

21-12-2010

Forhandlingsaftale 2010

RLTN og PLO

INDHOLDSFORTEGNELSE	SIDE
A: KONTRAKT FOR ALMEN PRAKSIS	3
B: ROLLER, OPGAVER, SAMSPIL OG LÆGEVAGT	4
C: LÆGEDÆKNING, ORGANISERING OG KAPACITET	6
D: KVALITETSUDVIKLING OG IT , FONDE	8
E: HONORARSYSTEM OG ØKONOMI	9
Bilag A-1: Kontraktens opbygning	11
Bilag A-2: Udviklingskontrakt.....	12
Bilag A-3: Principper for redigering af den regulerende del af kontrakten.....	20
Bilag A-4: Vejledende struktur for reguleringsdelen.....	21
Bilag B-1: Nyt protokollat om roller og opgaver i almen praksis:.....	23
Bilag B-2: § NY Lokale aftaler vedrørende almen praksis.....	26
Bilag B-3 Opfølgings- og sanktionsmuligheder SU/LSU	29

Bilag B-4: Protokollat om samarbejde mellem almen praksis, sygehusvæsen, kommuner og regioner	30
Bilag B-5: Protokollat: Kommunale praksiskonsulenter	31
Bilag B-6: Kommunalt lægelige udvalg.....	32
Bilag B-7: Vejledning om kommunalt lægelige udvalg	33
Bilag B-8. IT og kommunerne	40
Bilag B-9 Rammeaftale om e-kommunikation mellem kommune og kommunens praktiserende læger.....	41
Bilag B-10: Revideret § 44. Henvisning til fysioterapi	45
Bilag B-11 Lægevagten.....	47
Bilag C-1a: Praksisplanlægning.....	48
Bilag C-2: Revision af regler om årlig fastsættelse af lægedækningen.....	51
Bilag C-4 Øvre lukkegrænse.....	53
Bilag C-5B Når en praksis eller del af praksis ikke overtages af ny læge	55
Bilag C-6: Protokollat af den 28.05. 2009 vedrørende tilbud til læger, der ønsker at etablere større praksis og/eller udvikle deres praksis	57
Bilag C-7: Delepraksis.....	58
Bilag C-8: Ydernumre på licens.....	60
Bilag C-9: Kobling af ydernummer til en bestemt fysisk lokalitet.....	61
Bilag C-10 Ansatte læger	62
Bilag C-11 Satellitpraksis	64
Bilag C-12 Patienter tilbydes læge uden for 15 km. grænsen ved lægedækningsproblemer	65
Bilag D-1 Kvalitetsmodel for almen praksis	66
Bilag D-2: Datafangst, ICPC-kodning og datahåndtering.....	67
Bilag D-3 Kommissorium og sammensætning et Fælles Samarbejdsudvalg for IT i almen praksis	69
Bilag D-4: IT i almen praksis.....	70
Bilag D-5: Patientoplevelset kvalitet i almen praksis	71
Bilag D-6 Det Fælles Medicin Kort (FMK)	72
Bilag D-7: Organisering af fondene på almen praksis området	74
Bilag D-8 Lægehåndbogen.....	76

Bilag E-1: Økonomiprotokollat	77
Bilag E-2: Protokollat vedr. ændring af honorarsystemet for almen praksis.....	78
Bilag E-3 Revidering af højstegrænser	80
Bilag E- 4 E-mail konsultation.....	81
Bilag E- 5 Samtaleterapi.....	82
Bilag E- 6 Forebyggelsesydelsen 0106	83
Bilag E-7 Ydelse 2304, 2305	84
Bilag E-8 Forhandlingsøkonomi	85
Bilag F-1: Passus om dialog i praksissektoren, som resultat af ny lovgivning om patientklager.	86

Regionernes Lønnings- og Takstnævn
(RLTN)

Praktiserende Lægers Organisation
(PLO)

Tid Den 21. december 2010

Sted Danske Regioner

Emne Overenskomst- og aftalefornyelsen pr. 1. april 2011

Deltagere Repræsentanter for Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og
Praktiserende Lægers Organisation (PLO)

Forhandlingsaftale

Aftalen træder i kraft 1.4.2011. Næste forhandling af overenskomsten på uopsagt grundlag bør være gennemført inden 15.11.2012 med henblik på ikrafttræden 1.4.2013

Parterne er enige om at indstille følgende til godkendelse:

København den _____21-12-2010_____

For Regionernes Lønnings og Takstnævn

For Praktiserende Lægers organisation

Jens Stenbæk/

Henrik Dibbern/

Anders Kühnau

Peter Magnussen

Der er mellem overenskomstparterne aftalt følgende ændringer:

A: Kontrakt for almen praksis

A-1: Kontraktens opbygning

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 dagsorden 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 fast tidsinterval.

A-2: Udviklingskontrakt

Udviklingskontrakten er optrykt som bilag – A-2.

A-3: Principper for redigering af den regulerende del af kontrakten

Parterne er enige om en række principper for redigering af overenskomsten. Principperne er optrykt som bilag A-3.

A-4: Vejledende struktur for reguleringsdelen

Parterne er enige om en række principper for redigering af overenskomsten. Der tages udgangspunkt i den som bilag A-4 optrykte indholdsfortegnelse, der betragtes som vejledende.

B: Roller, opgaver, samspil og lægevagt

B-1: Roller og opgaver i almen praksis

Der er udarbejdet et protokollat, der beskriver roller og opgaver i almen praksis. Protokollatet er optrykt som bilag B-1.

B-2: Lokale aftaler vedrørende almen praksis

Der er udarbejdet overenskomsttekst vedr. lokale aftaler i almen praksis. Overenskomstteksten er optrykt som Bilag B-2.

B-3 Opfølgings- og sanktionsmuligheder i SU/LSU

Der er udarbejdet overenskomsttekst vedr. opfølgings- og sanktionsmuligheder i SU/LSU. Overenskomstteksten er optrykt som bilag B-3.

B-4. Samarbejde mellem almen praksis, sygehusvæsen, kommer og regioner

Der er udarbejdet et protokollat om samarbejde mellem almen praksis, sygehusvæsen, kommuner og regioner. Protokollatet er optrykt som bilag B-4.

B-5: Kommunale praksiskonsulenter

Der er udarbejdet et protokollat om igangsættelse af et projekt, der kan beskrive erfaringer fra eksisterende praksiskonsulentordninger i kommunerne. Protokollatet er optrykt som bilag B-5.

B-6: Kommunalt lægelig udvalg

Der nedsættes kommunalt-lægelige udvalg i alle kommuner. Overenskomsttekst vedrørende kommunalt-lægelige udvalg mellem kommunerne og de praktiserende læger er optrykt som bilag B-6.

B-7: Vejledning til kommunalt-lægelige udvalg

Der er udarbejdet vejledning til brug for arbejdet i de kommunalt-lægelige udvalg. Vejledning til kommunalt-lægelige udvalg er optrykt som bilag B-7.

B-8: IT og kommunerne

Der er udarbejdet overenskomsttekst i forbindelse med IT-understøttelse af samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne. Overenskomsttekst er optrykt som bilag B-8.

B-9 Rammeaftale om e- kommunikation mellem kommune og kommunens praktiserende læger.

Der er udarbejdet rammeaftale om e- kommunikation mellem kommune og kommunens praktiserende læger. Rammeaftalen er optrykt som bilag B-9.

B-10: Vederlagsfri fysioterapi (godkendt 20-05)

Overenskomstens bestemmelse om henvisning til fysioterapi er præciseret. Baggrunden er patienternes frie valg til at benytte en henvisning til fysioterapi i enten praksissektoren eller et evt. kommunalt tilbud. Overenskomstteksten er optrykt som bilag B-11.

B- 11 Lægevagten

RLTN og PLO er enige om, at anbefalingerne fra Udvalg om det Præhospitale Akutberedskab skal søges indfriet ved samarbejde mellem de praktiserende læger og de enkelte regioner. Plo har tilkendegivet, at dette dog ikke gælder anbefalingen vedr. fælles regional ledelse af lægevagten.

C: Lægedækning, organisering og kapacitet

C-1A Praksisplanlægning, generelt

Overenskomstens regler om praksisplanlægning er justeret, endvidere er betegnelsen ”praksisplan” ændret til ”praksisudviklingsplan” for at understrege den fælles intention om at tilgode et langsigtet udviklingsperspektiv via praksisplanlægningen. Tilrettet overenskomsttekst er optrykt som bilag C-1.

C-2 Revision af regler om årlig fastsættelse af lægedækningen

Der indføres en ny årlig høring af de enkelte praksis angående deres kapacitet. Resultatet af den årlige høring lægges til grund for samarbejdsudvalgets vurdering af behovet for nye lægekapaciteter i regionen.

C-4 Øvre lukkegrænse

Reglen om automatisk lukning for tilmelding til praksis bortfalder. En ny bestemmelse om øvre lukkegrænse er optrykt som bilag C-4.

C-5A Om regionale handlemuligheder og lægedækning

Det aftales, at i den situation hvor det ikke er muligt at etablere tilstrækkelig kapacitet hos de praktiserende læger til, at samarbejdsudvalget kan sikre patienterne i et område af regionen mulighed for at blive tilmeldt en praktiserende læge, kan regionen etablere en regionsdrevet klinik.

C-5B Når en praksis eller del af praksis ikke overtages af ny læge

Der er udarbejdet procedurer for håndtering af situationen, hvor en læge ophører i praksis, uden at der er fundet en afløser.

C-6 Større enheder og udvikling af praksis

Der er udarbejdet et protokollat om tilbud til læger, der ønsker at etablere større praksis og/eller udvikle deres praksis. Protokollatet er optrykt som bilag C-6.

C-7 Delepraksis

Den automatiske lukning for tilgangen ved etablering af delepraksis afskaffes til fordel for en konkret vurdering af kapaciteten i den pågældende praksis.

C-8 Ny tilknytningsform – ydernumre på licens

Med henblik på at lette rekrutteringen til områder, hvor det er vanskeligt at rekruttere på sædvanlige vilkår, er der aftalt mulighed for tildeling af ydernummer på licens.

C-9 Kobling af ydernummer til en bestemt fysisk lokalitet

Samarbejdet kan beslutte at en lægekapacitet bliver koblet til en bestemt fysisk lokalitet.

C-10 Ny tilknytningsform – ansatte læger

Med henblik på at øge rekrutteringsgrundlaget skabes der mulighed for, indenfor eksisterende praksis, at besætte lægekapaciteter med speciallæger i almen medicin, som er ansat i tidsubegrænsede stillinger. Ny overenskomsttekst er optrykt som bilag C-10.

C-11 Satellitpraksis

Der etableres mulighed for, at en praksis kan få tilladelse til etablering af en satellitpraksis som supplement til det primære konsultationssted.

C-12 Patienter tilbydes læge uden for 15 km. grænsen ved lægedækningsproblemer

Hvis det ikke er muligt at tilbyde patienterne lægevalg inden for 15 km. grænsen, kan regionen tilbyde patienterne en læge, der praktiserer længere væk end 15 km. I så fald er lægen fritaget fra forpligtelsen til at aflægge sygebesøg hos disse konkrete patienter. Regionen stiller sygebesøgstilbud eller transportordning til rådighed.

D: Kvalitetsudvikling og IT , fonde

D-1 Kvalitetsmodel for almen praksis

Parterne er enige om at bede IKAS – i fællesskab med overenskomstens parter – at udarbejde et forslag til koncept for udvikling af Den Danske Kvalitetsmodel for almen praksis.

D-2 Datafangst og ICPC kodning og data-håndtering

Alle læger skal fremover anvende datafangst og ICPC-kode deres kroniske patienter.

D-3 Fælles samarbejdsudvalg for IT i almen praksis

RLTN og PLO er enige om at etablere et fælles samarbejdsudvalg for IT i almen praksis. Kommissoriet herfor er optrykt som bilag D-3.

D-4 IT i almen praksis

Der er aftalt nye tiltag indenfor IT i almen praksis. Disse er optrykt som bilag D4.

D-5 Patientoplevelset kvalitet i almen praksis

Fremover skal praktiserende læger mindst hvert tredje år gennemføre patienttilfredshedsundersøgelser.

D-6 Det Fælles Medicin Kort (FMK)

De praktiserende læger forpligtes til at tage FMK i anvendelse i takt med at regionerne tager løsningen i brug.. Læger forpligtes til at anvende FMK for alle fremadrettede ordinationer.. Protokollat herom er optrykt som bilag D6.

D-7 Organisering af fondene på almen praksis området

Parterne er enige om at gennemføre en analyse af mulighederne for reorganisering af fondene på PLO-området. Til dette arbejde nedsættes en arbejdsgruppe. Kommissoriet for arbejdsgruppen er optrykt som bilag D7.

D-8 Protokollat vedr. lægehåndbogen

Det aftales, at udbredelsen af lægehåndbogen fremmes, og drøftes i regi af KIF.

E: Honorarsystem og økonomi

E-1 Økonomiprotokollat

Der er aftalt et økonomiprotokollat, således at hvis de samlede udgifter overstiger den aftalte ramme, sker der en modregning i reguleringsprocenten for honorarerne, jf. Bilag E-1-

E-2 Protokollat vedr. ændring af honorarsystemet for almen praksis

Der er enighed om, at honorarsystemet for almen praksis skal ændres. Der skal igangsættes et fælles, hurtigtarbejdende forberedelsesarbejde med henblik på at konkretisere modellen for et nyt honorarsystem i almen praksis, jf. bilag E-2.

E-3 Højestegrænser

Det tydeliggøres, at højestegrænser skal administreres løbende. Der indføres et princip om årsregulering. Højestegrænser kan ændres fremadrettet.

E- 4 E-mail konsultation

Det er aftalt, at honoraret for e-mail konsultation nedsættes med 10 kr. Provenuet fra nedsættelsen overføres til basishonoraret.

E- 5 Samtaleterapi

Der er aftalt en revidering af indholdet i ydelsen Samtaleterapi. Ydelsen indgår fremover som en grundydelse, jf. bilag E-5.

E- 6 Forebyggelsesydelse 0106

Ydelsen 0106 Forebyggelseskonsultation bortfalder. Provenuet herfra overføres til basishonorar. Jf. bilag E-6 og E-7

E-7 Ydelse 2304 Supplerende Specifik forebyggelsesindsats, ydelse 2305 Opsøgende hjemmebesøg

Der sker en konsekvensrettelse af honorarerne som følge af at ydelsen 0106 bortfalder.

E- 8 Forhandlingsøkonomi

En samlet oversigt over økonomien i aftalen.

Bilag F-1 Dialog i praksissektoren, som resultat af ny lovgivning om patientklager

Formålet med den lokale dialog er at sikre, at patienten er blevet forstået og muligheden for en klageafbødende løsning er blevet undersøgt. Det opnås som udgangspunkt bedst, hvis den praktiserende læge vælger at deltage i den lokale dialog, som tilbydes patienten i forbindelse med patientklager.

Bilag A-1: Kontraktens opbygning

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

Bilag A-2: 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 hhv. 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 dagsorden 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 fast tidsinterval.

Den udviklingsorienterede del af kontrakten præsenteres i dette dokument.

Den udviklingsorienterede del af kontrakten for almen praksis

Indledning

Almen praksis er hovedhjørnesten 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 sektorgrænser.

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.

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, efteruddannelsestilbud, forskning, praksisplanlægning og organisationsudvikling. Regioner og kommuner vil derudover stille de rette rammer og redskaber til rådighed for almen praksis for at understøtte almen praksis i opgaveløsningen og i samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen. Endelig udvikles honorarsystemet til at understøtte de fremtidige behov i opgaveløsningen i almen praksis.

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' grundlæggende funktion er også i fremtiden 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 imidlertid faglig konsensus om, at almen praksis i højere grad og mere systematisk 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 og fokus på effektiv arbejdstilrettelæggelse.

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.

Også rammerne for samspillet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen har 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.

Kommunerne varetager den forebyggende indsats i form af fx rygestoptilbud, træningstilbud og generel patientuddannelse, mens almen praksis' ressourcer målrettes mod den medicinske

forebyggende indsats, identifikation af forebyggelsesbehov, indledende motiverende samtale og henvisning til kommunale sundhedstilbud.

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 implementeres. 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.

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

Der skal fortsat være mulighed for, at der i den enkelte region i særlige tilfælde og grundet særlige behov og muligheder i det decentrale sundhedsvæsen, herunder som led i den samlede regionale sundhedsplanlægning, sker udmøntning af de praktiserende lægers opgaver ved lokalaftale med de praktiserende læger. Dermed kan opgavevaretagelsen i almen praksis i højere grad blive målrettet decentrale behov og muligheder.

Der vil dog fortsat ske en central fastlæggelse af almen praksis kerneopgaver, således at der sikres et så ensartet tilbud i hele landet som muligt. 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.

Regionerne skal samarbejde med almen praksis om at understøtte udviklingen af almen praksis i tæt sammenhæng med det øvrige regionale sundhedsvæsen.

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

Da de fleste behandlingsforløb starter i almen praksis, er det væsentligt, at alle aktører tager et væsentligt hensyn til almen praksis' rolle, når der foretages planlægning i forhold til sammenhængende patientforløb, herunder forløbsprogrammer. Formålet er, at lægerne 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.

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, når almen praksis samarbejder med det omgivende sundhedsvæsen om enkeltpatienter og patientgrupper. Fx i forhold til pakkeforløb for kræft- eller hjertepatienter, retningslinjer for ambulans udredning i sygehusvæsenet, forløbsprogrammer for kronisk sygdom og sundhedsaftaler mellem regionen og kommunerne i regionen.

Der kan være behov for lokale aftaler med almen praksis om udmøntning af sådanne retningslinjer og aftaler, der fastlægger almen praksis' arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, og disse aftaler er individuelt forpligtende for de praktiserende læger i området.

Såfremt der er tale om opgaver, som ikke kan forudsættes varetaget i medfør af det centrale aftalekompleks, indgås der en yderligere supplerende aftale om særlig honorering.

Samspillet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen styrkes, bl.a. ved at der ned sættes 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 praksiskon-sulentordningerne, med henblik på at understøtte samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen og styrke implementering af de centralt aftalte tiltag.

Regioner og kommuner vil stille de nødvendige rammer og redskaber til rådighed for at understøtte almen praksis i samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen. Redskaberne er bl.a. lettilgængelige og opdaterede oversigter over henvisningsmuligheder i sygehusvæsenet og til de kommunale sundhedstilbud. Sygehuse og praktiserende speciallæger vil i videre omfang end det sker i dag også stille rammer og ekspertise til rådighed for praktiserende læger. Det gælder bl.a. adgang til specialistrådgivning. Endvidere skal der i relevante tilfælde være direkte adgang til diagnostiske faciliteter.

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 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 borgere har været tilset af en læge.

Også på andre områder er det vigtigt, at aktørerne i sundhedsvæsenet (sygehuse, 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 behandling hos praktiserende sundhedspersoner, herunder almen praksis.

Parterne anser det som en fælles opgave at sikre lægedækning i alle dele af landet.

Der skal sikres en hensigtsmæssig og effektiv planlægning af hvor og hvordan almen praksis nedsættes.

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 befolkningsalderssammensætning.

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, og planen er, at almen praksis omfattes af Den Danske Kvalitetsmodel.

I de sammenhænge, hvor en dokumentation kan gøres meningsfuld for patient, læge eller myndigheder skal kliniske aktiviteter, kvaliteten og henvisningsadfærden i almen praksis dokumenteres. Dette skal ske på måder, der ikke er unødigt ressourcekrævende for den enkelte praksis, fx ved at anvende allerede registrerede data ved hjælp af datafangstmodul. En meningsfuld og systematisk dokumentation af det kliniske arbejde i almen praksis styrker på afgørende vis grundlaget for at udvikle og planlægge almen praksis i fremtiden, såvel i den enkelte praksisenhed som på myndighedsniveau.

Relevante kvalitetsdata, herunder kliniske data, gøres tilgængelige for myndigheder og praksis med henblik på at understøtte planlægning, kvalitetsudvikling og indberetning til kliniske kvalitetsdatabaser.

Det aftales løbende mellem parterne, hvilke kvalitetsdata, der er relevante at offentliggøre for borgere og patienter på praksisniveau, fx patienttilfredshedsdata.

Service

Det skal være let for patienter, pårørende og samarbejdspartnere at komme i kontakt med almen praksis, og der sker en løbende udvikling af kommunikationsformer og tilbud. Som en del heraf er der gennemsigtighed 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.

Kompetenceudvikling og forskning

Almen praksis holder sig fagligt ajour og anvender accepterede og tidssvarende metoder og tekniske løsninger ved udredning, behandling og opfølgning. Alle almen praksis udvikler løbende relevante kompetencer gennem videre- og efteruddannelse for såvel læger som andre faggrupper i almen praksis.

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 A-3: Principper for redigering af den regulerende del af kontrakten

Parterne er enige om følgende principper for redigering af overenskomsten.

Parterne er enige om, at reguleringsdelen som hidtil suppleres af en beskrivelse af fremadrettede aftaler og initiativer, de såkaldte ”protokollater”. Aftalen suppleres med vejledninger, som uddyber regler og procedurer med særligt fokus på formidling af ændringer.

Modernisering

Reguleringsdelen moderniseres sprogligt, fx ændres ”sikrede” til ”patienter” eller ”personer”. En undtagelse er gruppe 2-sikrede, der fremover benævnes ”gruppe 2-sikrede patienter”.

Teksten i reguleringsdelen slankes, fx. ved at ydelsesbeskrivelser overføres til et bilag. RLTN har et ønske om at regler som er fastsat i en bekendtgørelse udgår eller forklares i en supplerende vejledning, PLO har taget forbehold for, at der ikke i redaktionsfasen kan gennemføres realitetsændringer i teksten.

Anmærkninger søges generelt indarbejdet i aftalens almindelige bestemmelser, eller anmærkningsteksten indsættes ind i en supplerende vejledning.

Protokollater vil i nogle tilfælde kunne betegnes ”projekter”. Anvendelsen af protokollater i slutningen af aftalen minimeres mest muligt. Protokollater med teknisk indhold søges så vidt muligt indarbejdet i aftalens almindelige bestemmelser, eller teksten indsættes i en supplerende vejledning.

Reguleringsdelens struktur

Reguleringsdelen får fremover mere karakter af en kontrakt, hvor de væsentligste elementer i aftalen trækkes frem i teksten, herunder særligt beskrivelsen af roller og opgaver for almen praksis, mens de bestemmelser, der vedrører strukturen har mindre betydning for yderens hverdag og den daglige opgavevaretagelse i almen praksis, som fx udvalg og fonde samt samarbejdsbestemmelser, klageregler osv., flyttes om i reguleringsdelens afsluttende kapitler.

Der er enighed om at tage udgangspunkt i den indholdsfortegnelse, som er foreslået af RLTN undervejs i forhandlingerne (bilag A-4). Denne indholdsfortegnelse betragtes som vejledende, og rækkefølgen såvel som overskrifterne kan ændres i redigeringsfasen.

Udviklingsdelen, reguleringsdelen, protokollater/projekter og vejledninger trykkes samlet i én bog, evt. med vejledninger i et hæfte for sig.

Bilag A-4: Vejledende struktur for reguleringsdelen

1. Reguleringsdelen

	<i>Overskrift</i>	<i>Bestemmelse i gældende overenskomst, §</i>
1	Præambel	1, 4
2	Opgaven for almen praksis	
2.1	Generelt om opgaven for almen praksis	
2.2	Akutberedskab og lægevagt	
2.3	Opgaven vedr. særlige patientgrupper	
3	Driftsbetingelser	
3.1	Strukturudviklingsplan	2, 13-15A, 17, 18, 35A, 55,
3.2	Organisering og krav til lægen	16, 25, 26, 35, 36, 36A
3.3	Ydelser og honorarer (oplistet i bilag) - Basishonorar/Klinikhonorar - Grundydelser - Tillægs- og laboratorieydelser - Andre ydelser - Ydelser i vagttiden - Afregning og blanketter	65-99A 103, 105, 106
3.4	Lægevagt	49-51
3.5	Henvisningsmuligheder og samspil	41-48
3.6	Kommuner	56, 56A, 57
3.7	Rekvitioner m.v.	52, 53, 54
3.8	Lokale og individuelle aftaler	
4	Tilgængelighed, service og lægevalg	28, 28A, 30, 32, 34, 37-39, 40, 55
5	Kvalitetssikring og IT	39A, 100, 101, 101A
6	Udvalg og fonde	
6.1	Centrale udvalg og fonde	12A, 12B, 12E, 36B, 107, 108A-C
6.2	Decentrale udvalg	12C, 12D
7	Samarbejdsbestemmelser og vedligeholdelse af aftalen	
7.1	Landssamarbejdsudvalg	8-10
7.2	Samarbejdsudvalg	5, 6
7.3	Kommunalt-lægelige udvalg	57A

7.4	Opmand	11-12
7.5	Ikrafttrædelse, ændring og opsigelse	109-110
8	Klageregler	58-64

Overvejes:

§ 27, 29, 33, 47,

2. Protokollater

<i>Nr.</i>	<i>Protokollater</i>	<i>Forslag</i>
1	Forberedende regionale SU	Udgår
2	Handicapvenlige lokaler	Ind i afsnit 4
3	Efteruddannelse	Revideres ift. ny udmøntningsaftale
4	Kvalitetsudvikling	Ind i afsnit 5, KIF-fond ind i afsnit 6.1
5	Forskningsfondens økonomi	Udgår, alternativt ind i afsnit 6.1
6	Amanuensisfonden	Udgår
7	Rationel farmakoterapi	Skrives ind i afsnit 5, opdateres ift. projektet om "fælles medicinkort"
8	Forløbsydelsen	Udgår
9	Udvikling i antal forebyggelsesydelse	Udgår eller videreføres? Afhænger af ny honorarstruktur
10	Anvendelse af klinikpersonale	Revideres, evt. ind i afsnit 3.2
11	Voldgiftsret	Evt. ind i afsnit 7
12	Fremtidens akutbetjening	Revideres, ny formulering fra arb.gr. B
13	Understøttelse af IT	Revideres, evt. ind i afsnit 5
14	Lokalemæssige hindringer	Udgår
15	Den samlede honorering	Ind i afsnit 3.3 om basishonoraret
16	Almenlægers arbejdsområde	Revideres, ind i afsnit 2 og/eller 3
17	Videregivelse af oplysninger (VF)	Nødvendigt? (kan evt. udgå)
18	Sygesikringsbevis	Ind i afsnit 3.3/5 eller udgår
19	Efteruddannelsesfond	Aftales nærmere, evt. ind i afsnit 6.1
20	Opmandsfunktion og org.ansvar	Afsnit 7.4, alternativt uændret

Bilag B-1: Nyt protokollat om roller og opgaver i almen praksis:

Forslag til nyt protokollat:

I det følgende beskrives de basale forpligtelser, som almen praksis har ved tilslutning til landsoverenskomsten for almen lægegerning. Forpligtelserne gælder den enkelte almene praksis som samlet organisation, herunder både den enkelte praktiserende læge og praksispersonale.

Roller og opgaver i almen praksis:

Almen praksis udgør en væsentlig funktion i det danske sundhedsvæsen som borgernes hyppigste kontakt og primære indgang til sundhedsvæsenet og ved at udfylde roller som generalist, gatekeeper og tovholder.

Frontlinielæge

Almen praksis er borgerens første, frie og uvisiterede kontakt til sundhedsvæsenet. Den praktiserende læge er den medicinske ekspert, der som frontlinielæge diagnosticerer og behandler hovedparten af sygdommene i befolkningen. Den praktiserende læge er ansvarlig for alle sine tilmeldte patienter i en uselekteret patientpopulation og håndterer ethvert problem, patienten opfatter som et sundhedsproblem uanset personens alder, køn, eller andre karakteristika.

Generalist

Den alment praktiserende læge er ikke subspecialiseret, men kan med sine alment medicinske generalistkompetencer tage sig af alle sundhedsproblemer fra banale til komplekse. I almen praksis vurderes patienten som en helhed og almen praksis er uddannet til at se, at symptomer kan komme af mange årsager, både medicinske, sociale, kulturelle og psykologiske.

Gatekeeper

I mødet med patienten afgør den praktiserende læge, om der er et medicinsk behov for, at patienten henvises til andre dele af det primære sundhedsvæsen eller til det sekundære sundhedsvæsen. Lægen udnytter sin viden om sundhedsvæsenets organisation, opgavefordeling og udbud til at sikre, at de patienter, der har et medicinsk behov, og som vil få et helbredsmæssigt udbytte deraf, henvises til det øvrige sundhedsvæsen. Sundhedsvæsenet er indrettet efter princippet om behandling på lavest mulige effektive omsorgsniveau. Gennem visitationsfunktionen bidrager almen praksis til at sikre en effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer.

Tovholder

Et komplekst sundhedsvæsen nødvendiggør betydelig koordination og styring, og almen praksis har opgaven som koordinator, vejleder og tovholder for patienten. Som tovholder er almen praksis ansvarlig for at sikre overblik og kontinuitet i patientforløbet defineret ud fra patientens behov. Tovholderfunktionen betyder, at almen praksis med sit kendskab til patienten og historikken i patientens forskellige helbredsproblemer samler trådene og sikrer, at der er en logisk sammenhæng i de tilbudte undersøgelser og behandlinger, så behandlingen forbliver relevant i forhold til patientens helbredsproblem. Herunder udøver almen praksis vejledning, når en patient behøver en sundhedsfaglig vurdering af aktuel og fremtidig status.

Almen praksis' arbejdsområde:

Almen praksis varetager en lang række almindelige behandlingsopgaver på en række områder, der falder inden for det almen medicinske kompetenceområde, og som derfor skal varetages i almen praksis. Det er opgaver, der endvidere ligger i naturlig forlængelse af almen praksis roller og funktioner. I det følgende nævnes en række væsentlige opgaver, som der er behov for at almen praksis har fokus på i fremtiden. Listen er ikke prioriteret og er heller ikke udtømmende.

Akutte sygdomstilfælde og mindre skader

Almen praksis placering i sundhedsvæsenet indebærer, at en række af opgaverne i både dag- og vagttid knytter sig til patienter, der henvender sig med akutte symptomer og sygdomstilfælde, med mindre skader eller som oplever en anden form for nyligt opstået helbredsproblem. Almen praksis foretager for disse patienter diagnostik og behandling, og i fornødent omfang og visitation.

Patienter med kronisk sygdom

En stor del af kontakterne i almen praksis vedrører patienter med kroniske sygdomme. Almen praksis udreder og behandler disse patienter i systematiske og planlagte forløb. Almen praksis agerer proaktivt for denne patientgruppe og tager initiativ til at sikre en effektiv behandlingsindsats samt fremme af sine tilmeldte patienters sundhed.

Almen praksis hovedopgaver knytter sig til diagnostik, behandling og løbende systematisk kontrol, visitation og koordination. Almen praksis indgår i samarbejde med såvel det specialiserede sundhedsvæsen som de kommunale tilbud om forebyggelse, rehabilitering, undervisning og støttefunktioner for denne gruppe patienter. Samarbejdet sker med udgangspunkt i de regionale forløbsprogrammer for kronisk sygdom, såfremt almen praksis har deltaget i udarbejdelsen af disse.

Forebyggelse

I forebyggelse skelnes mellem den patientrettede forebyggelse og den borgerrettede forebyggelse. Den borgerrettede forebyggelse sker i kommunerne, mens almen praksis' ressourcer målrettes mod den medicinsk forebyggende indsats, identifikation af forebyggelsesbehov, indledende motiverende samtale og henvisning til kommunale sundhedstilbud.

Almen praksis tager sig primært af den patientrettede forebyggelse over for patienter med kroniske sygdomme eller patienter med risikofaktorer. Da almen praksis er i kontakt med størsteparten af borgerne hvert år, er der i almen praksis et naturligt potentiale for at indtænke forebyggelse og sundhedsfremme i kontakterne - hver konsultation indebærer således et forebyggelsespotentiale, hvor der vil indgå råd og vejledning som må karakteriseres som primær profylakse i mange konsultationer.

Herudover definerer sundhedsloven en række forebyggelsesopgaver ift. svangre- og børneomsorg, vaccinationer og ved screeningsprogrammer, som almen praksis skal varetage.

Samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen – herunder om særlige patientgrupper

Som en integreret del af sundhedsvæsenet indgår almen praksis generelt i forpligtende samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, og bidrager til at sikre sammenhængende patientforløb.

I samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen indgår opgaver for en række patientgrupper, der ofte har komplekse og sammensatte behov for tilbud.

Almen praksis indgår i forhold til disse grupper bl.a. i et i socialmedicinsk samarbejde med kommunerne. Den socialmedicinske indsats vedrører primært resourcesvage patienter, misbrugere, børn/unge med særlige behov og ældre patienter.

Almen praksis har endvidere en vigtig rolle som tidlig opsporere af psykiske lidelser hos børn, unge og voksne samt en vigtig rolle i behandlingen af ikke alvorlige tilfælde af psykiske lidelser, især ikke psykotiske lidelser.

Almen praksis spiller også i kraft af et oftere længerevarende kendskab til sine patienter en vigtig rolle i den palliative indsats og medvirker i samarbejde med resten af sundhedsvæsenet i at sikre lindrende behandling og omsorg for sine uhelbredeligt syge og døende patienter.

Bilag B-2: § NY Lokale aftaler vedrørende almen praksis

Stk. 1

Mellem en region og et praksisudvalg kan indgås lokale aftaler, som supplerer eller fraviger nærværende overenskomst. Sådanne aftaler skal indberettes til overenskomstens parter.

De lokale aftaler kan falde inden for nedenstående kategorier jf stk 2.

1.1. Det sundhedspolitiske perspektiv

Patienterne er udgangspunktet for indgåelse af lokalafalter. De aftaler, der indgås, skal bidrage til at forbedre patientbehandlingen. Aftalerne har til hensigt at udmønte og understøtte de sundhedspolitiske målsætninger i regionen, herunder fx vedrørende hensigtsmæssige patientforløb, rekruttering, serviceniveau og betydning for lokale forhold.

1.2. Overenskomstudvikling

Lokale aftaler kan bidrage til at udvikle og supplere overenskomsten – i den forstand, at man kan afprøve nye tiltag inden for rammerne af lokalafalterne. På sigt kan lokale aftaler således bidrage til en forbedring af overenskomsten.

1.3. Arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen

Som en integreret del af sundhedsvæsenet indgår almen praksis generelt i forpligtende samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, og bidrager til at sikre sammenhængende patientforløb jf. protokollat XX.. Herunder følger almen praksis sundhedsaftaler, henvisningsretningslinjer, patientforløbsbeskrivelser, pakkeforløb for livstruende sygdomme, forløbsprogrammer for kronisk sygdom mv. Udmøntning af aftalerne i forhold til almen praksis sker i § NY-aftaler.

Da de fleste behandlingsforløb starter i almen praksis, bør almen praksis inddrages fra start, når der udarbejdes centrale og lokale retningslinjer og aftaler om arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Formålet er, at lægerne 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.

Stk. 2.

Lokale aftaler kan indgås som: 1) udmøntning af centrale og lokale retningslinjer om arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen 2) Andre lokale aftaler og/eller 3) aktivtetsaftaler om nye arbejdsopgaver.

1. Udmøntningsaftale: Hvis det for en region eller en kommune er afgørende, at en central aftale om arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen gøres individuelt forpligtende for de praktiserende læger i den forstand, at overenskomstens sanktionssystem kan tages i brug ved overtrædelse, kan dette ske ved indgåelse af en udmøntningsaftale mellem regionen og det regionale praksisudvalg. Sådanne aftaler forudsætter som udgangspunkt ikke særlig honorering for så vidt de ikke medfører merarbejde for almen praksis. Udover det almen praksis forventes at udføre i forvejen.
2. Andre lokale aftaler: Hvis der ønskes særlige vilkår, som supplerer eller fraviger nærværende overenskomst, og som ikke omfattes af ovenstående aftalemulighed, kan der også indgås en lokal aftale mellem regionen og praksisudvalget. Det afhænger af aftalens indhold, om det er relevant, at den omfatter en særlig honorering.

3. Aktivitetsaftale: Hvis der ønskes indført en ny arbejdsopgave for de praktiserende læger, som ikke er omfattet af den samlede honorering efter overenskomsten, kan der indgås en aktivitetsaftale, hvor den nye opgave defineres og det samtidig aftales, hvordan opgaven honoreres.

Som udgangspunkt anvender de omfattede læger aftalen med mindre det specifikt er angivet, at der er tale om et tilbud, som lægen kan vælge at benytte.

Når det drejer sig om en forpligtende aftale gælder de sanktionsmuligheder, som er nævnt i §§ 6 og 10, i tilfælde af overtrædelse.

Stk. 3

Praksisudvalget og regionen drøfter i samarbejdsudvalget behovet for og indhold i lokale aftaler.

De kommunalt lægelige udvalg drøfter ligeledes et eventuelt behov for lokale aftaler. De kommunalt lægelige udvalgs muligheder for at indgå aftaler fremgår af § 57A og tilhørende vejledning.

En lokal aftale kan vedrøre hele regionen eller en geografisk afgrænset del af regionen, eksempelvis en kommune.

Stk. 4

Ved indgåelse af lokale aftaler tages der i aftalen specifikt stilling til aftalens formål, indhold, plan for implementering, forventninger til brug af aftalen, plan for evaluering og opfølgning på aftalen samt betingelser for opsigelse af aftalen.

Note: §§ 6, og 10 konsekvensrettes, der tilføjes ”eller lokale aftaler”

Note: ovenstående ny § erstatter §2, som derfor udgår.

Tilføjelse til § 6 om samarbejdsudvalget opgaver og beføjelser

I § 6 om indsættes følgende stk:

Stk. 1 (NY)

Samarbejdsudvalget drøfter mindst én gang årligt samarbejdet mellem almen praksis, sygehus, den øvrige praksissektor, kommunerne og region. Hvis der er enkeltpersoner, grupper af personer eller repræsentanter for en region eller en kommune som ikke lever op til de forventninger, som stilles af de øvrige aktører, drøfter samarbejdsudvalget hvordan dette løses. Der kan eksempelvis være behov for at facilitere samarbejdet yderligere via øget informationsindsats, styrket anvendelse af praksiskonsulenter og evt. andre dialogbaserede værktøjer. Hvis problemstillingen fortsat ikke kan løses, vurderer samarbejdsudvalget om der er grundlag for at anvende sanktioner.

Stk. 2 (NY)

Samarbejdsudvalget drøfter og evaluerer endvidere en gang årligt anvendelsen af indgåede lokale aftaler jf. § X om lokale aftaler.

Stk. 3 (NY)

Samarbejdsudvalget indberetter til overenskomstens parter en gang årligt en kort afrapportering fra de i medfør af stk. 1 og 2 gennemførte drøftelser til overenskomstens parter.

(Der skal sikres sammenhæng med § 14A, som evt. konsekvensrettes i en redaktionsfase.)

Bilag B-3 Opfølgings- og sanktionsmuligheder SU/LSU

Tilføjelse til §6, vedr. Samarbejdsudvalgets sanktionsmuligheder

§ 6, stk. 7 (NY)

Forud for anvendelsen af de i stk. 6 nævnte sanktioner har samarbejdsudvalget mulighed for at:

- tilbyde rådgivning og vejledning
- tilbyde kollegial støtte, fx fra mentor eller netværk
- give henstilling eller påbud om at tilpasse adfærden (fx efterleve faglige retningslinier)

Tilføjelse til §10, vedr. Landssamarbejdsudvalgets sanktionsmuligheder

§10, stk. X (NY)

Forud for anvendelsen af de i stk. 2 nævnte sanktioner har landssamarbejdsudvalget mulighed for at:

- tilbyde rådgivning og vejledning
- tilbyde kollegial støtte, fx fra mentor eller netværk
- give henstilling eller påbud om at tilpasse adfærden (fx efterleve faglige retningslinier)

Bilag B-4: Protokollat om samarbejde mellem almen praksis, sygehusvæsen, kommuner og regioner

Almen praksis udgør en integreret del af sundhedsvæsenet og indgår i et gensidigt forpligtende samarbejde med de øvrige aktører, herunder sygehusvæsen, kommuner og regioner. Alle sundhedsvæsenets aktører har en fælles interesse i, at patienter over hele landet indgår i velplanlagte forløb. Almen praksis følger derfor også centralt fastsatte faglige retningslinier/principper og forløbsprogrammer.

Almen praksis inddrages fra start:

Da de fleste behandlingsforløb starter i almen praksis er det væsentligt at alle aktører tager et væsentligt hensyn til almen praksis' rolle, når der foretages planlægning med hensyn til at sikre sammenhængende patientforløb, herunder forløbsprogrammer. Det regionale praksisudvalg bør derfor inddrages fra start. Formålet er at lægerne 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. Hvis der er tale om at fastlægge procedurer inden for en kommune, er det repræsentanter for de lokale læger, som skal inddrages.

Sundhedsaftaler:

I forbindelse med indgåelse af sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner er almen praksis ikke efter lovgivningen aftalepart. De hidtidige erfaringer har imidlertid vist, at sundhedsaftalerne i vidt omfang har et indhold, der har betydning for samarbejdet med de praktiserende læger. Det er derfor også i denne sammenhæng vigtigt at inddrage repræsentanter for almen praksis. Det kan være hensigtsmæssigt, at de dele af sundhedsaftalerne, der specifikt vedrører almen praksis, udskilles til et særligt afsnit, som indgås mellem region og kommune. Det gælder både de generelle sundhedsaftaler og de bilaterale sundhedsaftaler mellem en region og en kommune.

Let og overskuelig information om arbejdsdeling og procedurer:

Når der er fastlagt arbejdsdeling og procedurer skal såvel de praktiserende læger som andre aktører, der berøres, modtage relevant information om hvad der forventes af dem. Ud over skriftlig information kan der være tale om andre informationstiltag, kursusaktivitet, inddragelse af praksiskonsulent mv., omfanget afhænger af emnet. Alle procedurebeskrivelser m.v. præsenteres endvidere på en overskuelig måde på sundhed.dk og eventuelt den regionale informationsportal, sådan at alle - også efter den initiale information - har let adgang til informationen

Bilag B-5: Protokollat: Kommunale praksiskonsulenter

KL og PLO er enige om, at lokal anvendelse af praksiskonsulenter har vist sig at være en effektiv måde at udvikle samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen. Praksiskonsulenter spiller således en vigtig rolle i forhold til at sikre succesfuld implementering af de sundhedspolitiske indsatsområder og løsning af konkrete problemstillinger.

Anvendelse af praksiskonsulenter har fundet sted i regionerne i mange år men er relativt nyt i kommunerne. Her er området fortsat i udvikling og parterne mangler derfor et samlet overblik over ansættelse af praksiskonsulenter i kommunerne. PLO og KL er derfor enige om, at der i umiddelbar forlængelse af overenskomstforhandlingerne foretages et fælles projektarbejde, der har til opgave at indhente information om de lokale praksiskonsulentordninger i kommunerne. Oplysningerne vil herefter blive bearbejdet til en fælles rapport der sendes til samtlige kommuner, regioner og læger.

Rapporten skal fremkomme med ideer til de lokale parter til, hvilke emner de kommunale praksiskonsulenter med fordel kan beskæftige sig med. Rapporten skal ligeledes beskrive mulige modeller for lokale praksiskoordinatorer funktioner, herunder belyse evt. muligheder for opgaveløsning på tværs af regioner og kommuner.

Bilag B-6: Kommunalt lægelige udvalg

§ 57 A. Kommunalt lægelige udvalg mellem kommunerne og de praktiserende læger

Stk. 1: Alle kommuner skal i samarbejde med kommunens læger nedsætte et kommunalt lægeligt udvalg bestående af lokale praktiserende læger og repræsentanter for kommunen.

Stk. 2. Det kommunalt lægelige udvalg behandler emner af fælles interesse, med henblik på at styrke samarbejdet mellem de praktiserende læger og kommunen. Parterne har i en fælles vejledning beskrevet, hvilke emner der drøftes i udvalget. Vejledningen er optrykt i bilag X.

Stk. 3.

Det kommunalt lægelige udvalg afholder møder minimum 2 gange årligt og varigheden er op til 3 timer pr. møde efter behov.

De deltagende læger (i alt 2 læger) honoreres for deltagelse.. Udgiften afholdes af kommunen. En dagsorden sendes til udvalgets medlemmer senest to uger inden mødet afholdes. De nærmere forhold omkring møderne aftales lokalt.

Stk. 4.

Kommunerne forestår sekretariatsbetjeningen af udvalget.

Stk. 5

Udvalget kan udarbejde udkast til lokale aftaler. Aftaleudkast sendes til det regionale samarbejdsudvalg med henblik på, at aftaler formaliseres som en § NY aftale.

Stk. 6

Der foretages en årlig evaluering af samarbejdet mellem kommunen og lægerne i kommunen. I evalueringen indgår en opfølgning og status på implementeringen af evt. lokale aftaler. Der udarbejdes en kort orientering, der sendes til samarbejdsudvalget.

Stk. 7

De to lægelige medlemmer i det kommunalt lægelige udvalg udpeges af det lokale lægelaug. Er der endnu ikke etableret et lægelaug i kommunen, udpeges de to lægelige medlemmer af kommunens læger efter vejledning fra praksisudvalget i regionen.

Lægerne kan lade sig erstatte af andre læger i sager, hvor lægerne skønner noget sådant er hensigtsmæssigt. De udpegede læger kan endvidere lade sig supplere af andre læger, hvor lægerne skønner noget sådant hensigtsmæssigt (sidstnævnte udløser dog ikke honorar).

Bemærkning:

Det anbefales, at et af kommunens medlemmer samtidig er kontaktperson for udvalget.

(Teksten tilrettes i øvrigt redaktionelt alt efter §§ henvisninger i den nye overenskomst).

Bilag B-7: Vejledning om kommunalt lægelige udvalg

Indledning

Med den nye overenskomst for almen lægegerning af 1. april 2011, er det blevet fastsat, at der i alle kommuner skal etableres kommunalt lægelige udvalg (KLU).

Arbejdet i udvalgene skal bidrage til, at lægerne og kommunerne får en styrket dialog og et mere integreret samarbejde om den brede vifte af emner, der i dag er fælles for kommunernes og lægernes indsats på sundhedsområdet. Arbejdet skal styrke udvekslingen af information og tillige sikre, at de aftalte indsatsområder i landsoverenskomsten, forløbsprogrammer og sundhedsaftaler implementeres succesfuldt.

Emner som bør behandles fast i udvalget

Viften af emner er bred og dækker over både konkrete problemstillinger og mere principielle forhold i samarbejdet. Det anbefales, at der ved hvert møde fast:

- følges op på indgåelse og udmøntning af sundhedsaftaler,
- informeres om lokale sundhedspolitiske initiativer,
- sker en drøftelse af lægedækningen, og
- foretages opfølgning i forhold til den elektroniske kommunikation mellem almen praksis og kommunen

Herudover bør der fokuseres på de faglige indsatsområder, hvor der er aktuelt størst behov.

Uddybning af emner som bør behandles fast i udvalget

10. Sundhedsaftalen mellem kommunen og regionen

- a. Det anbefales, at udvalget som et fast dagsordenspunkt drøfter det påtænkte indhold i den forestående sundhedsaftale og drøfter implementeringsaktiviteter i forhold til den foreliggende. Drøftelserne skal supplere de drøftelser som finder sted i andre fora – eksempelvis i sundhedskoordinationsudvalget.

11. Nye lokale sundhedspolitiske initiativer

- a. Det anbefales, at der i udvalget er en dialog om nye sundhedspolitiske initiativer i kommunen og hos lægerne. Et eksempel herpå kan være, hvis kommunen planlægger at etablere et sundhedscenter eller påtænker at igangsætte nye tiltag på forebyggelsesområdet. Et eksempel kan også være formidling af ny viden fra lægerne eksempelvis i forhold til arbejdsgange og procedurer mellem lægerne og sygehusenes afdelinger, som har relevans for den kommunale indsats.

12. Lokale lægedækningsproblemer og mulig kommunal medvirken til løsninger

- a. Landsoverenskomsten rummer en række bestemmelser, der skal sikre, at der er lægedækning i alle egne af landet, jf. landsoverenskomstens §§XX Det anbefales, at der efter behov i det kommunalt lægelige udvalg finder en drøftelse sted af, hvordan kommunen og lægerne i kommunen ser på lægedækningssituationen. Drøftelserne kan tjene til gensidig oplysning om arbejdet med at løse lægedækningsproblemerne og dialogen med regionen herom. Det gælder også i de situationer, hvor der pga. en læges pludselige ophør opstår en særlig lægemangelsituation. Særligt vil det være naturligt, at der finder en drøftelse sted om emnet, inden kommunen høres af regionen i forhold til udarbejdelse af en ny praksisplan.
- b. Fremover vil der if. med udarbejdelsen af ny praksisplan blive indført fast høring som en del af landsoverenskomsten. Formuleringen i landsoverenskomstens §XX lyder således: ”Forud for udarbejdelse af praksisplanen skal regionen gennemføre en høring blandt kommunerne i regionen om, hvilke behov de ser i forhold til lægedækningen. Høringen skal endvidere afdække, hvilke initiativer der fra kommunal side er igangsat eller påtænkes med henblik på at fremme og facilitere flerlægepraksis. Initiativerne kan blandt andet omfatte at der i kommuneplanen udpeges egnede arealer til lægepraksis og at der gives mulighed for etablering af lægepraksis ved ændringer i eksisterende bygningsmasse med henblik på udlejning samt ved planlægning af nye by- og boligområder. Endvidere kan der være tale om etablering af sundhedscentre, hvor almen praksis indtænkes og hvor kommunen ønsker at udleje lokaler til praktiserende læger.”

13. IT kommunikation mellem almen praksis og kommunen

- a. Som en del af landsoverenskomsten er der i § XX, stk. X, indgået en rammeaftale om elektronisk kommunikation mellem en kommune og lægerne i kommunen. Rammeaftalen bør behandles i udvalget. Er der enighed om at bringe rammeaftalen i anvendelse orienteres samarbejdsudvalget herom.

Uddybning af emner som behandles i udvalget efter behov

Nedenstående emner anbefales drøftet alt efter behov. Listen er ikke udtømmende og kan udbygges lokalt.

Emner der vedrører de kommunale sundhedsopgaver

14. Status på kommunens træningsindsats

- a. Da kommunerne overtog ansvaret for at tilbyde ambulante genoptræning til patienter med et lægefagligt begrundet behov for genop-

træning efter sygehusindlæggelse, steg kommunernes behov for samarbejde med egen læge om patientens forløb samtidig. Men det kan også dreje sig om samarbejde om, hvordan et genoptræningsforløb afsluttes, herunder om der sendes en slutstatus til patientens egen læge. Herudover kan det drøftes om der opleves udfordringer if. indhold, effekt, kommunikation, kapacitet, ventetider mv.

15. Samarbejdet om den ældre medicinske patient/demente

En stor del af samarbejdet mellem kommunen og de praktiserende læger omfatter de ældre medicinske patienter samt borgere med demenssygdomme. Samarbejdet indbefatter hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og de enkelte plejecentre i kommunen, der plejer og tilser disse patienter. Det er derfor relevant, at udvalget drøfter det pågående samarbejde om denne store gruppe, herunder udmøntningen af sundhedsaftaler eller og kommende nationale handlingsplaner for begge grupper.

16. Henvisningsmønstre, herunder vederlagsfri fysioterapi

- a. Det anbefales at drøfte henvisningsmønstre på de enkelte områder. Særligt bør henvisningsmønstrene til vederlagsfri fysioterapi drøftes med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens vejledning. Det handler både om kommunernes vedligeholdende tilbud på træningsområdet, der i en del tilfælde vil være et alternativ til at henvise til vederlagsfri fysioterapi. Samt om de tilbud indenfor rammerne af ordningen om vederlagsfri fysioterapi, som kommunerne har fået mulighed for at oprette. Drøftelserne skal blandt andet tjene til, at kommunen får fuld information i forbindelse med overvejelser om at målrette eventuelle kommunale tilbud til borgere med særlige diagnoser (diagnosespecifikke tilbud). Kommunen kan derudover blandt andet inddrage information fra de status- og undtagelsesredegørelser, som kommunen har fra samarbejdsudvalget på fysioterapiområdet. Samtidig skal drøftelserne styrke lægernes mulighed for at kunne opfylde informationsforpligtelsen om, at borgerne har frit valg mellem at få deres tilbud i praksissektoren eller i et evt. kommunalt tilbud.

17. Forebyggelsesområdet

- a. De praktiserende læger kan i forhold til livsstilsændringer hos den enkelte patient henvise til kommunale tilbud, såvel borgerrettede som patientrettede, eksempelvis rygestoptilbud. Det anbefales, at udvalget løbende drøfter, hvilke tilbud der er til rådighed såvel i kommunen som i almen praksis, kvaliteten heraf samt antallet af patienter, der henvises til de enkelte tilbud fra almen praksis.

18. Det socialmedicinske samarbejde

- a. I Landsoverenskomsten er der bestemmelser vedr. socialmedicinsk samarbejde efter anmodning fra kommunerne eller på initiativ af lægen. Det er en forudsætning, at der er tale om en konkret patient, tilmeldt lægen, og ikke blot en generel diskussion af sundhedsple-

jen o.lign. Relevante emner til drøftelse i udvalget kunne være, om der opleves problemer af generel karakter i dette samarbejde om enkeltpersoner, og om mulighederne i overenskomsten udnyttes i tilstrækkelig grad i det socialmedicinske samarbejde. En særlig målgruppe for drøftelserne kan være social-medicinsk samarbejde i komplicerede sager om børn og unge.

- b. Det social medicinske samarbejde reguleres endvidere af Aftale mellem Lægeforeningen og KL om Socialt lægeligt samarbejde.

19. Børne/ungeområdet – herunder samarbejdet med sundhedsplejerskerne og kommunal-lægerne (børne- og ungelægerne). Og familie afdelingen (sagsbehandlere og psykologer).

Relevante emner til fælles drøftelse i kommunalt – lægelig udvalg kunne være:

- a. Samarbejdet generelt omkring sundhedsfremme og forebyggelse
- b. Samarbejde omkring sårbare gravide
- c. Forebyggelse af uønsket graviditet, forebyggelse af rygestart, uhen-sigtsmæssig alkoholadfærd, rusmidler mv.
- d. Samarbejde omkring fedme og overvægt, herunder hvordan indsatsen kan koordineres,
- e. Overgang fra 5 års alderen til den kommunale sundhedsordning
- f. Henvisninger fra sundhedstjenesten til praktiserende læge og omvendt
- g. Samarbejdet med PPR og kommunens familieafdeling
- h. Samarbejdet omkring sårbare/truede børn.

20. Psykiatri og misbrug

- a. På det psykiatriske område kan samarbejdet med fordel udvikles såvel i forhold til børn, unge og voksne og i forhold til såvel personer med lettere eller vanskeligere psykiske problemstillinger. Behovet ses for eksempel i arbejdsmarkedssager, der vedrører borgere med lettere psykiske problemstillinger, i sager med børn og unge (børn af psykisk syge, unge med angst mv.), ifm. koordinering af udskrivninger fra behandlingspsykiatrien og ifm. tvangsindlæggelser.
- b. Samarbejdet omkring psykiatriske patienter med misbrug (dobbelt diagnose) er meget komplekst, idet misbrugs behandlingen er en kommunal opgave og selve den psykiatriske behandling er en regional opgave (praktiserende læge/speciallæge eller sygehus afdeling). Udvalget kan evt. udvikle en samarbejdsmodel for denne patientgruppe.
- c. I forhold til alkoholmisbrug, er der en lang række borgere, der er i behandling hos de privatpraktiserende læger. Lægerne er således i kontakt til storforbrugere og samarbejdet og samspillet med kommunernes tilbud bør derfor drøftes.

- d. Et andet tema kunne være, hvorledes borgere, der er blevet afhængige af lægeordineret medicin vejledes og forsøges udtrappet af medicinen.

21. Samarbejdet om at få syge hurtigere tilbage på arbejdsmarkedet

Der er et stort behov for samarbejde mellem kommuner og de praktiserende læger vedr. sygemeldte borgere fx samarbejde mellem almen praksis, kommune og jobcenter. Samarbejdet knytter sig særligt til en drøftelse af de indsats, der kan muliggøre, at borgeren vender tilbage helt eller delvist på arbejdsmarkedet.

Relevante emner kan i den forbindelse være knyttet til, hvordan samarbejdet generelt fungerer, herunder hvilke attester mv. det er relevant at anvende i forbindelse med sygemeldte borgere, og hvordan disse attester bruges mest hensigtsmæssigt, fx mulighedserklæring.

22. Kronikerindsatsen

Det kommunalt lægelige udvalg kan drøfte hvordan indsatsen konkret udmøntes i kommunen. Det kan eksempelvis ske ved at drøfte opsporing, implementering af tilbud i hht. forløbsprogrammer for specifikke kroniske sygdomme, varetagelse af tovholder- og forløbskoordinatorfunktion mv.

23. Det palliative arbejde

Det kommunalt lægelige udvalg kan drøfte hvordan indsatsen konkret udmøntes i kommunen. Der indgår ofte mange forskellige aktører fra både region og kommune i det enkelte palliative forløb og borgeren/patienten kan have meget vanskeligt ved at overskue sin egen situation.

24. Polyfarmacipatienter og medicin håndtering

- a. Drøftelse af samarbejdet mellem almen praksis og kommunens hjemmepleje i forhold til borgere, hvis medicin håndteres af hjemmeplejen. Målet er at medvirke til at sikre en mere korrekt medicin håndtering.
- b. Dosisdispensering kan være et velegnet redskab til sikker medicin håndtering. Udvalget kan drøfte hvilke patient grupper der er egnede til dosisdispenseret medicin og som kan få glæde af det.
- c. Samarbejdsaftaler mellem hjemmeplejen, apoteker og lægerne omkring selve håndteringen af dosisdispensering til de egnede patientgrupper kan drøftes.

25. De kommunale praksiskonsulenters arbejde

- a. Praksiskonsulenter kan medvirke til at udbygge samarbejdet mellem kommunen og almen praksis, styrke informationsudvekslingen og følge op if. implementeringsaktiviteter. Det er derfor naturligt, at der kan være anledning til at overveje hvordan der skabes synergi mellem praksiskonsulentens arbejde og arbejdet i de kommunalt lægelige udvalg. Det kan derfor være hensigtsmæssigt, at udvalget

drøfter, hvilke opgaver der er særligt væsentlige, at praksiskon-sulenterne medvirker til at løse. Det er en overvejelse om praksiskon-sulenten, alt efter emne, med fordel kan deltage i hele eller dele af mødet.

- b. Det skal samtidigt understreges, at praksiskon-sulenten er ansat af kommunen.

Organiseringen af udvalget

Der er enighed om at arbejdet i det kommunalt lægelige udvalg (KLU) sker under hensynta-gen til mindst mulig brug af lægelig tid og ressourceanvendelse.

De kommunalt-lægelige udvalg afholder møder minimum 2 gange årligt, varigheden er op til 3 timer pr. møde efter behov. De deltagende læger (i alt 2 læger) honoreres for deltagelse.. Udgiften afholdes af kommunen. En dagsorden sendes til udvalgets medlemmer senest to uger inden mødet afholdes. De nærmere forhold omkring møderne aftales lokalt.

Blandt de lokale læger – i kommuner med lokale lægelaug – udpeges 2 lægelige medlemmer til det kommunalt-lægelige udvalg. Hvis der endnu ikke er etableret lægelaug i kommunen udpeges det kommunalt-lægelige udvalgs lægelige medlemmer af kommunens læger efter vejledning fra praksisudvalget i regionen. Lægerne udpeger 2 lægelige medlemmer. Lægerne kan lade sig erstatte af andre læger i sager hvor lægerne skønner noget sådant er hensigtsmæs-sigt. De udpegede læger kan endvidere lade sig supplere af andre læger, hvor lægerne skønner noget sådant hensigtsmæssigt (sidstnævnte udløser dog ikke honorar).

Kommunerne forestår sekretariatsbetjeningen af udvalget. Kommunerne honorerer som hidtil de deltagende læger, jf. §57A stk. 5 i Landsoverenskomsten.

Bemærkning:

Det anbefales, at et af kommunens medlemmer samtidig er kontaktperson for udvalget.

Med indførelsen af faste udvalg skal kommunen ikke længere informere Samarbejdsudvalget om tidsforbruget.

Udvalgets kompetencer og indgåelse af aftaler

Udvalget kan udarbejde vejledende retningslinier for den fremtidige procedure inden for rele-vante samarbejdsområder med henblik på at sikre, at indsatsen over for den enkelte borger op-timeres. Udvalget kan tage initiativ til nyhedsbreve, informationsmøder og andre former for kommunikation med henblik på at inddrage kommunens læger og give dem ejerskab til det arbejde, der foregår i det kommunalt-lægelige udvalg. Hvis kommunen har ansat en praksis-konsulent kan denne bidrage.

Hvis der er brug for egentligt forpligtende aftaler kan endelig aftale ikke indgås i det kommu-nalt-lægelige udvalg, men nedenstående procedure følges. Det samme gælder, hvis der er tale om at fastlægge opgaver, som ikke honoreres efter den gældende overenskomst om almen læ-gegerning, og der derfor skal aftales en særlig honorering:

1. Når der er opnået enighed i det kommunalt-lægelige udvalg om et aftaleudkast kan aftaleudkastet
 - a. **enten** fremsendes til det regionale samarbejdsudvalg med anmodning om at aftalen formaliseres som en såkaldt § NY aftale
 - b. **eller** fremsendes til det regionale praksisudvalg med henblik på bilateral aftaleindgåelse direkte mellem kommunen og praksisudvalget.

Ad a) Fremgangsmåden med indgåelse af § NY aftale kan benyttes, hvor der er behov for at pålægge kommunens praktiserende læger egentlige bindende forpligtelser og hvor man ønsker at overtrædelse skal kunne sanktioneres efter det gældende sanktionssystem i overenskomst om almen lægegerning. § NY aftale kan også komme på tale, hvor der indføres en ny opgave, der ikke honoreres efter overenskomsten, og der således ønskes aftalt en særlig honorering. Honoraret ifølge en § NY aftale udredes af regionen, også selv om § NY aftalen kun vedrører en enkeltkommune.

Ad b) Fremgangsmåden med indgåelse af en bilateral aftale direkte mellem kommunen og praksisudvalget kan benyttes i tilfælde, hvor det ikke er relevant at kunne benytte overenskomstens sanktionssystem. Hvis der i en sådan aftale indgår en særlig honorering udredes honoraret af den kommune, der indgår aftalen.¹

2. Det kan anbefales, at den kommunalt ansatte praksiskonsulent er tæt inddraget i processen, både i forbindelse med udformningen af selve aftalen og ved den efterfølgende information af kommunens læger.

¹ Det forudsættes, at der mellem kommunen og regionen indgås aftale om, at afregning af honorar kan foregå ved hjælp af regionens afregningssystem.

Bilag B-8. IT og kommunerne

Udvidelse af §56 A

Stk. A. Med henblik på at facilitere overgangen til elektronisk kommunikation mellem en kommune og kommunens praktiserende læger har parterne udarbejdet en rammeaftale, jf. bilag X. Rammeaftalen kan bringes til at gælde i de enkelte kommuner efter behandling og enighed herom i det kommunalt lægelige udvalg. Bringes rammeaftalen i anvendelse orienteres samarbejdsudvalget, jf. rammeaftalens bestemmelser herom.

Bemærkning:

IT-understøttelse er et grundlæggende værktøj til at styrke det sammenhængende patientforløb. Der findes i dag en række eksisterende sundhedsfaglige kommunikationsstandarder, som ikke udnyttes optimalt. Parterne er derfor enige om at opfordre kommuner og læger til at styrke brugen af elektronisk kommunikation, herunder e-konsultation, elektronisk receptfornyelse og udveksling af LÆ-blanketter via MedComs dynamiske blanketformat.

Bilag B-9 Rammeaftale om e-kommunikation mellem kommune og kommunens praktiserende læger

Denne rammeaftale kan bringes til at gælde i de enkelte kommuner efter behandling og enighed herom i det kommunalt lægelige udvalg. Rammeaftalen består af 3 adskilte afsnit (A, B og C), som kan vedtages enkeltvis eller samlet. Når rammeaftalen er vedtaget i det kommunalt lægelige udvalg anses den for en integreret del af Overenskomst om almen lægegerning og forpligter således både kommunen og kommunens praktiserende læger efter sit indhold.

Kommunen foretager indberetning til det regionale samarbejdsudvalg for almen praksis om, at rammeaftalen er vedtaget. Det skal af indberetningen fremgå:

Om alle eller kun enkelte af rammeaftalens afsnit A, B og C er vedtaget

Pr. hvilken dato rammeaftalen gælder i kommunen

På hvilken måde kommunens læger er blevet informeret om at rammeaftalen er vedtaget

Hvor lang frist lægerne har fået til at indrette deres praksistilrettelæggelse på den nye aftale om at kommunikere elektronisk med kommunen

Det enkelte kommunalt lægelige udvalg kan ikke ændre i rammeaftalens indhold.

Afsnit A – e-konsultation mellem lægen og kommunens plejepersonale, der handler på patientens vegne

Fra d. _____ (dato aftales) benyttes i _____ (kommunens navn) e-konsultation mellem læger og kommunens plejepersonale på de vilkår, der er beskrevet i § 56A i Overenskomst om almen lægegerning med tilhørende Vejledning i anvendelse af Overenskomstens ydelser.

Svartiden tilstræbes gensidigt at være max 3 hverdage. I mere hastende tilfælde anvendes telefonisk kontakt.

Hvis der ikke kan forventes svar fra lægen eller fra kommunen inden for den anførte svartid, fx på grund af ferie og lignende fravær, er det en målsætning, at der skal udarbejdes en automatisk løsning, så fravær oplyses i forbindelse med anmodningen. Indtil en automatisk løsning foreligger, tilstræbes det at parterne informerer hinanden om fravær ud over 3 dage på følgende enkle og entydige måde: _____ (udfyldes af det enkelte kommunalt lægelige udvalg)

Kommunens omsorgssystem sorterer korrespondancen på cpr.-nr. og sikrer, at meddelelserne modtages i de relevante grupper. Det skal tilstræbes, at lægen kun sender meddelelserne til èt lokationsnummer, som dækker alle henvendelser til kommunens plejepersonale (hjemmepleje, plejehjem mv.).

Rammeaftalens afsnit A er vedtaget af det kommunalt lægelige udvalg på møde den _____ (dato)

Afsnit B – anvendelse af MedComs dynamiske blanketformat til LÆ-blanketter

Fra d. _____ (dato aftales) benyttes MedComs dynamiske blanketformat ved udveksling af LÆ-blanketter mellem _____ (kommunens navn) og kommunens praktiserende læger.

Denne aftale vedrører alene anvendelsen af det elektroniske format. Indholdet i LÆ-blanketterne og alle andre vilkår følger fortsat aftalen mellem KL og Lægeforeningen.

Kommunens modtagersystem sorterer korrespondancen på cpr.-nr. og sikrer, at meddelelserne modtages i de relevante grupper.

Rammeaftalens afsnit B er vedtaget af det kommunalt-lægeligeudvalg på møde den _____(dato)

Afsnit C – anvendelse af IT-understøttet arbejdsgang i forbindelse med lægevisiterede kommunale forebyggelses- og træningstilbud

I forbindelse med lægevisiterede forebyggelses- og genoptræningstilbud i _____ (kommunens navn) er følgende aftalt med virkning fra _____(dato):

Kommunens tilbud præsenteres på en overskuelig måde på sundhed.dk eller den regionale informationsportal.

Lægen henviser patienten til det kommunale tilbud ved udfyldelse af elektronisk meddelelse efter MedCom standard.

Efter afslutning af forløbet sender kommunen en elektronisk meddelelse til patientens læge med en kort beskrivelse af forløb og resultat.

Kommunens modtagersystem sorterer elektroniske meddelelser på cpr.-nr. og sikrer, at lægens elektroniske henvisninger modtages i de relevante grupper. Det skal tilstræbes, at lægen kun sender meddelelserne til ét lokationsnummer, der dækker kommunens forebyggelses- og træningsenheder.

Rammeaftalens afsnit C er vedtaget af det kommunalt lægelige ud valg på møde den _____(dato)

Generelt om anvendelse af lokationsnumre ved IT-kommunikation mellem kommune og almen praksis

Det er en målsætning, at der udvikles en teknisk løsning, så alle elektroniske henvendelser fra de praktiserende læger til en kommune kan sendes til ét lokationsnummer.

Indtil en sådan løsning foreligger, tilstræbes det at anvende ét lokationsnummer for hver af de ovenstående modtagergrupper omtalt i afsnit A, B og C.

Det forudsættes endvidere, at de IT-sikkerhedsmæssige forskrifter overholdes af kommune og almen praksis.

Opsigelse eller genforhandling

Denne rammeaftale kan i overenskomstperioden genforhandles af RLTN og PLO, hvis der er enighed om det, eksempelvis p.g.a. den teknologiske udvikling på området.

Parterne i et kommunalt-lægeligt udvalg, som har tiltrådt rammeaftalen, kan opsiges den med 3 måneders varsel til en måneds udgang.

Bilag B-10: Revideret § 44. Henvisning til fysioterapi*Stk. 1.*

Lægen kan henvise til fysioterapi.

Almen fysioterapeutisk behandling (speciale 51) foregår ved en fysioterapeut i praksissektoren.

Ved henvisning til vederlagsfri fysioterapi, skal lægen oplyse patienten om patientens frie valg til at benytte henvisningen til:

1. fysioterapeutisk behandling i praksissektoren, eller
2. et evt. kommunalt tilbud

Stk. 2.

Henvisningen udstedes uden særligt vederlag på en af overenskomstens parter og Danske Fysioterapeuter aftalt henvisningsblanket.

ANMÆRKNING TIL § 44:

Praktiserende læger kan henvise til fysioterapi med tilskud ved en fysioterapeut i praksissektoren i henhold til aftalen af 03-07-2008 om almindelig fysioterapi mellem Regionernes Løn- og Takstnævn og Danske Fysioterapeuter. Praktiserende læger kan endvidere henvise 1) personer med varigt svært fysisk handicap og 2) personer med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom til vederlagsfri fysioterapi. Ordningen om vederlagsfri fysioterapi omfatter personer med.

- *Medfødte eller arvelige sygdomme*
- *Erhvervede neurologiske sygdomme*
- *Fysiske handicap som følge af ulykke*
- *Nedsættelse af led og/eller muskelfunktion som følge af inflammatoriske gigtsygdomme.*

Sundhedsstyrelsens vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi (juli 2008) beskriver de nærmere retningslinjer for adgang til vederlagsfri fysioterapi, herunder en afgrænset diagnoseliste.

Vederlagsfri fysioterapi skal have til formål at forbedre funktioner, vedligeholde funktioner eller forhale forringelse af funktioner.

En person, som kan klare sig selv indendørs i døgnets 24 timer uden hjælp eller hjælpemidler til den daglige personlige livsførelse, har ikke et svært fysisk handicap.

Personer med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom skal som udgangspunkt henvises til holdtræning.

Lægen kan også henvise til ridefysioterapi med tilskud. Berettiget til ridefysioterapi med egenbetaling er blinde og svagtseende m.fl. samt efter regionens særskilte beslutning personer med Downs syndrom, autisme, muskelsvind m.fl.

Derudover kan den patientgruppe, der kan henvises til vederlagsfri fysioterapi som følge af varigt, svært fysisk handicap, også henvises til vederlagsfri ridefysioterapi.

Bilag B-11 Lægevagten

- RLTN og PLO er enige om, at anbefalingerne fra Udvalg om det Præhospitale Akutberedskab skal søges indfriet ved samarbejde mellem de praktiserende læger og de enkelte regioner. PLO har tilkendegivet, at dette dog ikke gælder anbefalingen vedrørende fælles regional ledelse af lægevagten.
- De enkelte regioner kan, jf. §50, stk.4, opsiges de nuværende bestemmelser om lægevagten. Opsigelsen skal ske med seks måneders varsel.
- Fremdriften i indfrielsen af anbefalingerne fra akutudvalget evalueres løbende mellem parterne op til næste overenskomstforhandling.

Bilag C-1a: Praksisplanlægning

§ 13. Praksisplanlægning²

Stk. 1.

Samarbejdsudvalget udarbejder en plan for almen praksis. Praksisudviklingsplanen skal ligge inden for rammerne af regionens sundhedsplan.

Stk. 2.

Praksisudviklingsplanen skal sikre en rimelig lægedækning i alle egne af regionen. Planen skal understøtte den strukturelle udvikling i praksissektoren og opgavevaretagelsen i almen praksis under hensyntagen til udviklingen i det samlede sundhedsvæsen, herunder sygehusvæsenet. I planen skal der forholdes til spørgsmålet om rekruttering og fastholdelse af alment praktiserende læger jf. § 13A. I planen indgår ligeledes en stillingtagen til de forskellige praksisformer, jf. § 36, herunder om visse praksisformer ønskes fremmet og om der med henblik herpå iværksættes særlige tiltag. Endvidere udarbejdes planen med henblik på at sikre en rimelig fordeling af arbejdsbyrden samt et rimeligt driftsunderlag for de enkelte læger.

Stk. 3.

Praksisudviklingsplanen udarbejdes for en nærmere fastsat årrække, og udarbejdes som minimum hvert 4. år, første gang for regionen inden den 01-04-2008. **På grundlag af praksisudviklingsplanen sker der årligt fastsættelse af lægedækningen, jf. § 15.**

Stk. 4.

Praksisudviklingsplanen skal revideres i perioden, når der sker ændringer i dens forudsætninger.

Stk. 5.

Inden praksisudviklingsplanen udarbejdes/revideres skal der ske en høring af regionens læger vedrørende deres ønsker og behov i planlægningsperioden. Det kan f.eks. dreje sig om ønsker/behov vedrørende udvidelse af antallet af læger, sammenlægning af praksis, flytning af praksis m.v. Endvidere kan lægerne give oplysninger om anden lægelig beskæftigelse til vurdering af arbejdsmængden i almen praksis **samt oplysninger om praksispersonale.**

Stk. 6.

Praksisudviklingsplanen fremsendes til Landssamarbejdsudvalget.

§ 13A. Rekruttering og fastholdelse

Stk. 1.

² Alle bestemmelser kan få nyt nummer i redigeringsfasen, ligesom rækkefølgen kan ændres.

Den del af **praksisudviklingsplanen**, der vedrører rekruttering og fastholdelse, tages op til fornyet vurdering i samarbejdsudvalget en gang om året i forbindelse med drøftelse af lægedækningen, jf. § 15.

Stk. 2.

Praksisudviklingsplanen skal sikre, at samarbejdsudvalget i god tid identificerer de områder, hvor der kan forventes at opstå mangler i lægedækningen. Planen skal indeholde redskaber til at modvirke mangler i lægedækningen ved at motivere ældre læger til at udskyde deres pensioneringstidspunkt og motivere kommende samt færdiguddannede speciallæger til hurtigt at nedsætte sig som praktiserende læger. Endvidere skal planen indeholde redskaber for, hvordan samarbejdsudvalget skal håndtere situationer, hvor en læge ophører uden at praksis overtages af en anden læge.

Parterne har udarbejdet en vejledning til samarbejdsudvalgene til brug for rekruttering og fastholdelse af praktiserende læger, herunder løsninger ved praksislukning. Vejledningen kan indgå i samarbejdsudvalgenes overvejelser i forbindelse med udarbejdelsen af den del af praksisplanen, der vedrører rekruttering og fastholdelse.

Stk. 3.

Til brug for planlægningen kortlægger samarbejdsudvalget aldersprofilen blandt regionens praktiserende læger og den forventede afgang og/eller pensionering de kommende 5 år.

Stk. 4.

Forud for udarbejdelse af praksisudviklingsplanen skal der gennemføres en høring blandt kommunerne i regionen om, hvilke behov de ser i forhold til lægedækningen. Høringen skal endvidere afdække, hvilke initiativer der fra kommunal side er igangsat eller påtænkes med henblik på at fremme og facilitere flerlægepraksis. Initiativerne kan blandt andet omfatte, at der i kommuneplanen udpeges egnede arealer til lægepraksis, og at der gives mulighed for etablering af lægepraksis ved ændringer i eksisterende bygningsmasse med henblik på udlejning samt ved planlægning af nye by- og boligområder. Endvidere kan der være tale om etablering af sundhedscentre, hvor almen praksis indtænkes og hvor kommunen ønsker at udleje lokaler til praktiserende læger.

Stk. 5

I planen skal indgå, om regionen og/eller en kommune kan stille velegnede lejemål til rådighed for grupper af praktiserende læge med henblik på at understøtte en udvikling mod flerlægepraksis, og om der er behov for særlige incitamenters for at motivere læger til at etablere sig i flerlægepraksis. Planen skal endvidere afdække, om der i kommunernes lokalplaner og byplanvedtægter er forhold, der er til hinder for, at alment praktiserende læger kan etablere sig i større praksisfællesskaber i lejemål i gadeplan og i boligområder.

Stk. 6.

Samarbejdsudvalget orienterer Landssamarbejdsudvalget om resultatet af den årlige vurdering, jf. stk. 1.

§ 14. Planlægningsforudsætninger

Stk. 1.

Udarbejdelsen af praksisudviklingsplanen baseres på de planlægningsforudsætninger, der i øvrigt anvendes ved regionens sundhedsvæsen, herunder arbejdsopgaver, arbejdsdeling og serviceniveau.

Stk. 2.

Praksisudviklingsplanen udarbejdes herefter på grundlag af:

- faktiske oplysninger bl.a. vedrørende antallet af indbyggere, befolkningens alders-, køns- og erhvervsfordeling, geografisk udstrækning, trafikale forhold, erhvervs- og handelsmønstre og placering af sociale og sundhedsmæssige tilbud,
- generelle prognoser for befolkningsudviklingen m.v. inden for regionen, og under hensyntagen til øvrig planlægning i regionen,
- udviklingen i organisering og kapacitet i eksisterende praksis, herunder øget anvendelse af praksispersonale.

Stk. 3

Et element i planen er, at patienterne så vidt muligt skal kunne vælge mellem mindst 2 praksis inden for en rimelig afstand fra deres bopæl. Hvilken afstand der kan anses for rimelig i de forskellige områder i regionen, vil variere afhængig af geografiske, trafikale og andre relevante forhold.

Bilag C-2: Revision af regler om årlig fastsættelse af lægedækningen**Forslag til ny formulering af overenskomstens § 15:****”§ 15 Årlig fastsættelse af lægedækningen***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. Samarbejdsudvalget træffer én gang årligt inden udgangen af december beslutning om, hvor mange lægekapaciteter, der ønskes nedsat i regionen pr. 1. april det følgende år.

Stk. 2.

Lægedækningen fastsættes med udgangspunkt i en høring af alle eksisterende praksis i regionen. Den nærmere fremgangsmåde for høringen fremgår af stk. 3-5.

Stk. 3.

Alle praksis spørges én gang årligt inden 1. oktober om, hvor mange patienter de højst ønsker tilmeldt. Praksis, som allerede har lukket for patienttilgang, er også omfattet af høringen, idet disse praksis spørges, om der er sket ændringer i deres forhold som medfører, at de har mulighed for at påtage sig yderligere patienter. Også delepraksis er omfattet af høringen, idet disse praksis spørges om, hvorvidt de ville kunne påtage sig patienter ud over det antal, der er fastsat som mindstegrænse ved tildelingen af delepraksistilladelse. Høringen har til formål at synliggøre en uudnyttet behandlingskapacitet som kan inddrages i planlægningen.

Stk. 4.

I forbindelse med den årlige høring skal eksisterende praksis gives mulighed for at oplyse, hvorvidt de har ønsker om at udvide med ekstra lægekapacitet, og om de har ønsker om at flytte eller lægge deres praksis sammen med andre praksis samt eventuelle andre relevante oplysninger, som kan give et nuanceret grundlag for tilrettelæggelsen af det samlede almen lægeudbud i regionen.

Stk. 5.

Praksis kan ikke melde ind med et lavere antal end 1.600 patienter pr. lægekapacitet, medmindre praksis har tilladelse til at lukke for patienttilgang ved et lavere antal, jf. § yy. Delepraksis kan ikke melde ind med et lavere antal patienter end det antal, der er fastsat som mindstegrænse ved tildelingen af delepraksistilladelse. Herudover er besvarelserne af høringen ikke at anse for bindende tilsagn, idet der kan opstå situationer, hvor en praksis får behov for at lukke for patienttilgang ved et lavere patientantal end det indmeldte.

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, jf. § XX, indgår ved vurderingen. På baggrund heraf og på baggrund af praksisudviklingsplanen beslutter Samarbejdsudvalget, hvor mange nye lægekapaciteter, man i alt ønsker at dimensionere med i det kommende år Samarbejdsudvalget kan indstille til regionen, hvor i regionen de nye ydernumre ønskes placeret, og om nye lægekapaciteter skal udbydes til eksisterende praksis, eller om de skal opslås til nybesættelse.

Stk. 7. Regionen træffer beslutning om geografisk placering og anvendelse af nye ydernumre. Dette gælder såvel nye ydernumre i medfør af den årlige lægedækningsberegning som ydernumre, der er blevet ledige p.g.a. praksislukning, jf. § 35 A. Hvis praksisudvalget gør gældende, at regionens beslutning er til væsentlig ulempe for lægerne i området kan denne indbringes for Landssamarbejdsudvalget inden for en frist på 14 dage. Hvis Landssamarbejdsudvalget tiltræder regionens beslutning er denne endelig.

Stk. 8.

Effekten af bestemmelserne i stk. 7 om Landssamarbejdsudvalgets rolle evalueres inden næste genforhandling af overenskomsten med henblik på eventuel justering af aftalen.

Stk. 9.

Samarbejdsudvalget og regionen indsender resultatet af de årlige opgørelser, vurderinger og beslutninger til Landssamarbejdsudvalgets orientering inden den 1. april det følgende år. Det skal af indberetningen fremgå, hvor mange lægekapaciteter der i alt er dimensioneret med i regionen pr. 1. april i indberetningsåret. Der foretages en opgørelse af det gennemsnitlige antal tilknyttede gruppe 1-patienter pr. kapacitet.”

§ 15A om flytning og nedlæggelse af praksis ændres ikke.

Bilag C-4 Øvre lukkegrænse

Den nuværende § 18 om automatisk lukning for tilmelding til praksis udgår.

I stedet indsættes følgende:

Ny § eller stk. om øvre lukkegrænse

”Hvis en praksis har mere end 2700 patienter tilmeldt pr. lægekapacitet, skal der søges om samarbejdsudvalgets godkendelse af fortsat at have åbent for patienttilgang. Samarbejdsudvalget giver tilladelse, med mindre væsentlige forhold taler imod. Reglen gælder ikke for delepraksis. I delepraksis gælder reglen i § (ny bestemmelse om delepraksis).”

Bilag C-5A § XX om regionale handlemuligheder og lægedækning

Stk. 1.

Hvis det ikke er muligt ved anvendelse af overenskomstens øvrige bestemmelser, på en for regionen tilfredsstillende måde, at etablere tilstrækkelig kapacitet hos de praktiserende læger til at sikre lægedækning, kan regionen etablere en regionsdrevet klinik til at varetage betjeningen af de patienter, som ellers vil stå uden læge..

Stk. 2.

Hvis regionen etablerer en løsning efter stk. 1, er regionen forpligtet til senest efter 2 år at afsøge muligheden for at erstatte tilbuddet af en løsning på almindelige overenskomstmæssige vilkår..

.

Stk. 3.

Regionen opgør og fremlægger omkostningerne ved den valgte løsning på anmodning af samarbejdsudvalget.

Stk. 4.

Kapacitet tilvejebragt af regionen indgår i den årlige fastsættelse af lægedækningen jf. § XX.

Bilag C-5B Når en praksis eller del af praksis ikke overtages af ny læge**§ 35A. PRAKSISOPHØR I SOLOPRAKSIS, NÅR PRAKSIS IKKE OVERTAGES AF EN ANDEN LÆGE***Stk. 1.*

Såfremt en læge agter at ophøre med praksis, uden at der er udsigt til at praksis overtages af en anden læge, har lægen pligt til at varsle dette over for regionen 6 måneder før ophørsdatoen. 3 måneder inden den varslede ophørsdato skal lægen endeligt meddele regionen, om han/hun ophører. Lægen fremsender kopi til Praktiserende Lægers Organisation.

Stk. 2.

Når en læge har afgivet varsel (6 måneder før) om ophør, skal samarbejdsudvalget drøfte, om den ophørende læges patienter vil kunne fordeles blandt andre læger med ledig patientkapacitet eller om der er praksis, som ønsker at udvide med den lægekapacitet, der vil blive ledig.

Stk. 3.

Hvis patienterne kan sikres lægebetjening på sædvanlige overenskomstmæssige vilkår træffer samarbejdsudvalget beslutning herom, når lægen har givet endelig meddelelse om ophør (3 måneder før), *Stk. 4.*

Hvis det ikke er muligt ved anvendelse af overenskomstens øvrige bestemmelser, på en for regionen tilfredsstillende måde, at etablere lægedækning til patienterne fra den ophørende læge, kan regionen vælge at benytte § XX.

Stk. 5.

Hvis en læges ophør skyldes, at lægen dør eller bliver alvorligt syg, gælder fristerne i stk. 1 ikke. I sådanne tilfælde har lægen eller dennes bo pligt til at give meddelelse om ophør til regionen med en måneds varsel.

Stk. 6.

En læges ophør kan kun ske ved udløbet af en måned.

§ 35B. Praksisophør i kompagniskabspraksis og delepraksis, når praksisdelen ikke overtages af en anden læge*Stk. 1.*

Hvis en læge i et kompagniskab ophører uden at overdrage sin praksisdelen til en ny læge, er hovedreglen at den ledige lægekapacitet overgår til den/de tilbageværende læge(r) som søger at få den ledige praksisdelen besat med en ny læge inden for en frist på 1 år, jf. § 16, stk. 7.

Stk. 2

Nedenstående varslingsregler og frister samt procedure for håndtering af patienter gælder, også hvis en læge stopper i delepraksis med mange patienter, hvor den ophørende læges kolleger ikke har mulighed for fortsat at have alle patienter tilmeldt.

Stk. 3.

Hvis den/de tilbageværende læger ikke har udsigt til, at den ledige lægekapacitet kan besættes med en ny læge, har lægerne pligt til at varsle dette over for regionen 6 måneder før ophørsdatoen. Varslet over for regionen afgives så snart en kollegaer i praksis har meddelt, at han/hun agter at ophøre. Varslet kan også afgives på et senere tidspunkt, hvor den/de tilbageværende læger har afsøgt mulighederne for at få den ledige praksisdel besat. Samtidig med 6 måneders varslet gives der besked om, hvor mange patienter praksis har mulighed for at fortsætte med at have tilmeldt. Hvis den ophørende læges kolleger ikke har mulighed for fortsat at have alle patienter tilmeldt, skal de med 3 måneders varsel give endelig meddelelse til regionen om dette. Samtidig gives afkald på den ledige lægekapacitet.

Stk. 4.

Når regionen har modtaget varsel (6 måneder før) iværksættes samme fremgangsmåde, som er beskrevet i § 35A, stk. 2.

Stk. 5.

Når den/de tilbageværende læger har givet endelig meddelelse til regionen om, at der gives afkald på den ledige lægekapacitet (3 måneder før), skal samarbejdsudvalget træffe beslutning om, hvordan de patienter, som praksis afstår, kan tilmeldes en anden læge. Beslutningen træffes som anført i § 35A, stk. 3-4.

.

Bilag C-6: Protokollat af den 28.05. 2009 vedrørende tilbud til læger, der ønsker at etablere større praksis og/eller udvikle deres praksis

Større lægepraksis er et af de væsentligste midler til at sikre rekruttering til almen praksis. Samtidig er der behov for en øget anvendelse af praksispersonale i almen praksis. Større enheder kan afføde behov for en ændret praksistilrettelæggelse. Opgaven med at overgå til flerlægepraksis i form af kompagniskabs- eller samarbejdspraksis eller ved etablering af større praksislokaler kan være et omfattende projekt, der kan virke vanskeligt at gennemføre for nogle praktiserende læger.

Med henblik på at facilitere udviklingen er der aftalt følgende:

Regionerne etablerer et tilbud om struktureret støtte og rådgivning til læger, der har ønske om at etablere større praksis. Ligeledes etableres tilbud, som kan understøtte læger, der ønsker at styrke organisering, ledelse, anvendelse af praksispersonale mv. Tilbuddet kan forankres i regi af de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg eller på anden måde efter drøftelse i samarbejdsudvalget. Der kan peges på muligheden for at ansætte en praksisudviklingskonsulent eller tilsvarende til at arbejde fokuseret med denne opgave.

Det bør indgå i tilbuddet til lægerne, at de får let adgang til hidtidige erfaringer, idékatalog, ”best practise” og gode råd, evt. via en særskilt hjemmeside. Der kan endvidere peges på, at regionerne i relevant omfang kan benytte sig af sagkyndig hjælp (fx byggesagkyndig, advokat, konsulenter med ekspertise inden for organisation og ledelse mv.) eller vælge at stille sådan bistand til rådighed for de praktiserende læger.

Bilag C-7: Delepraksis

§ XX

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.

Delepraksis kan etableres, hvis samarbejdsudvalget giver sin tilladelse hertil. Delepraksistilladelse kan gives til eksisterende praksis eller til læger, som ønsker at erhverve en praksis med henblik på at drive denne som delepraksis, herunder i forbindelse med nedsættelse i 0-praksis.

Samarbejdsudvalget drøfter patientkapaciteten i ansøgerens/ansøgnernes 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 også 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.

De omstændigheder, der kan begrunde tilladelse til delepraksis, kan være alvorlige sociale eller sundhedsmæssige problemer i lægens nærmeste familie, ønsket om at stille sin arbejdskraft til rådighed for andre faglige funktioner af væsentligt omfang som minimum 6 timer pr. uge, lægens alder eller svagelighed, rekrutterings- eller fastholdelseshensyn eller andre årsager, der er af væsentlig betydning for den enkelte læge. Der er ikke krav om, at der skal anføres en flerhed af årsager for at ansøgning om delepraksis kan imødekommes.

Stk. 4.

Såfremt en læge udtræder af delepraksis, og delepraksis fortsat ønskes, skal praksis søge samarbejdsudvalgets tilladelse hertil. Vilklårene for tilladelsen afhænger da af antallet af tilmeldte patienter set i forhold til antal lægekapaciteter, som praksis råder over:

-
- a) hvis praksis har færre end 1.600 patienter tilmeldt pr. lægekapacitet, som praksis råder over, vurderes ansøgningen på samme måde som en ansøgning fra en praksis, der ikke tidligere har haft tilladelse til delepraksis.
- b) hvis praksis har flere end 1.600 patienter tilmeldt pr. lægekapacitet, som praksis råder over, skal praksis enten have tilladelse til at fortsætte delepraksis – dvs. praksis kan tage en ny delelæge ind i stedet for den udtrædende – eller samarbejdsudvalget skal tildele praksis en ny fuldtids lægekapacitet. Hvis der meddeles tilladelse til fortsat delepraksis, kan samarbejdsudvalget foretage en ny vurdering af og eventuelt ændre den mindste patientkapacitet eller lukkegrænse, der tidligere er fastsat for den pågældende delepraksis, jf. stk. 2.

Stk. 5.

De læger, der etablerer delepraksis, skal aftale, hvordan der skal forholdes ved opløsning af praksis. Denne aftale tilsendes Praktiserende Lægers Organisation 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 to-mandspraksis, 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 rådede over før opløsningen. Aftalen mellem lægerne skal anvise en metode til at løse problemstillingen om, hvordan praksis videreføres, hvis lægerne i en delepraksis ikke længere ønsker at fortsætte samarbejdet.

Stk. 6

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. Ved en læges udtræden af disse delepraksis gælder i alle tilfælde reglen i stk. 4.

Bilag C-8: Ydernumre på licens

§ XX Ydernumre på licens

Stk. 1.

Et ydernummer kan tildeles en læge personligt uden mulighed for videresalg. Muligheden betegnes ”ydernummer på licens”. Samarbejdsudvalget kan gøre brug af muligheden, når en kommune og/eller region stiller klinik til rådighed for lægen. Lægen driver praksis efter overenskomstens regler og honorering, men betaler til regionen et nærmere aftalt omkostningsbidrag efter de konkrete omstændigheder.

Stk. 2

Lægen kan meddele ophør i praksis med et varsel på 6 måneder, hvorefter ydernummeret tilfalder samarbejdsudvalget til nybesættelse.

Stk. 3

Lægen kan overtage praksis på sædvanlige ejervilkår efter nærmere aftale om værdiansættelse, overtagelse m.v. Regionen orienteres om dette via Praktiserende Lægers Organisation.

Stk. 4

Muligheden for at sikre lægedækning via tildeling af ydernumre på licens kan indgå i praksisudviklingsplanen.

Bilag C-9: Kobling af ydernummer til en bestemt fysisk lokalitet**§ YY Kobling af ydernummer til en bestemt fysisk lokalitet**

Stk. 1

Samarbejdsudvalget kan i særlige tilfælde begrundet i praksisudviklingsplanen og/eller hensynet til lægedækningen i et lokalområde gøre tildeling af et ydernummer betinget af, at praksis ikke kan flyttes i en periode på op til 10 år. Det indebærer, at lægekapaciteten bliver koblet til en bestemt fysisk lokalitet (matrikelnummer).

Betingelsen kan alene stilles i tilfælde, hvor den pågældende praksis drives fra lokaler, som region eller kommune har indrettet og står som udlejer af.

Det kan fastsættes i praksisudviklingsplanen, at der skal være placeret et alment lægetilbud i en landsby eller i et lokalområde i en kommune. Tildeling af nyt ydernummer kan i henhold til praksisudviklingsplanen gøres betinget af, at nedsættelse sker i dette nærmere afgrænsede geografiske område.

Bilag C-10 Ansatte læger

§ xx: Ansatte læger i praksis

Stk. 1. En praksis kan ansøge samarbejdsudvalget om tilladelse til at besætte en lægekapacitet med en ansat speciallæge i almen medicin i stedet for med en kompagnon. Ligeledes kan der ansøges om, at en delepraksistilladelse effektueres ved ansættelse af en speciallæge i almen medicin. Samarbejdsudvalget imødekommer ansøgningen, med mindre væsentlige hensyn taler imod. Der kan maksimalt gives tilladelse til at halvdelen af de lægekapaciteter, der er tilknyttet en praksis, besættes med ansatte speciallæger. Når en ansat speciallæge udtræder, skal der ansøges om en ny tilladelse fra samarbejdsudvalget, hvis praksis fortsat ønsker at lægekapaciteten besættes med en ansat speciallæge. Samarbejdsudvalget kan vælge at gøre tilladelser tidsbegrænsede.

Stk. 2. Praksis, der har fået tilladelse efter stk. 1 kan vælge at overgå til sædvanlig ejerskabsmodel, når det ønskes. Regionen orienteres om dette via Praktiserende Lægers Organisation.

Stk. 3. Uafhængigt af reglen i stk. 1, har en praksis uden ansøgning til samarbejdsudvalget ret til at ansætte en amanuensis med henblik på kompagniskab i en periode på ét år, hvis der på grund af en læges praksisophør eller på grund af en tilladelse til udvidelse af praksis er en ledig lægekapacitet i praksis, eller hvis praksis er blevet tildelt en ny tilladelse til delepraksis. Senest efter et år skal den ledige praksisdelt eller delepraksisdelt overdrages til en læge, der tilmeldes denne overenskomst i overensstemmelse med reglerne i § 26 eller der skal være ansat en speciallæge i almen medicin i fast stilling i medfør af reglen i stk. 1. Fristen på et år regnes fra den dato, pr. hvilken en læge har meddelt praksisophør til regionen eller den dato, pr. hvilken samarbejdsudvalget har givet tilladelse til udvidelse af praksis eller tilladelse til delepraksis

Stk. 4. Effekten af bestemmelserne i stk. 1 og 2 evalueres inden næste genforhandling af overenskomsten med henblik på eventuel justering af reglerne.

Stk. 5. Praksisejeren/ejerne er i forhold til regionen ansvarlig for ansatte lægers overholdelse af denne overenskomst.

§ yy Tilladelse til ekstra ansat læge

Samarbejdsudvalget kan give en praksis tilladelse til – ud over det antal kapaciteter praksis råder over i henhold til lægedækningsberegningen - at ansætte en ekstra speciallæge i almen medicin, hvis den pågældende praksis ved siden af arbejdet i almen praksis stiller arbejdskraft til rådighed for de almenmedicinske institutter ved universiteterne, for funktionen som bedriftslæge, kommunallæge, praksiskoordinator, praksiskonsulent, kvalitetssikringskoordinator, efteruddannelsesvejleder eller tilsvarende, eller for fagpolitisk arbejde. Samarbejdsudvalget kan knytte eventuelle vilkår til tilladelsen.

Følgende bestemmelser udgår i den eksisterende overenskomst: § 16, stk. 5, stk. 6, stk. 7 og stk. 8 samt anmærkning til § 16, stk. 7 og 8.

Bilag C-11 Satellitpraksis

§ 36, stk. 6

”Almen praksis kan normalt kun drives fra ét konsultationssted. Bestemmelsen vedrører ikke netværkspraksis, hvor de praksis, der indgår i netværket, drives fra hvert sit konsultationssted.

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

Satellitpraksis udgør alene et ekstra konsultationssted, og ikke en selvstændig praksis i forhold til overenskomsten. Dog gælder de almindelige regler om flytning og nedlæggelse af praksis også for flytning og nedlæggelse af satellitpraksis, med mindre andet aftales.

Der kan aftales indskrænket åbningstid i satellitpraksis afhængig af behov og tildelt lægekapacitet. Hvis satellitpraksis har lukket i dagtiden, har de tilmeldte patienter ret til almen lægehjælp fra det primære konsultationssted. Lægen er forpligtet efter overenskomstens bestemmelser, uanset hvor praksis udøves.

Muligheden for at sikre lægedækning i et lokalområde via etablering af satellitpraksis kan indgå i praksisudviklingsplanen.”

(Bestemmelsen skal evt. flyttes sammen med øvrige bestemmelser vedr. praksisplanlægning/flytning og nedlæggelse af praksis)

Bilag C-12 Patienter tilbydes læge uden for 15 km. grænsen ved lægedækningsproblemer

I §27 Valg af læge indsættes følgende nye bestemmelse:

Ny stk:

Hvis det ikke er muligt at tilbyde patienterne lægevalg inden for 15 km. grænsen, jf. stk. 2, kan regionen tilbyde patienterne en læge, der praktiserer længere væk end 15 km, og som har åbent for patienttilgang. Patienterne skal i disse tilfælde informeres om, at de ikke jf. § 39, stk. 4, litra a har krav på sygebesøg. Regionen stiller sygebesøgstilbud eller transportordning til rådighed..

I § 39, stk. 4, litra a, om sygebesøg tilføjes:

”Forpligtelsen gælder dog ikke patienter, der har fast bopæl (folkeregisteradresse) mere end 15 km. fra lægens klinik, og som er tilmeldt lægen efter reglerne jf. (§27, *ny stk.*)” om ophævelse af kilometergrænsen, med mindre andet aftales med regionen.

Bilag D-1 Kvalitetsmodel for almen praksis

Generelt

Den Danske Kvalitetsmodel er en akkrediteringsmodel, der i sin konstruktion er og vil blive tilpasset mange forskellige dele af sundhedsvæsenet – fra det præhospitale område, apoteker over kommuner og almen praksis til sygehuse. Den Danske Kvalitetsmodel vil sikre muligheden for tværgående kvalitetsmonitorering af patientforløb i det danske sundhedsvæsen. IKAS er den ISQUA-akkrediterede organisation, der kan udvikle akkrediteringsstandarder for det danske sundhedsvæsen.

Almen praksis er en integreret del af sundhedsvæsenet og som sådan skal almen praksis indgå i Den Danske Kvalitetsmodel. Det er væsentligt for begge parter, at en model for almen praksis tilstræbes at være ubureaukratisk og håndterbar for praksis at arbejde med.

Overenskomstparterne har i det hidtidige samarbejde om kvalitetsudvikling i almen praksis taget udgangspunkt i idegrundlaget for Den Danske Kvalitetsmodel, og parterne har indledt et samarbejde med IKAS med henblik på, at udvikle organisatoriske standarder til almen praksis. Dette arbejde er aftalt afsluttet i august 2011.

Parterne er enige om, at bede IKAS - i fællesskab med overenskomstens parter - udarbejde et forslag til koncept for, hvordan IKAS med inddragelse af parterne kan udvikle standarder og survey-koncept til Den Danske Kvalitetsmodel for Almen Praksis.

Forslaget skal udover de generelle betingelser i Den Danske Kvalitetsmodel og de udviklede organisatoriske standarder, inddrage de hidtidige erfaringer i parternes samarbejde i DAK-E, herunder de udviklede indikatorsæt, DANPEP og erfaringerne med kvalitetsarbejde i almen praksis generelt.

Parterne stræber mod at nå til enighed med IKAS om et koncept, der kan forelægges IKAS' bestyrelse i september 2011, med henblik på umiddelbart at sætte udviklingen af en samlet kvalitetsmodel for almen praksis i gang, så denne kan pilotafprøves i indeværende overenskomstperiode.

Det forventes at en aftale om implementeringen af en anvendelig kvalitetsmodel finder sted i forhandlingerne om næste overenskomstfornyelse.

Økonomi

Færdiggørelsen af en kvalitetsmodel for almen praksis samt pilottest af modellen søges finansieret af IKAS.

Bilag D-2: Datafangst, ICPC-kodning og datahåndtering*Datafangst*

Stk. 1.

Alle praktiserende læger skal hurtigst muligt og inden for overenskomstperioden tage datafangstmodulet i anvendelse.

Stk. 2.

Fra det tidspunkt, hvor datafangstmodulet installeres i lægens journalsystem, påbegynder lægen anvendelsen af de indikatorsæt der er udviklet for: Diabetes, KOL, hjerteinsufficiens, iskæmisk hjertesygdom, Stress, angst og depression.

Stk. 3

Indikatordata sendes til DAMD-databasen og lægen modtager herfra løbende feedback på egne data. De praktiserende læger arbejder med tilbagemeldingerne fra Den Almenmedicinske Database med henblik på en kontinuerlig kvalitetsudvikling af patientbehandlingen.

Stk. 4

Regionerne modtager kvartalsvis aggregerede, online rapporter fra DAMD-databasen, hvori der præsenteres data på indikatorniveau for de aftalte folkesygdomme.

Stk. 5

For at støtte og målrette kvalitetsudvikling i den enkelte praksis, herunder anvendelse og forståelse af feedback fra DAMD, stiller regionen rammer, fx facilitatorordning, til rådighed for at understøtte en dialog med praksis om populations- og indikatordata på praksisniveau (ydernummer).

Stk. 6

De praktiserende læger modtager 7.500 kroner i tilskud til dækning af udgifter i forbindelse med installation af Datafangstmodulet, herunder opkobling til sundhedsdatanettet.

Diagnosekodning af folkesygdomme

Stk. 1

Parterne er enige om, at diagnosekodning af patientkontakter understøtter den faglige udvikling i almen praksis og bidrager til øget dokumentation for de faglige aktiviteter. Diagnosekodning kan desuden medvirke til at opfylde målsætningen om at tilvejebringe valide data om, hvilke patientgrupper, der behandles i almen praksis.

Stk 2.

Alle praktiserende læger skal ICPC-kode henvendelser vedrørende følgende diagnoser: KOL, astma, kroniske muskel- og skeletlidelser, osteoporose, hjerte-karsygdomme, cancer, diabetes og ikke-psykotiske psykiske lidelser.

Stk.3:

ICPC- registreringen sker i lægens elektroniske journalsystem

Stk. 4.

Overenskomstens parter er enige om, at resultaterne af dataindsamling for ICPC kodede henvendelser om de i stk. 2 nævnte sygdomme skal danne grundlag for en senere aftale om udvidelse af kodningsforpligtelsen.

Bilag D-3 Kommissorium og sammensætning et Fælles Samarbejdsudvalg for IT i almen praksis

Udvalgets formål

I samarbejde, at koordinere, prioritere og facilitere udviklingen af it anvendelse i almen praksis. I nærværende overenskomstperiode skal udvalget sætte særlig fokus på at understøtte implementeringen af ICPC-kodning, datafangst og det fælles medicinkort.

Udvalgets opgave

Udvalget skal orienteres om fremtidige tiltag indenfor elektronisk kommunikation og indberetninger, der kan være relevante for almen praksis.

Udvalget skal fungere som et koordinationsforum for de initiativer som overenskomstens parter iværksætter.

Udvalget bør arbejde på alle områder, hvor lægens elektroniske journalsystem tænkes en rolle.

Udvalget skal bidrage til, at øge graden af information om IT i almen praksis.

Udvalget kan være et vækstforum for nye ideer og herved bidrage til nye initiativer og udvikling for IT i almen praksis.

Udvalget skal have fokus på implementering af IT initiativer, herunder de elektroniske værktøjer som andre interessenter tiltænker almen praksis at anvende til forskellige formål.

Udvalget skal ligeledes have fokus på overenskomstmæssige og økonomiske perspektiver af alle de områder hvor almen praksis tiltænkes en opgave med elektroniske registreringer og kommunikation.

Udvalget skal søge en konstruktiv og tæt dialog med systemleverandørerne.

Udvalget mødes en gang årligt med repræsentanter fra alle systemhuse.

Udvalget skal gå i tæt dialog med systemleverandørerne med henblik på at skabe så gunstige vilkår for de pris- og abonnementsaftaler lægerne skal lave for at lever op til forpligtigelsen til at bruge datafangst og FMK.

Udvalgets sammensætning

Udvalget sammensættes således:

- 2 person udpeget af fra Danske Regioner og KL
- 1 personer fra DAK-E IT
- 2 personer udpeget fra PLO's IT Udvalg
- 1 person fra Medcom
- Eventuelt 1-2 personer fra hver systemleverandør som tilforordnede.

Udvalget kan herudover beslutte at invitere andre interessenter.

PLO udpeger formanden.

Sekretariat

Udvalget mødes 2 gange årligt. Sekretariatsfunktionen varetages af PLO.

Bilag D-4: IT i almen praksis

PLO-XML format

§ Alle anvendte praksissystemer i almen praksis skal vedblive med, at kunne håndtere videreudviklede versioner af PLO/XML formatet

P-journal

Data fra almen praksis gøres tilgængelig for det øvrige sundhedsvæsen med udgangen af 2011. Der findes i dag i form af løsningen e-journal på sundhed.dk et effektivt værktøj til deling af patientinformation fra sygehusvæsenet. De praktiserende læger kobles med p-journal-projektet på løsningen således, at relevant information, dvs. alle data som i dag indgår i PLO-XML-formatet på nær ustrukturerede journalnotater, kan ses af det øvrige sundhedsvæsen, herunder lægevagten.

P-journalprojektet forventes at blive drevet som et projekt i regi af MedCom, som også beskriver den endelige tekniske løsning, med et bidrag til etablering fra KIF-fonden, jf. økonomiprotofolat om finansiering af kvalitetsområdet.

Lokationsnummer

§ Opdaterede lokationsnummer er afgørende for at sikre hurtig og korrekt leveret elektronisk kommunikation mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen. En samlet oversigt over sundhedsvæsenets lokationsnummer varetages aktuelt i SOR-registeret, der drives af Sundhedsstyrelsen. RLTN og PLO er enige om at indgå en gensidig forpligtende aftale om hhv. lægernes og regionernes opdateringer af lokationsnummer i SOR-registeret når dette register fungerer tilfredsstillende for begge parter. RLTN og PLO vil i det Fælles it-udvalg – jf. bilag D-3 – specificere de krav, der bør stilles til SOR-registeret for at der kan indgås sådanne forpligtende aftaler om opdatering mellem parterne.

Elektroniske henvisninger og recepter

§ I relation til forsendelse af elektroniske henvisninger og recepter opfordres lægen til, i forbindelse med konsultationen, at oplyse over for patienten, hvornår patienten kan forvente at den elektroniske henvisning og/eller recept afsendes fra praksis til hhv. henvisningshotellet (refhost) og receptserveren.

Lægerne opfordres til at være opmærksomt på, det tidsinterval, hvormed deres praksissystem afsender elektronisk kommunikation og indstille disse systemer til at sende med så korte intervaller som muligt.

Digital Dokumentboks

§ Alle lægepraksis skal senest 6 måneder efter etablering af Den Digitale Dokumentboks, der som fællesoffentlig it-løsning bl.a. sikre elektronisk to-vejs-kommunikation mellem offentlige myndigheder (fx regionerne) og virksomheder (fx almen praksis), tage løsningen i anvendelse efter gældende anvisninger.

§ Med Den Digitale Dokumentbokser opretter hver lægepraksis en officiel og åben mailboks, hvortil offentlige myndigheder såsom kommune, regioner m.fl. kan sende officielt elektronisk post. Oprettelsen af en sådan mailboks vil være gratis og uden omkostninger for almen praksis.

Bilag D-5: Patientoplevelt kvalitet i almen praksis

§

Som en del af en kvalitetsmodel for almen praksis er det vigtigt at der arbejdes med den patientoplevede kvalitet i praksis. Læger skal derfor arbejde med den patientoplevede kvalitet via deltagelse i patienttilfredshedsundersøgelser.

Resultaterne af undersøgelserne skal primært bruges til lægens egen læring. I det omfang de regionale Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalg medfinansiere sådanne undersøgelser har de adgang til undersøgelsesresultater, på såvel aggregeret niveau og praksisniveau. Formålet hermed er alene at kvalificere understøttende og målrettet kvalitetsudvikling af praksis

Patienttilfredshedsundersøgelsesernes omfang skal være begrænset og indholdet skal være relevant for alle involverede parter, lægen, patienterne og regionen.

For at fremme anvendelse og brugen af patienttilfredshedsundersøgelser er parterne enige om at videreudvikle det eksisterende Danpep-koncept. Videreudviklingen sker i regi af overenskomstens parter og målsætningen er, at Danpep 2.0 ligger klar til brug blandt lægerne og de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg inden udgangen af 2011.

Det står lægerne og de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg frit for at vælge med hvilken frekvens Danpep eller anden relevant koncept for undersøgelserne gennemføres, dog skal hver praksis mindst hvert 3. år gennemføre patienttilfredsundersøgelser. Lægen kan vælge at benytte Danpep eller et andet relevant koncept.

Bilag D-6 Det Fælles Medicin Kort (FMK)

§ Det Fælles Medicinkort (FMK)

1. Den praktiserende læge skal inden udgangen af 2011 tage det Fælles Medicinkort (FMK) i anvendelse, dog tidligst når alle sygehuse (de regionale medicinsystemer) i lægens region har sat FMK i drift.³
2. Den praktiserende læge modtager 2.500 kroner i tilskud til dækning af FMK
3. Almen praksis vil uhonoreret anvende FMK når det gælder alle fremadrettede ordinationer som den praktiserende læge selv ordinerer.
4. Alle regioner forpligtes til at sørge for, at sygehuse i den enkelte region har opstartet/opdateret patientens FMK, når patienten forlader sygehuset/ambulatoriet eller når der sker medicinændringer ved telefonisk kontakt mellem patienten og sygehuset/ambulatoriet. Denne forpligtelse gælder fra det tidspunkt, hvor regionen har meddelt PLOs praksisudvalg, at FMK er sat i drift på regionens sygehuse.
5. Det er yderligere en betingelse for de praktiserende lægers forpligtelse, at FMK landsdækkende anvendes i lægevagten. Det er derfor en betingelse, at regionerne stiller økonomi til rådighed til dækning af alle udgifter, der er forbundet med den tekniske installation og drift af FMK i lægevagten.
6. Det er endvidere aftalt mellem parterne at regionerne vil arbejde for indgåelse af en forpligtende aftale vedr. FMK med de praktiserende speciallæger. En sådan aftale har til hensigt at sørge for, at patientens FMK er opstartet/opdateret, når patienten forlader den praktiserende speciallæge eller når der sker medicinændringer ved telefonisk kontakt mellem patienten og den praktiserende speciallæge.
7. Slutteligt forpligtes kommunerne, via sundhedsaftaler, til at sørge for, at den enkelte kommunes hjemmepleje og plejecentre benytter oplysningerne i FMK, når rammerne for kommunernes tilslutning er på plads og funktionaliteterne er udviklet og implementeret.

Anm.: Lægens forpligtelse til at bruge FMK forudsætter, at funktionaliteten i form af eksempelvis opdateringshastigheder og serverstabilitet er tilfredsstillende og ikke kræver unødige ventetider m.v. Denne betingelse gælder for den centrale del af FMK-løsningen, idet RLTN ikke kan indestå for den del af løsningen, der udvikles af den enkelte læges systemleverandør.

Parterne udarbejdes et notat, der specificerer, hvilke systemmæssige krav der stilles for at anvende FMK og hvordan praksis skal dokumentere tilslutningen/hvordan regionen kan konstatere, at en praksis er tilsluttet og har taget FMK i anvendelse.

³ Jf. afsnit 9 og bilag 2 i økonomiaftalen for 2011 mellem regeringen og regionerne er regionerne forpligtet til at udrulle Det Fællesmedicinkort inden udgangen af 2011. Det er således et pejlemærke for regionernes sundheds-it strategi, at FMK er integreret i medicinsystemerne i alle regioner inden udgangen af 2011.

Bilag D-7: Organisering af fondene på almen praksis området

1. Baggrund.

I dag foregår den overordnede drifts- og udviklingsorienterede indsats i almen praksis i en række organisatorisk relativt isolerede miljøer:

Fagligt Udvalg understøtter den faglige udvikling i almen praksis. Kvalitets- og informatikfonden (KIF) har som formål at understøtte kvalitetsudvikling i almen praksis. Forskningsfonden støtter udviklings- og forskningsprojekter i almen praksis. Efteruddannelsesfonden støtter efteruddannelsesaktiviteter i almen praksis

Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) er enige om, at undersøge mulighederne for, at de eksisterende udviklings- og driftsaktiviteter inden for kvalitet, faglighed, IT, forskning og efteruddannelse i almen praksis styrkes via et tættere strategisk og organisatorisk samspil.

Idéen er, at et tættere samspil mellem de omtalte, relativt beslægtede aktiviteter vil kunne initiere en synergieffekt, der vil kunne skabe en bedre anvendelse af de investerede ressourcer til drift af et sammenhængende område af forskning, kvalitet og efteruddannelse samt udvikling og implementering af tiltag og løsninger.

2. Arbejdsgruppe.

Overenskomstens parter nedsætter en arbejdsgruppe bestående af 4 repræsentanter fra RLTN og 4 repræsentanter fra PLO. Arbejdsgruppen skal forberede og igangsætte en ekstern analyse af området. Analysen skal resultere i forslag til, hvordan der kan skabes et tættere strategisk og organisatorisk samspil mellem de omtalte aktiviteter.

Analysens forslag til fremtidig reorganisering skal holde sig inden for det nuværende (2010-niveau) omkostningsniveau for regionernes indbetalinger til området samt anviser mulige reduktioner i omkostningerne ved fremtidig sammentænkning af driften af det samlede område.

Arbejdsgruppen samt den eksterne analyse bør undervejs i arbejdsprocessen indhente rådgivning fra de eksisterende miljøer på området.

Overenskomstparterne forestiller sig, at den eksisterende fordeling af ressourcer til faglig udvikling, kvalitet og informatik samt forskning som udgangspunkt også gælder fremover. Omvendt skal det være muligt for en overordnet bestyrelse at kunne træffe tværgående beslutninger, der påvirker resourcefordelingen. Beslutninger af den karakter bør ikke træffes uden forudgående høring/inddragelse af de involverede miljøer.

Der sker ingen justering i regionernes indbetaling til de respektive områder før efter analysens resultater og forslag er drøftet og evt. implementeret. Faktisk justering i indbetalingerne aftales i forbindelse med næste overenskomstforhandling.

3. Økonomi:

Det afsættes 400.000 kr. til den eksterne analyse.

4. Sekretariat.

Arbejdsgruppen sekretariatsbetjenes af Danske Regioner og PLO i fællesskab.

5. Tidsplan.

Arbejdsgruppen skal på baggrund af den eksterne analyse aflevere sit forslag til overenskomstens parter senest den 1. juli 2011. Arbejdet påbegyndes umiddelbart efter indgåelse af overenskomstaf-talen.

6: Kvalitetsområdet

Parterne er allerede nu enige om at justere fokus på kvalitetsområdet, og især være mere fokuseret på implementering af udviklede løsninger – fx datafangst, icpc og indikatorregistrering. Parterne udarbejder derfor umiddelbart efter indgåelse af ny overenskomst og senest 01-03-2011 en revideret plan og opgaveportefølje for parternes fælles aktiviteter på kvalitetsområdet med primært fokus på implementering.

Bilag D-8 Lægehåndbogen

PLO anerkender Lægehåndbogen som en relevant adgang til evidensbaserede viden og således et relevant værktøj til brug i den kliniske praksis. På den baggrund er overenskomstens parter enige om at udbrede kendskabet til Lægehåndbogen i almen praksis. Udbredelsesstrategier drøftes i KIF. Lægehåndbogen er fuld oversat til dansk og danske forhold pr. 01-04-2011 og parterne vil op til dette tidspunkt drøfte første version af udbredelsesstrategien.

Bilag E-1: Økonomiprotokollat

Den økonomiske ramme inden for almen lægegerning er de samlede udgifter i årsopgørelsen vedr. 2010. Rammen omfatter alle udgifter i dag- og vagttid inkl. basishonorering og profylaktiske ydelser. Udgifter vedr. § 2-aftaler er ikke inkluderet i rammen.

Til rammen lægges:

- løn- og prisregulering af honorarerne i henhold til overenskomstens bestemmelser herom (reguleringsprocenten)
- 75 mio. kr. pr. 1. april 2011 og yderligere 50 mio. kr. pr. 1. april 2012 vedr. generelle forpligtelser inden for kronikerområdet mv. (beløbet er opgjort i 1. april 2011 niveau)
- 106 mio. kr. pr. 1. april 2011 og yderligere 108 mio. kr. fra 1. april 2012. (beløbet er opgjort i 1. april 2011 niveau).

Udgiftsudviklingen inden for overenskomstens område følges af parterne gennem kvartalsvise opgørelser.

Hvis de årlige udgifter til almen lægegerning overstiger den aftalte ramme, er parterne enige om, at der med virkning fra 1. oktober efter opgørelsen foreligger, sker en modregning i reguleringsprocenten. Modregningen skal give kompensation svarende til den konstaterede forskel mellem den aftalte økonomiske ramme og de faktiske udgifter. Der kan dog ikke blive tale om en 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.

I helt særlige tilfælde kan der mellem de centrale parter aftales en korrektion af rammen. Det kan eksempelvis skyldes ekstraordinær sygelighed og større strukturelle ændringer samt ændringer som følge af lovgivning.

Der er ikke fastsat nogen økonomisk ramme for perioden efter 31. marts 2013.

Bilag E-2: Protokollat vedr. ændring af honorarsystemet for almen praksis

Protokollat om nyt honorarsystem for almen praksis

Der er enighed om, at honorarsystemet for almen praksis skal ændres. Der skal igangsættes et fælles, hurtigtarbejdende forberedelsesarbejde med henblik på at konkretisere modellen for et nyt honorarsystem i almen praksis. Projektet igangsættes primo 2011 og færdiggøres senest 1. februar 2012. Arbejdet vil danne grundlag for drøftelser i den efterfølgende overenskomstforhandling.

En ny honorarmodel skal leve op til en række grundlæggende principper. Det drejer sig om at:

- Understøtte hensynet om den rigtige behandling på det rigtige niveau, jf. LEON-princippet.
- Understøtte et integreret sundhedsvæsen
- Understøtte økonomisk styring af almen praksisområdet, herunder omforme de indbyggede incitament, så de understøtter de ønskede mål på området
- Understøtte et effektivt ressourceforbrug
- Understøtte den ønskede kvalitet
- Være meningsfuld, rimelig, entydig og have legitimitet hos de alment praktiserende læger
- Fremme et godt arbejdsmiljø
- Være nem at administrere

I forhold til det nuværende honorarsystem er det et væsentligt hensyn, at der sker en forenkling af honorarsystemet med væsentlig færre ydelser og et væsentligt større klinikhonorar (basishonorar). Derudover skal incitamentsstrukturen i højere grad understøtte en række overordnede mål inden for almen praksisområdet, herunder kvalitet, dokumentation, lægedækning mv.

Det indgår i arbejdet, at honorarstrukturen består af følgende elementer:

- ❖ *Klinikhonorar*, der afhænger af antal tilmeldte patienter. Klinikhonoraret afløser basishonoraret. Klinikhonoraret omfatter en række eksplicite forpligtelser, der er forbundet med rollen som praktiserende læge, herunder dokumentationsaktiviteter (jf. nedenfor), tovholderfunktion, aftalte servicekrav mv. Endvidere vil en række aftalte ydelser, som i dag udløser særskilte honorarer, omlægges til klinikhonoraret. Dermed vil klinikhonoraret udgøre en betydelig større andel af den samlede økonomi, end basishonoraret gør i dag. Det kan indgå i arbejdet at vurdere, hvorvidt honoraret eller dele af honoraret skal fastlægges på baggrund af socioøkonomiske faktorer.
- ❖ *Aktivitetsbestemt honorering*, der omfatter et nærmere aftalt antal ydelser. Antallet af ydelser vil være betydeligt færre end i dag. Udredningsarbejdet skal endvidere føre til et konkret forslag til, hvordan laboratorieområdet håndteres i en ny honorarstruktur.
- ❖ *Honorering for kvalitet* kan indgå efter nærmere analyse heraf.

Der skal endvidere beskrives modeller for, hvordan aktivitetshonoreringen samt en eventuel kvalitetshonorering i højere grad end i dag kan understøtte lægernes muligheder for at planlægge arbejdet bedst muligt samt understøtte hensynet om økonomisk styring. Det kan fx være ved at fastsætte en ”norm” for antallet af ydelser samt konsekvenser hvis antallet af ydelser afviger fra ”normen”.

Arbejdsgruppen undersøger muligheden for indenfor arbejdets tidsfrist at afprøve elementer i honorarmodellen i en pilotafprøvning.

Der vil ikke være knyttet midler til omlægning af honorarstrukturen, dvs. omlægningen forudsættes i forberedelsesarbejdet at være neutral hvad angår arbejdsmængde og økonomi.

Dokumentation og opfølgning

Det er et væsentligt element i et nyt honorarsystem, at der sker dokumentation af almen praksis’ aktiviteter til brug for kvalitetsarbejdet, sundhedsmyndighedernes og praksis’ egen planlægning, forskning og en fortsat generel udvikling af en bedre patientbehandling i det samlede sundhedsvæsen. Derudover skal der sikres en opfølgning på, at praksis lever op til de forventninger og aftaler, der er knyttet til rollen som praktiserende læge.

Projektet skal forholde sig til hvordan de overenskomstmæssige dokumentationsforpligtelser og opfølgingsmuligheder spiller sammen med et nyt honorarsystem, og der kan udarbejdes forslag til justering af dokumentation og opfølgning.

Organisering af forberedelsesarbejdet

Arbejdet organiseres med en overordnet styregruppe og et antal arbejdsgrupper. *Styregruppen har til opgave* at styre processen, herunder fastlægge kommissorier for arbejdsgrupperne, sikre en sammenhæng i det samlede arbejde, og at sørge for at tidsplanen overholdes.

Styregruppen består af:

3 medlemmer udpeget af RLTN og 3 medlemmer udpeget af PLO

Bilag E-3 Revidering af højestegrænser

Kontrol statistik § 100

Ny Stk. 9.

For så vidt en foretaget undersøgelse efter samarbejdsudvalgets opfattelse giver anledning til det, skal lægen gøres bekendt med forholdet, og der kan derudover fastsættes højestegrænse for praksis' samlede indtægter ved ydeshonorarer fra regionen i dagtiden eller for enkelte ydelseskategorier. Højestegrænser kan iværksættes fra følgende kvartals begyndelse.

Ny Stk. 10

Når Samarbejdsudvalget fastsætter en højestegrænse skal konsekvenserne heraf fremgå af et anbefalet brev til lægen. Eventuel tilbagebetaling kan ske ved modregning i lægens tilgodehavende hos regionen.

Samarbejdsudvalgets sekretariat 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.

Hvis en yder med pålagt højestegrænse 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 højestegrænsen.

Ny Stk. 11

Samarbejdsudvalget kan ændre en højestegrænse med virkning fra følgende kvartals begyndelse. Lægen skal altid høres inden beslutningen træffes. Ændring af en højestegrænse er en afgørelse, som kan påklages.

Hvis lægen over for Samarbejdsudvalget sandsynliggør, at forudsætningerne for den fastsatte højestegrænse er ændret væsentligt i perioden efter fastsættelsen, er samarbejdsudvalget forpligtet til at vurdere den pålagte højestegrænse på ny. Samarbejdsudvalget kan på baggrund af vurderingen fastholde, ændre eller fjerne højestegrænsen.

Bilag E- 4 E-mail konsultation

Det aftales:

Honoraret for e-mail konsultation nedsættes med 10 kr. fra 1.4.2011. Herefter vil honoraret være 40,67 kr. i (1.10.2010 niveau).

Provenuet fra denne nedsættelse flyttes over i basishonoraret pr. 1. 4. 2011. Beløbet opgøres pba. forbruget i 2010.

Bilag E- 5 Samtaleterapi

§ 70a. Samtaleterapi (grundhonorar)

Stk. 1.

6101.	Samtaleterapi	360,16
6201.	Tillæg pr. ekstra person, maks. 3 (afregnes på cpr-nummeret for den/de ekstra person(er))	89,42

Stk. 2.

Samtaleterapi efter stk. 1 anses honoreringsmæssigt for en grundydelse, hvortil der kan knyttes relevante tillægsydelser, jf. den i § 83A nævnte vejledning. Honorering for ydelsen forudsætter, at den er udført af en læge.

Stk. 3.

Der kan højst ydes 7 samtaleterapi-konsultationer pr. sikret pr. år. Konsultationerne skal være aftalt på forhånd mellem lægen og den sikrede, og det er ikke muligt at bruge samtaleterapi som enkeltstående ydelser. Ydelsen er beregnet til et forløb. Gennemføres en længere enkeltstående samtale med en sikret, honoreres dette som en almindelig konsultation. Læger kan kun udføre ydelsen på sine egne patienter.

Stk. 4.

Parterne er enige om, at læger, der yder samtaleterapi, i relevant omfang skal deltage i supervisionsmøder enten internt mellem alment praktiserende læger eller eksternt med psykolog eller psykiater. Der ydes ikke særskilt honorering for deltagelse i supervisionsmøder.

. Lægerne skal dokumentere kvalifikationer på forlangende af regionen, herunder deltagelsen i supervisionsmøder.

Der henvises Vejledning om anvendelse af Landsoverenskomstens ydelser vedrørende ydelse 6101. Samtaleterapiydelsen kan ikke kombineres med andre ydelser, heller ikke 0101. Der kan desuden heller ikke gennemføres flere ydelser på samme dag.

Stk. 5.

Lægerne skal som et led i ydelsen ICPC kode de patienter, der modtager ydelsen, med henvendelsesårsag og indikation.

Stk. 6

Grundydelsen Samtaleterapi kan ikke anvendes i de regioner, hvor der pr. 1. januar 2011 er en §2-aftale vedrørende samtaleterapi. Hvis §-2aftalerne opsiges, kan lægerne anvende overenskomstens grundydelse for Samtaleterapi efter udløb af de pågældende §2-aftaler.

Stk. 7.

Samarbejdsudvalget kan udelukke enkeltlæger fra at tilbyde ydelsen, hvis ydelsen ikke anvendes i overensstemmelse med kravene.

Bilag E- 6 Forebyggelsesydelsen 0106

Ydelse 0106 Aftalt forebyggelseskonsultation bortfalder pr. 1. 4. 2011. Lægerne har fortsat forpligtelse til at varetage opgaven med forebyggelse i behandlingen i almen praksis.

Der overføres et provenu til basishonoraret svarende til provenuet ved bortfald af ydelse 0106 modregnet konsekvenser vedrørende ydelse 0101, samt midler anvendt i forbindelse med ydelse 2304 Supplerende specifik forebyggelse, og ydelse 2305 Opsøgende hjemmebesøg for skrøbeligt ældre normalt over 75 år. Beløbet opgøres pba. forbruget i 2010.

Bilag E-7 Ydelse 2304, 2305

Som følge af bortfald af ydelse 0106 Forebyggelseskonsultation, sker der en forøgelse af honoraret for ydelse 2304 Supplerende specifik forebyggelse svarende til honoraret for ydelse 0106. Honoraret for ydelse 2304 udgør herefter 348,38 kr. (opgjort i 1. oktober 2010-niveau).

Ydelsen kan tilbydes patienter, hvor det fremgår af de kliniske retningslinjer, at patienter skal tilbydes en årskontrol, og hvor der er et lægefagligt begrundet behov for en årskontrol. Derudover er det en forudsætning, at en betydelig del af kronikeromsorgen ifølge forløbsprogrammerne skal ske i almen praksis.

Som følge af bortfald af ydelse 0106 Forebyggelseskonsultation, sker der en forøgelse af honoraret for ydelse 2305 Opsøgende hjemmebesøg for skrøbeligt ældre normalt over 75 år svarende til honoraret for ydelse 0106. Honoraret for ydelse 2305 udgør herefter 734,76 kr. (opgjort i 1. oktober 2010-niveau). Ydelse 2304 kan fortsat anvendes til opfølgende demenssamtale med tværfaglig koordinerende indsats. Ydelsen kan max. Benyttes 2 gange pr. år pr. demente patient.

En af parterne kan opsige adgangen til honorering af ydelsen, til udløb ved førstkommende genforhandling af overenskomsten. 2304 kan ikke anvendes i forbindelse med almindelig konsultation (0101). 2304 kan ikke gennemføres ved klinikpersonale.

De tidligere anvendte ydelser 0103 og 0104 og 2603 som bortfaldt midlertidigt ved den seneste overenskomst som følge af indførelse af 0106 bortfaldet med virkning fra 1. april 2011.

Bilag E-8 Forhandlingsøkonomi

Basishonoraret forhøjes med 75 mio. kr. pr. 1. april 2011 og yderligere 50 mio. kr. pr. 1. april 2012. Dette afspejler øgede forpligtelser og flere opgaver i forhold til patienter med kroniske sygdomme samt nye opgaver vedr. IT og kvalitetsområdet, herunder ICPC-kodning af patienter inden for 8 folkesygdomme og anvendelsen og drift af Fælles Medicinkort.

Udgifterne til almen praksis kan stige med 106 mio. kr. i perioden fra 1. april 2011 til 31. marts 2012 og yderligere 108 mio. kr. i perioden fra 1. april 2012 til 31. marts 2013.

Såfremt den samlede økonomisk ramme overskrides, modregnes overskridelsen i efterfølgende udmøntninger af reguleringsprocenten (reguleringsordningen), jf. økonomiprotokollat i bilag E-1.

Honoraret for e-mail konsultationer reduceres med 10 kr. gældende fra 1. april 2011. Provenuet herfra overføres til basishonoraret, jf. bilag E-4

Ydelse 0106 Aftalt forebyggelseskonsultation bortfalder fra 1. april 2006. Provenuet herfra overføres til basishonoraret, jf. bilag E-6. Som følge heraf justeres honorarerne for ydelserne 2304 Supplerende specifik forebyggelse og 2305 Opsøgende hjemmebesøg for skrøbelige ældre normalt over 75 år, jf. bilag E-7.

Der opnås produktivetsgevinster ved fremtidige stigninger i e-mail konsultationer, jf. at honoraret reduceres, ved målretning af ydelsen samtaleterapi, jf. bilag E-5 og ved at en del af den målrettede forebyggelsesindsats er finansieret inden for basishonoraret frem for ved øget ydelseshonorering.

30 mio. kroner af de oprindelige midler fra Amanuensisfonden overføres til Kvalitets- og Informatikfonden. Pengene anvendes ifølge aftale mellem parterne til initiativer i regi af KIF fonden, herunder:

- modtager de praktiserende læger 7.500 kr. i tilskud til udgifter til etablering af datafangst og 2.500 kr. til tilskud til udgifter vedr. installering af Fælles Medicinkort.
- medfinansierer fonden etablering af p-journal med 2,0 mio. kroner
- færdiggørelse af Danpep 2.0 (1,0 mio. kroner)
- koordinerende implementeringsaktiviteter (1,0 mio. kroner)

Et justeret driftsniveau for 2011 og 2012 for KIF aftales mellem parterne og forelægges på førstkommande møde i KIFs bestyrelse.

Bilag F-1: Passus om dialog i praksissektoren, som resultat af ny lovgivning om patientklager

1. januar 2010 ændres lov om klage og erstatningsadgang, hvilket blandt andet betyder at alle patienter skal tilbydes dialog i forbindelse med indgivelse af en klage over en konkret sundhedsfaglig behandling eller sundhedsfaglige behandlingsforløb til Patientombuddet.

Formålet med den lokale dialog er at sikre sig, at patienten er blevet forstået, og muligheden for en klageafbødende løsning er blevet undersøgt. Det opnås som udgangspunkt bedst, hvis den praktiserende læge vælger at deltage i den lokale dialog, som tilbydes patienten i forbindelse med patientklager.