

NOTAT

Baggrundsnotat – Praksisplan og den underliggende aftale

Den 17. marts 2015

Sags ID: 2015-00318

Dok.ID: 1961803

Indledning

For at de kommunale medlemmer af Praksisplanudvalget og den underliggende administrative forhandlingsforberedende gruppe har det nødvendige afsæt og grundlag for at kunne indgå i forhandlingerne om den underliggende aftale til Praksisplanen med Region Nordjylland og PLO vil opgaven blive beskrevet i det nedenstående.

Formål

Som det fremgår af SST's "Vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner", så er formålet med Praksisplanen, at den skal være medvirkende til at:

- styrke almen praksis' samarbejde med kommunen og andre aktører omkring patientforløb, herunder sikring af sundhedsaftalens gennemførelse på praksisområdet
- styrke almen praksis' rolle i det regionale sundhedsvæsen, herunder sammenhæng til øvrige planer på sundhedsområdet
- sikre den nødvendige lægekapacitet i alle regionens områder, således at alle borgere kan få et almenmedicinsk tilbud.

Praksisplanen er grundlaget for sundhedsaftalens gennemførelse og definerer rammerne for de opgaver, som ønskes løst af almen praksis.

De praktiserende læger er kun forpligtigede til at efterleve sundhedsaftalerne under den forudsætning, at der er indgået en *underliggende aftale* til praksisplanen.

Den underliggende aftale definerer, hvilke opgaver almen praksis skal løse og fastsætter rammerne for eventuel supplerende honorering herfor.

Parter

I forhold til den underliggende aftale, så er parterne de samme parter, der udgør det regionale Praksisplanudvalg, dvs. repræsentanter fra henholdsvis kommunerne, PLO og den pågældende region. Ifølge DR/KL så er hovedreglen, at aftaler, der supplerer overenskomsten, kan aftales lokalt med PLO regionalt, mens aftaler, der fraviger overenskomsten, kun kan indgås efter godkendelse af de centrale parter. Hvad angår sygebesøg og samtaleterapi, så har de centrale parter via forhandlingsaftalen givet mulighed for, at der lokalt kan aftales andre løsninger end dem, som er fastsat i overenskomsten.

Der gøres opmærksom på, at ”spørgsmål omkring fortolkning af en indgået praksisplan og/eller en underliggende aftale ikke kan prøves i overenskomstens regi af Landssamarbejdsudvalget” (DR/KL, 2015).

Hvad kan PPU aftale?

Praksisplanerne skal beskrive, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen og indeholde overvejelser om kapacitet og fysisk placering af lægepraksis. Den indgåede Sundhedsaftale 2015-2018 i regionen og de beskrevne initiativer heri vil spille en stor rolle ift. at definere, hvilke områder der skal beskrives i Praksisplanen og evt. senere indgå i den underliggende aftale.

Relevante emner for både Praksisplan samt underliggende aftale vil være:

- Kapacitet og lægedækning
- Decentrale løsninger for sygebesøg og samtaleterapi (visse indsatser for psykisk syge)
- Medicinhåndtering
- Tilgængelighed
- Henvisning til og anvendelse af forebyggelsestilbud.

KL har udarbejdet nedenstående figur 1 for at anskueliggøre i hvilke forskellige relationer lægernes kompetencer kan anvendes. Det er vigtigt, at PPU ved aftalens indgåelse tager højde for forskellighederne og laver en sondring mellem ansatte, konsulenttydelser og sundhedsydelser.

Figur 1: Aftaler og kontakter med læger (KL-AP, 2014)

Ansatte ej klinisk arbejde	Ansatte klinisk arbejde	Konsulent ydelser	Sundhedsinitiativer	Ressourcer og planlægning
U. 15 t – PLO		PLO	PLO	PLO
O. 15 t. FAS/YL	Protokollat med FAS/YL	Anvendes hvis lægen skal ex. undervise kommunens personale	Sygebesøg Samtaleterapi Opfølgning efter udskrivelse mm.	Generationsskifte Delepraksis Sundhedshuse Personale Samarbejde
Anvendes til eks. bistand ved dagpengesager, forståelse af afgørelser om tilsyn mm.	Eks. misbrugsbehandling	Kontrakt – ej ansættelse	Underliggende aftaler	Underliggende aftaler eller tilladelse
	Individuel (evt. på vilkår svarende til regional OK)	Konsulent timetakst	Takster	
		Ej klinisk arbejde		
Kommunal HR		Kommunen	PPU	PPU eller SU

PPU kan udelukkende indgå aftaler, som er beskrevet i de sidste 2 søjler i figuren, dvs. vedr. sundhedsinitiativer og vedr. ressourcer/planlægning.

Hvad skal aftales i den underliggende aftale?

Som udgangspunkt skal der ift. den underliggende aftale tages stilling til tre hovedopgaver:

- 1) Der *skal* tages stilling til en decentralisering af de opgaver, der omhandler sygebesøg og samtaleterapi¹
- 2) Der vil blive behov for at tage stilling til og prioritere de opgaver, som fremgår af den nye Sundhedsaftale og tiltænkes almen praksis
- 3) Der bliver behov for at tage stilling til, hvad der skal ske i forhold til de nuværende § 2 aftaler

¹ Der gøres opmærksom på, at der i Region Nordjylland allerede forefindes en § 2 aftale vedr. samtaleterapi, som er regionalt finansieret. Omfanget heraf er ca. 3,8 mio. kr. årligt.

Økonomi

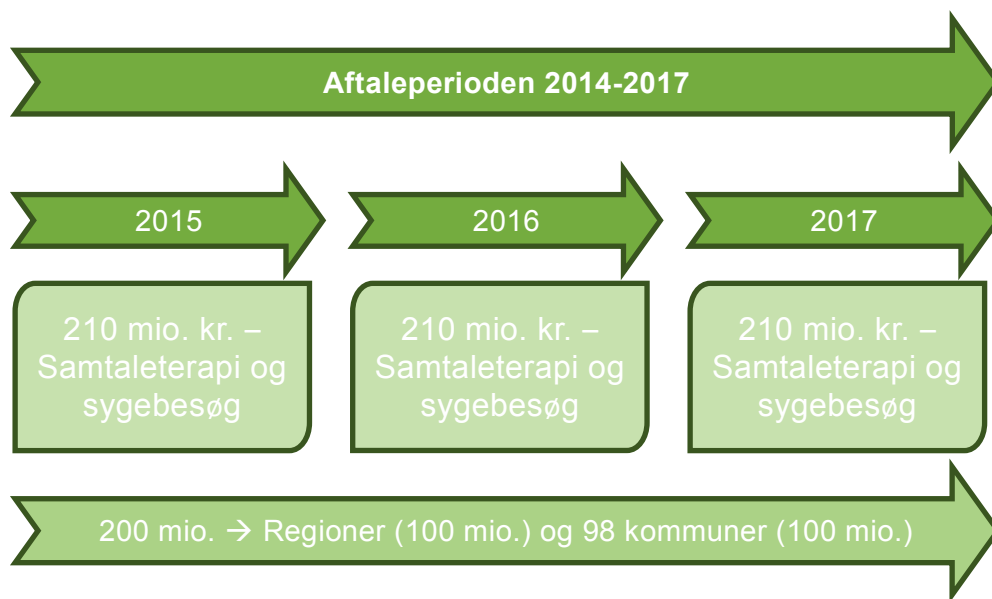
Nedenstående figur 2 viser, hvordan de økonomiske ressourcer på landsplan til den underliggende aftale fordeles over tid. I det følgende refereres der til henholdsvis 'gamle' og 'nye' penge.

- De 'gamle' penge er de 210 mio. kr. der på nuværende tidspunkt er en del af den centrale overenskomst mellem RLTN og PLO ift. samtaleterapi og sygebesøg, men som skal decentraliseres og lægges ud lokalt².
- De 'nye' penge er de midler, som Danske Regioner og KL via økonomiaftalerne i 2015 har tilkendegivet, at regioner og kommuner vil afsætte i forlængelse af udlægningen/decentraliseringen af henholdsvis samtaleterapi og sygebesøg. Hver part afsætter 100 mio. kr. til aftalt opgaveudvikling for at understøtte praksisplanlægningen. Øremærkningen af de 'nye' penge skal ses i lyset af, at kommunerne via Økonomiaftalen 2015 har fået 350 mio. kr. for at sikre et mere sammenhængende sundhedsvæsen.

Som det fremgår af forhandlingsaftalen mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og PLO, som blev indgået d. 1. marts 2014, så "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 og visse indsatser for psykisk syge fastlægges, bortfalder ydelserne i den centrale overenskomst for sygebesøg i dagtiden og samtaleterapi 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".

² Det er i overenskomstaftalen fastlagt, at fordelingen mellem de fem PPU'er af de ca. 210 mio. kr. sker iht. seneste opgjorte forbrug af samtaleterapi og sygebesøg, der decentraliseres. Som det fremgår af aftaleteksten: "Når de lokale aftaler er indgået, reduceres den centrale økonomiske ramme med den enkelte regions forbrug af ydelserne med det sidste kendte opgjorte årlige beløb. Hermed flyttes midler og opgaver fra den centrale overenskomst til det lokale niveau i den enkelte region".

Figur 2: Overblik over økonomien ift. den underliggende aftale



De 'nye' og de 'gamle' midler fordeles mellem de fem PPU efter to forskellige principper.

De *nye midler* på 2 x 100 mio. kr. fordeles mellem de fem PPU efter henholdsvis kommunernes og regionernes respektive DUT-nøgle (bloktilskudsnøgle). Resultatet af denne fordelingsnøgle er, at Region Nordjylland afsætter 10 mio. kr. og de nordjyske kommuner afsætter ligeledes 10 mio. kr. Fordelingen mellem de enkelte kommuner fremgår af Bilag 1.

De enkelte kommuner afregner kollektivt med fordeling på baggrund af den kommunale bloktilskudsnøgle. Det medfører, at der i PPU skal aftales hvordan disse midler skal prioriteres, og i takt med, at ydelserne og initiativerne afholdes, afregner kommunerne kollektivt.

De *'gamle' midler*, dvs. de 210 mio. kr. der følger decentraliseringen af sygebesøg og samtaleterapi, bliver fordelt mellem de fem PPU iht. den aktivitet, der hidtil har været i regionerne. Det giver i udgangspunktet grundlag for at opretholde det eksisterende serviceniveau.

Afregningen med de praktiserende læger for leverede ydelser vil ikke adskille sig fra den afregning, der finder sted i dag. Regionerne afregner de praktiserende læger på baggrund af aktivitet. Afregning mellem kommuner og regioner vil være på samme måde som kendes fra den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet.

Imidlertid vil afregningen med kommunerne være afhængig af, hvilke ydelser der afregnes for. Kommunerne finansierer i dag 10 pct. af udgifterne vedrørende sygebesøg og samtaleterapi, mens regionerne finansierer 90 pct. af udgifterne. Hvis parterne i PPU aftaler at øge udgiftsniveauet til de to ydelser udover de 210 mio. kr., vil disse ekstra udgifter skulle finansieres af de 'nye' penge der tilføres området – og her vil løftet i udgifter finansieres 50/50 mellem kommuner og region. Et øget udgiftsniveau ift. sygebesøg og samtaleterapi vil også medføre, at den samlede ramme til nye ydelser og aktiviteter vil reduceres tilsvarende.

Sygebesøg og samtaleterapi

En væsentlig del af forhandlingsaftalen var, at parterne blev enige om at give mulighed for at decentralisere sygebesøg og samtaleterapi.

Sygebesøg kan ifølge den centrale overenskomst beskrives som følgende:

- Konsultation i borgerens eget hjem – herunder på plejecentre
- Hvem modtager ydelsen:
 - Særligt skrøbelige ældre, men også almindelige patienter
- Foretages hvis lægen skønner det nødvendigt
- Ydelsen dækker over tid, hertil kommer kørselsgodtgørelse
- Hvis sygebesøget foretages af praksis med én læge betyder det, at praksis er lukket for konsultation i samme tidsrum.

Ønsket om at decentralisere sygebesøg skyldes i høj grad, at det er et område, hvor der kan være store forskelle i serviceniveauet blandt lægerne og hvor opgaver – som eksempelvis besøg på akutpladser, ikke er fastlagt i overenskomsten. Derudover kendetegner sygebesøg sig ved at gode løsninger kræver tilpasning til de lokale forhold. Det bør også i denne sammenhæng overvejes, om alle læger skal være forpligtet til at varetage denne opgave eller om den bedre varetages af en gruppe af læger, som selv byder ind (ex større lægepraksis).

Samtaleterapi har været en ydelse i overenskomsten for almen praksis siden 1995, men målgruppen for behandlingen har ikke været klart defineret. Baggrunden har været, at rigtig mange af de henvendelser, som almen praksis modtager, skyldes psykiske lidelser såsom depression og angst, og man ønskede derfor et behandlingstilbud i almen praksis.

Decentralisering af samtaleterapi skyldes, at regionerne i flere år har været utilfredse med brugen af samtaleterapi i almen praksis. Ydelsen har fra indførelsens start haft en hård medfart, hvilket skyldes usikkerhed om, hvorledes effekten er ud fra et overordnet perspektiv.

Nogle læger har en stor interesse for behandling af de ikke-psykotiske sygdommen og giver patienterne et behandlingstilbud, som kan være med til afværge et længere forløb med eksempelvis psykologbehandling. Andre læger derimod bruger ikke ydelsen, som den er tiltænkt. I mange regioner har man gennem de senere år arbejdet med tværsektorielt samarbejde om borgere med psykiatriske problemstillinger, og det giver derfor god mening, at også denne ydelse lægges ud til en mere dækkende indsats for psykisk syge.

Samtaleterapi kan ifølge den centrale ordning beskrives som følgende:

- Kræver ICPC kodning, inkl. henvendelsesårsag og indikation
- Forløbsydelse (min. 2 samtaler indenfor 6 mdr.) og maks. 7 per år.
- Kræver at lægen kan dokumentere kvalifikation
- Borgerne har typisk kontakt med både det kommunale system og med andre regionale sektorer
- Uensartet forbrug af ydelsen.

Som førnævnt så er decentraliseringen af opgaverne og midlerne (de 'gamle' penge) i den centrale overenskomst en betingelse for, at de 'nye' penge kan komme i spil. Derfor er det af væsentlig betydning ift. den forestående forhandlingsproces, at der tages stilling til, hvordan opgaverne om sygebesøg og samtaleterapi varetages lokalt.

Det kan ligeledes nævnes, at der er mulighed for at åbne op for, at andre aktører varetager de opgaver, som ligger i overenskomstens bestemmelser, hvis de alment praktiserende læger ikke ønsker at indgå i forhandling om opgaven; f.eks. ville det være muligt for psykologer at varetage opgaven ift. samtaleterapi.

Der er udarbejdet følgende oversigt (Tabel 1) over omfanget af sygebesøg og samtaleterapi i 2013 fordelt på kommuner.

Tabel 1: Sygebesøg og samtaleterapi opgjort for 2013 fordelt på kommuner

	Sygebesøg			Samtaleterapi		
	Brutto-honorar kr.	Antal ydelser	Antal ydelser per 1.000 indb.	Brutto-honorar kr.	Antal ydelser	Antal ydelser per 1.000 indb.
Morsø	255.163	1.061	50	14.276	49	2
Thisted	985.786	5.242	118	262.017	863	19
Brønderslev	640.914	3.013	85	138.052	473	13
Frederikshavn	1.575.164	7.662	126	166.525	616	10
Vesthimmerland	826.113	3.946	105	651.752	2.105	56
Læsø	79.673	377	202	0	0	0
Rebild	844.006	3.987	138	593.096	1.811	63
Mariagerfjord	926.434	4.604	109	115.571	341	8
Jammerbugt	416.748	1.892	49	30.763	107	3
Aalborg	3.149.075	16.097	79	1.469.972	4.686	23
Hjørring	1.505.533	6.917	105	333.510	1.194	18
Regionen i alt	11.204.608	54.798	95	3.775.535	12.245	21

§ 2-aftaler

§ 2 aftaler er betegnelsen for aftaler mellem læger og regioner udenfor rammeoverenskomsten frem til den nye overenskomst blev indgået d. 1. september 2014, hvor muligheden for § 2 aftaler blev afskaffet.

I Region Nordjylland er der på nuværende tidspunkt 75 § 2 aftaler fordelt på følgende områder med tilhørende økonomi:

Aftale type	Region Nordjyllands § 2 aftaler	
	Antal	Økonomi i 2013 (mio. kr.)
Lægedækning/planlægning	52	20,9
Behandlingsrelateret	14	12,8
Akut/aflastning, opfølgende sygebesøg, samtaleterapi, huslægefunktion	6	
Undervisning/vejledning	1	
Andre	2	
Aftaler i alt	75	33,7

Hovedparten af aftalerne vedrører lægedækning. De dækker over aftaler om generationsskifte, ekstra ansatte læger, udvidelse af kapacitet, lejemål mv. og er møntet på specifikke læger/klinikker. I øjeblikket arbejdes der på at få udarbejdet et overblik over de § 2 aftaler, der vedrører lægedækning fordelt på kommuner.

Det kunne være af fælleskommunal interesse at sikre at de 21 mio. kr. der ligger i de gældende § 2 aftaler, bliver fastholdt på området og stadig bruges på sikring af lægedækning fremadrettet, dvs. at de ikke vil skulle bruges til andre formål.

De eksisterende § 2 aftaler bliver som udgangspunkt ikke berørt af de nye retningslinjer om indgåelse af underliggende aftaler, eftersom de løber videre, indtil de bliver opsagt, eller hvis der er indbygget udløb i den enkelte aftale. Varsel og opsigelse af § 2 aftaler kan foretages i henhold til aftalen af de parter, der har underskrevet aftalen. Det vil sige Region Nordjylland og PLO-Nordjylland.

§ 2 aftaler vedr. sygebesøg og samtaleterapi

I Region Nordjylland er der indenfor overenskomsten årlige udgifter på ca. 13,1 mio. kr. til sygebesøg og samtaleterapi. Det er den nordjyske andel af de 210 mio. kr. på landsplan.

Ydelse	Region Nordjylland (mio. kr.)
Sygebesøg (besøg + køretakst)	13,0
Samtaleterapi	0,1
Total	13,1

Hertil kommer et årlig beløb på ca. 3,8 mio. kr. afregnet som en § 2 aftale i Region Nordjylland. KL (KLAP) vurderer umiddelbart, at Region Nordjylland har en decentral aftale på samtaleterapi, og der er derfor ikke behov for at foretage sig yderligere på området. Men hvis regionen opsiger aftalen, falder aktiviteten tilbage på overenskomsten og skal decentraliseres (for at frigøre de ”nye” midler).

En løsning for kommunerne kunne være at få § 2 aftalen opsagt og derefter lagt ind i den underliggende aftale sammen med overenskomstens 13,1 mio. kr. Det ville, for Region Nordjylland, betyde en ny samlet decentraliseret aftale på 16,9 mio. kr.

En anden mulighed kunne være at dele sygebesøg og samtaleterapi op og kun decentralisere sygebesøgene, eftersom § 2 aftalen i forhold til samtaleterapi i princippet allerede er decentraliseret.

Fra Sundhedsaftale til Praksisplan og underliggende aftale

Der arbejdes pt. i regi af Sundhedskoordinationsudvalget på at få udarbejdet en implementeringsplan for de opgaver, der er aftalt i den nye Sundhedsaftale 2015-2018.

Af implementeringsplanen vil fremgå et overordnet overblik over de initiativer og projekter, som er aftalt i sundhedsaftalen, og der vil være en oversigt over, hvornår de enkelte projekter forventes at blive påbegyndt. Det vil på baggrund af implementeringsplanen være muligt at se, om der er projekter, hvor almen praksis er tiltænkt en særlig rolle/opgave, men omfanget af en given indsats vil i mange tilfælde stadig være uafklaret. Herudover vil der af implementeringsplanen ikke fremgå, hvorvidt en given opgave for almen praksis er omfattet af overenskomsten.

Overordnet er der i Sundhedsaftalen 2015-2018 følgende områder, hvor almen praksis spiller en særlig rolle:

- Henvisning/rekruttering til kommunale tilbud indenfor tobak, alkohol og stoffer
- Forebyggende helbredsundersøgelser til børn
- Tidlig opsporing af børn og unge med psykiske problemer
- Forebyggelsestilbud til alle borgere med psykiske lidelser
- Forløbsprogrammer for overvægtige børn
- Projekt til optimering af digitale arbejdsgange i forbindelse med indlæggelse og udskrivning (Den gode henvisning/den gode epikrise)

- Telemedicin på nye patientgrupper (Projektansøgning indsendes 30. januar 2015)
- Forbedret forløbskoordinering for borgere med flere kroniske sygdomme
- Pilotprojekt vedr. borgere med kroniske smerter

Størstedelen af opgaverne forventes at være omfattet af den gældende overenskomst, men en endelig afklaring heraf vil skulle foretages i forbindelse med indgåelsen af den underliggende aftale.

Den underliggende aftale – opmærksomhedspunkter

Formkrav

Selvom der ikke er formelle formkrav til, hvordan en underliggende aftale kommer til at se ud, så anbefaler DR og KL, at det ville være hensigtsmæssigt:

- At der indgås én samlet underliggende aftale - eventuelt udformet som et aftalekompleks. Dette for at sikre, at parterne i praksisplanudvalget kan se den samlede mængde nye opgaver, nye snitflader og nye midler i sammenhæng samt sikre, at der skabes sammenhæng i det alment medicinske tilbud til alle borgere i regionen.
- At det overvejes fra start, hvordan det samlede aftalekompleks kan udformes. Den underliggende aftale skal for så vidt gælde i hele praksisplanens løbetid, men eftersom en aftale kan omfatte både varig opgavevaretagelse og tidsbegrænsede projekter, så vil der i praksis dog oftest være behov for revidering eller udvikling af aftalen løbende.
- At det indarbejdes i selve aftalen, hvordan parterne forholder sig til en evt. genforhandling. Ved eventuel genforhandling af delelementer af den underliggende aftale kan man med fordel henvise til det samlede aftalekompleks for aftalen, således at der skabes nogle naturlige bindinger. Ligeledes kan man aftale, at det ikke er det samlede aftalekompleks, der er til forhandling, hvis der er enkelte revideringer eller andet løbende.
- At det aftales, at visse emner eller opgaver først aftales på et senere tidspunkt. Ligeledes kan det aftales, at eksempelvis nye projekter, ny udvikling i lovgivning mv. kan afføde, at der aftales et supplement til den underliggende aftale.

- At der tages stilling til eventuel justering, opsigelse eller videreførelse af alle eksisterende § 2-aftaler. Fremadrettet indgår alle lokale aftaler i praksisplanen og skal derfor omfattes af den underliggende aftale. Dette forhold skyldes særligt hensynet til, at PPU er ansvarlig for at skabe sammenhæng i det alment medicinske tilbud til borgerne i regionen samt for at fordele og prioritere den samlede mængde lægeressourcer i regionen til de opgaver, som praksisplanudvalget beslutter, at almen praksis skal varetage.
- At forholde sig til, hvordan bilaterale aftaler mellem to ud af praksisplanudvalgets tre parter kan indgås, og hvordan sådanne aftaler skal bindes til den samlede underliggende aftale. For eventuelle bilaterale aftaler er det ligeledes vigtigt at forholde sig til spørgsmål om genforhandling, opsigelse, opfølgning i forhold til den samlede underliggende aftale samt om der skal formuleres særlige vilkår vedr. disse emner i den enkelte bilaterale aftale.

Udvalg i relation til overenskomsten

Samarbejdsudvalget for almen praksis er nedsat på baggrund af aftale i den eksisterende overenskomst om almen praksis og består af repræsentanter for region, kommuner og almen praksis. Samarbejdsudvalget er et forum for drøftelser og dialog dels vedrørende de spørgsmål, som er reguleret i overenskomsten, herunder udviklingen i almen praksis, og dels vedrørende behov for og indhold i lokale aftaler, som supplerer eller fraviger overenskomsten. Der er et naturligt konneks mellem arbejdet i Samarbejdsudvalg for almen praksis og i Praksisplanudvalget.

Rammerne for de kommunal-lægelige udvalg (KLU'er) er ligeledes aftalt som en del af den eksisterende overenskomst og består af praktiserende læger og repræsentanter for kommunen. KLU'erne udarbejder blandt andet udkast til lokale aftaler.

Disse lokale aftaler skal fremover sendes til Praksisplanudvalget med henblik på indarbejdelse i praksisplanen. KLU'erne og samarbejdsudvalget kan hensigtsmæssigt inddrages i udarbejdelsen af praksisplanen f.eks. gennem høring (SST, 2013).

Mandat

For at sikre mulighed for at der indgås en aftale med kommunalt aftryk, kræver det, at der igangsættes en proces, som kan orientere det kommunale bagland om formålet med den underliggende aftale og de økonomiske hensyn heri; indhente ønsker og afdække lokale behov i kommunerne til tiltag og indsatser; samt sikre bred forankring af og opbakning til aftalen.

Eftersom en underliggende aftale kan omfatte både varig opgavevaretagelse og tidsbegrænsede projekter, kan der i praksis hyppigt opstå behov for løbende revidering eller udvikling af aftalen samt indgåelse af underaftaler. Derfor er det vigtigt, at de kommunale medlemmer af PPU har mandat til at forhandle løbende på vegne af de øvrige kommuner over aftaleperioden. Det vil sige, at PPU's medlemmer har mandat til at forhandle den underliggende aftale og evt. tillæg hertil ud fra den givne økonomiske ramme. I den forbindelse skal det bemærkes, at det fra centralt hold er meldt ud, at kommunerne skal afsætte midler til de indsatser og tiltag, der fremgår af den underliggende aftale – og der gøres opmærksom på, at disse midler skal findes inden for egne økonomiske rammer. På nuværende tidspunkt har de fleste af de nordjyske kommuner meldt tilbage, at de allerede har afsat de nødvendige midler i deres budgetter for 2015 og 2016 til forhandlinger om den underliggende aftale. Et mindretal har endnu ikke afsat midlerne, men arbejder på dette.

Politisk mandatproces

Med henblik på at sikre løbende afstemning mellem de kommunale medlemmer af Praksisplanudvalget og det kommunale politiske bagland anbefales det, at Sundhedspolitisk Dialogforum fungerer som sparringspartner for de kommunale medlemmer af Praksisplanudvalget i forbindelse med de forestående forhandlinger. Sundhedspolitisk Dialogforum skal således:

- være det forum, hvor de kommunale PPU-medlemmer kan drøfte revidering af praksisplanen samt udarbejdelse og forhandling af den underliggende aftale med det kommunale bagland
- medvirke til at sikre et dynamisk forhandlingsmandat til de fem kommunale PPU-medlemmer
- sikre at alle 11 kommuners sundhedsudvalg får mulighed for at give input til forhandlingerne
- være et omdrejningspunkt for drøftelser af udviklingen af sundhedsområdet, herunder almen praksis rolle
- sikre at de kommunale udvalgsformænd/næstformænd løbende er opdateret om forhandlingsprocessen.

Konkret vil der for at sikre en tilstrækkelig tæt sparring være behov for at øge mødefrekvensen i Sundhedspolitisk Dialogforum.

Udover sparringen via Sundhedspolitisk Dialogforum vil KKR løbende blive orienteret, og når et endeligt udkast til en underliggende aftale foreligger, sendes denne til endelig godkendelse i de enkelte kommunalbestyrelser.

Administrativ mandatproces

Sideløbende med den politiske proces er der planlagt en administrativ proces, der kan understøtte den politiske proces, opbygge det nødvendige faglige vidensniveau i regionen og afdække de lokale behov og ønsker i klyngerne. Der er opbygget en klyngebaseret organisering med involvering af sundhedsdirektørernes forretningsudvalg, en understøttende arbejdsgruppe, samt faglig bistand fra KL's sekretariat for almen praksis (KL-AP). Kommunaldirektørkredsen orienteres ligeledes løbende om arbejdet i PPU.

Landspolitiske hensyn

Interne stridigheder i PLO's øverste beslutningsorgan, hvor den såkaldte 'kritiker-fløj' fik et godt valg i PLO's repræsentantskab lige før jul 2014, kan være med til at skabe udfordringer for arbejdet med Praksisplanen og den underliggende aftale.

Kilder

- Sundhedsstyrelsen: 'Vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner for almen praksis', 2013.
- Danske Regioner & KL: 'Fællesnotat: Underliggende aftaler i de lokale forhandlinger om samarbejdet med almen praksis', 2015.
- Danske Regioner & KL: 'Aftale om decentral økonomi for overenskomsten mellem RLTN og PLO', 2015.
- KLAP: 'Muligheder og begrænsninger i arbejdet med praksisplaner og underliggende aftaler', 2014.

Bilag: 1

Kommune	DUT-nøgle 2015*	Beløb
Brønderslev	0,621	621.000
Frederikshavn	1,085	1.085.000
Hjørring	1,158	1.158.000
Jammerbugt	0,666	666.000
Læsø	0,035	35.000
Mariagerfjord	0,734	734.000
Morsø	0,395	395.000
Rebild	0,483	483.000
Thisted	0,796	796.000
Vesthimmerlands	0,684	684.000
Aalborg	3,521	3.521.000
I alt	10,178	10.178.000

**jf. tabel G.1.12, Kommunalstatistiske Meddelelser 2014*