grundlaget.
 - b. Fremover bør anvendes en dynamisk henvisning. Herved målrettes de informationer, der skal medsendes til sygehuset. Fokus skal være på de oplysninger, der er vigtige for det enkelte speciale. Praksiskonsulenter inddrages i dette arbejde.
6. Epikriser bør udarbejdes umiddelbart i forlængelse af udskrivning fra sygehuset.
 - a. Epikrisen skal være kort og relevant.
 - b. Der bør ske en hurtigere telefonisk kontakt til almen praksis fra sygehuset i de tilfælde, hvor der skal følges op umiddelbart efter udskrivelsen.
 - c. Der etableres tilgængelig information til brug for sygehuspersonalet om, hvordan man akut kan kontakte de enkelte almene praksis.
7. Ved udskrivning opfordres patienten til at henvende sig til egen læge for aftale om en opfølgende konsultation, hvis der er behov for dette. Det noteres også i epikrisen.
 - a. Der bør – evt. i MedCom regi – arbejdes videre med en konkret løsning, eksempelvis en pop-up funktion, der gør almen praksis opmærksom på, at en patient har undladt at kontakte sin egen læge i modstrid med en anbefaling i epikrisen.
8. I forbindelse med ferier og andet fravær i enkeltmandspraksis håndteres sygehusenes fremsendte epikriser ikke. Der bør eksempelvis i MedCom regi udarbejdes en løsning, der muliggør, at vikarierende almen praksis kan screene epikriser fra den almen praksis, som der vikarieres for, så der sikres akut og sub-akut opfølgning på patienterne.

9. Opfølgende hjemmebesøg (eller udskrivningskonsultationer) efter udskrivning fra sygehus kan minimere risikoen for genindlæggelser betragteligt. Der er på landsplan stor forskel på, hvor mange opfølgende hjemmebesøg/udskrivningskonsultationer, der gennemføres i henhold til indgåede § 2 aftaler. Det bør analyseres, hvad baggrunden for disse forskelle er, herunder organiserings betydning for aktiviteten.
10. Udgående teams fra sygehusvæsenet tilbyder specialiseret behandling og rådgivning med henblik på at forebygge (gen)indlæggelser. For alle teams er et tæt samarbejde med såvel almen praksis som hjemmeplejen relevant, herunder også systematisk samarbejde og deling af information om behandling og behov for yderligere opfølgning i almen praksis.
11. Hvis der under sygehusindlæggelse sker ændringer i patientens medicinering og dette har betydning for patientens dosispakke medicin, påhviler det ved udskrivelse sygehuset at give patientens sædvanlige apotek besked. Patientens egen læge skal ligeledes orienteres.
 - a. Der er aktuelt en praktisk udfordring for sygehusene, fordi de ikke på FMK kan se, hvilken medicin der er dosisdispenseret. Der bør snarest findes en løsning på dette.
12. Der er fortsat behov for praksiskonsulenter, der specifikt har ansvaret for at facilitere samarbejdet mellem almen praksis og sygehusvæsenet.
 - a. Der er behov for en funktion, der specifikt har ansvaret for at facilitere samarbejdet mellem almen praksis og sygehusvæsenet, da den direkte kontakt mellem almen praksis og de enkelte sygehusafdelinger er vigtig.
 - b. Det er afgørende, at praksiskonsulentens opgaver, ansvar og rolle er konkret beskrevet.
13. Forløbsprogrammer er et nyttigt redskab, og har potentiale til at give et stort fagligt løft.
 - a. Der er dog behov for forholdsvis simple udgaver af forløbsprogrammerne for at kunne benytte dem effektivt som arbejdsredskab.

- b. Implementering af mange forløbsprogrammer inden for en kort periode kan give kapacitetsproblemer, både på sygehusene og i almen praksis.

Side 69

Det er fortsat væsentlig at fokusere på, hvordan der kan etableres et gensidigt forpligtende fagligt samarbejde om patientforløbene i form af implementeringsstrategi for forløbsprogrammerne.

Bilag 3 A Ideer og initiativer til rekruttering og lægedækning

Side 70

Overenskomsten indeholder særlige muligheder i relation til rekruttering af læger til almen praksis og til at forbedre lægedækningen. Blandt andet kan regionen ifølge aftale med lægen opkøbe og nedlægge praksis (§ 8), regionen/samarbejdsudvalget (kompetencespørgsmål afventer afklaring i OK-tilpasningsgruppe) kan tillade satellitpraksis (§ 27) eller f.eks. tildele et ydernummer på licens (§ 29).

Herudover kan de lokale parter hente inspiration i følgende ideer og aktuelle regionale initiativer i det løbende arbejde med rekruttering af læger og sikring af lægedækning:

Det lokale samarbejde mellem PLO og regionen

- Parterne bør holde en tæt kontakt, f.eks. ved afholdelse af faste månedlige møder med fokus på rekruttering, fastholdelse og lægedækning (Region Nordjylland). Der kan eventuelt nedsættes en arbejdsgruppe til at arbejde med problemstillingerne (Region Sjælland),
- Der kan etableres et egentligt rekrutteringsteam med tilkoblede ressourcer (Region Syddanmark) og/eller et lokalt forskningsmiljø (Region Sjælland)
- Der samarbejdes løbende med FYAM omkring deres ønsker (Region Sjælland)
- Etabler en facebook-side (Region Nordjylland).

Medicinstuderende, uddannelseslæger og kandidater til almen praksis:

- Promovere praksis overfor medicinstuderende og basislæger (Region Syddanmark). Der kan f.eks. tilbydes sommerferiepraktik (Region Midtjylland), samt udarbejdes velkomstpakker til basislæger (Region Syddanmark). Der kan dannes grupper mellem bloklæger (Region Nordjylland),
- Afholde kurser, temadage og møder for kommende speciallæger i almen medicin, herunder lokale praksiskøbskurser og invitere til deltagelse i PLO's forårs- og efterårsmøder og f.eks. til deltagelse i den Nordiske kongres for almen medicin (Region Syddanmark/Midtjylland/Nordjylland)
- Afholde café-møde hvor køber og sælger har mulighed for at møde hinanden (Region Nordjylland)
- Der kan etableres tilbud om mentorordninger (Region Hovedstaden)

Der kan i samarbejdsudvalget indgås § 2-aftaler om f.eks.:

- At regionen yder rekrutteringstillæg (støtte til nynedsættelser og generationsskifteaftaler) (Region Nordjylland/Syddanmark),
- Individuelle vilkår, f.eks. patientantal i opstartsperioden, satellitfunktion, garanteret basishonorar (Region Sjælland),
- Startpakke til praksis i socialt truet område (Region Hovedstaden)
- Fastholdelse, herunder goodwill garantier (Region Syddanmark),
- At regionen yder tilskud til flyttehjælp (Region Syddanmark),
- Særaftaler om praksislejemål i nyetablerede lægehuse (Region Midtjylland),
- At regionen yder driftstilskud med henblik på fastholdelse eller tilskud til, at den praktiserende læge kan foretage vikaransættelser (Region Syddanmark/Sjælland),
- Tilskud til vikar under ferie og sygdom (Region Midtjylland)
- At praksis kan acceptere tilmelding af flere end 1600 patienter pr. kapacitet mod at regionen tilkøber vikar (Region Syddanmark).

Alle beløb i kapitel 4 A er grundbeløb, angivet i 1. april 2014-niveau.
Der indsættes følgende nye bestemmer i overenskomsten:

NY

§ A Fonden for Almen Praksis

Stk. 1.

Med henblik på at understøtte og finansiere landsdækkende kvalitetsinitiativer i almen praksis nedsættes Fonden for Almen Praksis, der har ansvaret for de afsatte overenskomstmidler til kvalitetsudvikling, forskning, efteruddannelse og faglig udvikling.

Stk. 2.

Fondens bestyrelse består 5 medlemmer udpeget af PLO og 5 medlemmer udpeget af RLTN. Overenskomstens parter deler formandsskabet.

Stk. 3.

Der nedsættes en Sekretariatskoordinationsgruppe, som er en sekretariatsfunktion for fondsbestyrelsen, og som rådgives af Fagligt Råd. Sekretariatskoordinationsgruppen sammensættes af:

Op til 4 repræsentanter udpeget af PLO

Op til 4 repræsentanter udpeget af Danske Regioner.

Stk. 4.

Som rådgivende for fondens bestyrelse oprettes et Fagligt Råd, som sammensættes på følgende måde:

- 3 repræsentanter fra RLTN
- 3 repræsentanter fra PLO
- 1 repræsentant udpeget i fællesskab af de tre forskningsenheder
- 1 repræsentant fra IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet)
- 1 repræsentant fra Dansk Selskab for Almen Medicin
- 1 repræsentant fra DAK-E (Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed)
- 1 repræsentant fra Sundhedsstyrelsen
- 1 repræsentant fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Formanden for Forskningsudvalget
- Formanden for KFU (Kvalitets- og Forskningsudvalget)
- Formanden for Fagligt Efteruddannelsesudvalg

PLO og RLTN udpeger i fællesskab formanden for Fagligt Råd blandt ovenstående repræsentanter

Stk. 5.

Fonden sekretariatsbetjenes af Danske Regioner og PLO i fællesskab.

NY

§ B Opgaver og beføjelser for Fonden for Almen Praksis

Stk. 1.

Fonden har til opgave at styrke eksisterende udviklings- og driftsaktiviteter inden for kvalitet, faglighed, efteruddannelse og forskning. Fonden støtter herudover andre kvalitetsinitiativer med særlig relevans for almen praksis og for et sammenhængende sundhedsvæsen – bl.a. initiativer som fremmer udviklingen af Den Danske Kvalitetsmodel.

Stk. 2.

Fonden baserer sit arbejde på rådgivning fra Fagligt Råd. På baggrund af indstillinger fra Fondens bestyrelse kan parterne aftale overenskomstmæssige konsekvenser af forslag vedrørende kvalitet, faglighed, efteruddannelse og forskning, herunder eventuelle økonomiske konsekvenser.

Stk. 3.

Den overenskomstaftalte fordeling af midler til kvalitet, forskning, efteruddannelse og faglig udvikling fastholdes som udgangspunkt. Ved enighed i fondens bestyrelse kan der dog træffes tværgående beslutninger, der påvirker ressourcefordelingen i en afgrænset eller varig periode.

NY

§ C Indbetaling af midler til Fonden for Almen Praksis

Stk. 1.

Regionerne indbetaler årligt til Fonden for Almen Praksis nedenstående beløb. Beløbene er opgjort pr. gruppe 1-sikret opgjort pr. 01-10 det foregående år.

Stk. 1a.

Der indbetales beløb svarende til kr. 1,82 pr. gruppe 1-sikret til formål under den tidligere KIF-fond,

- heraf kr.0,18 til støttefunktion i forbindelse med akkrediteringen af Den Danske Kvalitetsmodel. og kr. 0,14 til patienttilfredshedsundersøgelser.

Stk. 1.b.

Til formål under den tidligere Forskningsfond, indbetales følgende beløb:

- Pr. 1.september 2015 kr. 4,44
- Pr. 1. september 2016 kr. 4,62
- Pr. 1. september 2017 kr. 4. 98

Stk. 1.c.

Til formål under den tidligere Efteruddannelsesfond indbetales følgende beløb:

- Pr. 1.september 2015 kr. 9,11
- Pr. 1. september 2016 kr. 13,57
- Pr. 1. september 2017 kr. 18,03

Stk. 1 d.

Der indbetales kr. 0,62 pr. gruppe 1-sikret til Fagligt Råds arbejde.

Stk. 2.

Grundbeløbene reguleres i takt med udviklingen af honorarreguleringen pr. 01-10 foregående år.

Stk. 3.

Indbetalingen til de i stk. 1 nævnte midler finder hvert år sted pr. 1. september til RLTN.

NY

§ D Sekretariatskoordinationsgruppe**Stk. 1.**

Der nedsættes en sekretariatskoordinationsgruppe, der skal sikre, at arbejdet i enhederne under "Fonden for Almen Praksis" sker i overensstemmelse med de overordnede politiske beslutninger. Sekretariatskoordinationsgruppen skal sikre en koordineret tværgående sekretariatsbetjening og på et administrativt niveau varetage ansvaret for både drifts – og udviklingsopgaver samt løbende sekretariatsopgaver.

Stk. 2.

Sekretariatskoordinationsgruppen er administrativ og består af op til fire repræsentanter udpeget af PLO samt op til fire repræsentanter udpeget af Danske Regioner.

NY**§ E Fagligt Råd****Stk. 1.**

Med henblik på at understøtte den faglige udvikling i almen praksis nedsættes Fagligt Råd.

Stk. 2.

Fagligt Råd har til formål at være et forum for tydelig inddragelse af relevante interesser fra de involverede faglige miljøer i fondens arbejde.

Stk. 3.

Rådet kan på eget initiativ eller efter anmodning fra fondsbestyrelsen analysere og belyse faglige områder af relevans for almen praksis. I grundlaget for rådets arbejde indgår bl.a. nye forskningsresultater, kvalitetssikringsresultater, kliniske vejledninger, medicinsk teknologivurdering, ændret arbejdsfordeling mellem primær- og sekundærsektoren samt overvejelser om behov for ændring af arbejdsdelingen mellem alment praktiserende læger og deres klinikpersonale.

Stk. 4.

Fagligt Råd sammensættes af:

- 3 repræsentanter fra RLTN
- 3 repræsentanter fra PLO
- 1 repræsentant udpeget i fællesskab af de tre forskningsenheder
- 1 repræsentant fra IKAS
- 1 repræsentant fra DAK-E
- 1 repræsentant fra DSAM
- 1 repræsentant fra Sundhedsstyrelsen.
- formanden for Forskningsudvalget,
- formanden for KFU (Kvalitets- og Forskningsudvalget)
- formanden for Fagligt Efteruddannelsesudvalg.

Parterne udpeger i fællesskab en formand for Fagligt Råd blandt ovennævnte repræsentanter. Rådet sekretariatsbetjenes af Sekretariatskoordinationsgruppen.

Stk. 5.

Rådet kan nedsætte arbejdsgrupper med henblik på belysning af særlige faglige områder samt anvende faglig bistand ad hoc.

§ F Anvendelse af midler vedrørende Fagligt Råd

Stk. 1.

Af de kr. 0,62 pr. gruppe 1-sikret, som regionerne indbetaler, anvendes kr. 0,35 pr. gruppe 1-sikret til arbejdet med DSAMs kliniske vejledninger.

Stk. 2.

Parterne fastsætter nærmere retningslinjer for afholdelse af udgifter, regnskabsføring og adgangen til at overføre midler til næste regnskabsår for Fagligt Råd.

Bilag 5 A Kommissorium og sammensætning af en arbejdsgruppe til konkretisering af en kvalitetsmodel for almen praksis

Side 77

Arbejdsgruppens igangsætning og formål

Der nedsættes i foråret 2014 en arbejdsgruppe med det formål at få konkretiseret en kvalitetsmodel for almen praksis, der favner kvalitetsudvikling og akkreditering på en måde, der er meningsfuld og anvendelig i almen praksis.

Arbejdsgruppens opgave

Arbejdsgruppen har til opgave at:

- Færdiggøre et standardsæt for DDKM i almen praksis med vægt på kvalitetsudvikling via dataopsamling af helbredsoplysninger samt patienttilfredshed.
- Udarbejde en implementeringsplan for DDKM.
- Udarbejde en arbejdsbeskrivelse for en støttefunktion, jf. § 100 stk. 4.
- Oprette og igangsætte arbejdet i støttefunktionen hurtigst muligt i samarbejde med parterne i øvrigt.
- Udarbejde et system for løbende dokumentering af arbejdet med DDKM i den enkelte praksis.
- Beskrive de overordnede retningslinjer for det arbejde de regionale kvalitetskonsulenter skal udføre i forbindelse med facilitering af DDKM, herunder beskrive samarbejdsfladerne til vejledningsfunktionen på efteruddannelsesområdet.
- Beskrive hvordan DDKM løbende revideres og tilpasses.

Arbejdsgruppens sammensætning

Til arbejdsgruppen udpeges:

- To repræsentanter fra Danske Regioner
- To repræsentanter fra PLO
- En repræsentant fra DSAM
- En repræsentant fra DAK-E
- En repræsentant fra IKAS

Arbejdsgruppen kan herudover invitere særlige interessenter.

Arbejdsgruppen skal præsentere overenskomstens parter for en model tids nok til at implementeringen heraf kan påbegyndes senest den 1. januar 2015.

Gruppen sekretariatsbetjenes af PLO og Danske Regioner i fællesskab.

1. Indledning

I forlængelse af principaftale mellem PLO og RLTN fra 2008 har parterne et fælles ønske om mere efteruddannelse, der kan sikre, at alle praktiserende læger vedligeholder deres kompetencer. Efteruddannelse af praktiserende læger skal derfor indeholde en systematisk efteruddannelse.

Den systematiske efteruddannelse etableres som et supplement til den eksisterende selvvalgte efteruddannelse og skal give alle praktiserende læger adgang til deltagelse i et struktureret, kontinuerligt og planlagt, livslangt efteruddannelsesforløb indenfor aftalte temaer med fokus på evidensbaseret medicin og med relevans for patienter og samfund.

Den systematiske efteruddannelse skal derudover bidrage til at de praktiserende læger på en systematisk måde opbygger kompetencer, der er målrettet udviklingen i sundhedsvæsenet og patienternes behov.

Temaerne og emnerne for den systematiske efteruddannelse bestemmes af bestyrelsen for Fonden for almen praksis og skal som udgangspunkt ligge indenfor målbeskrivelsen for almen medicin.

2. Organisering

Efteruddannelse er organiseret under Fonden for almen praksis. Bestyrelsen for fonden har det overordnede ansvar for efteruddannelsesaktiviteter. Bestyrelsen udpeger et fagligt efteruddannelsesudvalg, hvortil der knyttes to lægefaglige konsulenter. PLO varetager sekretariatsbetjeningen af det faglige efteruddannelsesudvalg og konsulenterne, og løser de administrative opgaver, der er i forbindelse med godkendelse og refusion.

Desuden udbygges kvalitets- og efteruddannelseskonsulentordningen, så den omfatter rådgivning i forbindelse med lægernes efteruddannelse. Dette sker regionalt.

2.1. Fondsbestyrelsens opgaver i relation til efteruddannelse

Den partssammensatte bestyrelse i Fonden for almen praksis har beslutningskompetence i forhold til alle væsentlige spørgsmål om efteruddannelse og skal således:

- Fastlægge temaer for den systematiske efteruddannelse hvert andet år. Inden den politiske godkendelse udarbejdes et forslag til temaer fra sekretariatskoordinationsgruppen i samarbejde med det faglige efteruddannelsesudvalg.
- Følge op på den selvvalgte og systematiske efteruddannelse gennem evaluering, der bl.a. skal have fokus på graden af deltagelse

fra praktiserende læger og anvendeligheden af efteruddannelsesaktiviteterne.

Side 79

- Have adgang til samtlige informationer om efteruddannelse vedr. afviklingen af kurser, fagligt indhold og andre efteruddannelsesaktiviteter, under den selvvalgt og systematiske efteruddannelse.
- Fastsætte kriterier for godkendelse af aktiviteter, der kan modtage tilskud.
- Løbende have indsigt i hvilke kurser der er godkendt, ligesom Fondsbestyrelsen skal tage stilling til konkrete sager, hvis der ikke er enighed i det faglige efteruddannelsesudvalg om at indstille kurser til godkendelse. Fondsbestyrelsen kan også til enhver tid tage sager op af egen drift.
- Kunne tage stilling til om konkrete kurser forsat kan godkendes. Godkendelse forudsætter enighed i fondsbestyrelsen.
- Behandle ankesager fra ansøgere der har fået afslag fra det faglige efteruddannelsesudvalg.

2.2. Sekretariatsfunktion i relation til efteruddannelse

Da der i forbindelse med efteruddannelsesområdet knytter sig en række mere konkrete driftsmæssige opgaver, som udbetaling af refusion og løbende godkendelser af efteruddannelsesaktiviteter, videreføres den sekretariatsfunktion i PLO, som tidligere betjente Efteruddannelsesfonden.

Sekretariatsfunktionen i PLO har ansvaret for at sekretariatsbetjene såvel det faglige efteruddannelsesudvalg, som de konsulenter, der varetager opgaver i forbindelse med godkendelse. Derudover skal sekretariatsfunktionen støtte sekretariatskoordinationsgruppen i spørgsmål og opgaver vedrørende efteruddannelse. Sekretariatet i PLO skal således:

- Indkalde til møder i det faglige efteruddannelsesudvalg
- Fremsende lister over godkendte kurser til Danske Regioner mindst en måned inden bestyrelsesmøderne i fonden
- Registrere tilskudsberettiget efteruddannelsesaktiviteter
- Modtage ansøgninger om tilskud til efteruddannelse
- Videre sende ansøgninger til konsulenter og fagligt efteruddannelsesudvalg
- Give besked til ansøgere om afgørelser
- Foretage udbetaling af tilskud
- Foretage stikprøvekontrol
- Udarbejde årsrapporter til sekretariatskoordinationsgruppen og Fondsbestyrelsen
- Udarbejde budget og regnskab til bestyrelsen

- Foretage evaluering af tilskudsberettiget efteruddannelse
- Bistå sekretariatskoordinationsgruppen i relation til opgaver vedrørende efteruddannelse

Til sekretariatet i PLO knyttes to alment praktiserende læger, udpeget af Fondsbestyrelsen, som konsulenter, der henholdsvis godkender kurser, der åbenlyst ligger indenfor de gældende retningslinjer, og som varetager opgaver i forbindelse med den systematiske efteruddannelse. Fondsbestyrelsen orienteres om de godkendelser der foretages af konsulenten, samtidig med at de orienteres om godkendelse fra det faglige efteruddannelsesudvalg.

2.3. Det faglige efteruddannelsesudvalgs opgaver

Fondsbestyrelsen nedsætter et fagligt efteruddannelsesudvalg, som i henhold til Fondsbestyrelsens retningslinjer bedømmer konkrete ansøgninger/kurser indenfor den selvvalgte og systematiske efteruddannelse, der ikke åbenlyst ligger indenfor fondens godkendelseskriterier.

Fondsbestyrelsen udpeger medlemmer til det faglige efteruddannelsesudvalg. Medlemmerne skal være alment praktiserende læger. Udpegningen sker efter indstilling fra bestyrelserne i PLO og DSAM. Det faglige efteruddannelsesudvalg godkender aktiviteter indenfor rammerne af fondsbestyrelsens vejledning. DSAM varetager formandskabet for det faglige efteruddannelsesudvalg. Fondsbestyrelsen orienteres om hvilke kurser, der godkendes.

2.4 Kvalitets- og efteruddannelseskonsulenternes opgaver

Kvalitets- og efteruddannelseskonsulenterne skal sikre, at den praktiserende læge kan få oplysninger om relevant efteruddannelse, der bl.a. skal ses i forlængelse af kvalitetsdata og behovet for kompetencer i den enkelte praksis. Konsulenterne har adgang til oplysninger om den enkelte læges efteruddannelse. Konsulenterne skal se på efteruddannelse i sammenhæng med kvalitetsområdet. Denne konsulentordning aftales i regionerne.

3. Indholdet i systematisk og selvvalgt efteruddannelse

Herunder beskrives indholdet i efteruddannelsen for de praktiserende læger:

3.1. Systematisk efteruddannelse

Systematisk efteruddannelse omhandler efteruddannelsesaktiviteter indenfor en række aftalte og prioriterede temaer. Temaerne skal afspejle kompetencebehovene i almen praksis i lyset af udviklingen i sundhedsvæsenet og understøtte kvaliteten i patientbehandlingen. Disse kan omfatte såvel aktuelle behov, som behov for løbende vedligeholdelse af al-

men medicinske kompetencer. Indholdet i denne type efteruddannelse kan tage afsæt i nationale indsatsområder som f.eks. kræftpakker, psykiatri, svangreomsorg mv. Temaerne bestemmes i bestyrelsen for fonden.

Det er afgørende, at kurserne ligger tydeligt indenfor rammerne af almen praksis opgaveområde, og indenfor overenskomstens rammer. Sekretariatskoordinationsgruppen udarbejder i samarbejde med det faglige efteruddannelses udvalg en liste med mulige emner og temaer, der kan indgå i den systematiske efteruddannelse inden bestyrelsesmøderne i fonden.

Der er enighed om, at praktiserende læger ikke behøver deltage i efteruddannelsesaktiviteter indenfor den systematiske efteruddannelse, hvis de har deltaget i tilsvarende kurser eller efteruddannelsesaktiviteter indenfor de seneste 2 år, herunder forskning og selvstændig litteraturlæsning.

3.1.1 Kursusudbud

Fondsbestyrelsen skal sikres at der er et relevant kursusudbud, der kan dække fagligt og geografisk i forhold til bestyrelsens beslutning om valg af temaer og emner. Kurser indenfor den systematiske efteruddannelse kan både være eksisterende kurser, kurser udarbejdet af faglige ressourcpersoner ansat i regionerne eller kurser udbudt af andre aktører f.eks. de faglige selskaber. Der kan også være behov for at nyudvikle efteruddannelsesaktiviteter, hvis der skal efteruddannes indenfor temaer, der endnu ikke er omfattet af det eksisterende udbud.

Parterne er desuden enige om, at bestyrelsen for Fonden for almen praksis skal forelægges en projektbeskrivelse for igangsætning af et udviklingsarbejde vedr. beskrivelse af efteruddannelsesaktiviteter på baggrund af målbeskrivelsen for almen medicin. Projektet finansieres gennem fondens formue. Der forventes en udgift på 500.000 kr. til dette formål.

3.2 Selvvalgt efteruddannelse

Der vil forsat være mulighed for tilskud til den selvvalgte efteruddannelse, hvor kurserne har en væsentlig relevans for almen praksis. Denne efteruddannelse kan gennemføres i form af kurser, deltagelse i den gruppebaserede efteruddannelse (DGE) eller lignende aktiviteter (konferencer, e-læring o.lign.).

Op til 25 % af den enkelte læges rådighedsbeløb kan anvendes til anden godkendt efteruddannelse, som f.eks. skriftlig- eller IT-baseret efteruddannelse.

3.3 Ankemuligheder ved afslag

Ved afslag på ansøgninger kan udbyder/ deltager anke afgørelsen til det faglige efteruddannelsesudvalg med et ønske om at ansøgningen vurderes igen. Afviser det faglige efteruddannelsesudvalg anken kan afgørelsen ankes til fondsbestyrelsen, som træffer en endelig afgørelse.

3.4 Opfølgning

Fonden for almen praksis foretager en opfølgning overfor læger der ikke deltager i systematisk efteruddannelse indenfor en 2 årig periode. Dette skal som hovedregel ske efter lægen har modtaget besøg fra en kvalitets- og efteruddannelseskonsulent. Opfølgningen skal ske gennem skriftlig henvendelse til lægen på vegne af parterne, med en opfordring om at deltage i systematisk efteruddannelse. Dette vil ske en gang årligt med opfordring til, at manglende systematisk efteruddannelse afvikles i det pågældende år.

Hvis en skriftlig henvendelse ikke medfører efteruddannelsesaktivitet, eller en plan om afvikling af systematisk efteruddannelse, skal der ske en telefonisk henvendelse til lægen et kvart år inden periodens udløb. Opfølgningen foretages af sekretariatskoordinationsgruppen.

Parterne drøfter herefter tiltag overfor læger, der fortsat ikke deltager i systematisk efteruddannelse.

Kvalitets og efteruddannelsesudvalget i regionerne orienteres om denne opfølgning, med oplysninger om læger der ikke deltager i efteruddannelse på et aggregeret niveau.

4. Registrering, kontrol og adgang til data for tilskudsberettigede kurser

Alle godkendte efteruddannelsesaktiviteter registreres i en samlet database. Denne database administreres af DAK-E.

De regionale kvalitets- og efteruddannelseskonsulenter har adgang til oplysninger på individniveau i forhold til deltagelse i efteruddannelsesaktiviteter, der modtager tilskud fra Fonden for almen praksis. Oplysningerne om aktivitet tilgår de regionale kvalitets- og efteruddannelseskonsulenter kvartalsvis.

Det estimeres, at det koster 500.000 kr. at udvikle databasen i regi af DAK-E. Udgifterne finansieres af fondens egenkapital.

4.1. Årsrapporter

Sekretariatskoordinationsgruppen udarbejder årligt en opgørelse til bestyrelsen vedrørende såvel systematisk, som selvvalgt efteruddannelse. I opgørelsen indgår som minimum oplysninger om varighed og fagligt indhold af efteruddannelsesaktiviteterne og samlet aktivitet fordelt på læger/praksistyper.

4.2. Stikprøver

Der foretages løbende en stikprøvekontrol af dokumentation for udgifter til systematisk og selvvalgt efteruddannelse. Stikprøvekontrollen gennemføres som en ugentlig stikprøvekontrol, hvor 10-15 % af alle udbetalinger udtages til stikprøvekontrol.

5. Omfanget af efteruddannelse

Alle registrerede læger kan trække på Fonden til godkendte efteruddannelsesformål op til det beløb, der er afsat, jf. § C. stk. 1c i Protokollat 4 A.

5.1 Indbetalinger til Fonden

Regionerne indbetaler 6 mio. kr. i overenskomstens 1. år, 31 mio. kr. i det andet overenskomstår og 56 mio. kr. i det tredje overenskomstår til systematisk efteruddannelse. Der forventes et træk på 80 % for systematisk efteruddannelse.

Ved overenskomstperiodens udløb drøfter og fastlægger parterne fremadrettet indbetalingerne til efteruddannelse, herunder fordelingen mellem selvvalgt og systematisk efteruddannelse, således at indbetalingerne til fonden fremadrettet skal matche forbruget af hhv. systematisk og selvvalgt efteruddannelse.

Fondens bestyrelse kan beslutte at justerer taksterne og afsætte yderligere midler til efteruddannelse. En justering af taksterne og forbrug af formuen kræver enighed i fondens bestyrelse. Indbetalingerne til fonden, samt et træk på fondens formue, svare til 3 dages systematisk efteruddannelse i hvert af overenskomsten 2. og 3. år.

Satser for udbetalinger af aktiviteter fra 1. september, 2014

Tabt arbejdsfortjeneste for en hel kursushverdag ved systematisk efterudd.:	4.500 kr.*
Tabt arbejdsfortjeneste for en hel kursushverdag ved selvvalgt efterudd.:	2.600 kr.
Tabt arbejdsfortjeneste for en halv kursushverdag ved selvvalgt efterudd.:	1.300 kr.
Kursusgebyr samt udgifter i forbindelse med ophold, pr. godkendt kursusdag (inkl. weekend):	max. 2.400 kr.
Transportudgifter pr. kursusaktivitet eller pr. adskilt gruppe af kursusdage:	max. 1.500 kr.**
Gruppemøde på hverdage med start kl. 15.00 eller tidligere:	1.150 kr.
Gruppemøde på hverdage med start efter kl. 15.00 eller i weekends	600 kr.
Studiemateriale:	max. 25 % af Rådighedsbeløb

* Der kan maksimalt udbetales tabt arbejdsfortjeneste for systematisk efteruddannelse for 3 dage årligt.

** For Lægedage gælder, at der kan refunderes op til 2.000 kr. i transport.

Lægen kan udskyde trækket på efteruddannelsesmidlerne i et år, således at en læge, der ikke fuldt ud har brugt beløbet et år, kan bruge et tilsvarende større beløb næste år. Lægen kan kun udskyde trækket med et år.

5.2 Indfasning

Det aftales, at den systematiske efteruddannelse opstartes pr. 1. september 2015.

6. Økonomiske konsekvenser

I det følgende redegøres for de etablerings- og driftsomkostninger, der er forbundet med udvidelse af Fondens for almen praksis varetagelse af den samlede efteruddannelsesopgave.

6.1 Etableringsomkostninger ved systematisk efteruddannelse

Som det fremgår ovenfor, vil der være udgifter forbundet med krav om indsigt i lægernes efteruddannelsesaktiviteter.

Anskaffelse og udvikling af IT-systemer, i regi af DAK-E, anslås til at udgøre 500.000 kr. Der kan desuden opstå udgifter til udvikling af merit-system og ekstraordinært træk på det nuværende sekretariat i PLO, der varetager Fondens nuværende aktiviteter. Disse udgifter vil i givet fald blive drøftet i fondsbestyrelsen. Udgiften anslås til at udgøre 500.000 kr.

6.2. Forøgelse af driftsomkostninger (sekretariatet i PLO)

De nuværende udgifter forbundet med driften af Efteruddannelsesfonden udgør årligt 1.934.000 kr. (budget 2014). Ved implementering af systematisk efteruddannelse vil der ske en forøgelse af de løbende driftsudgifter i forbindelse med sekretariatsbetjeningen i PLO.

Udgifterne til drift og sekretariatsbetjening i PLO omfatter følgende:

- Øgede udgifter til registrering af aktiviteter
- Øgede udgifter til udbetaling af refusioner
- Øgede udgifter til stikprøvekontrol
- Evt. udgifter til håndtering af meritgodkendelser
- Evt. udgifter til håndtering af udbudsstyring
- Udgifter til håndtering af tilmeldinger og fakturering til aktiviteter under systematisk efteruddannelse
- Udgifter til håndtering af booking og tilrettelæggelse af aktiviteter under systematisk efteruddannelse
- Øgede udgifter til informationshåndtering overfor Danske Regioner/ regionale konsulenter
- Øgede udgifter til lokaler, HR, kantine m.m.
- Udgifter til løbende udvikling af aktiviteter
- Udgifter til IT-support og vedligeholdelse af systemer
- Øgede udgifter til ledelse af sekretariat i PLO

Sekretariatsbetjeningen i PLO vil det første år kræve en udvidelse af det nuværende sekretariat med 2 medarbejdere samt tilknytning af 1 lægefaglig konsulent (ca. 7 timer ugentligt).

I forbindelse med registrering forventes en årlig udgift til licens til DAK-E på 1.000.000 kr.

Der kan desuden opstå behov for at lave udbud af nye kurser knyttet til systematisk efteruddannelse, der også vil indgå i driftsomkostninger i fonden. Et sådant behov vil evt. blive drøftet i fondsbestyrelsen.

Tabel 6.2: Forøgelse af driftsudgifter per år

Lønudgifter	
- 2 medarbejdere (800.000)	
- 1 lægefaglig konsulent (310.000)	
- Ledelse (100.000)	1.210.000
Lokaler, m.v.	150.000
Drift og vedligeholdelse af database til registrering af systematisk efteruddannelse (DAK-E)	1.000.000
Forøgelse af sekretariatsbetjening og database i alt	2.360.000

Eventuelle driftsudgifter skal indfases i forhold til de reelle udgifter og aktivitetsniveau for efteruddannelsen. Det betyder, at en evt. opnormering/øgning af lønudgifterne kun skal ske, hvis der sker en øget aktivitet i Fonden over det niveau, der er forudsat at Fonden skal håndterer i dag. Dog undtaget aktivitetsuafhængige etablerings- og driftsafhængige omkostninger.

6.3 Forøgelse af udgifter til kurser

Udover etablerings- og driftsudgifterne til sekretariatet vil der være en række variable udgifter til at gennemføre aktiviteter under systematisk efteruddannelse.

Dækning af kursusudgift i forbindelse med systematisk efteruddannelse per deltager anslås til 1.500 kr. pr. kursist. Den systematiske efteruddannelse skal således være udgiftsneutral for deltagerne, fordi Fonden afholder udgifter til kursusaktiviteten. Taksten for tabt arbejdsfortjeneste er 4.500 kr. per dag for deltagelse i systematisk efteruddannelse.

Tabel 6.3: Udgifter i forbindelse med 3 dage afsat til systematisk efteruddannelse

	Faste udgifter	Variable udgifter	Forventet træk på 80 %
3 dage	2.360.000	79.380.000	65.864.000

Faste udgifter er jf. ovenstående beregning af driftsudgifterne i tabel 6.2. Årlige variable udgifter er beregnet ved tabt arbejdsfortjeneste på 4.500 kr. + transportudgifter på 1.350 kr., samt kursusudgift pr dag på 1.500 kr. for 3600 læger (7.350 x 3600).

7. Indfasning af aftalen

Side 87

7.1. Systematisk efteruddannelse

Bestyrelsen for Fonden for almen praksis skal beslutte emner og temaer for systematisk efteruddannelse på det førstkommende bestyrelsesmøde, der kan danne grundlag for, at der kan udbydes aktiviteter indenfor den systematiske efteruddannelse.

Da systematisk efteruddannelse er en ny form for efteruddannelsesaktivitet, vil der være behov for en trinvis indfasning af aktiviteter i overenskomstperioden.

Bestyrelsen for Fonden for almen praksis skal derfor i første overenskomst år have forelagt en plan for implementering af den systematiske efteruddannelse samt igangsætte og færdiggøre et konkret koncept for udmøntningen af aftalen om systematisk efteruddannelse. I planen skal det indgå, at der i overenskomstens 2. og 3. år skal udbydes efteruddannelse indenfor rammerne af systematisk efteruddannelse for læger i alle regioner. Der skal udbydes, hvad der svare til 3 dages efteruddannelse årligt.

7.2 Selvvalgt efteruddannelse

Fondsbestyrelsen skal have forelagt et forslag til nye regler for godkendelse af efteruddannelsesaktiviteter, der kan gives refusion til i regi af fonden. Kriterierne skal understøtte målsætningerne om at efteruddannelse skal medvirke til høj kvalitet i patientbehandlingen.

Det faglige efteruddannelsesudvalg har ansvaret for at indstille konkrete kriterier for godkendelser til fondsbestyrelsen i samarbejdet med sekretariatskoordinationsgruppen.

PROTOKOLLAT OM ANVENDELSE AF SUNDHEDSKORT VED ELEKTRONISK REGISTRERING AF PATIENTHENVENDELSE TIL ALMEN LÆGEPRAKSIS

1. Alment praktiserende læger installerer aflæsningsudstyr, der kan aflæse sundhedskortets stregkode eller magnetstribе. Dette anvendes som elektronisk registrering ved henvendelse til almen lægepraksis.
2. Sundhedskortet anvendes under patientens besøg hos lægen ved, at kortet føres gennem kortlæseren. Indlæsningen markeres i lægens elektronisk lagrede afregningsoplysninger med et "p" sammen med patientens stamoplysninger.
3. P-markeringen skal fremgå af felt nr. 45 i henhold til snitfladebeskrivelsen. Markeringen dokumenterer patientens tilstedeværelse i praksis. Den enkelte region tilrettelægger selv proceduren for, hvorledes p-markeringen kontrolleres.
4. Der skal være sikkerhed for, at kun brug af sundhedskort giver en p-markering, samt at det ikke efterfølgende bevidst eller ubevidst kan lade sig gøre at ændre i regningens dato, tidspunktskoder og ydelser. Endvidere skal der være sikkerhed for, at der ikke sker ændringer i koderne inden eller under transmissionen til regionen. Det forudsættes, at den enkelte lægesystemleverandør kan garantere, at systemet kan leve op til disse krav om procedurens sikkerhed.
5. Registreringen af ydelser i lægens edb-system skal ske samme dag, som ydelserne leveres, dog bortset fra sygebesøg, som registreres den første almindelige arbejdsdag herefter. Ydelserne skal registreres med det korrekte tidspunkt for behandlingen. Patienten har krav på at få udskrevet en regning, såfremt der fremsættes ønske herom.
6. Det er en forudsætning for indsendelse af regningskrav til regionen, at alle regninger (bortset fra regninger på telefonkonsultationer, emailkonsultationer og sygebesøg) er p-markeret eller i felt 45 er påført følgende koder:
 - a. "N" ved systemnedbrud/defekt sundhedskort
 - b. "G" hvis sundhedskortet er glemt
 - c. "B" ved konsultation pr. brev eller konsultation ved 3. mand
 - d. "K" ved genindsendelse af returneret regning.
7. Regionen kontrollerer kvartalsvis procenten af de registrerede p-markeringer i praksis.

8. Hvis andelen af p-markeringer er uforholdsmæssig lav, kan sagen indbringes for samarbejdsudvalget med henblik på, at der kan fastsættes sanktioner.

Arbejdsgruppens formål

Det er arbejdsgruppens formål at skabe grundlag for en vurdering af, om der skal ske ændringer i honorarsystemet.

Arbejdsgruppens opgaver

Arbejdsgruppen har tre opgaver:

1. Arbejdsgruppen skal foretage en retrospektiv kortlægning af indtjeningen og den gennemsnitlige timehonorering i lægevagten. Dette arbejde skal være færdigt til oktober 2014. Arbejdsgruppen kan på baggrund heraf udarbejde forslag til ændringer af den nuværende honorarmodel (eksempelvis en fast timehonorering eller omfordeling af honorarerne i vagttiden). Eventuelle ændringer søges aftalt inden udgangen af juni 2015, og implementeret i løbet af overenskomstperioden med rimelig varsel og indfasning.
2. Arbejdsgruppen skal beskrive forholdene omkring en eventuel omlægning af honoraret for telefonkonsultation, fx i form af at provenuet lægges i basishonoraret. Arbejdsgruppen skal komme med forslag til sikring af fortsat god telefonisk tilgængelighed i almen praksis. Parterne kan evt. aftale at gennemføre et pilotprojekt på baggrund af arbejdsgruppens rapport, inden ændringen evt. implementeres.
3. Arbejdsgruppen skal arbejde med at beskrive en model for indførelse og honorering af længerevarende konsultationer. Modellen skal skabe mulighed for øget fleksibilitet i forbindelse med konsultationer i praksis. Herved imødekommes talrige patienters ønske om behandling af mange problemstillinger eller varetagelse af en enkelt større problemstilling i én konsultation hos lægen.

Arbejdsgruppen afrapporterer til overenskomstens parter vedr. de tre emner senest 1. april 2015. Eventuelle ændringer i honorarsystemet søges aftalt med ikrafttrædelse senest 1. april 2016.

Arbejdsgruppen sammensættes således:

- PLO udpeger 3 personer
- Danske Regioner udpeger 3 personer

Arbejdsgruppen kan herudover beslutte at invitere andre interessenter.

Grundydelser (A og B-vagt):

Ydelse	Navn
0101	Konsultation
0501	Telefonkonsultation uden besøg/konsultation
0602	Telefonkonsultation med besøg/konsultation
0471	Besøg
2302	Tillægstakst ved besøg ud over 10 km, pr. km
1001	Vagtberedskabshonorar pr. time efter § 44, stk. 3 (små vagtordninger på øer)
0102	Behandling af 2. sikrede i samme hjem (§ 72, stk. 1)
1208	Tillæg til konsultationshonorar til 2. og følgende sikrede ved samme besøg på institution, § 72, stk. 2.

Laboratorieydelse:

Ydelse	Navn
7101	Urinundersøgelse ved stix
7108	B-hæmoglobin (fotometer)
7109	Svælg-streptokok antigen
7120	C-reaktivt protein (CRP)
7136	B-glukose (fotometer)
7156	Elektrokardiografi, inkl. prækordialafledninger
7175	Svangerskabsreaktion, urin choriongonadotropin
7183	Lungefunktionsundersøgelse (peak flow)

Tillægsydelse:

Ydelse	Navn
2104	Blærekateterisation (ekskl. udgift til kateter)
2105	Fjernelse af fremmedlegemer fra øje, øregang, næse og svælg
2107	Fjernelse af fremmedlegeme under hud eller negl
2108	Næsetamponade, standsning af blødning efter tandudtrækning
2109	Anlæggelse af immobiliserende bandage
2111	Første behandling af mindre knoglebrud og reposition af skred i mindre led
2112	Første behandling af større sår
2115	Fjernelse af negl
2118	Operation for dybereliggende betændelse
2119	Tapning af væskesamling fra større led i terapeutisk øjemed
2122	Første behandling af brud på skinneben, lår, over- eller underarm
2123	Reposition af store ledscred, nemlig fod, knæ, hofte, albue eller

	skulder
2124	Behandling af store udbredte læsioner og forbrændinger
2125	Oplivningsforsøg, herunder iltbehandling ved livstruende tilstande
2131, 2134, 2135	Ligsyn med udstedelse af dødsattest (side 1 og 2) Ligsyn kun med udfyldelse af dødsattestens side 1 Udfyldelse af dødsattestens side 2, inkl. forsendelse til Sundhedsstyrelsen
2136	Anoskopi
2137	Udtagning og forsendelse af implanterede stimulatorer og pumper
2133	Forsendelse af biologisk materiale ekskl. blodprøver (omfatter også indsendelse af urin til undersøgelse for mikroalbuminuri og podning)
2161	Tillæg til ydelse af lægehjælp (konsultation, samtaleterapi, eller aftalt specifik forebyggelsesindsats), hvor der anvendes kvalificeret tolk

Tillæg for patientledsagelse i ambulance og rejsetillæg til øer, hvor der ikke er bosat læge

Ydelse	Navn
2502	Pr. påbegyndt ½ time ved rejser/patientledsagelse begæret i A-vagten/B-vagten

Tillæg ved behandling af personer, der ikke er tilmeldt en læge

Ydelse	Navn
2401	Anvendes når en person <ul style="list-style-type: none"> - foreviser EU-sygesikringskort udstedt i udlandet, - er udenlandsk statsborger og foreviser EU-sygesikringskort udstedt i Danmark - er udenlandsk statsborger og foreviser særligt sundhedskort - erklærer at være sygesikret i et andet nordisk land - foreviser et United Kingdom pas, hvor personen er beteg-

	<p>net som 'British citizen'</p> <ul style="list-style-type: none"> - er udenlandsk statsborger og foreviser en blanket S3 - er færing på midlertidigt ophold i Danmark og foreviser færøsk sygekassebevis A eller B - er grønlænder og opholder sig midlertidigt i Danmark
2402	<p>Anvendes når en person</p> <ul style="list-style-type: none"> - er dansk statsborger og foreviser EU sygesikringsbevis udstedt i Danmark - er dansk statsborger og foreviser et særligt sundhedskort - er dansk statsborger og foreviser blanket S3 - Gruppe-1 sikrede på øer, hvor der ikke er etableret lægepraksis

Attester

Ydelse	Navn
5001	1. indlæggelse på institutioner for sindslidende (på røde eller gule papirer)
5002	Genindlæggelse på samme institution (på røde eller gule papirer)
5003	Tvangsindlæggelse (+ altid 5001 eller 5002) (på røde eller gule papirer)
5004	Nervesanatorier
5005	Alkoholklivikker

Kørselsgodtgørelse

Ydelse	Navn
9001	For de første 20.000 km pr. år, pr. km (for alle kørte kilometer)
9002	For hver efterfølgende km (for alle kørte kilometer)

Honorartabel for vagttid – ydelser, der udgår

Side 95

Ydelse	Navn
7115	Maskinel leococyt- og differentialtælling
7126	PP-INR (koagulationsfaktorer)
7152	3 undersøgelser for blod i fæces
7168	Se-kreatinin
7177	Sænkingsreaktion
7114	Lysfeltmikroskopi inklusiv fremstilling (farvning) af præparat
7116	Fasekontrastmikroskopi af biologisk materiale, eksklusiv urin
7122	Fasekontrastmikroskopi af urin
7105	Bakterier
7106	Svamp
7107	Andet
7189	Urin til resistensbestemmelse
7112	Audiometriundersøgelse
7113	Udvidet lungefunktionsundersøgelse ved spirometri
7121	Dobbelt lungefunktionsundersøgelse for anstrengelsesprovokeret astma eller reversibilitetstest ved spirometri i samme konsultation
7117	Tympanometri
7402	Allergiudredning i forbindelse med priktest
7403	HbA1c-undersøgelse
2601	Blodprøvetagning fra åre inkl. præparation og centrifugering pr. forsendelse
2101	Blodtagning fra blodåre pr. forsendelse
2102	Udtagning af prøve af livmoder, - mund og - hals til cytologisk undersøgelse inkl. for-

	sendelse
2113	Biopsi med efterfølgende mikroskopisk us. hos patolog inkl. forsendelse
2116	Paracentese af trommehinde
2117	Fjernelse af subcutane eller dybereliggende svulster inkl. evt. forsendelse
2120	Venesectio tilrådet af hospital eller speciallæge samt ved livstruende tilstande
2121	Andre betydelige operationer
2138	Instruktion og udlevering af væske- og vandladningsskema
2141	Fortsat kontrol af benyttelse af svangerskabsforebyggende teknik
2142	Vejledning i svangerskabsforebyggende metoder ved første henvendelse fra patienten eller ved overgang til anden svangerskabsforebyggende teknik
2143	Vejledning og undersøgelse i forbindelse med anmodning om svangerskabsafbrydelse og/eller sterilisation
2144	Vejledning i benyttelse af svangerskabsforebyggende metoder ved indlæggelse af spiral eller indsættelse af implanon (ekskl. udgifter til spiral og implanon)
2145	Fjernelse af implanon
2146	Udlån af og instruktion i anvendelse af apparatur til hjemmeblodtryksmåling
2149	Diagnostik, udredning og opfølgning ved anvendelse af fagligt anerkendte psykometriske tests

Økonomiprotokollat af 01-09-2014

Den økonomiske ramme for almen praksis er opgjort i forhandlingsaftalen og udgør 7.714,9 mio. kr. (april 2014-niveau).⁷ Rammen omfatter alle udgifter i dag- og vagttiden, inkl. basishonorering.

Rammen skal reduceres for udgifter vedr. profylaktiske ydelser, influenzavaccinationer og udtagelse af prøver af livmoder m.m. til cytologiske undersøgelser (2102) inkl. én 0101.

Den økonomiske ramme reduceres endvidere for udgifter vedr. sygebesøg og samtaleterapi, i takt med, at der i de enkelte regioner indgås en praksisplan og i tilknytning hertil en underliggende aftale til praksisplanen mellem PLO, regionen og kommunerne i regionen, hvor indsatser omkring de forskellige former for sygebesøg og indsatsen for visse patienter med psykiske problemstillinger fastlægges. Rammen reduceres med et beløb svarende til den enkelte regions udgifter til ydelserne vedrørende sygebesøg og samtaleterapi de forudgående 12 måneder.

Til rammen lægges:

- Løn- og prisregulering af honorarerne i henhold til § 68 i overenskomsten.
- 43 mio. kr. pr. 1. oktober 2014, 78 mio. kr. pr. 1. oktober 2015 og 120 mio. kr. pr. 1. oktober 2016 blandt andet som følge af udviklingen i gruppe 1-sikrede (april 2014 prisniveau).

Fra rammen trækkes:

- 10 mio. kr. pr. 1. oktober 2014, 35 mio. kr. pr. 1. oktober 2015 og 40 mio. kr. pr. 1. oktober 2016 i medfør af den nye bestemmelse om automatiske højstegrænser (april 2014 prisniveau).

Udviklingen i økonomien sammenholdt med den økonomiske ramme følges løbende, som minimum via kvartalsvise opgørelser. I den forbindelse skal der ske en drøftelse af fælles tiltag, hvis der er udsigt til overskridelse af den forventede økonomi. Den første opgørelse udarbejdes, når udgiftstallene for december 2014 foreligger.

⁷ Ekskl. korrektion for akutbetjening.

Hvis de årlige udgifter til almen praksis overstiger den aftalte ramme, er parterne enige om, at der med virkning fra 1. oktober efter opgørelsen foreligger, sker en modregning efter følgende principper:

1. Ved overskridelser af den økonomiske ramme på mindre end $\frac{1}{2}$ procent af den samlede ramme, iværksættes ikke modregning. Eventuelle overskridelser af den økonomiske ramme det efterfølgende år på mindre end $\frac{1}{2}$ procent undtages ikke fra modregning i reguleringsprocenten som beskrevet i punkt 2, medmindre andet aftales.
2. Ved overskridelser af den økonomiske rammen ud over $\frac{1}{2}$ procent sker en modregning i reguleringsprocenten, der skal give kompensation svarende til forskellen mellem den økonomiske ramme plus $\frac{1}{2}$ pct. og de faktiske udgifter. Der kan dog ikke blive tale om nedsættelse af honorarer. I tilfælde af, at overskridelsen ikke fuldt ud kan modregnes i reguleringen pr. 1. oktober, overføres den manglende modregning til efterfølgende reguleringer. Eventuelle overskridelser af den økonomiske ramme det efterfølgende år på mindre end $\frac{1}{2}$ procent undtages ikke fra modregning i reguleringsprocenten.

2a. I forbindelse med beregningen af modregningen skal der foretages en særlig vurdering af væksten i ydelse 0120 (aftalt specifik forebyggelsesindsats). Hvis væksten i denne ydelse ligger over den gennemsnitlige vækst samlet set, nedsættes den samlede modregning med halvdelen af værdien af væksten i 0120.

Der anvendes som udgangspunkt statistiske data ved beregning af modregningen, og der sker således ikke efterregulering ved ændret adfærd.

Den økonomiske ramme korrigeres teknisk for følgende:

- Opsagte lokalaftaler i det omfang, aktiviteten flyttes inden for rammen.
- Ændringer i omfanget af andre leverandører (private klinikker og regionsklinikker)
- Nye ydelser som følge af lovgivning, bekendtgørelse eller lignende.

I helt særlige tilfælde kan der herudover mellem de centrale parter aftales en korrektion af rammen. Det kan eksempelvis skyldes ekstraordinær sy-

gelighed og større strukturelle ændringer samt ændringer som følge af lovgivning.

Side 99

Der er ikke fastsat nogen økonomisk ramme for perioden efter 1. september 2017.

Bilag 11 B Forhandlingsaftalens økonomi (oversigt)

Side 100

	år 1	år 2	år 3
Rammen			
Rammeforbedring (vækst i antal patienter mv.)	43,0	78,0	120,0
Rammereduktion (automatisk § 93)	-10,0	-35,0	-40,0
Omprioritering af udvalgte ydelser	-25,1	-25,1	-25,1
Årlig rammeforbedring	7,9	17,9	54,9
Nye tiltag			
Ny kvalitetsmodel DDKM	18,0	18,0	18,0
Tilskud til akkreditering (engangsbeløb)	7,0	22,2	22,2
Sikret drift af DAK-E	2,3	2,3	2,3
Patienttilfredshedsundersøgelser	0,8	0,8	0,8
Forskningsenheden for almen praksis i Aalborg	2,0	3,0	5,0
Øget indbetaling til efteruddannelse	6,0	31,0	56,0
Sum	36,1	77,3	104,3