

REGIONERNES LØNNINGS-
OG TAKSTNÆVN

PRAKTISERENDE LÆGERS
ORGANISATION

OVERENSKOMST
om
almen praksis

Af 03-06-1991,
senest ændret ved aftale af
14-09-2017

INDHOLDSFORTEGNELSE

KAPITEL I. FORORD OG UDVIKLINGSKONTRAKT	10
KAPITEL II. GENERELT OM OVERENSKOMSTEN	19
§ 1 Overenskomstens parter og overenskomstområdet.....	19
KAPITEL III. PLANLÆGNING OG LÆGEDÆKNING	20
§ 2 Praksisplanlægning	20
§ 3 Årlig lægedækningsberegning	20
§ 4 Regionens orienteringsforpligtelse	21
§ 5 Flytning	21
§ 6 Praksisudvikling	22
KAPITEL IV. VILKÅR FOR PRAKSISDRIFT	23
TILMELDING AF PATIENTER	23
§ 7 Praksisstørrelse	23
§ 8 Øvre lukkegrænse	24
FRASIGELSE AF PATIENTER	25
§ 9 Frasigelse af patient	25
§ 10 Voldelige eller truende patienter	25
ORGANISERING OG KRAV TIL LÆGEN.....	27
§ 11 Autorisationskrav for alment praktiserende læger	27
§ 12 Nedsættelse i almen praksis	27
§ 13 Meddelelse ved dødsfald, opløsning af praksis og andre ændringer ..	30
§ 14 Praksisophør, når praksis ikke overtages af en anden læge.....	30
§ 15 Praksisophør, i kompagniskab og delepraksis, når praksisdelen ikke overtages af en anden læge	31
§ 16 Praksisformer.....	32

§ 17 Almen praksis i selskabsform	34
§ 18 Udgifter til udskiftning af sundhedskort.....	36
ANDRE TILKNYTNINGSFORMER M.V.	36
§ 19 Generationsskifte	36
§ 20 Ansatte læger i fast stilling	36
§ 21 Tilladelse til ekstra ansat læge	37
§ 22 Delepraksis	37
§ 23 Satellitpraksis.....	39
§ 24 Kobling af ydernummer til en bestemt fysisk lokalitet.....	40
§ 25 Ydernumre på licens.....	40
Henvisningsmuligheder og samspil	41
§ 26 Indlæggelse på sygehuse.....	41
§ 27 Henvi sning til speciallægeundersøgelse og –behandling.....	41
§ 28 Diagnostiske undersøgelser	41
§ 29 Henvi sning til behandling ved fysioterapeut	42
§ 30 Henvi sning til behandling ved psykolog.....	43
§ 31 Henvi sning til behandling ved fodterapeut.....	45
§ 32 Ordination af lægemidler	46
§ 33 Ordination/rekvisition af iltbehandling.....	46
Rekvisitioner	46
§ 34 Rekvisition af immunglobuliner og vacciner	46
§ 35 Rekvisition af lægemidler i øvrigt.....	46
§ 36 Rekvisition af forbindsstoffer m.v.	47
LÆGEVAGT	48
§ 37 VAGTTIDENS OMFANG OG OPDELING.....	48
§ 38 TILRETTELÆGGELSE AF LÆGEBETJENINGEN I VAGTTIDEN.....	48

§ 39 LÆGEBETJENINGEN I VAGTTIDEN	49
§ 40 VISITATION I VAGTTIDEN.....	51
KAPITEL V. TILGÆNGELIGHED OG SERVICE	52
§ 41 PRAKSISDEKLARATIONER	52
§ 42 LEGITIMATION	54
§ 43 VILKÅR FOR LÆGEHJÆLP	54
§ 44 DAGTIDEN.....	55
§ 45 TILRETTELÆGGELSE AF LÆGEBETJENINGEN I DAGTIDEN	55
§ 46 LÆGERS FRAVÆR FRA PRAKSIS	57
§ 47 ADGANGS- OG INDRETNINGSFORHOLD VEDRØRENDE LÆGENS KONSULTATION	58
KAPITEL VI. HONORARER OG REGULERING.....	59
§ 48 BASISHONORAR	59
§ 49 PRAKSISOMKOSTNINGSHONORAR	59
§ 50 GRUNDYDELSER I DAGTIDEN.....	59
§ 51 TILLÆGSYDELSER.....	61
§ 52 INSTITUTIONSTILLÆG, DAG- OG VAGTTID	64
§ 53 SAMTALETERAPI	64
§ 54 TILLÆG FOR PATIENTLEDSAGELSE I AMBULANCE OG REJSETILLÆG TIL ØER, HVOR DER IKKE ER BOSAT LÆGER	64
§ 55 TILLÆG VED BEHANDLING AF PERSONER, DER IKKE ER TILMELDT EN LÆGE	65
§ 56 GRUNDYDELSER I VAGTTIDEN.....	66
§ 57 VAGTBEREDSKABSHONORAR.....	66
§ 58 ATTESTTAKST	66
§ 59 ANSØGNING OM TILSKUD TIL LÆGEMIDLER TIL TERMINALPATIENTER	67

§ 60 LABORATORIEUNDERSØGELSER	68
§ 61 Kørselsgodtgørelse.....	70
§ 62 Regulering af honorarer.....	70
§ 63 Takstanvendelse ved ændring i reguleringsprocenten	71
KAPITEL VII. AFGRÆNSNING AF YDELSER OG BESTEMMELSER OM HONORERING	72
§ 64 Afgrænsning, telefonkonsultation/konsultation, receptfornyelse.....	72
§ 65 Afgrænsning, sygebesøg/besøg på ruten.....	72
§ 66 Afgrænsning, behandling af flere patienter i samme hjem	72
§ 67 Almindelige bestemmelser om honorering	73
§ 68 Vejledning om anvendelse af overenskomstens ydelser.....	74
§ 69 Basishonorering.....	74
§ 70 Honorering af grundtydelser i dagtiden og den sene konsultation	74
§ 71 Honorering af ydelser i vagttiden.....	74
§ 72 Tillægsydelseshonorering	75
§ 73 Honorering af lægehjælp til patienter på øer, hvor der ikke er etableret lægepraksis	75
§ 74 Vagtberedskabshonorering.....	76
§ 75 Honorering af laboratorieundersøgelser	76
§ 76 Honorering og afholdelse af udgifterne til kørsel	76
§ 77 Basishonorering ved en læges død.....	77
KAPITEL VIII. AFREGNING	78
§ 78 Basishonorarafregning	78
§ 79 Afregning af praksisomkostningshonorar	78
§ 80 Afregning af ydelseshonorarer.....	78
§ 81 Afregning af kronikerhonorar	80

§ 82 Ydelseshonorarafregning vedrørende socialmedicinsk samarbejde ...	80
§ 83 Afregning af vagtberedskabshonorar.....	81
§ 84 Afregning af kørselsgodtgørelse	81
§ 85 Blanketter, herunder elektroniske blanketter	82
§ 86 Indbetaling af pensionsbidrag.....	82
§ 87 Indbetaling til Administrationsudvalget	82
KAPITEL IX. KONTROLBESTEMMELSER	84
§ 88 Årsopgørelser og fastsættelse af højestegrænser	84
§ 89 Økonomisk lægemiddelordination	85
KAPITEL X. KVALITETSSIKRING OG IT	87
§ 90 Anvendelse af IT i almen praksis	87
§ 91 Datadrevet kvalitetssikring og -udvikling.....	90
§ 92 Det Fælles Medicin Kort (FMK)	90
§ 93 Kvalitetsmodel i almen praksis	90
§ 94 Patientoplevelset kvalitet i almen praksis.....	92
§ 95 Socialmedicinsk samarbejde mellem den enkelte læge og kommunen i individuelle sager	93
§ 96 Elektronisk kommunikation mellem lægen og kommunens plejepersonale.	94
§ 97 Kommunalt-lægelige udvalg mellem kommunerne og de praktiserende læger.....	95
KAPITAL XII UDVALG OG FONDE	97
§ 98 Fonden for Almen Praksis.....	97
§ 99 Opgaver og beføjelser for Fonden for Almen Praksis.....	97
§ 100 Indbetaling af midler til Fonden for Almen Praksis	98
§ 101 Sekretariatskoordinationsgruppe	99
§ 102 Fagligt Råd	99

§ 103 Almen praksis ved universiteterne (APU)	100
REGIONALE UDVALG	100
§ 104 De regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg	100
§ 105 Opgaver for de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg	101
§ 106 Midler til understøttelse af kvalitetsudvikling og efteruddannelse....	102
KAPITEL XIII. SAMARBEJDSBESTEMMELSER OG VEDLIGEHOJDELSE AF AFTALEN	104
§ 107 Samarbejdsudvalg	104
§ 108 Samarbejdsudvalgets opgaver og beføjelser	105
§ 109 Landssamarbejdsudvalget	107
§ 110 Landssamarbejdsudvalgets opgaver og beføjelser	107
§ 111 Landssamarbejdsudvalgets sanktionsmuligheder	109
§ 112 Fortolkningsbidrag	110
OPMAND	110
§ 114 Opmand	110
§ 115 Opmandens opgaver	110
KAPITEL XIV. KLAGEREGLER	112
§ 116 Klagereglernes omfang	112
§ 117 Fremsættelse af klager	112
§ 118 Behandling af klager fra patienter	112
§ 119 Behandling af klager fra læger	113
§ 120 Behandling af klager fra kommuner	113
§ 121 Fælles regler for behandling af klager	113
§ 122 Afgørelse af klagesager og anke	114
§ 123 Faglige klager	114
KAPITEL XV. IKRAFTTRÆDEN M.V.	116

§ 124 Adgang til ændringer i overenskomsten	116
§ 125 Ikrafttræden	116
§ 126 Opsigelse	116
BILAG TIL OVERENSKOMST OM ALMEN PRAKSIS.....	118
BILAG 1: PROTOKOLLAT OM ROLLER OG OPGAVER I ALMEN PRAKSIS AF 21-12-2010	118
BILAG 2: PROTOKOLLAT OM SAMARBEJDE MELLEM ALMEN PRAKSIS, SYGEHUSVÆSEN, KOMMUNER OG REGIONER AF 21- 12-2010.....	122
BILAG 3: PROTOKOLLAT OM STYRKET OPFØLGINGSINDSATS VED SEKTOROVERGANGE AF 14-09-2017.....	124
BILAG 4: ØKONOMIPROTOKOLLAT AF 14-09-2017	127
BILAG 5: PROTOKOLLAT VEDRØRENDE DIFFERENTIERET BASISHONORAR AF 14-09-2017	131
BILAG 6: PROTOKOLLAT VEDRØRENDE DEN SAMLEDE HONORERING AF 13-10-2002 (RETTET PR. 14-09-2017)	135
BILAG 7: PROTOKOLLAT OM ANVENDELSE AF YDELSERNE I OVERENSKOMSTEN OG SAMMENHÆNGEN TIL DET ALMENMEDICINSKE ARBEJDSOMRÅDE AF 16-04-1999	137
BILAG 8 PROTOKOLLAT OM NY KVALITETSMODEL FOR ALMEN PRAKSIS AF 14-09-2017	138
BILAG 9: PROTOKOLLAT OM EFTERUDDANNELSE AF 14-09-2017	147
BILAG 10: PROTOKOLLAT VEDRØRENDE TILBUD TIL LÆGER, DER ØNSKER AT ETABLERE STØRRE PRAKSIS OG/ELLER UDVIKLE DERES PRAKSIS AF 21-12-2010.....	156
BILAG 11: PROTOKOLLAT OM IT I ALMEN PRAKSIS AF 21-12-2010 ...	157
BILAG 12: PROTOKOLLAT OM ANVENDELSE AF SUNDHEDSKORT VED ELEKTRONISK REGISTRERING AF PATIENTHENVENDELSE TIL ALMEN LÆGEPRAKSIS	158
BILAG 13: PROTOKOLLAT OM OPMANDSFUNKTIONEN OG ORGANISATIONSANSVAR AF 27-04-1995	159
BILAG 14: PROTOKOLLAT OM VANDELSBESTEMMELSE AF 18-10- 2016	160

BILAG 15: PROTOKOLLAT OM KOMMUNALE PRAKSISKONSULENTER AF 21-12-2010	161
BILAG 16: PROTOKOLLAT OM SANKTIONER FOR OVERTRÆDELSE AF VAGTINSTRUKS AF 11-05-2007	162
BILAG 17: VEJLEDENDE FORRETNINGSORDEN FOR SAMARBEJDSUDVALG AF 24-01-2006	163
ØVRIGE AFTALER	165
RAMMEAFTALE OM IVÆRKSÆTTELSE AF TILLÆGSYDELSER EFTER BESLUTNING I REGIONERNE	165
RAMMEAFTALE OM IVÆRKSÆTTELSE AF LABORATORIEUNDERSØGELSER M.M. EFTER BESLUTNING I REGIONERNE	167
RAMMEAFTALE OM E-KOMMUNIKATION MELLEM KOMMUNE OG KOMMUNENS PRAKTISERENDE LÆGER	169
AFTALE OM PROGRAM FOR DIABETES TYPE 2 OG KOL I ALMEN PRAKSIS AF 14-09-2017	172
BILAG A: VILKÅR FOR OVERGANG TIL KRONIKERHONORAR OG REGIONAL OPFØLGNING	182
BILAG B: ERKLÆRING OM KLARMELDING VEDR. AFTALE OM PROGRAM FOR KOL OG DIABETES TYPE 2	185
BILAG C: IMPLEMENTERING OG EVALUERING	186
AFTALE OM HONORERING FOR VEJLEDNING AF IKKE- TILMELDTE PATIENTER OM ANVENDELSE AF SVANGERSKABSFOREBYGGENDE METODER	191
PROFYLAKSEAFTALEN	194
TUTORLÆGEAFTALEN - VEDRØRENDE ALMENT PRAKTISERENDE LÆGER, DER VIRKER SOM TUTORLÆGER – AF 1. SEPTEMBER 2014	206
AFTALE VEDR. OMKOSTNINGSDÆKNING AF JOURNALER VED PRAKSISLUKNING AF 29-11 2007	211

KAPITEL I. FORORD OG UDVIKLINGSKONTRAKT

Kontrakten for almen praksis

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

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

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

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

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

Den udviklingsorienterede del af kontrakten for almen praksis

Indledning

Almen praksis er 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 opgave-

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

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

Visioner og målsætninger for udviklingen af almen praksis

Der er tre overordnede visioner for fremtidens almene praksis:

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

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

1. Roller og opgaver i almen praksis

Almen praksis er oftest patienternes første møde med sundhedsvæsenet. Derfor er én af almen praksis' store styrker et kontinuert kendskab til den enkelte patient. 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 faglig konsensus om, at almen praksis fortsat skal behandle denne patientgruppe i proaktive og planlagte forløb. Det indebærer bl.a., at almen praksis tager initiativ til at sikre en effektiv behandlingsindsats samt fremme af sine tilmeldte patienters sundhed. Redskaberne er bl.a. identifikation og registrering af kronikere samt brug af indkaldelser af patienterne.

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

Program for KOL og diabetes type 2 i almen praksis og centrale og regionale forløbsprogrammer vil udgøre rammerne for kronikeromsorgen, og efterhånden vil en større del af behandlingsindsatsen overfor patienter med kronisk sygdom blive placeret i almen praksis.

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

Almen praksis har mulighed for at understøtte proaktive og planlagte forløb på grundlag af systematisk dokumentation af de kliniske aktiviteter,

kvaliteten og henvisningsadfærden i regi af den enkelte praksis og i forhold til den enkelte patient.

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

Forebyggelse

Forebyggelsesindsatsen i almen praksis målrettes.

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

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

Akutberedskab

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

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

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

Almen praksis' opgavevaretagelse i forhold til decentrale behov

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

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

2. Samspil

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Også på andre områder er det vigtigt, at aktørerne i sundhedsvæsenet (sygehusene, almen praksis og kommunerne) udfylder deres rolle, f.eks. 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.

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

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

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

Rekruttering og fastholdelse af læger og praksispersonale i sektoren skal fremmes. Rekruttering handler om at fremme den faglige udvikling og arbejdsmiljøet, så det fortsat er fagligt udfordrende at arbejde i almen prak-

sis. Fastholdelse handler om at gøre det attraktivt at blive længere i sektoren og dermed udsætte tidspunktet for erhvervsophør.

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

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

4. Kvalitet, kompetenceudvikling, forskning, service og IT

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

Almen praksis arbejder systematisk med at fastholde og udvikle en høj kvalitet i ydelserne i almen praksis, og det sker i samspil med det øvrige sundhedsvæsen. Alle praksis er involveret i kvalitetsudvikling som en integreret del af det daglige arbejde i praksis, og med implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel i almen praksis er de praktiserende læger introduceret til et redskab til at arbejde systematisk med kvalitetsudvikling.

Fremadrettet skal data fra patienttilfredshedsundersøgelser anvendes i den enkelte praksis' arbejde med løbende at udvikle kvaliteten. Kvalitetsdata fra datafangst i almen praksis skal ligeledes medvirke til at styrke kvaliteten af det sundhedstilbud, der tilbydes patienterne og samtidig give forskningen mulighed for at analysere data fra hele sundhedsvæsenet. Det er vigtig viden i forhold til at kunne planlægge sammenhængende patientforløb. Kvalitetsdata fra almen praksis kan samtidig være med til at sikre en større grad af gennemsigtighed i sundhedsvæsenet. Offentliggørelse af kvalitetsdata skal ikke kunne identificere den enkelte patient, læge eller praksis.

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

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

Service

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

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

Forskning

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

KAPITEL II. GENERELT OM OVERENSKOMSTEN

§ 1 OVERENSKOMSTENS PARTER OG OVERENSKOMSTOMRÅDET

Stk. 1.

Denne overenskomst vedrørende almen praksis er indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO).

Stk. 2.

Overenskomsten vedrører gruppe 1-sikrede borgere og omfatter vederlagsfri sygdomsbehandling og forebyggende arbejde i henhold til sundhedsloven. Gruppe 1-sikrede borgere betegnes i det følgende "patienter".

Stk. 3.

Overenskomsten omfatter, i det omfang det er fastsat i de enkelte bestemmelser, behandling af andre patienter end de i stk. 2 nævnte.

KAPITEL III. PLANLÆGNING OG LÆGEDÆKNING

§ 2 PRAKSISPLANLÆGNING

Praksisplaner for almen praksis udarbejdes af praksisplanudvalget i henhold til sundhedslovens § 206a – kapitel 63 og tilhørende bekendtgørelser/vejledninger.

§ 3 ÅRLIG LÆGEDÆKNINGSBEREGNING

Stk. 1.

Der foretages en årlig fastsættelse af lægedækningen. Formålet hermed 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. Resultatet af lægedækningsberegningen sendes til samarbejdsudvalget til orientering og til praksisplansudvalget med henblik på, at resultatet kan indgå i udvalgets arbejde.

Stk. 2.

Lægedækningen fastsættes med udgangspunkt i en af regionen foretaget 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. § 7, stk. 2 og 3. Delepraksis kan ikke melde ind med et lavere antal patienter end det antal, der er fastsat som mindstegrænse ved tildelingen af delepraksistilladelse. Besvarelsene af høringen anses ikke 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 og evt. private aktører jf. sundhedsloven § 227, stk. 3, 5 og 6, indgår ved vurderingen.

§ 4 REGIONENS ORIENTERINGSFORPLIGTELSE

Stk. 1.

Regionen orienterer samarbejdsudvalget, såfremt regionen planlægger at:

- a) udløse nye ydernumre
- b) opføre offentligt ejede lægehuse
- c) udbyde drift af praksis
- d) etablere en regionsklinik.

Stk. 2.

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

§ 5 FLYTNING

Stk. 1.

Læger, der ønsker at flytte praksis, skal, jf. sundhedslovens § 57b, stk. 2, indhente regionens godkendelse. Regionen skal godkende flytninger, som ikke ændrer forudsætningerne for praksisplanen eller er i strid med denne.

Stk. 2.

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

§ 6 PRAKSISUDVIKLING

Regionerne etablerer tilbud til læger, der ønsker at etablere større praksis og/eller udvikle deres praksisdrift. Der henvises til det som bilag 10 optrykte protokollat.

KAPITEL IV. VILKÅR FOR PRAKSISDRIFT

TILMELDING AF PATIENTER

§ 7 PRAKSISSTØRRELSE

Stk. 1.

En praksis der har **minimum** 1600 patienter tilmeldt pr. lægekapacitet, har ret til straks at få lukket for tilgang.

Såfremt patienters mulighed for et frit lægevalg må antages at ville blive urimeligt forringet ved lukningen, kan regionen gøre spørgsmålet om tilladelse til lukning for tilgang til genstand for forhandling i samarbejdsudvalget.

Stk. 2.

Praksis som har færre end 1600 tilmeldte patienter pr. lægekapacitet, men hvis praksisarbejde som følge af mængden af gruppe 2-sikrede, beskæftigelse som bedriftslæge, kommunallæge eller tilsvarende som af samarbejdsudvalget bedømmes til at svare til en normal praksis med **minimum** 1600 tilmeldte pr. lægekapacitet, ligestilles med de i stk. 1 nævnte praksis.

Stk. 3.

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

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

Stk. 4.

Regionen og PLO-regionalt kan, hvor der foreligger særlige grunde, tage spørgsmålet om lukning for tilgang til praksis op til afgørelse i samarbejdsudvalget.

Stk. 5.

Praksis der har lukket for tilgang af patienter, får automatisk på ny åbnet for tilgang, når antal tilmeldte patienter falder til under 1550 pr. lægekapacitet eller det andet antal, der i de i stk. 1-3 nævnte tilfælde måtte være fastsat. Når patientantallet på ny når en aftalt lukkegrænse, jf. stk. 1-3, lukker regionen automatisk for tilgang.

Stk. 6.

En praksis der har lukket for tilgang efter stk. 1-3, kan på ny få åbnet for tilgang senest med virkning fra den 1. i den efterfølgende måned. I forbindelse med åbning for tilgang kan lægen vælge at tilkendegive, hvor mange patienter praksis højst ønsker tilmeldt i alt, før praksis igen lukkes for tilgang. Der kan dog ikke tilkendegives lukning ved et lavere antal end 1600 patienter pr. lægekapacitet, medmindre praksis har tilladelse til at lukke for patienttilgang ved et lavere antal, jf. stk. 1 eller 3. Der skal sædvanligvis som minimum åbnes for tilmelding af 100 patienter.

NOTE til § 7, stk. 1:

Frem til Praksys er implementeret er følgende tekst gældende: En praksis der minimum har 1600 patienter tilmeldt pr. lægekapacitet, har ret til efter meddelelse pr. mail til regionen straks at få lukket for tilgang.

Når yderportalen i Praksys er implementeret, skal kommunikation mellem praktiserende læge og region ske elektronisk via Yderportalen.

§ 8 ØVRE LUKKEGRÆNSE

Hvis en praksis har mere end 2700 patienter tilmeldt pr. lægekapacitet, skal der søges om samarbejdsudvalgets godkendelse af fortsat at have åben for patienttilgang. Samarbejdsudvalget giver tilladelse, med mindre væsentlige forhold taler imod. Reglen gælder ikke for delepraksis. Her henvises til § 22, stk. 3.

FRASIGELSE AF PATIENTER

§ 9 FRASIGELSE AF PATIENT

Stk. 1.

Mener en læge, at en patient misbruger almen praksis' ydelser, skal lægen underrette den region, hvor konsultationsstedet er beliggende.

Stk. 2.

En læge kan ved henvendelse til regionen frasige sig en patient, som ikke følger lægens anvisninger eller som har udvist en sådan uacceptabel adfærd, at tillidsforholdet mellem læge og patient må anses for brudt, eller hvor det af anden grund er urimeligt, at lægen skal fortsætte samarbejdet. **Lægen bør forud for frasigelsen orientere patienten om årsagen til frasigelsen. Regionen skal vejlede patienten om patientens muligheder for at påklage afgørelsen, jf. kapitel XIV.** For så vidt angår frasigelse af voldelige eller truende patienter henvises til § 10.

NOTE til § 9, stk. 2:

*Frasigelse sker umiddelbart, men **den frasigende læge er fortsat ansvarlig for behandlingen indtil en ny læge er valgt eller tildelt.***

§ 10 VOLDELIGE ELLER TRUENDE PATIENTER

Stk. 1.

En læge kan ved henvendelse til regionen frasige sig en patient, som har optrådt truende eller voldeligt over for lægen eller praksispersonalet. Regionen underretter samarbejdsudvalget herom.

Stk. 2

Regionen skal underrette og partshøre patienten i forbindelse med, at lægen på grund af patientens truende eller voldelige adfærd har frasagt sig patienten. Lægen skal ligeledes høres over patientens eventuelle bemærkninger. På baggrund af høringssvarene træffer samarbejdsudvalget afgørelse om, hvorvidt der er tale om frasigelse i henhold til § 9 eller § 10.

Stk. 3.

Regionen skal meddele patienten, at patienten ved henvendelse til kommunen skal vælge ny læge inden en nærmere angiven frist. Regionen skal samtidig meddele patienten, at patienten fremover kun kan opsøge den ny læge, og kun efter forudgående telefonisk aftale om konsultation, og at lægen efter eget skøn vil kunne anmode om politiets tilstedeværelse ved konsultation. Regionen skal vejlede patienten om patientens muligheder for at påklage afgørelsen, jf. kapitel XIV.

Stk. 4.

Såfremt patienten ikke inden en nærmere angiven frist, jf. stk. 3, har valgt ny læge, vil patienten blive tildelt en ny læge, jf. BEK nr. 966 af 29/08/2014 om valg og skift af alment praktiserende læge og om behandling hos læge i praksissektoren.

Stk. 5.

Såfremt alle læger, som patienten har mulighed for at vælge, har frasagt sig patienten efter stk. 1, aftaler samarbejdsudvalget, hvordan der forholdes med hensyn til lægeskift. Samarbejdsudvalget kan beslutte at iværksætte en turnusordning, som kan omfatte både åbne og lukkede praksis inden for 15 km fra patientens bopæl. Hvis omstændighederne taler for det, kan en turnusordning iværksættes på et tidligere tidspunkt end anført i 1. punktum. Samarbejdsudvalget kan i særlige tilfælde friholde en praksis fra at deltage i turnusordningen.

Stk. 6.

Når patienten har valgt eller er blevet tildelt en ny læge, skal den pågældende læge underrettes om baggrunden for patientens lægeskift.

Stk. 7.

Hvis patienten anmoder om det skal samarbejdsudvalget vurdere, om den i stk. 3, 2. pkt. anførte fremgangsmåde stadig er påkrævet. En vurdering kan tidligst foretages 2 år efter, at patienten er tilmeldt lægen. Vurderingen skal ske på baggrund af oplysninger indhentet fra patienten og lægen.

Stk. 8.

Samarbejdsudvalget kan efter konkret vurdering, og hvor der er tungtvæjende grunde, beslutte at fremgangsmåden i stk. 2 også kan benyttes i andre tilfælde. Det kan eksempelvis gælde, hvor en patient har været voldelig over for andre læger end lægen, hvor patienten er tilmeldt.

NOTE til § 10:

Parterne er enige om, at regionen og PLO-regionalt skal søge at træffe aftale med de lokale politimyndigheder om politiets assistance i de i § 10 omhandlede tilfælde. Justitsministeriet har overfor parterne udtrykt imødekommenhed over for politiets deltagelse i løsning af problemer med voldelige patienter.

ORGANISERING OG KRAV TIL LÆGEN

§ 11 AUTORISATIONSKRAV FOR ALMENT PRAKTISERENDE LÆGER

Stk. 1.

Ret til at påtage sig praksis i henhold til denne overenskomst har læger, der har Sundhedsstyrelsens tilladelse til at betegne sig som speciallæge i almen medicin.

Stk. 2.

Læger der på baggrund af tidligere regler praktiserer efter overenskomsten, uden at være speciallæger i almen medicin, er berettiget til at fortsætte hermed.

Stk. 3.

I lægedækningstruede områder i henhold til praksisplanen kan læger, som er i fase tre af deres uddannelsesforløb til speciallæge i almen medicin, ansættes i en ledig kapacitet eller i et vikariat efter dispensation fra samarbejdsudvalget.

Stk. 4.

Lægen skal så vidt muligt sørge for, at en antaget vikar er speciallæge i almen medicin. Vikarer ansat udover 2 måneders varighed skal altid opfylde dette krav, medmindre vedkommende har været fase 2 amanuensis i pågældende praksis. For vikarer ansat i indtil 2 måneder gælder, at vikaren som minimum skal have ret til selvstændigt virke. I tilfælde hvor der benyttes en vikar uden speciallægeanerkendelse, skal lægen sørge for, at vikaren har adgang til supervision. 2 måneders fristen gælder, uanset om vikaren kun arbejder i praksis få dage om ugen.

NOTE til § 11, stk. 4:

Vikaren fungerer som stedfortræder for lægen, og parterne må derfor ikke være til stede i praksis samtidig.

§ 12 NEDSÆTTELSE I ALMEN PRAKSIS

Stk. 1.

En forudsætning for at lægen kan erhverve og have et ydernummer, og praktisere efter overenskomsten, er, at lægen ved køb af klinik med eksisterende ydernummer, etablering af delepraksis, satellitpraksis, ydernummer på licens eller ved tildeling af nyt ydernummer fra regionen kan fremvise børneattest uden alvorlige anmærkninger

af relevans for at virke under overenskomsten. Er dette ikke tilfældet, kan lægen ikke opnå mulighed for at praktisere efter overenskomsten.

Stk. 2.

Forud for erhvervelse af praksis retter lægen henvendelse til regionen, som på lægens fuldmagt indhenter børneattest. Regionen træffer afgørelse om, hvorvidt en børneattest er påtegnet alvorlige anmærkninger af relevans for at virke under overenskomsten. Afgørelsen meddeles lægen, som ved regionens godkendelse nu kan erhverve en praksis.

Stk. 3.

En læge som opfylder de i § 11, stk. 1-3 nævnte krav, skal gennem PLO overfor regionen på en af overenskomstparterne udarbejdet blanket meddele, at vedkommende ønsker at påtage sig almen praksis på de i nærværende overenskomst fastsatte vilkår. Lægen skal overfor PLO dokumentere, at pågældende enten har overtaget en eksisterende praksis/praksisdel eller af regionen/samarbejdsudvalget har fået tildelt ret til nedsættelse. Sammen med blanketten skal der indsendes dokumentation for, at lægen opfylder betingelserne i § 11, stk. 1-3.

Stk. 4.

Læger, der ønsker at tilmelde sig overenskomsten, kan forinden søge vejledning hos PLO-regionalt om nedsættelsesmulighederne i regionen.

Stk. 5.

Læger, der tilmelder sig overenskomsten, har pligt til at holde sig orienteret om overenskomstens bestemmelser og administrationen heraf. Der tilbydes efter behov kurser og lignende vedrørende overenskomstens bestemmelser og administrationen heraf. Nye læger har pligt til at deltage i et kursus. Samarbejdsudvalget aftaler, hvorledes kursustilbuddet skal sikres. Kurserne er omfattet af godkendelseskriterier bestemt af Fonden for Almen Praksis om a priori godkendelse.

Stk. 6.

Læger der har ansættelse ved sygehus, klinikker, laboratorier eller lignende, kan ikke drive almen praksis efter denne overenskomst, medmindre der foreligger dispensation fra samarbejdsudvalget.

Stk. 7.

En læge der ønsker at overdrage sin praksis/praksisdel har ret til at overdrage praksis/praksisdelen til en læge, der opfylder de i § 11, stk. 1-2 an-

førte autorisationskrav. Det samme gælder, hvis lægen har fået tilladelse til udvidelse eller etablering af delepraksis efter § 22.

Stk. 8.

Regionen skal umiddelbart bekræfte nedsættelser, der opfylder betingelserne i **stk. 1-7**. Nedsættelsen får virkning i forhold til regionen, når regionen skriftligt over for lægen og PLO har bekræftet den. Nedsættelsen skal ske med virkning fra den 1. i en måned.

Stk. 9.

Læger der indgår kompagniskab, skal gennem PLO meddele dette til den region, hvor konsultationsstedet er beliggende. Lægerne skal endvidere gennem PLO give meddelelse om ændringer i kompagniskabets sammensætning samt, når en ansat speciallæge tiltræder eller fratræder. Ændringerne meddeles i god tid.

Stk. 10.

Hvis en læge har fraskrevet sig sin autorisation, er blevet **endeligt** frataget sin autorisation, ved dom for strafbart forhold er blevet frakendt retten til at udøve virksomhed som læge **eller hvis lægen har mistet retten til selvstændig virke** kan denne eje sin praksis/praksisdel/anparter i maksimalt et år under forudsætning af, at den pågældende sørger for en stedfortræder. Et-års-fristen gælder fra tidspunktet for autorisationsfraskrivelsen, domsafsigelsen, eller fra tidspunktet hvor retten til selvstændigt virke mistes. Samarbejdsudvalget kan efter ansøgning tillade, at ejerperioden forlænges, hvis der foreligger en rimelig begrundelse for, at et-års-fristen for afståelse af den ledige praksis/praksisdel/anparter ikke kan overholdes.

Stk. 11.

Læger, der udfører lægearbejde efter denne overenskomst, har pligt til at tegne en lægeansvarsforsikring. Læger, der deltager i en vagtordning med et vagtydernummer, jf. § 39, stk. 7, skal tilsvarende have tegnet en lægeansvarsforsikring.

NOTE til § 12, stk. 2

Afgørelser er en forvaltningsretlig afgørelse.

Lægen skal medvirke til at sikre, at regionen via Rigspolitiet kan indhente børneattesten ved at give de nødvendige tilladelser.

§ 13 MEDDELELSE VED DØDSFALD, OPLØSNING AF PRAKSIS OG ANDRE ÆNDRINGER

Stk. 1.

Når en læge dør, meddeler boet snarest muligt regionen, om boet sørger for en stedfortræder for den afdøde, samt om praksis søges videreført ved salg eller bringes til ophør.

Stk. 2.

Når en læge dør, kan dennes praksis/praksisdel/anparter ejes af boet i maksimalt et år fra dødsfaldet under forudsætning af, at boet sørger for en stedfortræder for afdøde. Samarbejdsudvalget kan efter ansøgning tillade, at boets ejerperiode forlænges, hvis der foreligger en rimelig begrundelse for, at et-årsfristen for afståelse af den ledige praksis/praksisdel/anparter ikke kan overholdes.

Stk. 3.

Ved opløsning af et kompagniskab eller ændringer i sammensætningen heraf, ved nedlæggelse eller overdragelse af en praksis, og ved andre ændringer giver praksis gennem PLO regionen besked herom senest 6 uger inden ændringen træder i kraft, således at regionen kan gennemføre de fornødne administrative procedurer

Stk. 4.

Regionen skal orientere patienter i de situationer, hvor de skal tilbydes lægeskifte.

NOTE TIL § 13, stk. 4:

Regionerne aftaler med kommunerne i regionen, at kommunerne bistår regionen med administrative opgaver, herunder information af patienter i forbindelse med ændringer i praksis.

§ 14 PRAKSISOPHØR, 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. I forbindelse med varslingen skal lægen meddele, om lægen forventer at kunne sælge i varslingsperioden. 4 måneder før det varslede ophør afgiver lægen retten til at disponere over ydernummeret til regionen. Der kan dog før 4 måneders fristen indgås aftale mellem region og læge

om, at regionen overtager dispositionsretten, evt. mod betaling af en kompensation. Lægen fremsender kopi af varsling om ophør til PLO.

Stk. 2.

I umiddelbar forlængelse af at en læge har afgivet varsel (6 måneder før) om ophør, skal praksisplanudvalget drøfte mulighederne for at håndtere lægedækningen, herunder 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 en læges ophør skyldes, at lægen får frataget sin autorisation, herunder midlertidigt, bliver alvorligt syg eller dør 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. 4.

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

§ 15 PRAKSISOPHØR, I KOMPAGNISKAB OG DELEPRAKSIS, NÅR PRAKSISDELEN IKKE OVERTAGES AF EN ANDEN LÆGE

Stk. 1.

Hvis en læge i et kompagniskab ophører uden at overdrage sin praksisdel til en ny læge, er hovedreglen at den ledige lægekapacitet overgår til den/de tilbageværende læge(r) som søger at få den ledige praksisdel besat med en ny læge inden for en frist på et år. Senest efter et år skal den ledige praksisdel overdrages til en læge, der tilmeldes denne overenskomst i overensstemmelse med reglerne i § 12 eller der skal være ansat **en læge** i fast stilling i medfør af reglen i § 20. Fristen på et år regnes fra den dato, pr. hvilken en læge har meddelt praksisophør til PLO/regionen.

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 med 6 måneders varsel. Varslet over for regionen afgives så snart en kompagnon over for sine kollegaer i praksis har med-

delt, at lægen 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 4 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 § 14, stk. 2.

Stk. 5.

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

§ 16 PRAKSISFORMER

Stk. 1.

Almen praksis kan i henhold til denne overenskomst drives som enkeltmandspraksis eller kompagniskabspraksis. Begge praksisformer kan fungere i samarbejdspaksis eller netværkspraksis.

a) Ved enkeltmandspraksis forstås:

Praksis der drives af én læge eller ét alment lægeselskab uden fællesskab med andre læger om patienter og økonomi.

b) Ved kompagniskabspraksis forstås:

Praksis der drives af to eller flere læger og/eller almene lægeselskaber, der har fælles patientkreds, økonomi, lokaler og personale.

Stk. 2.

Den enkelte læge/praksis vælger selv, om praksis drives som personligt ejet virksomhed eller som alment lægeselskab.

Stk. 3.

Ved alment lægeselskab forstås praksis, der drives af en eller flere læger, der har tiltrådt overenskomsten, jf. § 12, og som er ansat i et anpartsselskab, aktieselskab eller andet selskab. Selskabets vedtægter skal være godkendt af PLO, jf. § 17.

Stk. 4.

Anparterne/aktierne i et alment lægeselskab kan ejes af et holdingselskab. Holdingselskabets vedtægter skal være godkendt af PLO, jf. § 17.

Stk. 5.

Almen praksis kan kun udøves i forbindelse med ét konsultationssted, medmindre regionen har givet en praksis tilladelse til satellitpraksis, jf. § 23, eller en læge har erhvervet flere ydernumre til drift på andre praksisadresser, jf. stk. 7.

Stk. 6.

En praksis kan erhverve/opkøbe yderligere lægekapaciteter fra regionen, når regionen opslår ledige kapaciteter, eller opkøbe og med regionens godkendelse flytte kapacitet fra en anden lægepraksis, jf. § 5. Ansættelse af speciallæger almen medicin i fast stilling i de ekstra kapaciteter skal følge §§ 20-21.

Stk. 7.

Af sundhedslovens § 227, stk. 2, jf. lovbekendtgørelse nr. 1188 af 24. september 2016 som ændret ved lov nr. 1374 af 4. december 2017, fremgår, at ydernumre fra praksis, som har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer¹, kan overdrages til regionsrådet og til læger². Endvidere fremgår, at regionsrådet kan sælge nye ydernumre, som regionen har oprettet, og ydernumre fra eksisterende praksis, som regionsrådet har opkøbt som led i praksisplanlægningen, til læger, som vil praktisere i henhold til sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. sundhedslovens § 60, stk. 1. Salg af ydernumre, jf. sundhedslovens § 227, stk. 2, 1. og 2. pkt., kan ske til læger, som allerede har et ydernummer. En læge kan eje op til seks ydernumre erhvervet i henhold til 1. og 2. pkt.

NOTE til § 16, stk. 1:

Ved samarbejdspraksis forstås:

Praksis, der drives i samarbejde mellem flere enkeltmands- og/eller kompagniskabspraksis og/eller almene lægeselskaber med hver deres patientkreds, hvorom der dog findes et vist samarbejde og med fællesskab om lokaler og helt eller delvist om personale.

Ved netværkspraksis forstås:

¹ Jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1

² Jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1

Praksis der drives i samarbejde mellem flere enkeltmands- og/eller kompagniskabspraksis og/eller almene lægeselskaber med hver deres patientkreds, hvorom der dog findes et vist samarbejde. Der er ikke lokalefællesskab. Der er helt eller delvist fællesskab om klinikpersonale og/eller fællesskab om klinikudstyr/instrumenter. De læger, der indgår i en netværkspraksis, fungerer som stedfortræder for hinanden i tilfælde af sygdom, ferie og andet fravær. Læger i en netværkspraksis er ikke afskåret fra tillige at indgå aftaler med læger uden for netværket om at være stedfortræder, eksempelvis hvis der i et konkret tilfælde ikke er en læge inden for netværket, som har mulighed for at passe den fraværende læges patienter.

§ 17 ALMEN PRAKSIS I SELSKABSFORM

Stk. 1.

Læger der udøver almen praksis i selskabsform er personligt forpligtede efter overenskomstens almindelige bestemmelser, ligesom det er den enkelte praktiserende læge, der personligt skal til- eller fratræde overenskomsten.

Stk. 2.

Ved et alment lægeselskab forstås i det følgende et selskab, der har til formål at drive almen praksis. Ved et holdingselskab forstås i det følgende et selskab, der har til formål at eje anparterne/aktierne i et alment lægeselskab.

Stk. 3.

PLO kan kun godkende vedtægter for almene lægeselskaber og holdingselskaber, der opfylder de nedenfor under pkt. 1-8 anførte krav. Såfremt andet ikke fremgår, gælder kravene både for almene lægeselskaber og holdingselskaber.

1. Et alment lægeselskab skal indeholde betegnelsen "alment praktiserende læge(r)".
2. Et alment lægeselskabs formål skal beskrives som drift af almen lægepraksis. Et holdingselskabs formål skal beskrives som at eje anparter/aktier i et alment lægeselskab.
3. Hele indskudskapitalen i et alment lægeselskab skal tilhøre:
 - a) læger, der er ansat i selskabet og tilmeldt overenskomst om almen praksis i overensstemmelse med reglerne i **§ 12, stk. 3.**
eller
 - b) et eller flere holdingselskaber.
4. I et holdingselskab skal indskudskapitalen ejes 100 % af en eller flere læger, der er tilmeldt overenskomsten i overensstemmelse med reg-

lerne i **§ 12, stk. 3** og som er ansat i det almene lægeselskab, som holdingselskabet ejer anparter/aktier i.

5. I tilfælde af en læges død kan dennes andel af indskudskapitalen dog ejes af boet i den periode, der er nævnt i **§ 13, stk. 2**.
6. Den stemmeret der er knyttet til indskudskapitalen, kan kun udøves af ejeren personligt eller ved fuldmægtig. En pant- eller udlægshaver kan ikke udøve stemmeret.
7. Kun læger der er ansat i selskabet og tilmeldt overenskomsten i overensstemmelse med reglerne i **§ 12, stk. 3**, kan være medlemmer af selskabets bestyrelse eller direktion.
8. Et alment lægeselskab skal respektere de ansatte lægers personlige ansvar for at overholde overenskomstens almindelige bestemmelser, jf. stk. 1. Der gøres herved ingen indskrænkninger i de forpligtelser, der måtte påhvile selskabet.

Stk. 4.

Selskabets vedtægter skal **på forlangende** være tilgængelige for PLO og RLTN samt vedkommende region, og der skal til enhver tid kunne forlanges attestation fra selskabet om dets ejerforhold.

Stk. 5.

Et alment lægeselskab kan ikke afkræve eller modtage honorar, der baseres på overenskomsten, medmindre selskabets vedtægter samt vedtægterne for et eventuelt holdingselskab er godkendt af PLO. Regionen har krav på tilbagebetaling af honorarer, der modtages i strid hermed.

Stk. 6.

PLO meddeler regionen, for hvilke praksis man har godkendt vedtægter vedrørende alment lægeselskab og eventuelt holdingselskab.

NOTE til § 17, stk. 3, pkt. 7:

I enkeltmandspraksis kan generalforsamlingen dog i en periode på maksimalt 12 måneder, efter en direktør er fratrådt på grund af alvorlig sygdom, ansætte en direktør, der ikke opfylder de anførte krav. I tilfælde af at direktøren i et enkeltmandsselskab afgår ved døden, kan der i den periode, hvor boet i henhold til § 13, stk. 3 kan eje indskudskapitalen, ansættes en direktør, der ikke opfylder de anførte krav. Den samlede periode, hvor der på grund af sygdom og dødsfald ansættes en direktør, der ikke opfylder de anførte krav, kan ikke overstige 18 måneder.

§ 18 UDGIFTER TIL UDSKIFTNING AF SUNDHEDSKORT

Stk. 1.

Såfremt en læge har påført regionen unødvendige udgifter til udskiftning af sundhedskort i forbindelse med ændring af oplysninger om lægens/praksis' navn eller adresse flere gange inden for et kort tidsrum, kan lægen af samarbejdsudvalget tilpligtes at betale et beløb, der står i rimeligt forhold til den unødvendige udgift.

Stk. 2.

Med henblik på at reducere udgifterne til udskiftning af sundhedskort i forbindelse med ændring af oplysninger om lægens/praksis' navn eller adresse kan regionen for så vidt angår kompagniskabspraksis beslutte, at oplysning om læge/praksis på sundhedskortet så vidt muligt gøres neutral. Ved neutral forstås, at de enkelte læger ikke anføres på sundhedskortet, men at praksis i stedet f.eks. betegnes som et lægehus.

ANDRE TILKNYTNINGSFORMER M.V.

§ 19 GENERATIONSSKIFTE

Stk. 1.

Med henblik på at lette praksisoverdragelse kan en praktiserende læge ansøge samarbejdsudvalget om tilladelse til at ansætte en speciallæge i almen medicin uden at have en ledig kapacitet. Efter 6 måneder skal lægerne indgå i kompagniskabspraksis i en varighed op til 5 år, hvorefter der sker fuldstændig overdragelse, samtidig med at den overdragende praktiserende læge ophører i praksis.

NOTE til § 19:

Frem til 1. januar 2018 har læger i lægedækningstruede områder haft ret til at indgå generationsskifteaftaler. Denne rettighed afløses af retten til at etablere delepraksis, jf. § 22.

§ 20 ANSATTE LÆGER I FAST STILLING

Stk. 1.

En praksis kan besætte en ledig lægekapacitet/delekapacitet med en ansat speciallæge i almen medicin i en fast stilling i stedet for med en kompagnon. Antallet af ansatte læger kan dog maksimalt udgøre halvdelen af antallet af lægekapaciteter tilknyttet en praksis, medmindre praksis er beliggende i et lægedækningstruet område i henhold til praksisplanen, eller der er tale om en praksis i henhold til § 16, stk. 7. Ansættelse af læger i en ledig kapacitet/delekapacitet skal meddeles PLO/regionen som ved en almindelig praksisovertagelse.

Stk. 2.

Ved en læges praksisophør eller på grund af en tilladelse til udvidelse af praksis/ny tilladelse til delepraksis skal en ledig kapacitet indenfor et år overdrages til en ny læge, eller der skal være ansat en speciallæge i almen medicin i fast stilling.

Stk. 3.

Praksis i lægedækningstruede områder kan ansøge samarbejdsudvalget om dispensation til at ansætte en læge i fase tre af deres uddannelsesforløb til speciallæge i almen medicin i såvel en ledig kapacitet som i et vikariat af mere end 2 måneders varighed.

Stk. 4.

Praksis kan vælge at overgå til kompagniskabspraksis, når det ønskes, såfremt den ansatte er speciallæge i almen medicin.

Stk. 5.

Praksisejeren/ejerne er ansvarlig for ansatte lægers overholdelse af denne overenskomst.

§ 21 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.

§ 22 DELEPRAKSIS

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 som delekompagnon eller som ansat i praksis i forhold til den eller de tildelte lægekapaciteter. Etablering af delepraksis i henhold til stk. 2, 3 og 4 meddeles PLO, som orienterer regionen.

Stk. 2.

Tilladelse til delepraksis meddeles, hvor den praktiserende læge på grund af kronisk sygdom eller alvorlig sygdom i nær familie har

brug for aflastning. Tilladelse til delepraksis kan endvidere meddeles, såfremt den praktiserende læge stiller sin arbejdskraft til rådighed for andre faglige funktioner så som undervisning, konsulentarbejde eller fagpolitisk arbejde i minimum 10 timer pr. uge.

Stk. 3.

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

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

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

Stk. 4.

I lægedækningstruede områder i henhold til praksisplanen har såvel eksisterende som nye praksis ret til at etablere delepraksis i en tidsbegrænset periode på op til 6 år. Eventuel fornyet deletilladelse efter 6 år sker på vilkår, som for ikke-lægedækningstruede områder, jf. stk. 2, 3 og 5. Klinikken, som har praksisadresse i et lægedæknings-truet område i henhold til praksisplanen, meddeler PLO dato for påbegyndelse af delepraksis. PLO orienterer regionen. Mindstekapaciteten i praksis fastlægges til det patientantal, som er tilmeldt i praksis på tidspunktet for ikrafttrædelse.

Stk. 5.

Tilladelse til etablering af delepraksis er en personlig ordning, jf. dog stk. 4. Når den hvis forhold har begrundet tilladelse til delepraksis udtræder af praksis, bortfalder delepraksistilladelsen. Tilladelsen bortfalder endvidere senest 2 år efter at forholdet, som begrundede

tilladelsen ikke længere er til stede. Ovenstående er gældende for tilladelser givet fra den 1. september 2014.

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. Lægerne skal således aftale, hvordan praksis videreføres, hvis lægerne i en delepraksis ikke længere fortsætter samarbejdet.

Stk. 6.

Praksis der har fået tildelt delepraksistilladelse før 1. september 2014, kan fortsætte på gældende vilkår indtil en ejers udtrædelse og/eller salg af praksis eller fratrædelse af ansat læge i delekapaciteten. I disse tilfælde bortfalder delepraksistilladelsen uanset patientantal, og praksis kan søge samarbejdsudvalget om fornyet tilladelse til delepraksis i henhold til stk. 2 og 3 eller selv etablere delepraksis i henhold til stk. 4.

NOTE til § 22, stk. 4 og 5:

Praksis' geografiske beliggenhed i et lægedækningstruet område på aftaletidspunktet er afgørende for retten til delepraksis. Delepraksis skal være etableret senest seks måneder efter aftaletidspunktet. Med aftaletidspunktet forstås det tidspunkt, hvor lægen meddeler delepraksis til PLO med en navngiven delelæge.

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

§ 23 SATELLITPRAKSIS

Stk. 1.

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

Stk. 2.

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.

Stk. 3.

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.

Stk. 4.

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

§ 24 KOBLING AF YDERNUMMER TIL EN BESTEMT FYSISK LOKALITET

Regionen kan i særlige tilfælde begrundet i praksisplanen 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.

§ 25 YDERNUMRE PÅ LICENS

Stk. 1.

Et ydernummer kan tildeles en læge personligt uden mulighed for videre salg. Muligheden betegnes "ydernummer på licens". Regionen 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 regionen.

Stk. 3.

Lægen kan overtage praksis på sædvanlige ejervilkår efter nærmere aftale med regionen om værdiansættelse, overtagelse m.v.

HENVISNINGSMULIGHEDER OG SAMSPIL

§ 26 INDLÆGGELSE PÅ SYGEHUSE

Stk. 1.

Lægen kan indlægge patienter på sygehusene efter de i sundhedslovgivningen gældende regler.

Stk. 2.

Indlæggelse sker uden særskilt honorar, hvor ingen særlig lægeerklæring er en forudsætning, jf. § 58.

§ 27 HENVISNING TIL SPECIALLÆGEUNDERSØGELSE OG –BEHANDLING

Stk. 1.

Lægen kan henvise patienter til speciallægeundersøgelse og –behandling, jf. dog stk. 3. Lægen har pligt til på Sundhed.dk at gøre sig bekendt med fortegnelsen over speciallæger, der er tilmeldt overenskomsten om speciallægehjælp.

Stk. 2.

Såfremt lægen henviser til speciallæge, som lægen ved, ikke er tilmeldt overenskomsten om speciallægehjælp, skal patienten gøres opmærksom på de betalingsmæssige konsekvenser heraf.

Stk. 3.

Henvisningen udstedes uden særligt vederlag **via henvisningshotellet** på en af overenskomstens parter og Foreningen af Speciallæger aftalt **elektronisk** henvisningsblanket, der angiver det i stk. 2 nævnte forhold. Med henvisningen skal følge relevante anamnesticke oplysninger og meddelelser om resultatet af allerede foretagne undersøgelser.

§ 28 DIAGNOSTISKE UNDERSØGELSER

Stk. 1.

Regionen kan beslutte, at laboratorieundersøgelser skal finde sted i regionens sygehusvæsen, og at lægen ikke kan henvise til private laboratorier på regionens regning. Såfremt lægen i den situation henviser til private laboratorier, skal patienten gøres opmærksom på de betalingsmæssige konsekvenser heraf. Regionen kan fastsætte regler om henvisning til laboratorier, hvormed regionen har særlig overenskomst.

Stk. 2.

I det omfang, der ikke er fastsat begrænsning herfor, jf. stk. 3, kan lægen rekvirere undersøgelser på Statens Seruminstitut.

Stk. 3.

Regionen kan træffe bestemmelse om, at kapaciteten for så vidt angår laboratorieundersøgelser skal udnyttes, således at alment praktiserende læger i regionen foretager henvisning til sygehusvæsenet i regionen og ikke henviser til Statens Seruminstitut på regionens regning.

Stk. 4.

Rekvisationen sker efter retningslinjer aftalt mellem RLTN og Statens Seruminstitut.

Stk. 5.

Bestemmelser truffet efter stk. 2 og retningslinjer efter stk. 3 skal meddeles de praktiserende læger.

§ 29 HENVISNING TIL BEHANDLING VED FYSIOTERAPEUT

Stk. 1.

Lægen kan henvise til fysioterapi. Henvisning kan ske til almindelig fysioterapi, vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi.

Ved henvisning til almindelig fysioterapi kan benyttes fysioterapeuter, som har tiltrådt overenskomst mellem RLTN og Danske Fysioterapeuter.

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 **via henvisningshotellet** på en af overenskomstens parter og Danske Fysioterapeuter aftalt **elektronisk** henvisningsblanket. **Patienten skal kun have en ny henvisning, hvis henvisningen er udløbet eller der er sket en ændring til henvisningen. En undtagelsesredegørelse nødvendiggør ikke en ny henvisning.**

NOTE til § 29:

Praktiserende læger kan henvise til fysioterapi med tilskud ved en fysioterapeut i praksissektoren i henhold til aftalen af 01-01-2015 om almindelig fysioterapi mellem RLTN 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 (april 2017) 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 uden svært handicap, men 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.

§ 30 HENVISNING TIL BEHANDLING VED PSYKOLOG

Stk. 1.

Lægen kan ordinere behandling ved psykolog.

Stk. 2.

Henvisningen udstedes uden særligt vederlag **via henvisningshotellet** på en af overenskomstens parter og Dansk Psykolog Forening aftalt **elektronisk** henvisningsblanket.

NOTE til § 30:

Praktiserende læger kan henvise til psykologhjælp efter overenskomst om psykologhjælp mellem RLTN og Dansk Psykolog Forening. Berettiget til psykologhjælp efter overenskomsten er:

*røveri-, volds- eller voldtægtsofre,
trafik og ulykkesofre,
pårørende til alvorligt psykisk syge personer,
personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom,
pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom,
pårørende ved dødsfald,
personer, der har forsøgt selvmord,
kvinder, der får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge
personer, der inden de fyldte 18 år har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb
personer med en let til moderat depression, og på henvisningstidspunktet er fyldt 18 år,
personer med let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og på henvisningstidspunktet er i aldersgruppen 18 til og med 38 år.*

Henvisning til de ovenfor nævnte personkategorier mellem 1-8 kan ikke udstedes senere end 12 måneder efter begivenheden, der er årsag til opståede krise.

Henvisning til personer, der er omfattet af kategori 9, 10 og 11 kan ske uden tidsbegrænsning.

Der ydes tilskud til indtil 12 konsultationer pr. behandlingsforløb. Til personer omfattet af henvisningskategori 10 og 11 er der mulighed for genhenvisning til yderligere 12 behandlinger.

Som grundlag for henvisning og genhenvisning af personer, der er omfattet af kategori 10 og 11, skal henvisningen ske i henhold til bekendtgørelse om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper bilag 1. Det er patientens alder på henvisningstidspunktet, der er bestemmende for, om vedkommende er berettiget til tilskud til psykologbehandling.

Når psykologbehandlingen afsluttes eller i forbindelse med at en patient skal have en genhenvisning til depressions- og angstbehandling, sender psykologen en elektronisk epikrise til patientens læge med relevant information.

Henvisningen er kun gyldig, hvis psykologen modtager den senest 1 måned efter udstedelsen.

§ 31 HENVISNING TIL BEHANDLING VED FODTERAPEUT

Stk. 1.

Praktiserende læger kan ordinere behandling ved praktiserende fodterapeut, hvis patienten har fået konstateret:

- a) diabetes, og har et heraf afledt behov for fodbehandling. Patienten henvises som udgangspunkt til årlig fodstatus. Fodterapeuten vurderer på grundlag af undersøgelse og risikovurdering behovet for regelmæssig fodbehandling og evt. aflastningsterapi (speciale 54)
- b) symptomgivende unguis incarnatus (nedgroede tånegle) (speciale 55)
- c) arvæv efter strålebehandling **af fodvorter** (speciale 59)
- d) svær leddegigt, hvormed forstås leddegigt, der medfører begrænset eller tabt funktion i ben eller arme, hvor få eller ingen sædvanlige arbejdsopgaver kan klares, og hvor personen har nedsat evne til selvhjælp og som følge heraf ikke kan varetage egen fodpleje (speciale 60).

Stk. 2.

Henvisningen skal være ledsaget af relevante oplysninger, herunder særligt om følgesygdomme som for eksempel iskæmi, **nedsat syn pga. diabetes eller nedsat nyrefunktion**. Lægen modtager relevante oplysninger og data om patientens fodstatus fra fodterapeuten.

Stk. 3.

For så vidt angår de kroniske lidelser (stk. 1, litra a, c, d) er henvisningen normalt tidsubegrænset. Henvisning til behandling for nedgroede tånegle (stk. 1, litra b) er gældende, indtil sygdommen er færdigbehandlet, dog maksimalt i 12 måneder.

Stk. 4.

Lægen kan henvise til hjemmebehandling, hvis patientens tilstand midlertidigt eller varigt udelukker transport til klinikken. Hvis tilstanden midlertidigt udelukker transport til klinikken, udløber henvisningen efter 12 måneder.

Stk. 5.

Henvisningen udstedes uden særligt vederlag **via henvisningshotellet** på en af Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Landsforeningen af statsautoriserede Fodterapeuter, Praktiserende Lægers Organisation og Foreningen af Speciallæger **aftalt elektronisk** henvisningsblanket.

§ 32 ORDINATION AF LÆGEMIDLER

Ved ordination af lægemidler anvendes som udgangspunkt elektroniske recepter i **FMK**. Recepten udfyldes med patientens personnummer, navn og adresse og lægens ydernummer.

§ 33 ORDINATION/REKVISITION AF ILTBEHANDLING

Praktiserende lægers ordination/rekvosition af iltbehandling på regionens regning finder sted i overensstemmelse med de retningslinjer, der er fastsat herom i den region, hvor patienten har bopæl.

REKVISITIONER

§ 34 REKVISITION AF IMMUNGLOBULINER OG VACCINER

Stk. 1.

Lægen kan **til behandling i egen praksis** fra Statens Serum Institut eller fra apotek vederlagsfrit rekvirere følgende til anvendelse i forbindelse med patienternes konkrete udsættelse for smitte:

1. Immunglobulin mod mæslinger, stivkrampe, hepatitis A og rabies.
2. Vaccine mod difteri, stivkrampe, polio, mæslinger, røde hunde, fåresyge, rabies og meningokoksygdom.

Endvidere kan lægen rekvirere immunglobulin til forebyggelse af rhesus-immunisering samt ved antimangelstofsyndrom.

Stk. 2.

Ajourføring af de under stk. 1 nævnte immunglobuliner og vacciner kan ske efter forhandling mellem RLTN og Statens Seruminstitut.

Stk. 3.

Rekvosition sker efter særlige retningslinjer aftalt mellem RLTN og Statens Seruminstitut. Retningslinjerne meddeles de praktiserende læger.

§ 35 REKVISITION AF LÆGEMIDLER I ØVRIGT

Stk. 1.

Lægen kan til brug i praksis og under vagttjeneste vederlagsfrit rekvirere de i henhold til stk. 2 omfattede lægemidler, der anvendes i umiddelbar tilknytning til behandlingen.

Stk. 2.

Samarbejdsudvalget udarbejder en oversigt over tilskudsberettigede lægemiddelgrupper, som kan rekvireres i umiddelbar tilknytning til behandlingen.

Stk. 3.

Til patienternes egen anvendelse kan lægen vederlagsfrit rekvirere og udlevere lægemidler i en mængde, der svarer til patientens behov, indtil lægemidlet kan fremskaffes eller forsendes fra apotek. **Ved udlevering skal der ske registrering i FMK.**

Stk. 4.

Rekvisationen af lægemidler sker på en aftalt blanket, der stilles til rådighed for lægen.

Stk. 5.

Regionen fastsætter regler for rekvisitionens praktiske gennemførelse efter drøftelse i samarbejdsudvalget.

§ 36 REKVISITION AF FORBINDSSTOFFER M.V.

Stk. 1.

Til brug i første behandling kan de i stk. 2 nævnte artikler vederlagsfrit rekvireres.

Stk. 2.

Samarbejdsudvalget udarbejder en oversigt over grupper af forbindsstoffer m.v., der kan rekvireres til brug i første behandling. Samarbejdsudvalget fastsætter, hvilke artikler der kan rekvireres inden for de enkelte grupper. Det pålægges samarbejdsudvalgene i forbindelse med fastsættelsen af, hvilke artikler der kan rekvireres, at tage økonomiske hensyn.

Stk. 3.

Rekvisationen af forbindsstoffer m.v. sker på en blanket, der stilles til rådighed for lægen. Regioner fastsætter, efter drøftelse i samarbejdsudvalget, regler for rekvisitionens praktiske gennemførelse.

LÆGEVAGT

§ 37 VAGTTIDENS OMFANG OG OPDELING

Stk. 1.

Ved vagttid forstås tidsrummet kl. 16.00–8.00 på hverdage (mandag til fredag) samt kl. 0.00–24.00 på grundlovsdag, juleaftensdag, nytårsaftensdag, lørdage og søn- og helligdage.

Stk. 2.

Ved A-vagten forstås tidsrummet kl. 16.00–22.00 på hverdage (mandag til fredag), kl. 8.00–20.00 på lørdage, samt kl. 8.00–20.00 på grundlovsdag, juleaftensdag og nytårsaftensdag, der ikke falder på søn- og helligdage.

Stk. 3.

Ved B-vagten forstås alle tidsrum, der ikke er omfattet af A-vagten, jf. stk. 2, eller af dagtiden, jf. § 44; det vil sige alle dage kl. 0.00–8.00, hverdage (mandag til fredag) kl. 22.00–24.00, grundlovsdag, juleaftensdag, nytårsaftensdag og lørdage kl. 20.00–24.00, samt søn- og helligdage kl. 8.00–24.00.

§ 38 TILRETTELÆGGELSE AF LÆGEBETJENINGEN I VAGTTIDEN

Stk. 1.

Regionen er ansvarlig for tilrettelæggelsen af **lægebetjeningen i vagttiden**, jf. § 37.

Stk. 2.

Lægebetjeningen tilrettelægges således, at det sikres at patienter, der har behov for (almen) lægehjælp i vagttiden, på rimelig måde kan få adgang til denne lægehjælp.

Stk. 3.

Tilrettelæggelsen sker samordnet med øvrigt sundhedsmæssigt beredskab uden for dagtiden og i fornødent omfang samordnet med andre regioner.

Stk. 4.

Regionen kan efter drøftelse i samarbejdsudvalget beslutte, at tilrettelæggelsen af lægebetjeningen uden for dagtiden for hele eller dele af regionen finder sted på anden måde end efter §§ 39 og 40. Alment praktiserende lægers deltagelse i sådanne vagtordninger kan ske ved indgåelse af lokalaftaler herom. Drøftelse og beslutning i henhold til 1. punktum

foretages på grundlag af præcis beskrivelse af forslag til tilrettelæggelse af lægebetjeningen uden for dagtiden, herunder med præcis beskrivelse af virkningerne for den overenskomstmæssige lægebetjening uden for dagtiden, og der skal ved tilrettelæggelsen efter 1. punktum sikres en hensigtsmæssig gennemførelse, herunder med fastsættelse af rimelige frister for, hvornår en nyordning kan iværksættes. **Beslutningen om en ændret tilrettelæggelse i henhold til 1. punktum kan iværksættes med et varsel på mindst 18 måneder til den 1. i en måned.** Såfremt regionen beslutter at tilrettelægge lægebetjeningen på anden måde, kan de alment praktiserende læger inden for samme frist frasi-ge sig ansvaret for lægebetjeningen i vagttiden, jf. i øvrigt §§ 37 til 40.

Stk. 5.

De alment praktiserende læger har ansvaret for lægebetjeningen i vagttiden efter §§ 39 og 40. Udbudsklinikker og regionsklinikker drevet med hjemmel i sundhedslovens § 227, stk. 3 og 5 kan indgå i lægevagtsbetjeningen på samme vilkår som de alment praktiserende læger i regionen, såfremt der lokalt indgås en aftale mellem PLO og regionen herom. Udbuds- og regionsklinikkerne bidrager under alle omstændigheder til driften af regionens lægevagtsordning via lægevagtskontingent på samme vilkår som regionens øvrige alment praktiserende læger.

§ 39 LÆGEBETJENINGEN I VAGTTIDEN

Stk. 1.

Til varetagelse af lægebetjeningen uden for dagtiden etablerer de alment praktiserende læger vagtordninger. Regionen træffer efter drøftelse i samarbejdsudvalget beslutning om, på hvilke vilkår vagtordninger kan tilrettelægges af de alment praktiserende læger. Den endelige tilrettelæggelse sker ved aftale mellem regionen og de omfattede læger. Medmindre der ikke er grundlag herfor, etableres vagtordningerne som visitation-svagtordninger, jf. § 40. Samarbejdsudvalget beslutter, hvorvidt der i en eller flere vagtordninger ikke er grundlag for etablering af visitation. Visitation-svagtordninger forudsætter, at vagtordningen i den tid, der er visitation, har en sådan størrelse, at der er en effektiv anvendelse af visitator.

Stk. 2.

Vagtordninger skal tilrettelægges, så det sikres, at vagtbelastningen for lægerne i området ikke bliver urimelig. Det skal derfor tilstræbes, at vagtordningerne omfatter et så stort antal læger, at vagtbelastningen i almindelighed ikke bliver under 15-skiftet i A-vagten og under 35-skiftet i B-vagten. Det skal tilstræbes, at alle læger får mulighed for, at deres praksis er med i en vagtordning.

Stk. 3.

På øer hvor antallet af læger gør det umuligt at tilrettelægge en vagtordning som nævnt i stk. 2, honoreres lægerne med et vagtberedskabshonorar på kr. 132,43 pr. time udover ydelseshonorarer i henhold til § 56. Ingen enkeltlæge kan dog få mere end kr. 353.149,18 i vagtberedskabshonorar på et år, medmindre der i samarbejdsudvalget er enighed herom.

Stk. 4.

Såfremt en region ønsker etableret en eller flere vagtordninger, der er mindre end 10-skiftet i A-vagten og 25-skiftet i B-vagten, kan sådanne vagtordninger etableres under forudsætning af betaling af et vagtberedskabshonorar, hvis størrelse aftales i samarbejdsudvalget.

Stk. 5.

Enhver vagtordning skal tilrettelægges, så den er velfungerende samt arbejdsmæssigt og økonomisk effektiv. Ved tilrettelæggelsen af vagtordninger skal der ved aftale mellem regionen og de omfattede læger træffes bestemmelse om løsning af de praktiske problemer, som vagtlægeordningen giver anledning til.

Stk. 6.

I enhver vagtordning skal én af områdets alment praktiserende læger have tilsyn med, at ordningen fungerer, og drage omsorg for at der gives patienten den fornødne oplysning om vagtordningens tilrettelæggelse og benyttelse.

Stk. 7.

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

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

På alle vagter hvor vagthavende læge ikke er **speciallæge i almen medicin**, skal der være en bagvagt, der opfylder disse betingelser. **De i vagtordningen deltagende læger kan aftale, at ansatte læger, vikarer og uddannelseslæger (fase 2 og 3) deltager i vagtordningen.** Regionen og PLO-regionalt kan gøre spørgsmålet om det rimelige i omfanget af en læges anvendelse af vikar i vagten til genstand for drøftelse i samarbejdsudvalget.

Stk. 8.

En læge der er fyldt 60 år, skal fritages for at deltage i vagtordningen, hvis han kan anvise en anden læge, der er indstillet på at overtage hans vagtforpligtelse. Det er en forudsætning, at den læge der overtager vagtforpligtelsen, enten er praktiserende læge i den pågældende region eller opfylder betingelserne for at få udstedt et vagtdernummer, jf. stk. 7.

NOTE til § 39, stk. 8:

Bestemmelsen ændrer ikke ved forholdene i de regioner, hvor deltagelsen i vagtordningen er frivillig.

§ 40 VISITATION I VAGTTIDEN

Stk. 1.

Vagtordninger tilrettelægges for hele eller dele af vagttiden som visitationsvagtordninger, jf. dog § 39, stk. 1, hvor der er mindst 2 læger på vagt, således at en eller flere læger er til rådighed for telefonisk visitation af henvendelser om lægehjælp i det tidsrum, vagtordningen fungerer som visitationsvagtordning. Vagtområdet for telefonvisiterende læger kan omfatte en eller flere vagtordninger.

Stk. 2.

Honorering sker som beskrevet i § 56 og afregning finder sted som beskrevet i § 80.

Stk. 3.

Regionen kan beslutte at stille de nødvendige faciliteter i form af lokaler, telefon m.v. til rådighed for de telefonvisiterende læger.

Stk. 4.

Sygehusansatte læger eller sygeplejersker kan, når en patient henvender sig på en skadestue eller –klinik, på patientens vegne kontakte lægevagten med henblik på, at patienten visiteres af lægevagten. De nærmere procedurer herfor aftales lokalt.

KAPITEL V. TILGÆNGELIGHED OG SERVICE

§ 41 PRAKSISDEKLARATIONER

Stk. 1.

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

Stk. 2.

Af praksisdeklarationen skal fremgå følgende:

- a) praksisnavn, konsultationsadresse, telefonnummer, hjemmesideadresse, **åbningstider, praksisform (enkeltmands- eller kompagniskabspraksis),**
- b) antallet af samt navn, køn og alder på læger, herunder ansatte speciallæger i almen medicin jf. **§ 16, stk. 7**, § 20 og § 21,
- c) hvorvidt der er ansat klinikpersonale og i så fald, hvilke funktioner klinikpersonalet varetager. De oplysninger der meddeles om personalets funktioner skal være relevante,
- d) om praksis varetager uddannelse af læger,
- e) at praksis tilbyder elektronisk kommunikation med patienterne og oplysning om, hvordan man som patient får adgang til at anvende elektronisk kommunikation ved udlevering af password,
- f) hvornår lægen kan træffes med henblik på telefonkonsultation. Hvis lægen har åben konsultation, skal tidsrummet for den åbne konsultation fremgå. Hvis lægen har tidsbestilling, skal det fremgå, hvornår tidsbestilling kan finde sted,
- g) om parkeringsforhold, udvendige og indvendige adgangsforhold samt toiletfaciliteter tilgodeser bevægelseshæmmede patienter,
- h) fra hvilket år lægen har været nedsat som praktiserende læge,
- i) lægens eventuelle interesseområder angivet ved medlemskab af faglige selskaber,
- j) om praksis er åben eller lukket for tilgang,
- k) lægevagtens telefonnummer og åbningstider,
- l) oplysning om ferie og fravær, **som rækker ud over tre på hinanden følgende hverdage**, samt oplysninger om stedfortræders navn, telefonnummer og eventuel hjemmeside,
- m) resultatet af patienttilfredsundersøgelse jf. § 94, og
- n) oplysninger om hvilke efteruddannelses tilbud lægen har gennemført.

Stk. 3.

Herudover kan den enkelte lægepraksis efter eget ønske meddele supplerende oplysninger af saglig og relevant karakter, eksempelvis nærmere beskrivelse af geografisk beliggenhed, herunder adgang til offentlige transportmidler, og relevante links.

Stk. 4.

De i stk. 2 a), b) og h) nævnte oplysninger samt klinikkens CVR-nummer skal af lægen meddeles regionen på en af parterne udarbejdet blanket eller ved anvendelse af en af parterne udarbejdet snitflade for elektronisk indberetning og opdatering. De i stk. 2 j)-k) nævnte oplysninger tilvejebringes af regionen.

De i stk. 2 c)-g), i) og l)-n) nævnte obligatoriske oplysninger og stk. 3 nævnte supplerende oplysninger indtastes og vedligeholdes af den enkelte læge i en snitflade stillet til rådighed via sundhed.dk.

Stk. 5.

Regionen kan tilbyde praksis en ekstern, objektiv vurdering af adgangsforholdene i praksis med henblik på mærkning og opdatering af praksisdeklarationens litra g.

NOTE til § 41, stk. 2, litra b:

Muligheden for at vise ansatte læger afventer, at faciliteten implementeres i "find behandler" vejviseren på Sundhed.dk.

De i stk. 2 nævnte oplysninger, hvortil der ikke er felter oprettet i praksisdeklarationen på Sundhed.dk, registreres i fritekstfelterne "aktuelt" eller "generelt".

NOTE til § 41, stk. 2, litra g:

Praksis skal på sin praksisdeklaration angive, hvorvidt nedenstående forhold er opfyldt i henhold til Bygningsreglementet:

- 1. Niveaufri adgang/rampe til stueetage og til evt. elevator eller trappestol**
- 2. Fast og plant areal foran ejendommens yderdør (min. 1,5m x 1,5m)**
- 3. Elevator med angivet størrelse**
- 4. Trappestol**
- 5. Min. bredde på 0,77 m. på fælles adgangsveje (herunder indgangsparti)**

- 6. Min. bredde på 0,77 m. på offentligt tilgængelige døre i klinikken, herunder dør til toilet**
- 7. Toilet anvendeligt for kørestolsbrugere**
- 8. Handicap p-plads i nærheden af klinikken**

Såfremt der sker ændring i Bygningsreglementets mål vedrørende nr. 2, 5 og 6 vil ovenstående blive konsekvensrettet.

Når regionerne overgår til nyt administrationssystem Praksys i 2018, vil alle informationer vedrørende 1) til 8) kunne registreres i et selvstændigt felt. Praktiserende læger er ikke forpligtet til registrering, før der findes en it-løsning, som muliggør registrering i selvstændige felter.

Trappestol er ikke omfattet af Bygningsreglementet, men kan være en relevant oplysning for patienten.

§ 42 LEGITIMATION

Stk. 1.

Enhver patient der søger lægehjælp, skal over for lægen legitimere sig som berettiget til den søgte lægehjælp ved forevisning af gyldigt sundhedskort, jf. sundhedsloven § 12, eller ved forevisning af den legitimation, som er nævnt i BEK nr. 966 af 29/08/2014 om behandling hos læge i praksissektoren.

Stk. 2.

I tilfælde, hvor det ikke har været muligt straks at fremskaffe den omhandlede legitimation, jf. stk. 1, skal legitimationen snarest tilvejebringes og forevises lægen.

Stk. 3.

Såfremt patienten ikke på den anførte måde legitimerer sig, er lægen berettiget til at afkræve den pågældende betaling, som om pågældende ikke var berettiget til vederlagsfrie ydelser i praksissektoren. Regionen skal dog honorere den første kontakt, hvis vedkommende er sikret, jf. stk. 1.

§ 43 VILKÅR FOR LÆGEHJÆLP

Stk. 1.

Undersøgelse og behandling bør foregå i lægens konsultation, medmindre sygdommen eller forholdene i øvrigt efter lægens skøn nødvendiggør besøg. Dette forhold bør fremhæves over for patienter.

Stk. 2.

Patienter der har en aftale om konsultation mv., er forpligtet til at overholde denne eller melde afbud, og må acceptere de ventetider, der kan opstå, bl.a. som følge af lægens forpligtelse til at varetage den sygdomsbehandling for andre patienter ved behov.

§ 44 DAGTIDEN

Patienter kan søge lægehjælp hos almen praksis i dagtiden, som forstås som tidsrummet kl. 8.00-16.00 på hverdage (mandag til fredag), bortset fra grundlovsdag, juleaftensdag og nytårsaftensdag, når disse falder på hverdage (mandag til fredag).

§ 45 TILRETTELÆGGELSE AF LÆGEBETJENINGEN I DAGTIDEN

Konsultation

Stk. 1.

- a. Lægen holder mandag til fredag hver dag konsultation uden tidsbestilling (åben konsultation) og/eller konsultation med tidsbestilling.
- b. Lægen skal mindst 1 gang pr. uge have konsultation efter kl. 16. Konsultation efter kl. 16 er fortrinsvis en service for patienter, hvis arbejde forhindrer dem i at benytte konsultationen i dagtiden. Hvis lægen kun har sen konsultation én gang om ugen, må dette ikke være om mandagen. Åben konsultation må gerne være sammenfaldende med den sene konsultationstid. Dagkonsultationen kan bortfalde den dag, lægen eventuelt har sen åbningstid. Lægen kan endvidere give mulighed for ikke akutte konsultationer på andre tidspunkter til almindelig dagtidshonorering.
- c. Lægen skal tilrettelægge sin konsultation og tidsbestilling således, at patienter sædvanligvis kan få konsultation senest 5. hverdag efter tidsbestillingen.
- d. Ved akut opstået behov for lægehjælp i dagtiden skal patienten have adgang til lægehjælp telefonisk eller på anden vis inden kl. 16.00 samme dag hos egen læge eller en anden navngiven stedfortrædende praktiserende læge, som lægen har indgået aftale med.
- e. Hvis en læge i sin sene konsultationstid efter kl. 16 søges af en patient, der ikke er tilmeldt lægen, men har et akut behandlingsbehov, der ikke kan afvises, er lægen berettiget til at udfærdige regning på et vagthonorar. Ved ikke-akutte tilfælde henvises patienten til egen læge.

Telefoniske henvendelser

Stk. 2.

- a. Lægen eller dennes personale skal kunne træffes telefonisk i hele dagtiden, eller der skal gives henvisning til eller omstilling til et telefonnummer, hvor lægen eller en eller flere overfor lægen navngivne stedfortrædere, som lægen har indgået aftale med, kan træffes. Henvisninger m.v. ved hjælp af telefonsvarer skal være præcise og aktuelle.
- b. Lægen er hver dag fra mandag til fredag i et eller flere tidsrum, dog samlet mindst en time dagligt, tilgængelig for telefonkonsultationer og andre telefoniske henvendelser end tidsbestilling, afhængig af patienternes muligheder og behov for at henvende sig med henblik på telefonisk rådgivning. Lægen kan give mulighed for telefoniske henvendelser på andre tidspunkter.
- c. Telefontiden eller en del heraf kan være den samme som tiden for anmodning om sygebesøg.
- d. Læger der afholder konsultation med tidsbestilling, skal i et fast tidsrum hver dag fra mandag til fredag give mulighed for tidsbestilling. Tidsrummet for tidsbestilling skal være forskelligt fra tidsrummet for telefonkonsultation, såfremt sammenfald af de to funktioner forhindrer en rimelig adgang til at komme i kontakt med lægen eller klinikpersonalet.

Elektronisk kommunikation

Stk. 3.

- a. Lægen skal tilbyde elektronisk tidsbestilling, elektronisk receptfornyelse og e-konsultation.
- b. Ved e-konsultationer skal der være tale om enkle, konkrete forespørgsler af ikke-hastende karakter, som ikke kræver supplerende spørgsmål fra lægens side. E-konsultation omfatter også svar på laboratorieundersøgelser, der sendes efter aftale med patienten.
- c. Der honoreres ikke for lægens svar på patientens eventuelle supplerende spørgsmål eller for lægens afvisning af patientens anmodning om e-konsultation. Der honoreres heller ikke for tidsbestilling eller receptfornyelse.

Sygebesøg

Stk. 4.

- a. Lægen er forpligtet til fra mandag til og med fredag i dagtiden at aflægge sygebesøg **hos egne tilmeldte patienter**, hvis henvendelsen om sygebesøg efter lægens vurdering af sygdommen og/eller forholdene i øvrigt nødvendiggør besøg, jf. § 43, stk. 1.

- b. Lægen skal køre sygebesøg uanset afstand fra patientens bopæl/opholdssted til lægens konsultationssted, jf. dog d) og g).**
- c. Sygebesøgsforpligtelsen gælder til patientens faste bopæl (folke-registeradresse) eller ophold på kommunal akutfunktion eller aflastningsplads.**
- d. Lægen kan ved konkret aftale med stedlig læge lade denne løse sygebesøgsopgaven udover 5/15 km.**
- e. Besøg aflægges som udgangspunkt ikke uden aftale.
- f. Lægen skal i sin vurdering af, om et sygebesøg er nødvendigt, tillægge det betydning, såfremt patienten er bevægelseshæmmet.
- g. Hvor det ikke er muligt for egen læge eller stedlig læge at foretage sygebesøget som følge af stor geografisk afstand væsentligt ud over 5/15 km. mellem egen læge og patient samtidigt med ekstraordinært arbejdspress, eller i andre ekstraordinære situationer hos såvel egen læge som stedlig læge hvor der må tages væsentlige hensyn til øvrige patienter, sikrer egen læge, at borgerens behov varetages på anden vis.**
- h. Lægen er forpligtet til at registrere ikke-udførte sygebesøg.**

Stk. 5.

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

NOTE til § 45, stk. 4, litra h:

Registreringen sker ved afregning af ydelse 0410 for ikke-udført sygebesøg, som ikke udløser honorering.

§ 46 LÆGERS FRAVÆR FRA PRAKSIS

Stk. 1.

Når lægen (i kompagniskab lægerne) som følge af fravær fra praksis er forhindret i at yde tilmeldte patienter fornøden lægehjælp, skal praksis sørge for, at nødvendig lægehjælp kan ydes af nabolæger, der har indvilget heri, eller af vikar.

Stk. 2.

Regionen og PLO-regionalt kan gøre spørgsmålet om det rimelige i omfanget af en læges fravær fra praksis til genstand for drøftelse i samarbejdsudvalget.

Stk. 3

Såfremt landssamarbejdsudvalget beslutter at suspendere lægen efter overenskomstens § 111, stk. 2d, påhviler det lægen at sikre, at de til praksis tilmeldte patienter får fornøden lægehjælp, jf. stk. 1.

Stk. 4

Under en suspension i henhold til § 111, stk. 2 oppebærer lægen en kompensation fra regionen, svarende til det beløb, der gives ved sygefravær i henhold til administrationsudvalgets regler.

§ 47 ADGANGS- OG INDRETNINGSFORHOLD VEDRØRENDE LÆGENS KONSULTATION

Stk. 1.

Alle læger skal tilstræbe, at deres konsultationslokaler er tilgængelige for bevægelseshæmmede, og at der er handicapegnede toiletfaciliteter. Endvidere skal alle læger, hvor det er muligt, tilstræbe at der er adgang til handicapparkering i nærheden af praksis.

Stk. 2.

Ved nybygning og væsentlig ombygning af praksis er det et krav, at der etableres adgangsforhold i henhold til byggelovgivningens regler.

KAPITEL VI. HONORARER OG REGULERING

NOTE til kapitel VI:

*Alle beløb i kapitel VI er honorarer, angivet i **01-10-2017-niveau**. Beløbene reguleres som anført i § 62 bortset fra attesttaksterne i § 58, stk. 3, som reguleres i henhold til statslig aftale.*

§ 48 BASISHONORAR

Stk. 1.

Basishonorar udgør pr. tilmeldt patient pr. måned:

2018: 37,07 kr.

2019: 37,54 kr.

2020: 37,70 kr.

Stk. 2.

Herudover reserveres der 60 mio. kr. til en central ordning vedrørende differentieret basishonorar.

Stk. 3.

Lægens samlede basishonorar udgør således en fast andel og eventuelt en differentieret andel, som finansieres fra den centrale ordning i henhold til Protokollat vedrørende differentieret basishonorar.

§ 49 PRAKSISOMKOSTNINGSHONORAR

Praksisomkostningshonoraret pr. **lægekapacitet** udgør årligt kr. 16.709,32.

§ 50 GRUNDYDELSER I DAGTIDEN

0101.	Konsultation	139,93
0105.	E-konsultation	43,98
0120.	Aftalt specifik forebyggelsesindsats	376,72
0121.	Opsøgende hjemmebesøg (skrøbelige ældre, normalt over 75 år)	794,52
0122.	Abortstøttesamtale	397,24
0130	Kronikerhonorar, årligt pr. patient med KOL	2.034,61
0131	Kronikerhonorar, årligt pr. patient med diabetes type 2	1.821,78
0132	Kronikerhonorar, årligt pr. patient med diabetes type 2 og KOL	2.559,89

0133	Kronikerhonorar, afslutningsydelse	0,00
0201.	Telefonkonsultation	27,40
0411.	Sygebesøg indtil 4 km (zone I)	375,61
0421.	Sygebesøg fra påbeg. 5 km indtil 8 km (zone II)	516,71
0431.	Sygebesøg fra påbeg. 9 km indtil 12 km (zone III)	590,83
0441.	Sygebesøg fra påbeg. 13 km indtil 16 km (zone IV)	667,97
0451.	Sygebesøg fra påbeg. 17 km indtil 20 km (zone V)	1.032,42
0461.	Sygebesøg fra påbeg. 21 km:	1.335,95
2301.	For hver påbegyndt km udover 21 km	31,47
0410	Registrering af ikke-udført sygebesøg	0,00
0491.	Sygebesøg på ruten	375,61
0102.	Behandling af 2. og følgende patient i samme hjem, jf. § 66, stk. 1	139,93

NOTE til § 50:

a) I forbindelse med ydelse 0121, opsøgende hjemmebesøg, ydes kørselsgodtgørelse efter § 61 og tidsforbrugstillæg svarende til § 94, stk. 2 c).

b) Ydelse 0130, 0131 og 0132 er et fast årligt honorar pr. tilmeldt patient med relevant diagnose, som almen praksis har behandleransvar for, jf. Aftale om program for diabetes type 2 og KOL i almen praksis. Det faste kronikerhonorar omfatter følgende ydelser:

- **Konsultationer**
- **Årskontroller**
- **Telefonkonsultationer**
- **Emailkonsultationer.**

Øvrige ydelser kan afregnes som enkeltydelser i kombination med kronikerhonoraret:

- **Samtaleterapi**
- **Sygebesøg**
- **Tillægsydelser**
- **Laboratorieydelser**
- **Profylakseydelser**
- **Psykometriske tests**
- **Opsøgende hjemmebesøg**
- **Diverse lokalaftaler**

c) Ydelse 0133 er en afslutningsydelse, som anvendes, hvis en patient raskmeldes, ændrer kronikerstatus eller hvis behandleransvaret overgår til hospitalet.

§ 51 TILLÆGSYDELSER

		Takst (kr.)
2101.	Blodtagning fra blodåre pr. forsendelse (skal blodprøven sendes flere steder hen, er ydelsen pr. forsendelse)	47,95
2102.	Udtagning af prøve af livmodermund og -hals til cytologisk undersøgelse, inkl. forsendelse	34,26
2104.	Blærekateterisation (ekskl. udgifter til kateter)	143,83
2105.	Fjernelse af fremmedlegeme(r) fra øje, øregang, næse og svælg (kun én ydelse uanset om der i samme konsultation fjernes et eller flere fremmedlegemer)	95,90
2107.	Fjernelse af fremmedlegeme under hud eller negl (uanset antal under negl eller under hud fra samme legemsdel. Ydelsen gælder ikke suturfjernelse)	95,90
2108.	Næsetamponade, standsning af blødning efter tandudtræk	95,90
2109.	Anlæggelse af immobiliserende bandager	95,90
2136.	Anoskopi	95,90
2111.	Første behandling af mindre knoglebrud og reposi- on af skred i mindre led	191,78
2112.	Første behandling af større sår	191,78
2113.	Biopsi med efterfølgende mikroskopisk undersøgelse hos patolog, inkl. forsendelse	191,78
2115.	Fjernelse af negl	287,69

2117.	Fjernelse af subkutane eller dybereliggende svulster, inkl. evt. forsendelse til patologisk undersøgelse (ekskl. vorte)	287,69
2118.	Operation for dybereliggende betændelse (eksempelvis åbning af byld)	287,69
2119.	Tapning af væskeansamling fra større led i terapeutisk øjemed, og ikke i diagnostisk øjemed eller ved indsprøjtning	287,69
2120.	Venesection tilrådet af hospital eller speciallæge samt ved livstruende tilstande	287,69
2121.	Andre betydelige operationer (eksempelvis vabratio eller tilsvarende indgreb)	383,56
2122.	Første behandling af brud på skinneben, lår, over- eller underarm	383,56
2123.	Reposition af store ledeskred, nemlig fod, knæ, hofte, albue eller skulder	383,56
2124.	Behandling af store udbredte læsioner og forbrændinger	383,56
2125.	Oplivningsforsøg, herunder iltbehandling ved livstruende tilstande	383,56
2131.	Ligsyn med udstedelse af dødsattest (side 1 og 2)	143,83
2134.	Ligsyn med udfyldelse af dødsattestens side 1	102,74
2135.	Udfyldelse af dødsattestens side 2, inkl. forsendelse til Sundhedsstyrelsen	41,10
2133.	Forsendelse af biologisk materiale ekskl. blodprøver	34,26
2137.	Udtagelse og forsendelse af implanterede stimulatorer og pumpe (forsendelse efter nærmere aftale med regionen)	287,69
2138.	Instruktion og udlevering af væske- og vandladnings-	

	skema	95,90
2141.	Fortsat kontrol af svangerskabsforebyggende teknik	47,95
2142.	Vejledning i svangerskabsforebyggende metoder ved første henvendelse fra patienten eller ved overgang til anden svangerskabsforebyggende teknik	95,90
2143.	Vejledning og undersøgelse i forbindelse med anmodning om svangerskabsafbrydelse og/eller sterilisation	143,83
2144.	Vejledning i benyttelse af svangerskabsforebyggende metoder ved indlæggelse af spiral eller indsættelse af implanon (ekskl. udgifter til spiral og implanon)	191,78
2145.	Fjernelse af implanon	287,69
2146.	Udlån af og instruktion i anvendelse af apparatur til hjemmeblodtryksmåling	143,83
2149	Diagnosticering, udredning og opfølgning ved anvendelse af fagligt anerkendte psykometriske tests	209,59
2161.	Tillæg til ydelse af lægehjælp (konsultation eller aftalt specifik forebyggelsesindsats), hvor der anvendes kvalificeret tolk ¹⁾	132,40
2100	Tillæg til stedlig læge ved sygebesøg	507,58

1) Regionen meddeler lægerne, hvilke tolke/tolkebureauer, der betragtes som kvalificerede.

Stk. 2

Følgende af de i stk. 1 anførte tillægsydelser kan ikke anvendes i vagttiden: 2101, 2102, 2113, 2117, 2120, 2121, 2138, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146 og 2149.

§ 52 INSTITUTIONSTILLÆG, DAG- OG VAGTTID

	Takst (kr.)
1208. Tillæg til ydelse til 2., 3. og følgende patient ved besøg på andre institutioner end plejehjem, jf. 66, stk. 2	39,99

§ 53 SAMTALETERAPI

Stk. 1.

6101. Samtaleterapi	397,24
6201. Tillæg pr. ekstra person, maks. 3 (afregnes på cpr-nummeret for den/de ekstra person(er))	98,62

Stk. 2.

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

Stk. 3.

Der kan højst ydes 7 samtaleterapikonsultationer pr. patient pr. løbende år.

Stk. 4.

Læger der yder samtaleterapi skal i relevant omfang 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.

Stk. 5.

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

§ 54 TILLÆG FOR PATIENTLEDSAGELSE I AMBULANCE OG REJSETILLÆG TIL ØER, HVOR DER IKKE ER BOSAT LÆGER

	Takst (kr.)
2201. Pr. påbegyndt halve time ved rejser/patientledsagelse begæret i dagtiden	152,77
2502. Pr. påbegyndt halve time ved rejser/patientledsagelse begæret i A-vagten	241,92
2502. Pr. påbegyndt halve time ved rejser/patientledsagelse begæret i B-vagten	294,39

§ 55 TILLÆG VED BEHANDLING AF PERSONER, DER IKKE ER TIL- MELDT EN LÆGE

Nedennævnte ydelser 2401 og 2402 er tillæg til fremmødehonorarer, **og ydelsen 2403 er tillæg til telefonkonsultationer**, når der ydes lægehjælp til persongrupper, som i henhold til internationale regler er berettiget til vederlagsfri behandling.

		Takst (kr.)
2401.	Anvendes når en person • Foreviser EU-sygesikringskort udstedt i udlandet • Er udenlandsk statsborger og foreviser EU-sygesikringskort udstedt i Danmark • Er udenlandsk statsborger og foreviser særligt sundhedskort • Erklærer at være sygesikret i et andet nordisk land (Sverige, Finland, Norge, Island) • Er britisk statsborger (skal fremvise britisk pas) • Er udenlandsk statsborger og foreviser en blanket S3 • Er færing på midlertidigt ophold i Danmark og foreviser færøsk sygekassebevis A eller B • Er grønlænder og opholder sig midlertidigt i Danmark	191,78
2402.	Anvendes når en person • Er dansk statsborger og foreviser EU-sygesikringskort udstedt i Danmark • Er dansk statsborger og foreviser et særligt sundhedskort • Er dansk statsborger og foreviser blanket S3 • Patienter på danske øer, hvor der ikke er etableret lægepraksis	61,65
Tillæg til telefonkonsultation i dagtiden:		
2403.	Anvendes når en person • Er dansk statsborger og foreviser et særligt sundhedskort • Patienter på danske øer, hvor der ikke er etableret lægepraksis	34,26

§ 56 GRUNDYDELSER I VAGTTIDEN

	A- vagten	B- vagten
0101. Konsultation	194,04	240,91
0501. Telefonkonsultation uden besøg/konsultation	95,05	120,09
0602. Telefonkonsultation med besøg/konsultation	41,10	50,85
0471. Besøg	269,59	329,72
2302. Tillægstakst udover 10 km, pr. km	16,62	20,18
0102. Behandling af 2. og følgende patient i samme hjem, jf. § 66, stk. 1	194,04	240,91

§ 57 VAGTBEREDSKABSHONORAR

Stk. 1.

	A-vagten	B-vagten
1001. Vagtberedskabshonorar efter § 39, stk. 3 (små vagtordninger på øer), pr. time	132,43	132,43

Stk. 2.

Vagtberedskabshonoraret efter § 39, stk. 3, kan max. pr. læge udgøre 353.149,18 kr. pr. år, medmindre andet aftales i samarbejdsudvalget.

§ 58 ATTESTTAKST

Stk. 1.

Attester til brug ved indlæggelse på psykiatriske hospitaler følger de i stk. 3 angivne takster.

Stk. 2.

Andre attester, herunder attester i forbindelse med sygemeldinger, betales enten efter takst ifølge aftale mellem rekvirent og Lægeforeningen eller af patienten selv. Et eventuelt honorar for den undersøgelse der ligger til grund for attestudstedelsen, er regionen uvedkommende, medmindre patienten samtidig har modtaget sygdomsbehandling i henhold til denne overenskomst.

Stk. 3.

	Takst (kr.)
5001. 1. tvangsindlæggelse (røde eller gule papirer)	1.254,00
5002. Genindlæggelse ved tvang på samme institution (røde eller gule papirer)	744,00

Stk. 4.

De i stk. 3 anførte takster er tillægsydelse, der knytter sig til grundydelse.

§ 59 ANSØGNING OM TILSKUD TIL LÆGEMIDLER TIL TERMINALPATIENTER

Stk. 1.

Ansøgning om tilskud til lægemidler til personer med et højt medicinforbrug sker automatisk, hvis medicinforbruget overstiger et fastsat beløb i henhold til sundhedslovens § 153. I disse tilfælde er der derfor ikke brug for en ansøgning om tilskud.

Stk. 2.

Til patienter der er døende, hvor prognosen er kort levetid og helbredelse må anses for udsigtsløs, kan den praktiserende læge ansøge Lægemiddelstyrelsen om terminaltilskud (100 pct. tilskud) til lægeordinerede lægemidler i henhold til sundhedslovens § 148.

Stk. 3.

Ansøgning om terminaltilskud skal ske ved brug af Lægemiddelstyrelsens ansøgningsskema i FMK-online og honoreres som følger:

	Takst (kr.)
5093. Ikke-momspligtigt attestarbejde	102,74
5993. Momspligtigt attestarbejde	128,44

Momspligten afhænger af, om lægen er momsregistreret.

NOTE til § 59, stk. 3:

Attesthonoraret afregnes ikke sammen med et konsultationshonorar. Hvis patienter samtidig modtager sygdomsbehandling i henhold til overenskomsten ved en konsultation eller et sygebesøg, afregnes der for den pågældende grundydelse samt attesthonoraret på to forskellige regninger.

§ 60 LABORATORIEUNDERSØGELSER

Stk. 1.

Honorarer til laboratorieundersøgelser og udtagning af prøver, som udføres i almen praksis, er pr. 01-10-2017 fastsat til:

		Takst (kr.)
7101	Urinundersøgelse ved stix	13,07
7109	Svælg-streptokok antigen	52,28
7115	Maskinel leukocyt- og differentieltælling	39,21
7120	C-reaktiv protein (CRP)	65,35
7126	PP-INR (koagulationsfaktorer)	117,63
7175	Svangerskabsreaktion,	52,28
7189	Urin choriogonadotropin	78,42
7177	Sænkingsreaktion (SR)	26,14
7116	Fasekontrastmikroskopi af biologisk materiale, eksklusiv urin	65,35
7122	Fasekontrastmikroskopi af urin	52,28
7105	Bakterier	39,21
7189	Urin til resistensbestemmelse ³	78,42

Blodundersøgelse ved fotometri:

7108	B-hæmoglobin (fotometer)	52,28
7136	B-glukose (fotometer)	52,28
7112	Audiometriundersøgelse	130,70
7113	Udvidet lungefunktionsundersøgelse ved spirometri	117,63
7121	Dobbelt lungefunktionsundersøgelse for anstrengelsesprovokeret astma eller reversibilitetstest ved spirometri i samme konsultation	235,26
7117	Tympanometri	104,56
7156	Elektrokardiografi, inkl. prækordialafledninger	117,63
7183	Lungefunktionsundersøgelse (peak flow)	39,21

Stk. 2.

Vedrørende honorering for blodtagning fra blodåre til særlige prøver samt udtagning af prøver til cytologiske undersøgelser henvises til § 51, til lægsydelser, ydelse 2101 og 2102.

³ Det er ikke rutinemæssigt indiceret i almen praksis at foretage resistensbestemmelse, medmindre der er tale om recidiverende infektion og i nogle tilfælde for gravide, børn eller andre situationer.

Stk. 3.

Følgende af de i stk. 1 anførte laboratorieundersøgelser kan ikke anvendes i vagttiden: 7105, 7112, 7113, 7115, 7116, 7117, 7121, 7122, 7126, 7177 og 7189.

NOTE til § 60:

Der er mellem parterne enighed om, at der med henblik på at sikre såvel den tekniske som faglige kvalitet af de laboratorieundersøgelser, der udføres i almen praksis, indføres kvalitetssikringsordninger i alle regioner.

Det aftales i samarbejdsudvalget, hvilke laboratorieundersøgelser i henhold til § 60 der skal omfattes af regionens kvalitetssikringsordning, og hvorledes den skal gennemføres. De laboratorieundersøgelser, som en region måtte have truffet beslutning om at iværksætte, jf. rammeaftale vedrørende laboratorieundersøgelser, omfattes ligeledes af kvalitetssikringsordningen i det omfang, det fremgår af regionens beslutning.

Der oprettes en laboratoriekonsulentordning, f.eks. med tilknytning til sygehusvæsenets laboratorium/klinisk-kemiske afdeling eller andre medicinske laboratorier. Læger, der i egen klinik ønsker at udføre laboratorieundersøgelser omfattet af kvalitetssikringsordningen, skal tilmeldes ordningen for at kunne udføre laboratorieundersøgelser for regionens regning. Indtil samarbejdsudvalget har aftalt, hvilke laboratorieundersøgelser der skal omfattes af regionens kvalitetssikringsordning, er lægerne berettiget til at udføre samtlige de i § 60 angivne laboratorieundersøgelser på sædvanlig vis.

Betaling af de med kvalitetssikringsordningen forbundne udgifter aftales i samarbejdsudvalget.

Samarbejdsudvalget kan nedsætte en styregruppe, der rådgiver samarbejdsudvalget på laboratorieområdet, herunder om konsulentfunktionen. Der skal i styregruppen være den fornødne faglige ekspertise.

NOTE til § 60, ydelse nr. 7120, CRP:

Der kan honoreres for ydelse 7120 ved anvendelse af CRP i forbindelse med de med + markerede tentative diagnoser:

<i>Sinuitis acuta</i>	+	<i>Relevant i kombination med SR</i>
<i>Pneumoni</i>	+	
<i>Inflammatoriske tarmsygdomme</i>	+	
<i>Otitis media acuta</i>	+	
<i>Bronchitis</i>	+	
<i>Tonsilia acuta</i>	-	<i>Ikke relevant, anbefaler Strep-A-test</i>
<i>Cancer</i>	+	<i>Kan være relevant med alle kendte forbehold</i>
<i>Gynækologiske infektioner</i>	+	<i>Relevant ved mistanke om salpingitis</i>
<i>Urinvejsinfektion</i>	(+)	<i>Ved mistanke om pyelonephritis, ellers ikke</i>
<i>Antibiotika Monitering</i>	+	<i>Relevant</i>
<i>Løbende klinisk vurdering</i>	+	<i>Særdeles relevant, og bør benyttes in- den antibiotisk behandling Iværksættes.</i>

§ 61 KØRSELSGODTGØRELSE

Godtgørelse for benyttelse af eget befordringsmiddel, jf. § 76, er den samme godtgørelse pr. påbegyndt km., som den til enhver tid af staten er fastsat for benyttelse af eget befordringsmiddel på tjenesterejser. Til denne godtgørelse ydes et tillæg på 15 %, forhøjet til nærmeste hele ørebeløb.

§ 62 REGULERING AF HONORARER

Stk. 1.

De i §§ 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, **57**, 59, 60 og 94 nævnte honorarer er fastsat i **01-10-2017-niveau**.

Stk. 2.

Omkostningsandelen af honorarerne reguleres:

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

Nettoandelen af honorarerne og tilskud reguleres:

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

Stk. 3.

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

Stk. 4.

Reguleringen efter stk. 2 finder sted den 1. april og 1. oktober og sker første gang den 1. april 2018.

NOTE til § 62, stk. 2:

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

**§ 63 TAKSTANVENDELSE VED ÆNDRING I REGULERINGS-
PROC-
ENTEN**

Såfremt der i henhold til § 62 er honorarændringer, anvendes nye takster for ugen, såfremt den 1. april/1. oktober falder på søndag til onsdag, mens de gamle takster benyttes, hvis 1. april/1. oktober falder på torsdag til lørdag.

KAPITEL VII. AFGRÆNSNING AF YDELSER OG BESTEMMELSER OM HONORERING

§ 64 AFGRÆNSNING, TELEFONKONSULTATION/KONSULTATION, RECEPTFORNYELSE

Stk. 1.

En telefonisk henvendelse i dagtiden takseres som telefonkonsultation, hvis der er ydet lægelig behandling, rådgivning eller vejledning som imødekommer patientens behov for lægehjælp på det pågældende tidspunkt. Hvis den telefoniske henvendelse resulterer i en aftale om, at patienten ses af lægen senere i konsultationen eller ved sygebesøg, anses den telefoniske henvendelse som en uhonoreret tidsbestilling, medmindre samtalen har medført en sådan stillingtagen, at et behov for foreløbig akut lægehjælp er imødekommet.

Stk. 2.

Receptfornyelser uden rådgivning kan aldrig takseres hverken som telefonkonsultation eller konsultation.

§ 65 AFGRÆNSNING, SYGEBESØG/BESØG PÅ RUTEN

Stk. 1.

Afstande ved sygebesøg regnes fra lægens konsultationssted.

Stk. 2.

Ved afgørelse af om der er tale om besøg eller besøg på ruten i forbindelse med flere besøg på samme tur, hvor lægen ikke på grund af de geografiske forhold må passere sit konsultationssted, regnes besøget hos patienten, der bor længst borte, som et besøg, medens øvrige besøg på turen betragtes som besøg på ruten.

§ 66 AFGRÆNSNING, BEHANDLING AF FLERE PATIENTER I SAMME HJEM

Stk. 1.

Behandler en læge flere patienter i samme hjem, beregnes der kun besøgshonorar for én patient. For den næste og de følgende patienter beregnes ydelsen til konsultationstakst. Ved besøg i vagttiden honoreres med det konsultationshonorar, som i øvrigt gælder i henholdsvis A-vagten og B-vagten.

Stk. 2.

Ved "samme hjem" forstås hjem med samme husførelse. Hvis der er tale om institutioner med samme husførelse, honoreres der, ud over det i stk. 1 anførte konsultationshonorar, med institutionstillæg i henhold til § 52, ydelse 1208.

Stk. 3.

Plejecenterboliger og boliger på andre institutioner for ældre er altid at betragte som egen bolig og derfor ikke omfattet af stk. 2.

§ 67 ALMINDELIGE BESTEMMELSER OM HONORERING

Stk. 1.

Lægen får intet ydelseshonorar for ydelse af lægehjælp til sig selv, til ægtefælle eller hjemmeboende børn.

Stk. 2.

Overenskomstmæssige ydelser for hvilke der ikke i overenskomsten er fastsat et særskilt honorar, omfattes af de almindelige ydelseshonorarer. Indsprøjtning med de i § 34 nævnte immunglobuliner og vacciner honoreres ikke særskilt. Ydelsen omfattes af konsultations- eller besøgshonoraret. Indsprøjtning af gammaglobulin, sera og vacciner i forbindelse med en patients rejse til udlandet betales af patienten selv.

Stk. 3.

Lægen er forpligtet til at bistå regionen i gennemførelse af en forsvarlig økonomi med hensyn til de sygehjælpsudgifter, som er afhængige af lægens ordinationer. For så vidt angår forsvarlig økonomi med hensyn til de udgifter, som er afhængige af lægens lægemiddelordinationer gælder bestemmelserne i § 89.

Stk. 4.

Såfremt en læge har påført regionen unødvendige sygehjælpsudgifter, kan lægen tildes en advarsel, der kan udtales misbilligelse, lægen kan pålægges at betale et af samarbejdsudvalget foreslået beløb til regionen, lægen kan pålægges en bod, eller i gentagelsestilfælde kan lægen udelukkes fra at praktisere efter overenskomsten, jf. § 108, stk. 8 og § 111, stk. 2.

NOTE til § 67:

Ved lægens ordinationer forstås bl.a. ordination af medicin, henvisning til andre behandlergrupper, herunder speciallæge, fysioterapeut, fodterapeut og psykolog, samt henvisning til sygehuse, laboratorier og

billeddiagnostiske afdelinger. Endvidere forstås rekvisition af lægemidler og forbindsstoffer m.v.

§ 68 VEJLEDNING OM ANVENDELSE AF OVERENSKOMSTENS YDELSER

Den faglige og honoreringsmæssige anvendelse af de i §§ 50, 52, 53 og 60 anførte ydelser er nærmere beskrevet i en af parterne udarbejdet vejledning.

§ 69 BASISHONORERING

Stk. 1.

For hver patient der den **1. i en måned** er tilmeldt lægen, honoreres denne med et fast basishonorar, der udgør det i § 48 anførte beløb.

Stk. 2.

I de tilfælde hvor patienten flytter til en anden læge, foretager regionen ingen fordeling af basishonorarer lægerne imellem, idet basishonoraret fuldt ud betales til den praksis, patienter var tilmeldt på opgørelsestidspunktet efter stk. 1.

Stk. 3.

Regionen skal påse, at der til enhver tid udbetales basishonorar for samtlige tilmeldte patienter.

NOTE til § 69, stk. 1

Indtil Praksys er implementeret honoreres for hver patient pr. den 1. i et kvartals anden måned.

§ 70 HONORERING AF GRUNDYDELSER I DAGTIDEN OG DEN SENE KONSULTATION

Grunddydelser i dagtiden og den sene konsultation honoreres med de i § 50 og § 53 nævnte honorarer.

§ 71 HONORERING AF YDELSER I VAGTTIDEN

Stk. 1.

Grunddydelser i vagttiden, bortset fra ydelser i den sene konsultation, honoreres med de i § 56 nævnte honorarer.

Stk. 2.

Ved sygebesøg der er aftalt i dagtiden, afregnes der med dagtidshonorar selv om besøget først aflægges efter dagtids udløb. Dog kan der afregnes med vagthonorar, hvis det drejer sig om pludselig opstået eller forværret sygdom eller ulykkestilfælde, der nødvendiggør at lægen aflægger

sygebesøg umiddelbart, og hvis dette indebærer at besøget aflægges efter dagtids udløb.

Stk. 3.

Læger kan, selv om de ikke har vagt, aflægge sygebesøg i vagttiden til terminalpatienter og i forbindelse med hjemmefødsler. I sådanne situationer afregnes med vagthonorar.

Stk. 4.

I øvrigt skal læger, der ikke er på vagt, normalt afvise patienter, der henvender sig med akutte problemstillinger uden for dagtiden. Sådanne patienter henvises til lægevagten.

§ 72 TILLÆGSYDELSESHONORERING

Tillægsydelser som nævnt i § 51 honoreres sammen med en grundydelse, jf. §§ 50, 53 og 56.

§ 73 HONORERING AF LÆGEHJÆLP TIL PATIENTER PÅ ØER, HVOR DER IKKE ER ETABLERET LÆGEPRAKSIS

Stk. 1.

Ydelser i dagtiden honoreres med overenskomstens sædvanlige honorarer. Hertil lægges tillægsydelse nr. 2402 eller 2403, jf. § 55. **Er patienten tilmeldt en fast læge ydes tillægget ikke.**

Stk. 2.

Ydelser uden for dagtiden honoreres med de i § 56 nævnte honorarer.

Stk. 3.

Ved sygebesøg på øer hvor der ikke er etableret lægepraksis, beregnes zonen i dagtiden, jf. § 50, som afstanden mellem lægens konsultationssted og patientens bopæl, ekskl. sejlafstanden. Ved sygebesøg i vagttiden beregnes besøgshonoraret svarende til afstanden mellem udgangspunktet for sygebesøget og patientens bopæl, ekskl. sejlafstanden. For rejsen til øen betales et grundhonorar pr. påbegyndt halve time for selve overfartstiden.

For så vidt angår kørselsgodtgørelse og betaling for sørejser henvises i øvrigt til § 76, stk. 6.

§ 74 VAGTBEREDSKABSHONORERING

Stk. 1.

Læger der deltager i vagtordninger i henhold til § 39, stk. 3 og 4, har ret til vagtberedskabshonorar.

Stk. 2.

Vagtberedskabstiden, der indgår i beregningen af vagtberedskabshonoraret, omfatter hele vagttiden, jf. § 37. På dage hvor vagthavende læge har sen konsultation, begynder vagtberedskabstiden kl. 18.00.

Stk. 3.

Vagtberedskabshonorarer beregnes på grundlag af det af lægen holdte antal vagttimer (inkl. egentlige arbejdstimer) inden for vagtberedskabstiden.

Stk. 4.

For så vidt angår vagtordninger i henhold til § 39, stk. 3 udgør vagtberedskabshonoraret pr. vagttime (inkl. egentlige arbejdstimer) som grundhonorar det i § 57 anførte honorar. Øvrige vagtberedskabshonorarers størrelse aftales i samarbejdsudvalget.

Stk. 5.

For samme vagttidsrum kan der inden for samme vagtordning kun ydes vagtberedskabshonorar til én læge. Vagtberedskabshonoraret udbetales uafhængigt af, om vagten varetages af en vikar.

§ 75 HONORERING AF LABORATORIEUNDERSØGELSER

Stk. 1.

Såfremt en laboratorieundersøgelse som nævnt i § 60 finder sted i forbindelse med konsultation eller anden kontaktydelse honoreres der for både grundydelsen og for laboratorieundersøgelsen.

Stk. 2.

I alle andre tilfælde end nævnt i stk. 1 honoreres alene laboratorieundersøgelsen.

§ 76 HONORERING OG AFHOLDELSE AF UDGIFTERNE TIL KØRSEL

Stk. 1.

Tilkaldes en læge til en patient eller til møde i en socialforvaltning, har lægen ret til kørselsgodtgørelse.

Stk. 2.

Lægen har valget mellem at benytte eget befordringsmiddel eller blive befordret af andre, men er ikke berettiget til at veksle mellem disse muligheder, således at lægen en del af året benytter eget befordringsmiddel og i øvrigt taxi. Dog er en læge, der benytter eget befordringsmiddel, berettiget til, under særlige omstændigheder, at anvende taxi. Ved særlige omstændigheder forstås eksempelvis den tid, der medgår til reparation af lægens bil, i særligt vanskeligt føre eller i andre situationer, hvor lægen midlertidigt er forhindret i at benytte eget befordringsmiddel. Læger, der er fyldt 60 år, er berettiget til at benytte taxa under kørevagt, selv om de benytter eget befordringsmiddel i dagtiden. Såfremt regionen har indgået aftale med en vognmand, skal lægen benytte denne. Ved valg af vognmand skal lægen tage skyldigt hensyn til vedkommende regions økonomiske interesse i at anvende nærmestboende vognmand.

Stk. 3.

Godtgørelse for benyttelse af eget befordringsmiddel er den i § 61 nævnte godtgørelse.

Stk. 4.

Godtgørelsens størrelse er uafhængig af, om der benyttes bil eller andet befordringsmiddel.

Stk. 5.

Såfremt lægen ikke anvender eget befordringsmiddel, afleverer lægen til vedkommende vognmand eller hvem, der sørger for transporten, en af regionen udarbejdet rekvisition for hver patient, der besøges. Rekvisitionen påføres lægens ydernummer, navn og konsultationssted samt patientens navn og bopæl.

Stk. 6.

For så vidt angår læger, der betjener småøer, kan der ved forhandling mellem region og PLO-R med pågældende lægers samtykke træffes aftale om afvigelser fra stk. 1-5 om kørselsgodtgørelse med henblik på at opnå en for begge parter rimelig vederlagsordning. Det samme gælder betaling for sørejser.

§ 77 BASISHONORERING VED EN LÆGES DØD

Når en læge dør, har afdøde læges bo ret til basishonorar i den periode, hvor praksis videreføres, **jf. § 13, stk. 1-2.**

KAPITEL VIII. AFREGNING

§ 78 BASISHONORARAFREGNING

Stk. 1.

Basishonoraret beregnes efter antallet af patienter, der den **1. i måneden** er tilmeldt lægen.

Stk. 2.

Basishonoraret udbetales uden regning fra lægen svarende til honorarudbetalingen efter § 80, stk. 5, på baggrund af antal tilmeldte patienter måneden før udbetaling.

Stk. 3.

Regionen giver sammen med basishonorarafregningen lægen en fortegnelse over af- og tilgang af de tilmeldte patienter.

Stk. 4.

Regionen giver hvert kvartal lægen en fortegnelse over samtlige tilmeldte patienter.

NOTE til § 78, stk. 1

Indtil Praksys er implementeret beregnes antallet af tilmeldte patienter pr. den 1. i kvartalets anden måned.

§ 79 AFREGNING AF PRAKSISOMKOSTNINGSHONORAR

Praksisomkostningshonorar, jf. § 49, udbetales forholdsmæssigt i forbindelse med den ydelseshonorarafregning, som finder sted i januar, april, juli og oktober.

§ 80 AFREGNING AF YDELSESHONORARER

Stk. 1.

I forbindelse med hver enkelt overenskomstmæssig ydelse udarbejder lægen en regning. Afregning sker elektronisk efter **gældende** MedCom standard. Regionerne udarbejder en snitfladebeskrivelse, som udgør det tekniske grundlag for afregningen. Ændringer i snitfladebeskrivelsen aftales med PLO.

Stk. 2.

For så vidt angår persongrupper som har adgang til lægehjælp i henhold til sundhedsloven, men som ikke har ret til vederlagsfri lægehjælp i henhold til denne overenskomst, idet de ikke er gruppe 1-sikrede, foretages nettoafregning over for patienten, således at det

offentlige tilskud til undersøgelsen og behandlingen fradrages i det honorar, den alment praktiserende læge beregner sig, og afregnes direkte over for regionen.

Stk. 3.

Af regningen skal fremgå: Patientens personnummer, navn, bopæl, dato for ydelsen og ydelsesnummer. For ydelser uden for dagtiden skal anføres det klokkeslæt, ved hvilket ydelsen er begæret.

Stk. 4.

På regningen kan noteres flere tillægs- og laboratorieydelse i forbindelse med enten konsultation eller besøg. Der må ikke noteres konsultation og besøg på samme regning, ligesom der ikke må noteres flere konsultationer eller flere besøg på samme regning. Lægens it-system skal afgive et avis, hvis der registreres to eller flere regninger på samme person på samme dag. Lægen skal positivt bekræfte, at registreringen er korrekt.

Stk. 5.

Lægens regninger for hver uge (til og med lørdag) indsendes, således at de er regionen i hænde senest følgende onsdag. Regionen og lægen kan aftale, at regningerne fremsendes månedsvist, omfattende periodens afregningsuger i henhold til tidsplan for alment praktiserende lægers regningsindsendelse.

Stk. 6.

De således i løbet af en måned fremsendte regninger betales senest den 15. i den følgende måned. Hvis en læge anmoder om det, leverer regionen i forbindelse med afregningen en oversigt over samtlige ydelsesafregninger i det pågældende regnskabsår.

Stk. 7.

Ved forskelle på indtil 1 % mellem lægens regninger og regionens beregninger betragtes regionens beregninger som gældende. I tilfælde af væsentligere afvigelser har begge parter krav på at få foretaget en nærmere opgørelse.

Stk. 8.

Honorarbeløb udbetales til lægens NemKonto med mindre andet aftales. Transport i lægens tilgodehavender kan ikke finde sted.

Stk. 9.

Regionens betalingspligt bortfalder principielt, såfremt reglerne i stk. 1-4 ikke er overholdt.

NOTE til § 80:

Regninger med ufuldstændigt personnummer returneres kun en gang fra regionen til lægen. Lægen skal herefter søge at fremskaffe personnummer. Kan lægen ikke fremskaffe personnummer på ikke tilmeldte patienter, betales regningen alligevel af regionen.

NOTE til § 80, stk. 2

Det forudsættes, at lægen på egen hjemmeside oplyser tilskudenes størrelse, evt. via link til PLOs hjemmeside.

§ 81 AFREGNING AF KRONIKERHONORAR

Stk. 1.

Kronikerhonoraret udbetales sammen med basishonoraret for patienter med KOL, diabetes type 2 eller KOL og diabetes type 2, som er tilmeldt praksis pr. den første i en måned.

Stk. 2.

I de tilfælde hvor patienten skifter læge, udbetales kronikerhonoraret til den læge patienten var tilmeldt på opgørelsestidspunktet, jf. stk. 1.

Stk. 3.

Kronikerhonoraret udløses, så længe lægen er behandlingsansvarlig.

Stk. 4.

Afregning foretages i øvrigt som afregning i medfør af § 80, stk. 3-9.

NOTE til § 81, stk. 4:

Der udarbejdes en vejledning om overgangen til kronikerhonorar og eventuelt ophør, herunder anvendelsen af ydelserne 0130, 0131, 0132, 0133 samt registrering af aktivitet i almen praksis for så vidt angår patienter med KOL og diabetes type 2.

§ 82 YDELSESHONORARAFREGNING VEDRØRENDE SOCIALMEDICINSK SAMARBEJDE

Stk. 1.

I forbindelse med hver ydelse efter § 95 udfylder lægen en regning, jf. § 80.

Stk. 2.

På regninger vedrørende socialmedicinske ydelser må ikke anføres andre ydelser, og der må kun anføres ydelser for én patient på hver regning.

Stk. 3.

Afregning foretages i øvrigt som afregning i medfør af § 80, stk. 3-9.

§ 83 AFREGNING AF VAGTBEREDSKABSHONORAR

Stk. 1.

Læger der varetager vagtberedskab indsender ved udgangen af hver måned og senest den 10. i den følgende måned oplysning om holdte vagter.

Stk. 2.

Oplysningerne indsendes til den region, hvor konsultationsstedet er beliggende, på et af regionen udarbejdet vagtberedskabsskema.

Stk. 3.

Regionen afregner vagtberedskabshonoraret med lægen senest den 15. i den næstfølgende måned.

§ 84 AFREGNING AF KØRSELSGODTGØRELSE

Stk. 1.

På sædvanlig regning i forbindelse med sygebesøg påfører lægen det antal kørte kilometer. Ved et besøg på ruten påføres regningen henholdsvis det antal kørte kilometer fra lægens konsultationssted til første patient, fra første patient til næste patient osv. På regning vedrørende sidste patient tillægges afstanden fra denne til lægens konsultationssted. Såfremt der ved besøg på ruten aflægges besøg hos patienter, **der ikke har ret til vederlagsfri behandling**, påføres regningen vedrørende den næste patient, der besøges på ruten, alene den direkte afstand fra den forrige patient, der blev besøgt på ruten. Såfremt der efter et besøg hos **en patient, der ikke har ret til vederlagsfri behandling**, på ruten ikke aflægges besøg hos en sikret, påføres regningen afstanden fra den sidst besøgte patient til lægens konsultationssted.

Stk. 2.

Regionen sammentæller de kørte antal kilometer i løbet af et **kalenderår** og afregner automatisk efter den lavere takst, når de 20.000 kilometer er kørt. Ved første afregning efter at 20.000 kilometer er kørt, skal lægen underrettes om den ændrede takst.

§ 85 BLANKETTER, HERUNDER ELEKTRONISKE BLANKETTER

Stk. 1.

Samtlige blanketter og formularer skal for at kunne benyttes i forholdet mellem regioner og læger være fremstillet efter aftale mellem parterne, medmindre andet fremgår af nærværende overenskomst.

Stk. 2.

Regionerne stiller - i det omfang det er nødvendigt med papirblanketter - receptblanketter, indlægssedler, henvisningsblanketter og lignende til rådighed for lægen.

§ 86 INDBETALING AF PENSIONSBIDRAG

Stk. 1.

Af lægens basishonorar indbetaler den region, hvor konsultationsstedet er beliggende, direkte til Lægernes Pensionskasse det til enhver tid for den enkelte læge i henhold til pensionskassens vedtægter for alment praktiserende læger gældende pensionsbidrag, dog ikke over 30 % af basishonoraret. Den resterende del af honorarbeløbet udbetales til lægen efter de i § 78 fastsatte regler.

Stk. 2.

Indbetaling af pensionsbidrag skal ske **månedsvis** samtidig med udbetaling til lægen, og det skal af **månedsopgørelsen** til lægerne fremgå, hvor stort honorarbeløbet er, og hvor meget af dette, der er **videresendt til** pensionskassen.

§ 87 INDBETALING TIL ADMINISTRATIONSUDVALGET

Stk. 1.

Regionen har pligt til inden 31-03 hvert år til administrationsudvalget at indbetale 1,27 %, af de samlede udgifter i dag- og vagttid til almen lægehjælp til patienter i det foregående kalenderår.

Stk. 2.

De i stk. 1 nævnte indbetalinger anvendes til sygehjælps- og efteruddannelsesformål, hjælp ved fravær i forbindelse med graviditet og barsel eller adoption, til plejevederlag i forbindelse med pasning af døende i den nærmeste familie, til fordel for de læger, som virker i almen praksis indenfor overenskomstens område og til ansatte læger, som er medlem af PLO, eller ansatte, herunder også yngre læger, i praksis i områder, som i henhold til praksisplanen er lægedækningstruede. Indbetalingerne anvendes også til hjælp til pensionerede alment praktiserende læger, som har virket i almen praksis indenfor overenskomstens område, samt til disse lægers efterladte.

Stk. 3.

Administrationsudvalgets vedtægter og årsregnskab skal fremsendes til landssamarbejdsudvalget. RLTN udpeger en kommitteret til administrationsudvalget.

KAPITEL IX. KONTROLBESTEMMELSER

§ 88 ÅRSOPGØRELSE OG FASTSÆTTELSE AF HØJESTEGRÆNSER

Stk. 1.

Regionen foretager hvert år en opgørelse over det samlede antal overenskomstmæssige ydelser og de samlede udgifter til almen lægehjælp⁴, der er præsteret i det foregående **kalenderår**.

Stk. 2

Årsoppgørelsen afsluttes hurtigst muligt **efter det samlede antal præstede overenskomstmæssige ydelser er tilgængeligt** og inden den 1. april.

Stk. 3.

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

Stk. 4.

Såfremt årsoppgørelsen viser, at udgiften til lægehjælp i dagtiden (basis-, og ydelseshonorarudgifter) pr. patient (egne patienter) i en praksis i et **kalenderår** har overskredet den gennemsnitlige udgift pr. patient inden for regionen med 25 % eller derover, fastsættes en højestegrænse for praksis' samlede indtægter ved ydelseshonorarer fra regionen i dagtiden. Højestegrænsen fastsættes **automatisk** på +25 % af den gennemsnitlige ydelseshonorarudgift pr. patient i regionen. Højestegrænsen kan iværksættes fra et kvartals begyndelse.

Stk. 5.

Pålæggelse af højestegrænsen kan ikke indbringes for samarbejds- eller landssamarbejdsudvalg. Alene klager over formelle fejl i sagsbehandlingen, herunder i forhold til beregningen af højestegrænsen, kan indbringes for samarbejdsudvalget med mulighed for anke til landssamarbejdsudvalget.

Stk. 6.

Varsling om iværksættelse af højestegrænsen fremsendes **via eboks** til lægen. Eventuel tilbagebetaling sker ved modregning i lægens tilgodehavende hos regionen.

⁴ Differentieret basishonorar, kronikerhonorar (0130, 0131, 0132), profylakseydelser (jf. Profylakseaftalen) og ydelser aftalt i lokale aftaler er ikke indeholdt i opgørelsen.

Højestegrænser administreres løbende, f.eks. kvartalsvis. Efter årets afslutning udarbejdes en årsopgørelse over lægens ydelsesforbrug pr. patient i forhold til gennemsnitligt ydelsesforbrug i samme periode i sammenligningsområdet. På baggrund af årsopgørelsen foretages endelig regulering. Hvis årsopgørelsen viser, at lægen er **modregnet** for meget i årets løb, refunderes dette beløb inden 1. april.

Regionen stiller via praksis- og afregningsportalen på sundhed.dk månedsstatistikker 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.

Hvis en læge 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 **af året**.

Stk. 7.

Pålagte højestegrænser **efter stk. 4** skal inden 1 måned sendes til samarbejdsudvalget/landssamarbejdsudvalget til orientering.

Stk. 8.

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

§ 89 ØKONOMISK LÆGEMIDDELORDINATION

Stk. 1.

Lægen er forpligtet til at bistå regionen i gennemførelse af en forsvarlig økonomi med hensyn til de udgifter, som er afhængige af lægens lægemiddelordinationer.

Stk. 2.

Samarbejdsudvalget kan iværksætte en undersøgelse, såfremt en læges/praksis' ordinationsmønster vurderes at give anledning til det. Såfremt regionen har ansat en lægemiddelkonsulent kan samarbejdsudvalget inddrage denne i vurderingen af, om der er grundlag for at iværksætte en undersøgelse.

Stk. 3.

Der skal ved undersøgelsen tages hensyn til alle forhold, som kan have indflydelse på et anderledes eller højt ordinationsmønster. Lægen skal efter skriftlig henvendelse fra samarbejdsudvalget have adgang til at frem-

komme med en udtalelse. Til brug ved høringen af lægen, skal den/de pågældende have forelagt de oplysninger, som har givet anledning til samarbejdsudvalgets beslutning om at iværksætte en undersøgelse.

Stk. 4.

Samarbejdsudvalget kan på baggrund af undersøgelsen efter stk. 3 henstille, at ordinationsmønsteret i praksis ændres.

Stk. 5.

Såfremt en læge har påført regionen unødvendige lægemiddeludgifter, kan samarbejdsudvalget tildele lægen en advarsel eller udtale misbilligelse, eller samarbejdsudvalget kan indstille til landssamarbejdsudvalget, at lægen skal betale et af samarbejdsudvalget foreslået beløb til regionen, pålægges en bod, eller i gentagelsestilfælde udelukkes fra at praktisere efter overenskomsten jf. § 108, stk. 8 og § 111, stk. 2.

KAPITEL X. KVALITETSSIKRING OG IT

§ 90 ANVENDELSE AF IT I ALMEN PRAKSIS

Stk. 1.

Alle læger skal opfylde de i stk. 2-5 anførte krav om anvendelse af IT.

Stk. 2.

Lægen er forpligtet til at benytte **de til enhver tid gældende** MedCom standarder til al kommunikation, medmindre andet er anført. **MedCom standarder som lægens IT system skal understøtte pr. 1.1.2018 fremgår af stk. 3.** En forudsætning for lægens forpligtelse er, at de samarbejdsparter, som kommunikationen vedrører, kan levere og sikkert modtage de i stk. 3 nævnte meddelellestyper via MedCom standarder.

Stk. 3.

Følgende MedCom standarder skal **understøttes**, jf. stk. 2:

Den gode korrespondance: Denne meddelelse kan anvendes, hvor lægen finder det relevant.

Den gode epikrise:

- Udskrivningsepikrise
- Ambulantepikrise
- Skadestueepikrise
- Billeddiagnostisk epikrise
- Lægevagtsepikrise
- Speciallægeepikrise
- Bookingsvar
- Fysioterapiepikrise
- Den gode psykologepikrise
- Den gode kiropraktorepikrise.

Den gode henvisning:

- Sygehushenvisning. Billeddiagnostisk henvisning.
- Speciallægehenviisning. Den gode fysioterapihenviisning.
- Den gode psykologhenviisning.
- Den gode fodterapeuthenviisning.
- Den dynamiske henvisning
- Pakketabellen

Laboratorieområdet:

- Det gode KKA/KIA laboratoriesvar
- Fodstatusrapport
- Det gode patologisvar
- Det gode cervixcytologisvar
- Det gode mikrobiologisvar
- Den gode KKA/KIA/Mikrobiologirekvisition
- Den gode patologirekvisition

Binære filer:

Den gode MEDBIN. Skal anvendes, når der vedlægges bilag til henvisninger.

Den gode sygesikringsafregning:

Der afregnes elektronisk efter MedRuc standarden.

Apoteksområdet:

Receptfornyelse fra kommuner.

Kvittering:

Den gode CONTRL.

Den dynamiske blanket:

Rammestandarden, herunder LÆ blanketter i takt med at kommunerne tager dem i brug.

Stk. 4.

Lægen skal have internetadgang med firewall og virusbeskyttelse, der løbende opdateres. Lægen skal endvidere have NemID, virksomhedscertifikat.

Stk. 5.

Alle anvendte praksissystemer i almen praksis skal kunne håndtere FNUX formatet til udveksling af journaler ved lægeskift, klinikophør mv.

Stk. 6.

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

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

Stk. 7.

De praktiserende læger og samarbejdspartnere anvender den lovpligtige digitale dokumentboks. Boksen kan dog ikke benyttes til kommunikation i forbindelse med konkret patientbehandling eller attestarbejde. Sådan kommunikation sker via **gældende** MedCom standarder.

Stk. 8.

Regionen yder, via datakonsulenter, hjælp og generelt rådgivning til almen praksis vedrørende IT.

NOTE til § 90, stk. 3:

Lægens forpligtelse til at sende henvisninger til speciallæger, fysioterapeuter, psykologer og fodterapeuter indebærer konkret, at henvisninger sendes til det såkaldte Henvisningshotel.

Om fremgangsmåde og henvisningshotellets funktionalitet er aftalt følgende: Henvisningen udarbejdes på normal vis af den praktiserende læge og sendes som almindelig EDIFACT til henvisningshotellets lokationsnummer. Der sendes positiv kvittering tilbage om, at henvisningen er modtaget i henvisningshotellet.

Patienten skal således ikke selv medbringe henvisningen. Herefter er det patientens eget ansvar at vælge en behandler og anmode om en tid for behandling. Behandleren logger sig på henvisningshotellet og henter den givne henvisning, når patienten tager kontakt med henblik på behandling eller når der mødes op til første behandling.

I særlige tilfælde kan lægen kontakte en given behandler og eventuelt bestille en tid for patienten. Også i disse situationer skal lægen sende henvisningen til henvisningshotellet, hvorefter behandleren henter henvisningen som beskrevet ovenfor.

Der er mellem parterne enighed om, at de praktiserende læger skal friholdes fra at betale transmissionsudgifter i forbindelse med elektronisk forsendelse af henvisninger til henvisningshotellet.

§ 91 DATADREVET KVALITETSSIKRING OG -UDVIKLING

Stk. 1.

De praktiserende læger er forpligtet til at foretage kodning, anvende datafangst og indberette data, jf. BEK nr. 967 af 29/08/2014 om kodning og datafangst og BEK 909 af 26/06/2016 om indberetning til godkendte kliniske kvalitetsdatabaser og videregivelse af data til Sundhedsdatastyrelsen.

Stk. 2.

Læger skal arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling med udgangspunkt i faglige mål og indikatorer for almen praksis, jf. bilag 8 om kvalitetsarbejdet i almen praksis.

§ 92 DET FÆLLES MEDICIN KORT (FMK)

Stk. 1.

De praktiserende læger er forpligtet til at anvende FMK, jf. BEK nr. 460 af 08/05/2014 og i forhold til vaccinationsoplysninger, Det Danske Vaccinationsregister (DDV).

Stk. 2

Almen praksis vil uhonoreret anvende FMK, når det gælder alle fremadrettede ordinationer, som den praktiserende læge selv ordinerer.

Stk. 3.

Alle regioner forpligtes til at sørge for, at sygehusene 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.

Stk. 4.

I forbindelse med FMKs anvendelse i lægevagten stiller regionerne økonomi til rådighed til dækning af alle udgifter, der er forbundet med den tekniske installation og drift af FMK i lægevagten.

§ 93 KVALITETSMODEL I ALMEN PRAKSIS

Stk.1.

Kvalitetsarbejde i henhold til faglige mål og indikatorer skal være omdrejningspunkt for kvalitetsudviklingen i almen praksis, jf. bilag 8 om kvalitetsarbejde i almen praksis. Herunder er det målet, at alle praktiserende læger finder sammen i faglige fællesskaber (klynger), som mødes og arbejder med kvalitetsdata og kvalitetsudvikling.

Stk. 2.

Læger, som vælger ikke at indgå i faglige fællesskaber (klynger) for kvalitetsudvikling, er forpligtet til at indgå i en løbende dialog med de regionale kvalitetsenheder om, hvordan klinikkerne præsterer i forhold til definerede kvalitetsmål og –indikatorer med relevans for almen praksis, samt hvor der er potentiale for forbedringer.

Stk. 3.

Klinikker, der ikke indgår i en klynge pr. 1. november 2019, skal gennemgå akkreditering efter Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), jf. stk. 4-7. De første klinikker der skal akkrediteres varsles fra 1. maj 2020, således at surveys kan påbegyndes 1. november 2020.

Stk. 4.

Anden akkreditering vil foregå efter et revideret standardsæt baseret på de erfaringer, der hidtil er gjort, og det kvalitetsarbejde som er påbegyndt i klyngerne.

Stk. 5.

Såfremt der pr. 1. november 2019 kun er få praksis, som ikke indgår i en klynge, vurderer RLTN, om der er volumenmæssig basis for at gennemføre akkreditering efter stk. 3.

Stk. 6.

Akkrediteringen understøttes af lokale kvalitetskonsulenter. Kvalitetskonsulenterne skal løbende facilitere DDKM i de enkelte praksis og skal kunne yde faglig sparring, forestå undervisning, formidle best practice mv. Selve akkrediteringen foretages af IKAS. Kvalitetskonsulentordningen forankres lokalt i Kvalitets - og Efteruddannelsesudvalgene, og skal tage udgangspunkt i de eksisterende konsulentordninger og koordineres med surveyorordningen i IKAS. **DAK-E stiller en støttefunktion til rådighed og yder løbende bistand til implementeringen af DDKM.**

Stk. 7.

Der ydes et implementeringsbidrag på kr. 10.000 for hver lægekapacitet ved påbegyndelsen af arbejdet med DDKM samt et akkrediteringshonorar på kr. 10.000 pr. lægekapacitet, når akkrediteringen gives. Beløbene betales kun ved første akkreditering i perioden frem til **31. december 2018**.

NOTE til § 93, stk. 1.

For så vidt angår klyngernes økonomi henvises til § 107.

§ 94 PATIENTOPLEVET KVALITET I ALMEN PRAKSIS

Stk. 1.

De praktiserende læger er forpligtede til mindst hvert tredje år at medvirke i en undersøgelse af den patientoplevede kvalitet i almen praksis samt at offentliggøre resultatet af undersøgelsen. Arbejdet indgår som en del af grundlaget for kvalitetsudvikling i almen praksis.

Stk. 2.

Undersøgelserne gennemføres som udgangspunkt ved brug af patienternes e-boks, idet der dog udsendes et spørgeskema med brevpost til et repræsentativt udsnit af de patienter i en praksis, som er fritaget fra Digital Post.

Stk. 3.

Opsamling, bearbejdning og kvalificering af svar på undersøgelserne varetages af DAK-E. DAK-E er ansvarlig for, at resultatet af undersøgelserne gøres tilgængelige for de enkelte klinikker i form af en rapport, hvor resultaterne sammenlignes med landsniveau. DAK-E er videre ansvarlig for at stille årlige rapporter til rådighed for regionerne, hvor de enkelte klinikker sammenlignes med regions- og landsniveau.

KAPITEL XI. ALMEN PRAKSIS OG KOMMUNERNE**§ 95 SOCIALMEDICINSK SAMARBEJDE MELLEM DEN ENKELTE LÆGE OG KOMMUNEN I INDIVIDUELLE SAGER***Stk. 1.*

Såvel administrativt personale som plejepersonale i kommuner (og regioner), der varetager sociale og sundhedsmæssige opgaver kan henvende sig til den praktiserende læge i forbindelse med socialmedicinske problemstillinger. Det er en forudsætning, at der er tale om en konkret patient tilmeldt lægen. Henvendelser om sygdomsmæssige problemer, hvor en kommunalt ansat plejeperson optræder på vegne af patienten, honoreres som om patienten selv har henvendt sig og ikke efter denne paragraf.

Lægen kan henvende sig til kommunen i socialmedicinske sager, såfremt lægen skønner, at en kommunal indsats er påkrævet, eller lægen finder en dialog af væsentlig betydning for en personsag.

Stk. 2.

For socialmedicinsk samarbejde er fastsat følgende honorar (grundhonorar):

		Takst (kr.)
a)	3201 Telefoniske henvendelser til og fra kommunernes social- og sundhedsforvaltninger	66,12
b)	Social- og sundhedsforvaltningens deltagelse i møder hos lægen, lægens deltagelse i møder i social- og sundhedsforvaltningen samt lægens og social- og sundhedsforvaltningens deltagelse i møder på patientens arbejdsplads honoreres med 120,05 kr. (grundhonorar) pr. påbegyndt 10 min. (moduler).	
	3301 1 modul	132,40
	3302 2 moduler	264,82
	3303 3 moduler	397,23
	3304 Pr. påbegyndt modul udover 3	132,40
c)	I forbindelse med ydelser, der ikke finder sted i lægens konsultation, honoreres lægens tidsforbrug til mødestedet med følgende satser:	
	3410 Indtil 4 km	81,46
	3420 Fra 4 indtil 8 km	118,66
	3430 Fra 8 indtil 12 km	153,60

3440	Fra 12 indtil 16 km	188,78
3450	Fra 16 indtil 20 km	224,25
3460	Udover 20 km	246,19
3701	+ pr. påbegyndt km udover 21 km	8,77

Der ydes kørselsgodtgørelse i henhold til § 61.

Stk. 3.

Telefoniske henvendelser kan anvendes til at afklare enkle socialmedicinske problemstillinger eller som indledende orienteringer forud for en egentlig sagsbehandling, hvori der eventuelt kan indgå indhentning af attestationsmateriale fra lægen. Telefoniske henvendelser kan ikke anvendes til at indhente oplysninger, der normalt indhentes via attester aftalt i det sociallægelige samarbejde.

NOTE til § 95:

Lægen har ikke pligt til at deltage i socialmedicinsk arbejde, men lægen tilstræber deltagelse. Det socialmedicinske samarbejde skal i videst mulig udstrækning tilrettelægges under hensyntagen til lægens mulighed for fremmøde og den tidsmæssige belastning af lægen.

§ 96 ELEKTRONISK KOMMUNIKATION MELLEM LÆGEN OG KOMMUNENS PLEJEPERSONALE.

Stk. 1.

Den enkelte læge skal tilbyde elektronisk kommunikation med den kommunale hjemmepleje/plejecenter, helt eller delvist, som en del af praksis' tilbud. E-konsultationer honoreres med ydelse 0105, jf. § 50. Svartiden tilstræbes gensidigt at være maksimalt tre hverdage.

Stk. 2.

Elektronisk kommunikation med hjemmepleje og plejecenter skal foregå efter **gældende** MedCom-standarder.

Stk. 3.

E-konsultation omfatter, jf. ydelsesbeskrivelsen til ydelse 0105, enkle, konkrete forespørgsler af ikke-hastende karakter, som ikke kræver supplerende spørgsmål fra lægens side. E-konsultation omfatter også elektronisk meddelelse til hjemmeplejen/plejecentret med svar på laboratorieprøver eller undersøgelser samt eventuel behandlingsplan. Endvidere omfattes situationer, hvor hjemmeplejen/plejehjemmet sender elektronisk meddelelse med observationer vedrørende patienten, og lægen svarer med behandlingsplan.

Stk. 4.

Der honoreres ikke for lægens svar på hjemmeplejens/**plejecenterets** eventuelle supplerende spørgsmål eller for lægens afvisning af hjemmeplejens/plejehjemmets anmodning om e-konsultation. Der honoreres heller ikke for tidsbestilling eller for receptfornyelse, der ikke kræver en fornyet lægelig vurdering. Der honoreres ej heller for lægens modtagelse af meddelelser fra hjemmeplejen/plejehjemmet af rent orienterende karakter, som ikke kræver handling eller svar fra lægen.

NOTE til § 96:

Hvis hjemmeplejen/plejecentret ønsker yderligere dokumentation tilsendt, elektronisk eller på anden måde, efter patienten har modtaget en ydelse efter overenskomsten (telefonkonsultation, konsultation, besøg m.v.), er dette en ekstra ydelse, der ikke er omfattet af overenskomsten.

§ 97 KOMMUNALT-LÆGELIGE UDVALG MELLEM KOMMUNERNE OG DE PRAKTISERENDE LÆGER

Stk. 1.

Alle kommuner skal i samarbejde med kommunens læger nedsætte et kommunalt-lægeligt udvalg (KLU) 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.

Stk. 3.

Det kommunalt-lægelige udvalg afholder møder minimum to gange årligt, og varigheden er op til tre timer pr. møde dog efter behov.

De deltagende læger (i alt to 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 praksisplanudvalget med henblik på indarbejdelse i praksisplanen.

Stk. 6.

Der foretages en årlig evaluering af samarbejdet **i regi af KLU**. 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 medlemmer blandt kommunens læger.

Læger **udpeget til KLU** 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, dog ydes ikke honorar til mere end to læger.

NOTE til § 97:

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

KAPITAL XII UDVALG OG FONDE

Alle beløb i kapitel XII er angivet i 01-10-2017-niveau.

§ 98 FONDEN FOR ALMEN PRAKSIS

Stk. 1.

Fonden for almen praksis har til formål at understøtte kvalitetsudvikling, forskning, efteruddannelse og faglig udvikling.

Stk. 2.

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

Stk. 3.

Som rådgivende for fondens bestyrelse oprettes et Fagligt Råd, jf. § 102.

Stk. 4.

Der nedsættes en Sekretariatskoordinationsgruppe, som er sekretariatsfunktion for fondsbestyrelsen. Sekretariatskoordinationsgruppen sammensættes af:

- Op til 4 repræsentanter udpeget af PLO
- Op til 4 repræsentanter udpeget af Danske Regioner.

§ 99 OPGAVER OG BEFØJELSER FOR FONDEN FOR ALMEN PRAKSIS

Stk. 1.

Fonden har til opgave at styrke eksisterende udviklings- og driftsaktiviteter inden for kvalitet, faglighed, efteruddannelse og forskning. Fonden støtter herudover andre kvalitetsinitiativer med særlig relevans for almen praksis og for et sammenhængende sundhedsvæsen.

Stk. 2.

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

Stk. 3.

Den overenskomstaftalte fordeling af midler til kvalitet, forskning, efteruddannelse og faglig udvikling fastholdes som udgangspunkt. Ved enighed i

fondens bestyrelse kan der dog træffes tværgående beslutninger, der påvirker ressourcfordelingen i en afgrænset eller varig periode.

§ 100 INDBETALING AF MIDLER TIL FONDEN FOR ALMEN PRAKSIS

Stk. 1.

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

Stk. 1a.

Der indbetales beløb svarende til kr. 1,89 pr. **patient** til **kvalitetsudviklingsformål**,

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

Stk. 1b.

Der indbetales beløb svarende til 4,98 kr. pr. patient til **forskningsformål**.

Stk. 1c.

Der indbetales beløb svarende til 17,16 kr. pr. patient til **efteruddannelsesformål**.

Stk. 1d.

Der indbetales 0,65 kr. pr. tilmeldte patient til Fagligt Råds arbejde. **Heraf anvendes 0,35 kr. pr. patient til arbejdet med DSAMs kliniske vejledninger.**

Stk. 1e.

Staten indbetaler i henhold til "Hovedpunkter i aftalen på almen lægeområdet" af 30-05-1991, pkt. 17, årligt kr. 7.919.023 til **forskningsformål** (tidligere Forskningsfonden).

Stk. 2.

Beløbene reguleres i takt med udviklingen af honorarreguleringen pr. 01-10 foregående år, jf. § 62.

Stk. 3.

Regionernes indbetaling af de i stk. 1 nævnte midler finder hvert år sted pr. 1. september til **Fonden**.

§ 101 SEKRETARIATSKOORDINATIONSGRUPPE

Stk. 1.

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

§ 102 FAGLIGT RÅD

Stk. 1.

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

Stk. 2.

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

Stk. 3.

Fagligt Råd sammensættes af:

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

Parterne udpeger i fællesskab en formand for Fagligt Råd blandt ovennævnte repræsentanter.

Stk. 5.

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

§ 103 ALMEN PRAKSIS VED UNIVERSITETERNE (APU)

Stk. 1.

Parterne har den 20-06-2002 stiftet Fonden for Almen Praksis ved Universiteterne (APU-Fonden) med det formål at etablere almene praksis i anpartsselskabsform ved universiteterne i Århus, København og Odense.

Stk. 2.

Indskudskapitalen i de APU-anpartsselskaber der stiftes, ejes 100% af APU-Fonden.

Stk. 3.

Bestyrelsen i APU-anpartsselskaberne bør - udover repræsentanter for APU-Fonden - så vidt muligt sammensættes med repræsentanter **fra PLO-R**, universitetets almenmedicinske enheder og selskabets lægelige medarbejdere.

Stk. 4.

En almen praksis ved et universitet (APU) indgår i den årlige lægedækningsberegning i regionen, jf. § 3.

Stk. 5.

Ud over det antal lægekapaciteter som en APU råder over, er APU uden ansøgning til samarbejdsudvalget berettiget til at ansætte et tilsvarende antal læger. Der gælder i den forbindelse samme vilkår som ved etablering af delepraksis, jf. § 22.

Stk. 6.

De læger der ansættes i en APU (bortset fra uddannelseslæger og vikarer) skal personligt til- eller fratræde overenskomsten.

Stk. 7.

Overenskomstens almindelige bestemmelser finder i øvrigt anvendelse for APU og de tilknyttede læger, **jf. dog stk. 2-6.**

REGIONALE UDVALG

§ 104 DE REGIONALE KVALITETS- OG EFTERUDDANNELSESUDVALG

Stk. 1.

I hver region nedsættes et regionalt kvalitets- og efteruddannelsesudvalg (**KEU**) som et udvalg under samarbejdsudvalget.

Stk. 2.

Regionsrådet udpeger mindst 4 og højst 6 medlemmer. Mindst 4 og højst 6 medlemmer udpeges af PLO-regionalt.

Stk. 3.

Udgifter forbundet med udvalgenes arbejde finansieres af midler afsat af den enkelte region, jf. § 106, stk. 1, litra d.

Stk. 4.

Samarbejdsudvalget træffer aftale om fordelingen af midlerne, men kan delegerede bevillingskompetence til kvalitets- og efteruddannelsesudvalget. Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget træffer afgørelser i enighed.

Stk. 5.

Evt. uforbrugte midler overføres til efterfølgende regnskabsår til de formål, der er beskrevet nedenfor.

NOTE til § 104:

Midler der ikke udmøntes til læger i klynger, jf. § 106, afsættes til KEU. Det betyder, at i takt med at lægerne etablerer sig i klynger bliver økonomien i KEU begrænset. Det har konsekvenser for de nedenfor anførte opgaver.

§ 105 OPGAVER FOR DE REGIONALE KVALITETS- OG EFTERUDDANNELSESUDVALG

Stk. 1.

De regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg skal fremme arbejdet med kvalitetsudvikling og efteruddannelse blandt de praktiserende læger i regionen. Udvalgene skal herunder bidrage til implementering af nye faglige ydelser og andre tiltag aftalt af overenskomstens parter.

Stk. 2.

De regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg inddrages i Fonden for Almen Praksis' arbejde med kvalitet med henblik på, at der kan ske den fornødne koordinering af kvalitetsarbejdet på landsplan. Udvalgene støtter gennem deres arbejde og anvendelse af deres midler implementering af fondens arbejde, herunder i relation til Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM).

Stk. 3.

Udvalgene orienterer Fonden for Almen Praksis om regionale kvalitetsudviklings- og efteruddannelsesinitiativer. Endvidere bidrager udvalgene til

formidling af kvalitetsinitiativer og –projekter igangsat af fonden eller af udvalgene selv.

Stk. 4.

De regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg skal udbygge og drive en kvalitetskonsulentordning, der løbende understøtter og faciliterer **akkrediteringen i almen praksis**.

NOTE til § 105:

Parterne er enige om, at det er væsentligt, at de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg understøtter alment praktiserende lægers arbejde med at vurdere, sikre og udvikle kvalitet i lægemiddelanvendelsen, herunder rationel farmakoterapi.

Arbejdet kan fremmes ved at kvalitets- og efteruddannelsesudvalget og evt. regionale konsulenter inden for lægemiddelområdet (lægemiddelkonsulenter) understøtter tiltag som f.eks.:

- udarbejdelse af statistik om lægemiddelanvendelse*
- opfølgende konsulentbesøg hos lægerne*
- løbende efteruddannelse om lægemiddelanvendelse, herunder afholdelse af temamøder om særlige emner.*

Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget og evt. regionale konsulenter inden for lægemiddelområdet kan medvirke ved udarbejdelse af forslag til en regional rekommandationsliste, eller – i det omfang, der udarbejdes en national rekommandationsliste - medvirke til en lokal tilpasning. Det bør tilstræbes, at en rekommandationsliste indeholder fælles rekommandationer for sygehussektor og primær sektor eller indeholder en stillingtagen til ændringer i ordinationer ved patientens overgang fra sygehussektor til primærsektor. I det omfang udvalgets og lægemiddelkonsulentens arbejde fører til forslag, som ønskes aftalt med de praktiserende læger, kan aftale indgås mellem regionen og PLO-regionalt. Som eksempel kan nævnes aftale om at benytte en regional rekommandationsliste.

§ 106 MIDLER TIL UNDERSTØTTELSE AF KVALITETSUDVIKLING OG EFTERUDDANNELSE

Stk. 1.

Regionerne afsætter en pulje på 8,68 kr. pr. patient til lokal, regional anvendelse og udmøntning til kvalitetsudvikling og efteruddannelse. Heraf afsættes følgende:

- a) 1,42 kr. pr. patient til den Decentrale Gruppebaserede Efteruddannelsesordning (DGE). Midlerne til DGE afsættes til løn til vejlederne inkl. koordinatortillæg, gruppelederaktiviteter samt udgifter til administration, kontorhold mv.
- b) 2,06 kr. pr. patient til regional understøttelse af kvalitetsudvikling i almen praksis.
- c) 0,94 kr. pr. patient til at understøtte og facilitere Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM).
- d) 4,26 kr. pr. patient til kvalitetsudvikling for lægeklinikker i klynger, jf. dog stk. 3. Lægeklinikker i klynger tildeles et årligt klyngebudget beregnet på baggrund af antallet af tilmeldte patienter i de lægeklinikker, der indgår i klyngen pr. 01-01. Klyngebudgettet fastsættes i det år, hvor klyngen etableres, forholdsmæssigt ud fra tidspunktet for klyngedannelsen og de resterende måneder af året. Klyngekoordinatoren giver meddelelse til regionen om klyngens deltagende lægeklinikker forud for udbetaling af klyngebudget samt for korrespondance i øvrigt.

Stk. 2

I tillæg til det årlige klyngebudget, jf. stk. 1 d) ydes der ved etablering af en klynge et opstartsbeløb på 10.000 kr. pr. lægekapacitet. Beløbet indgår i klyngens budget. Beløbet kan kun udbetales én gang. Træder en læge/lægeklinik ud af klyngen indenfor et år, skal opstartsbeløbet tilbagebetales til regionen.

Stk. 3.

Midler der ikke udmøntes til lægeklinikker i klynger, anvendes af de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg i overensstemmelse med § 106.

Stk. 4.

Beløbene i stk. 1 er angivet i 01-10-2017-niveau og reguleres i takt med udviklingen i honorarreguleringen pr. 01-10 foregående år.

Stk. 5.

Midlerne efter stk. 1 er til rådighed i regionerne pr. 01-01.

KAPITEL XIII. SAMARBEJDSBESTEMMELSER OG VEDLIGEHO- DELSE AF AFTALEN

§ 107 SAMARBEJDSUDVALG

Stk. 1.

I hver region nedsættes et samarbejdsudvalg på 8-12 medlemmer.

Stk. 2.

Regionsrådet og kommunerne i regionen (Kommunekontaktrådet) udpeger tilsammen mindst 4 og højst 6 medlemmer, hvoraf kommunerne i regionen udpeger 1-2 medlemmer og regionen udpeger 3-5 medlemmer. Mindst 4 og højst 6 medlemmer udpeges af PLO-regionalt.

Stk. 3.

Samarbejdsudvalget holder møde 4 gange om året, og i øvrigt når en af parterne stiller krav herom.

Stk. 4.

Samarbejdsudvalget fastlægger en forretningsorden for sit arbejde med udgangspunkt i en af landssamarbejdsudvalget udarbejdet vejledende forretningsorden, jf. bilag 17.

Stk. 5.

Samarbejdsudvalget kan kun træffe afgørelser i enighed. I andre tilfælde skal sagen forelægges landssamarbejdsudvalget.

Stk. 6.

Samarbejdsudvalgets afgørelser skal fremsendes skriftligt til de parter, som afgørelsen vedrører. En af sagens parter kan inden seks uger fra modtagelsen af afgørelsen kræve samarbejdsudvalgets afgørelse forelagt for landssamarbejdsudvalget.

Stk. 7.

I det omfang samarbejdsudvalget finder det relevant, kan udvalget nedsætte faste eller ad hoc underudvalg. Et underudvalg kan varetage bestemte opgaver, f.eks. have ansvar for lægevagten. Samarbejdsudvalget fastsætter underudvalgets opgaver og kompetencer.

§ 108 SAMARBEJDSUDVALGETS OPGAVER OG BEFØJELSER

Stk. 1.

Samarbejdsudvalget vejleder med hensyn til forståelse og praktisering af overenskomstens bestemmelser.

Stk. 2.

Samarbejdsudvalget behandler klager over lægebetjeningen, jf. kapitel XIV, samt klager over **formelle fejl i sagsbehandlingen eller beregningsfejl ved** automatisk fastsatte højestegrænser, jf. § 88.

Stk. 3.

Samarbejdsudvalget behandler af egen drift sager, der vedrører sigtelser, tiltaler og domsfældelser i sager efter straffeloven, som samarbejdsudvalget eller parterne får kendskab til.

Stk. 4.

Samarbejdsudvalget kan gennem regionen anmode en læge, der virker under overenskomsten, om tilladelse til at indhente straffe- og børneattest. Eksempelvis kan samarbejdsudvalget vurdere, at der kan være behov herfor i forhold til sanktioner i forbindelse med verserende sager efter § 108, stk. 8.

Manglende tilladelse fra lægen til at samarbejdsudvalget kan indhente straffe- og børneattester, kan ligeledes sanktioneres efter § 108, stk. 8.

Stk. 5.

Samarbejdsudvalget har pligt til at behandle henvendelser, hvis lægehjælpsudgifter i et område afviger væsentligt fra udgifter i tilsvarende områder. Tilsvarende gælder sygehjælpsudgifter, der er afhængige af lægernes ordinationer.

Stk. 6.

Samarbejdsudvalget varetager i øvrigt de opgaver, der er henlagt til udvalget i denne overenskomst.

Stk. 7.

Samarbejdsudvalget skal forelægge sager, som vurderes at være af principiel karakter, for landssamarbejdsudvalget. Landssamarbejdsudvalget beslutter om en sag anses for principiel.

Stk. 8.

Samarbejdsudvalget har ved en læges misligholdelse eller overtrædelse af overenskomsten eller lokale aftaler, som henviser til overenskomstens sanktionsbestemmelser, adgang til:

- A. At tildele advarsel eller udtale misbilligelse
- B. At indstille til landssamarbejdsudvalget:
 - a) at lægen til regionen skal betale/tilbagebetale et af samarbejdsudvalget foreslået beløb **i de tilfælde, hvor lægen ikke er enig i tilbagebetalingskravet og/eller dets opgørelse,**
 - b) at lægen pålægges en bod, der stilles til rådighed for velgørende formål,
 - c) **at lægen suspenderes. Suspensionen ophører ved parternes enighed herom.**
 - d) at lægen udelukkes fra at praktisere efter overenskomsten. **Landssamarbejdsudvalget fastsætter en frist for afhændelse af praksis i disse tilfælde.**

Afgørelse efter A skal indberettes til landssamarbejdsudvalget.

Stk. 9.

Forud for anvendelsen af de i stk. 8 nævnte sanktioner har samarbejdsudvalget mulighed for at:

- a) tilbyde rådgivning og vejledning
- b) tilbyde kollegial støtte, fx fra mentor eller netværk
- c) give henstilling eller påbud om at tilpasse adfærden **(f.eks. efterleve økonomisk lægemiddelordination, aftalte forløbsprogrammer m.v.).**

Stk. 10.

Samarbejdsudvalget drøfter mindst én gang årligt samarbejdet mellem almen praksis, sygehuse, den øvrige praksissektor, kommunerne og region, herunder hvordan almen praksis mest hensigtsmæssigt **kan medvirke til** en effektivisering af samspillet mellem de alment praktiserende læger og øvrige dele af sundhedsvæsenet.

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 kan løses. Der kan eksempelvis være behov for at facilitere samarbejdet yderligere via øget informationsindsats, styrket anvendelse af praksiskon-sulenter og evt. andre dialogbaserede værktøjer. Hvis problemstillingen

fortsat ikke kan løses, vurderer samarbejdsudvalget, om der er grundlag for at anvende sanktioner.

Stk. 11.

Samarbejdsudvalget indberetter til **landssamarbejdsudvalget** en gang årligt en kort afrapportering fra de i medfør af stk. 10 gennemførte drøftelser.

§ 109 LANDSSAMARBEJDSUDVALGET

Stk. 1.

Der nedsættes et Landssamarbejdsudvalg (LSU) bestående af medlemmer udpeget af RLTN og medlemmer udpeget af PLO. Hver part udpeger op til 6 medlemmer.

Stk. 2.

Landssamarbejdsudvalget holder ordinært møde hvert kvartal, og i øvrigt når mindst 4 medlemmer stiller krav herom.

Stk. 3.

Landssamarbejdsudvalget fastsætter selv sin forretningsorden.

NOTE til § 107 og § 109:

Følgende bestemmelse i Sundhedsloven har konsekvens for behandlingen af sager i samarbejdsudvalgene og landssamarbejdsudvalget:

Sundhedsloven § 227, stk. 13: Ved behandling af sager i paritetiske organer nedsat i henhold til overenskomster, indgået i medfør af stk. 1, skal en sundhedsperson, som er part i sagen, og som ikke er medlem af en forening, som er repræsenteret i det paritetiske organ, gives ret til at møde, evt. ved bisidder, når en klage over den pågældende eller en sag, som evt. vil kunne give anledning til fastsættelse af sanktioner over for den pågældende, behandles.

§ 110 LANDSSAMARBEJDSUDVALGETS OPGAVER OG BEFØJELSER

Stk. 1.

Landssamarbejdsudvalget skal til fremme af samarbejdet mellem parterne og til brug for udvikling eller ændring af de overenskomstrelaterede opgaver på eget initiativ foretage fornødne undersøgelser og kan udarbejde vejledninger til forståelse og praktisering af overenskomstens bestemmelser.

Stk. 2.

Landssamarbejdsudvalget behandler henvendelser om fortolkning af overenskomsten fra PLO-regionalt, regionerne, samarbejdsudvalgene samt andre, f.eks. centrale myndigheder. Landssamarbejdsudvalget fungerer som ankeinstans i klagesager, jf. kapitel XIII.

Stk. 3.

Landssamarbejdsudvalget har pligt til at føre effektiv kontrol med udgifterne til lægehjælp ydet i henhold til denne overenskomst, herunder udgifter, der er afhængige af lægernes ordination, jf. kapitel IX.

Stk. 4.

Landssamarbejdsudvalget kan træffe foranstaltninger til nedbringelse af en læges regningskrav over for regionen.

Stk. 5.

Såvel regioner som læger er pligtige at meddele statistiske oplysninger, som er nødvendige for udvalgets virksomhed. Landssamarbejdsudvalget fastlægger retningslinjer for hvilket statistisk materiale, der på grundlag af yderregisteret og afregningssystemet, skal udarbejdes til brug for udvalget, og tager stilling til afholdelse af de udgifter, der er forbundet med udarbejdelsen af det statistiske materiale.

Stk. 6.

Landssamarbejdsudvalget kan ved klage over højestegrænser, og ved indberetning af oplysning om tildeling af advarsel eller udtalelse af misbilligelse, tiltræde afgørelsen, ændre afgørelsen eller tilbagesende sagen til fornyet behandling i **samarbejdsudvalget**.

Stk. 7.

Landssamarbejdsudvalget skal orienteres om landsdækkende statistisk materiale vedrørende overenskomsten, som hver af overenskomstens parter måtte udarbejde. Materialet skal videregives i anonymiseret form, såfremt hensynet til enkeltpersoner taler herfor.

Stk. 8.

Landssamarbejdsudvalget udarbejder vejledende forretningsorden for samarbejdsudvalgene.

§ 111 LANDSSAMARBEJDSUDVALGETS SANKTIONSMULIGHEDER

Stk. 1.

Landssamarbejdsudvalget har, for så vidt det drejer sig om en region, adgang til:

- a) at tildele advarsel eller udtale misbilligelse med eller uden tilkendegivelse af gentagelsesvirkning,
- b) at pålægge regionen at efterbetale lægen et af landssamarbejdsudvalget fastsat beløb,
- c) at pålægge regionen en bod, der stilles til rådighed for velgørende formål.

Stk. 2.

Landssamarbejdsudvalget har, for så vidt det drejer sig om en læge, adgang til:

- a) at tildele advarsel eller udtale misbilligelse med eller uden tilkendegivelse af gentagelsesvirkning,
- b) at beslutte at lægen til regionen skal betale/tilbagebetale et af Landssamarbejdsudvalget fastsat beløb,
- c) at pålægge lægen en bod, der stilles til rådighed for velgørende formål
- d) at suspendere lægen midlertidigt fra at praktisere efter overenskomsten.**
- e) at udelukke lægen fra at praktisere efter overenskomsten.

Beslutninger efter b) og c) kan af regionen effektueres ved modregning i lægens tilgodehavende.

Stk. 3.

Landssamarbejdsudvalget kan bestemme, at en af **udvalget truffet afgørelse** skal offentliggøres efter udvalgets nærmere bestemmelse.

Stk. 4.

Afgørelser indeholdende en af de i stk. 1 og 2 nævnte sanktioner skal fremsendes **elektronisk via e-boks**.

Stk. 5.

I mangel af enighed i landssamarbejdsudvalget om iværksættelse af en sanktion kan sagen af én eller begge parter indbringes for en opmand, jf. §§ 114 og 115.

Stk. 6.

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

- a) tilbyde rådgivning og vejledning
- b) tilbyde kollegial støtte, f.eks. fra mentor eller netværk
- c) give henstilling eller påbud om at tilpasse adfærden

§ 112 FORTOLKNINGSBIDRAG

Afgørelser truffet af landssamarbejdsudvalget efter den tidligere overenskomst gælder som fortolkningsbidrag i den **til enhver tid gældende overenskomst**.

OPMAND

§ 114 OPMAND

Stk. 1.

Parterne udpeger en uafhængig opmand.

Stk. 2.

I tilfælde af uenighed mellem parterne om udpegning af opmand udpeges denne af ministeren for Sundheds- og Ældreministeriet.

Stk. 3.

Udgifterne til opmandens virksomhed fordeles ligeligt mellem overenskomstens parter.

Stk. 4.

Ved en sags behandling af opmanden er sagens parter PLO og RLTN.

§ 115 OPMANDENS OPGAVER

Stk. 1.

Sager om fortolkning og anvendelse af en overenskomst samt klagesager, hvorom der ikke kan opnås enighed i landssamarbejdsudvalget, kan af hver af overenskomstens parter indbringes for opmanden. Såfremt en af parterne ønsker, at opmanden skal mægle mellem parterne, indkaldes der, forinden sagen indbringes for opmanden, til møde mellem opmanden og landssamarbejdsudvalget, hvor opmanden undersøger muligheden for et forlig og om muligt fremsætter et forligsforslag. Sager om idømmelse af organisationsansvar kan ligeledes indbringes for opmanden. Også i sager om organisationsansvar gælder bestemmelserne om mægling.

Stk. 2.

Landssamarbejdsudvalget fastsætter regler for behandling af sager ved opmanden.

Stk. 3.

Opmandens kendelser er bindende for parterne. I sager om idømmelse af organisationsansvar kan der pålægges en af parterne en bod.

KAPITEL XIV. KLAGEREGLER

§ 116 KLAGEREGLERNES OMFANG

Stk. 1.

Klagereglerne omfatter regioner, kommuner, alle patienter og alle overenskomstomfattede læger.

Stk. 2.

Klagereglerne omfatter de forhold, der er omhandlet i overenskomsten, **herunder også lægens adfærd og opførsel.**

NOTE til § 116:

Kommunikationen mellem læge og patient er af stor betydning for et godt patientforløb, og her har lægen som den professionelle part et særligt ansvar for at sikre den gode kommunikation.

§ 117 FREMSÆTTELSE AF KLAGER

Stk. 1.

Klager fra patienter fremsættes **skriftligt direkte overfor regionen.**

Stk. 2.

Klager fra læger fremsættes over for PLO-regionalt.

Stk. 3.

Klager fra kommuner fremsættes over for regionen.

Stk. 4.

Alle klager skal fremsættes inden seks uger efter, at det forhold, der giver anledning til klagen, er kommet til klagerens kundskab.

§ 118 BEHANDLING AF KLAGER FRA PATIENTER

Stk. 1.

Klagen forelægges den region, hvor lægen har sit konsultationssted.

Stk. 2.

Regionen indhenter en udtalelse fra den part, der er klaget over, eller afgiver selv en udtalelse til landssamarbejdsudvalget, jf. stk. 4, såfremt det er regionen, der er klaget over.

Stk. 3.

Vedrører klagen en læge **eller en kommune** indbringes klagen for samarbejdsudvalget.

Stk. 4.

Klager over regionen forelægges for landssamarbejdsudvalget.

§ 119 BEHANDLING AF KLAGER FRA LÆGER

Stk. 1.

PLO-regionalt indhenter en udtalelse fra den part, der er klaget over, dog for så vidt angår klager over patienter, en udtalelse gennem regionen.

Stk. 2.

Vedrører klagen en patient indbringes klagen, såfremt PLO-regionalt ikke mener at kunne afvise klagen, for samarbejdsudvalget.

Stk. 3.

Vedrører klagen en kommune indbringes klagen for samarbejdsudvalget.

Stk. 4.

Vedrører klagen en region, indbringes klagen for samarbejdsudvalget.

§ 120 BEHANDLING AF KLAGER FRA KOMMUNER

Stk. 1.

Klagen forelægges den region, hvor lægen har sit konsultationssted.

Stk. 2.

Regionen indhenter en udtalelse fra den part, der er klaget over, eller afgiver selv en udtalelse til landssamarbejdsudvalget, jf. stk. 4, såfremt det er regionen, der er klaget over.

Stk. 3.

Vedrører klagen en læge, indbringes klagen for samarbejdsudvalget.

Stk. 4.

Vedrører klagen en region, forelægges klagen for landssamarbejdsudvalget.

§ 121 FÆLLES REGLER FOR BEHANDLING AF KLAGER

Stk. 1.

Ved klager der ikke omfattes af klagereglerne i **denne overenskomst**, skal klageren oplyses herom og vejledes med hensyn til andre klagemuligheder.

Stk. 2.

Klager kan ikke afgøres ved forhandling med den part, der klages over, og den, der behandler klagen.

Stk. 3.

Sagsbehandling af klager i henhold til kapitel XIV skal følge forvaltningslovens regler.

Stk. 4.

Parterne i klagesager er forpligtet til at afgive fuld oplysning om alle i sagen vedrørende forhold til den, der har sagen til behandling. **Ved ikke at svare fralægger lægen sig muligheden for at få sine synspunkter medtaget i vurderingen af sagen.**

Stk. 5.

Klagesager skal behandles som fortrolige. Offentliggørelse kan kun finde sted efter særlig vedtagelse i landssamarbejdsudvalget.

Stk. 6.

I sager der behandles efter dette kapitel, er parterne pligtige at rette sig efter den trufne afgørelse.

§ 122 AFGØRELSE AF KLAGESAGER OG ANKE

Stk. 1.

Der kan kun træffes afgørelse i klagesager, når der er enighed om afgørelsen i **samarbejdsudvalget/landssamarbejdsudvalget**.

Stk. 2.

Er der ikke enighed i samarbejdsudvalget, indbringes sagen for landsamarbejdsudvalget til afgørelse.

Stk. 3.

Samarbejdsudvalgets afgørelse kan inden seks uger **fra afgørelsens afsendelsesdato**, af klageren eller af den indklagede, indbringes for landsamarbejdsudvalget.

§ 123 FAGLIGE KLAGER

Alle patienter tilbydes dialog i forbindelse med indgivelse af en klage til **Styrelsen for Patientsikkerhed** over en konkret sundhedsfaglig behandling eller sundhedsfaglige behandlingsforløb.

Formålet med dialogen er at sikre sig, at patienten er blevet forstået, og muligheden for en klageafbødende løsning er blevet undersøgt. Det op-

nås som udgangspunkt bedst, hvis den praktiserende læge vælger at deltage i den lokale dialog, som tilbydes patienten i forbindelse med patientklager.

KAPITEL XV. IKRAFTTRÆDEN M.V.

§ 124 ADGANG TIL ÆNDRINGER I OVERENSKOMSTEN

Under overenskomstens løbetid kan parterne foretage ændringer i overenskomstens bestemmelser uden opsigelse af overenskomsten.

§ 125 IKRAFTTRÆDEN

Ændringer aftalt den 14. september 2017 træder i kraft den 1. januar 2018.

§ 126 OPSIGELSE

Stk. 1.

Overenskomsten kan af begge parter opsiges med mindst 6 måneders varsel til ophør til den 1. i en måned.

Stk. 2.

Overenskomstens bestemmelse i § 53 vedrørende samtaleterapi bortfalder regionsvis med et varsel på 6 måneder til ophør den 1. i en måned, såfremt der i regionen er indgået en underliggende aftale til praksisplanen, som fastlægger indsatser for visse patienter med psykiske sygdomme.

Stk. 3.

Såfremt der ved ændring af lovgivningen om priser eller avancer eller lovgivningen, der regulerer arbejdsmarkedets forhold, gribes ind i honorarfastsættelsen efter overenskomsten, kan overenskomsten opsiges med 2 måneders varsel til ophør den 1. i en måned, uanset stk. 1. Dette er også tilfældet, hvis der ved lovgivning pålægges lægerne væsentligt øgede praksisomkostninger. Forinden skal der foregå forhandlinger mellem parterne.

NOTE til § 126:

Parterne er enige om, at næste forhandling af overenskomsten på uopsagt grundlag bør være gennemført til ikrafttræden den 1. januar 2021.

København, den 14-09-2017

For REGIONERNES LØNNINGS- OG TAKSTNÆVN:

Anders Kühnau

/

Signe Friberg

For PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION:

Christian Freitag

/

Jonatan Schloss

BILAG TIL OVERENSKOMST OM ALMEN PRAKSIS

Honorarer er i 01-10-2017 pris- og lønniveau med mindre andet er anført.

BILAG 1: PROTOKOLLAT OM ROLLER OG OPGAVER I ALMEN PRAKSIS AF 21-12-2010

I det følgende beskrives de basale forpligtelser, som almen praksis har ved tilslutning til overenskomsten for almen praksis. 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.

Frontlinjelæge

Almen praksis er borgerens første, frie og uvisiterede kontakt til sundhedsvæsenet. Den praktiserende læge er den medicinske ekspert, der som frontlinjelæge 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 hel-

bredsmæssigt 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 resourcer.

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 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 socialmedicinsk samarbejde med kommunerne. Den socialmedicinske indsats vedrører primært ressourcetsvage patienter, misbrugere, børn/unge med særlige behov og ældre patienter.

Almen praksis har endvidere en vigtig rolle som tidlig opsporer 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 2: PROTOKOLLAT OM SAMARBEJDE MELLEM ALMEN PRAKSIS, SYGEHUSVÆSEN, KOMMUNER OG REGIONER AF 21-12-2010

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. PLO-R 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 3: PROTOKOLLAT OM STYRKET OPFØLGINGSINDSATS VED SEKTOROVERGANGE AF 14-09-2017

Baggrund og formål

Parterne er enige om, at der i visse situationer er behov for at sikre en særlig hurtig opfølgning i almen praksis efter en sygehusindlæggelse. Herved kan risikoen for sektorskit og potentielt farlige situationer undgås.

Det drejer sig i særlig grad om de patienter, der pga. egen fysisk eller psykisk svækkelse ikke selv forventes at kunne tage initiativ til den opfølgning hos deres praktiserende læge, som mange sygehusindlæggelser efterfølges af. Problemet forstærkes, hvis heller ikke borgernes netværk kan træde til i denne situation.

Formålet med denne indsats er at mindske antallet af tilfælde, hvor patienten "falder mellem to stole", og hvor væsentlige indsatser bliver forsinkede.

Opgaver og ansvar

Opgaven for styrket opfølgningsindsats gælder ved følgende to forhold:

- 1) Behov for akut opfølgningsindsats i almen praksis inden for 1-2 hverdage efter sektorovergang (rødt flag)
- 2) Behov for opsøgende indsats fra almen praksis overfor særligt sårbare patienter, som har et opfølgningsbehov efter sektorovergang, men som ikke af egen drift henvender sig til almen praksis (gult flag).

Den praktiserende læge forpligter sig til at følge op over for patienten ved aktivt at forholde sig til epikrisen og reagere adækvat på den udskrivende læges anbefalinger.

Almen praksis' forpligtelse i henhold til overenskomsten om naturligt at følge op overfor patienter, som modtager behandling i flere sektorer, gør sig i øvrigt gældende som vanligt (grønt flag).

Den akutte opfølgningsforpligtelse (rødt flag) dækker dagtid og ferier. Det betyder bl.a., at den praktiserende læge skal sørge for monitorering og nødvendig opfølgning af indkomne epikriser ved stedfortræder i ferieperioder. Den praktiserende læge kan kontakte udskrivende læge såfremt opfølgningen af faglige eller rent praktiske årsager ikke kan gennemføres.

I særlige tilfælde kan det være nødvendigt undtagelsesvist at instruere udskrivende læge i at ændre fra gult til rødt flag for at sikre en opsøgende indsats overfor sårbare patienter i perioder, hvor der forventeligt er længerevarende ferie hos en læge. Et rødt flag vil netop sikre, at stedfortrædende læge får kendskab til og foretager den nødvendige opfølgning.

Økonomi

Almen praksis tilføres en merøkonomi på 30 mio. kr. (oktober 2016-prisniveau). Beløbet tillægges basishonoraret. Den økonomiske ramme hæves tilsvarende.

Merøkonomien dækker et styrket fokus på den akutte og den opsøgende indsats ved sektorovergange samt de ændrede arbejdsgange, som sikrer daglig monitorering af meddelelser fra andre dele af det behandlende sundhedsvæsen.

Derudover tillægges 10 mio. kr. (oktober 2016-prisniveau) til den økonomiske ramme til forventet meraktivitet som følge af den øgede opsøgende indsats. Herunder afregnes eventuel opsøgende indsats på telefon som almindelig telefonkonsultation.

Implementering og evaluering

Det er udskrivende eller afsluttende læge på sygehuset, der vurderer behov for opfølgning. Denne vurdering skal ske med udgangspunkt i en faglig vejledning.

Praktiserende læger bliver understøttet i opfølgningen, når der foreligger en epikrisestandard, som muliggør en tydelig angivelse af opfølgningsbehov, fx via et grønt, gult eller rødt flag, samt en faglig vejledning om, hvilke situationer der tilsiger anvendelsen af de tre opfølgningskategorier.

Den tekniske epikrisestandard skal udvikles og implementeres i de lokale systemer, dvs. hhv. i almen praksis og i de regionale systemer, så den er i drift senest ved udgangen af 2. kvartal i 2019.

Når de tekniske løsninger er implementeret, vil parterne følge udviklingen i omfang og udbredelse hen over aftaleperioden.

Anvendelse i overgangsperiode

Indtil den elektroniske løsning er udarbejdet som en del af aftalen om digital kommunikation skal hospitalet i disse særlige situationer, hvor der er behov for en specifik opfølgningsindsats, samtidig med epikrisen sende en korrespondancemeddelelse til den praktiserende læge. I emnefeltet på korrespondancemeddelelsen skal hospitalet tydeligt markere, at epikrisen

beskriver et behov for en specifik opfølgningsindsats og om opfølgningen er rød eller gul.

Da alle lægesystemer endnu ikke har mulighed for autosvar i tilfælde af ferielukning, stiller PLO en webbaseret oversigt over ferieperioder og ferieaflødere til rådighed for læger på hospitaler med henblik på en sikker overlevering af rødmarkerede epikriser. Løsningen består af en hjemmeside, hvor man ved at indtaste ydernummer på patientens læge får præsenteret akut telefonnummeret til praksis. Hvis praksis holder ferielukket, vil telefonnummer og lokationsnummer på stedfortrædende læge være oplyst, således at korrespondancemeddelelsen kan afsendes til korrekt modtager.

BILAG 4: ØKONOMIPROTOKOLLAT AF 14-09-2017

Råderummet i den offentlige økonomi er begrænset. Det er derfor afgørende, at aftalen understøtter styring af økonomien på området, og giver den enkelte region sikkerhed for den årlige aftaleøkonomi. Det nødvendiggør, at der aftales en fast årlig økonomisk ramme, som gælder kollektivt for de praktiserende læger med tilhørende automatiske mekanismer til sikring af, at rammen overholdes. De praktiserende læger vil inden for denne ramme skulle varetage deres opgaver og prioritere deres indsatser, så ressourcerne udnyttes bedst muligt til at sikre borgerne lægeydelser af høj kvalitet

I økonomiprotokollatet er der taget højde for den ekstraordinære situation, at den aftalte økonomiske ramme overskrides. I dette tilfælde vil overskridelsen blive modregnet i praktiserende lægers årlige honorar, jf. nedenfor. Modregningsadgangen er en sekundær mekanisme, der anvendes i den situation, hvor regionernes udgifter til almen lægehjælp i aftaleperioden ellers ville overstige den aftalte økonomiske ramme.

I henhold til Sundhedsloven er der fri adgang for sikrede til det almen medicinske tilbud. Det betyder, at den enkelte læge ikke kan styre antallet af initiale henvendelser i praksis. Dette er en særlig omstændighed, som nødvendiggør, at både PLO som organisation, og regionerne som myndighed, skal kunne give løbende information og vejledning til de praktiserende læger om det aktuelle udgiftsniveau set i forhold til den økonomiske ramme, og om de overenskomstmæssige konsekvenser af, at den økonomiske ramme overskrides. Parterne er enige om, at både regioner og PLO har et aktivt medansvar for at levere information og vejledning med henblik på at bistå med at sikre, at aktiviteten holder sig indenfor det fastlagte loft.

Den økonomiske ramme for almen praksis udgør pr. 1. januar 2018 7.547,9 mio. kroner (oktober 2016-prisniveau). Rammen omfatter alle udgifter i dag- og vagttiden, inkl. basishonorering. Udgifter vedrørende profylakseydelser, influenzavaccinationer, cervixytologiske undersøgelser (2102, inkl. én 0101), aktivitet i regions- og udbudsklinikker er ikke inkluderet i rammen. Rammen er ligeledes korrigeret for indførelse af automatiske højstegrænser, jf. aftale af 1. marts 2014. Endeligt er udgifter vedr. lokale aftaler og rammeaftaler ikke inkluderet i rammen.

Den økonomiske ramme reduceres for udgifter vedr. samtaleterapi i takt med, at der i de enkelte regioner indgås en praksisplan og i tilknytning hertil en underliggende aftale til praksisplanen mellem PLO, regionen og

kommunerne i regionen, hvor indsatser for visse patienter med psykiske problemstillinger fastlægges. Rammen reduceres med et beløb svarende til den enkelte regions udgifter til ydelserne vedrørende samtaleterapi de forudgående 12 måneder.

Til rammen lægges (alle beløb i oktober 2016-prisniveau):

- Løn- og prisregulering af honorarerne i henhold til § 62 i overenskomsten.
- 60 mio. kr. pr. 1. januar 2018, 109 mio.kr. 1. januar 2019 og 152 mio. kr. pr. 1. januar 2020 som følge af udviklingen i gruppe 1-sikrede.
- 78,3 mio. kr. pr. 1. januar 2018, 94,1 mio.kr. 1. januar 2019 og 101,2 mio. kr. pr. 1. januar 2020 som følge af udflytning af diabetes type 2-opgave.
- 43,7 mio. kr. pr. 1. januar 2018, 47,3 mio. kr. 1. januar 2019 og 50,6 mio.kr. pr. 1. januar 2020 som følge af udflytning af KOL-opgave.
- 23 mio. kr. pr. 1. januar 2018, 25 mio. kr. pr. 1. januar 2019, 25 mio. kr. pr. 1. januar 2020 som følge af tidlig opsporing. Heraf anvendes 8,7 mio. kr. til øget aktivitet af spirometrier og 16,3 mio. kr. til KOL-opgaven.
- 5,4 mio. kr. til kræftkontroller.
- 10 mio. kr. til kræftopfølgning til et løft af basishonoraret.
- 87 mio. kr. pr. 1. januar 2018, 105 mio.kr. pr. 1. januar 2019 og 121,3 mio.kr. pr. 1. januar 2020 til et løft af basishonoraret til opbygning af kapacitet til styrket kronikerbehandling.
- 40 mio. kr. pr. 1. januar 2018, 30 mio. kr. pr. 1. januar 2019, 20 mio. kr. pr. 1. januar 2020. Tillægges som et ikke varigt løft af basishonorar.
- 90 mio. kr. pr. 1. januar 2018, 95 mio. kr. pr. 1. januar 2019, 100 mio. kr. pr. 1. januar 2020 til sygebesøg.

- 18 mio.kr. pr. 1. januar 2017, 35 mio.kr. 1. januar 2019 og 40 mio. kr. pr. 1. januar 2020 til forløbsplaner til et løft af basishonoraret
- 40 mio. kr. til opfølgning på epikriser, heraf anvendes 30 mio. kr. til et løft af basishonoraret.
- 8 mio.kr. pr. 1. januar 2018, 15 mio.kr. 1. januar 2019 og 15 mio.kr. pr. 1. januar 2020 til børneastma til et løft af basishonoraret.

Den økonomiske ramme korrigeres teknisk for følgende:

- Nye ydelser som følge af lovgivning, bekendtgørelser eller lignende.
- Lokalt aftalte opgørelser for ændringer i aktiviteten som følge af omlægninger i regionernes akutbetjening. Rammen er endeligt korrigeret for aktivitetsændringer som følge af omlægningen af Region Hovedstadens og Region Syddanmarks akutordninger.
- Økonomirammen reduceres med den andel af de udmøntede midler til spirometrier, som der ikke er afholdt aktivitet for.

I helt særlige tilfælde kan der herudover 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. december 2020.

Udviklingen i økonomien sammenholdt med den økonomiske ramme følges løbende, som minimum via kvartalsvise opgørelser.

De aktuelle udgifter i dag- og vagttiden, inkl. basishonorering med fradrag af aktuelle udgifter vedr. profylakseydelser, influenzavaccinationer, cervixytologiske undersøgelser (2102 inkl. én 0101), aktivitet i udbuds- og regionsklinikker, lokale aftaler og rammeaftaler sammenholdes med den fastsatte økonomiske ramme.

Der skal ske en drøftelse af fælles tiltag, hvis der er udsigt til overskridelse af den forventede økonomi. Den første opgørelse udarbejdes, når udgiftstallene for marts 2018 foreligger.

Hvis de årlige udgifter, normeret til 52 uger, til almen praksis overstiger den aftalte ramme, er parterne enige om, at der med virkning fra den førstkommande regulering efter opgørelsen foreligger, sker en modregning efter følgende principper:

1. Ved overskridelser af den økonomiske ramme på mindre end 0,6 procent af den samlede ramme, iværksættes ikke modregning. Eventuelle overskridelser af den økonomiske ramme det efterfølgende år på mindre end 0,6 procent undtages ikke fra modregning som beskrevet i punkt 2, med mindre andet aftales.
2. Ved overskridelser af den økonomiske ramme ud over 0,6 procent sker en nedsættelse af reguleringsprocenten og om nødvendigt af basishonoraret med mindre andet aftales. Denne modregning skal give kompensation svarende til den konstaterede forskel mellem den afsatte ramme og de regionale udgifter. Den fulde overskridelse udover 0,6 procent, jf. pkt. 1, forventes dermed tilbagebetalt. Modregningen afvikles fremadrettet over et år med virkning fra førstkommande regulering. Modregning forløber således over to reguleringsperioder, hvorefter tilbagebetalingen anses som afviklet.

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

BILAG 5: PROTOKOLLAT VEDRØRENDE DIFFERENTIERET BASIS-HONORAR AF 14-09-2017

Der etableres en central ordning på 60 mio. kr. vedrørende differentieret basishonorar, hvoraf der reserveres 24 mio. kr. årligt til fordeling blandt praktiserende læger beliggende i lægedækningstruede områder. 36 mio. kr. reserveres årligt til praksis, som har en patientpopulation med en patienttyngde over gennemsnittet i henhold til en statistisk beregnet sammenhæng mellem forbrug på den ene side og alder, køn og sygelighed på den anden side, jf. dog at der fastlægges en dynamisk minimumsgrænse (se nedenfor).

Modellen er således bygget op af to delelementer, én der vedrører patienttyngden og én der vedrører om praksis er geografisk beliggende i et lægedækningstruet område. Disse to elementer afgør udbetaling fra den centralt fastlagte ordning.

Ordningen gælder fra 1. januar 2018.

Den statistiske model beregnes på baggrund af 2016-data for patienternes alder og køn, Charlsons komorbiditetsindeks fra 2011-2015. Vægtene fastlåses i en tre-årig periode.

En objektiv model for hvilke områder der falder ud som lægedækningstruede, fastlægges af regionen inden den 1. maj 2018 og låses fast i en tre-årig periode.

Den enkelte praksis' andel af ordningen beregnes årligt inden den 1. maj på baggrund af klinikpopulationens alder, køn og sygelighed den 31. december.

Udbetalingen sker i to rater hvert år pr. 1. juli og 1. december.

Honoraret udbetales kun til virksomme praksis på udbetalingstidspunktet.

Det differentierede basishonorar indgår ikke i beregningen af årsopgørelse og fastsættelse af højestegrænser i henhold til overenskomstens § 88.

Udbetaling - patienttyngde er over gennemsnittet

Det differentierede basishonorar udbetales som et tillæg til det faste basishonorar, jf. overenskomstens § 48. Beregningen tager udgangspunkt i en statistisk beregnet, estimeret sammenhæng mellem patienters forbrug i almen praksis og patientkarakteristika: alder, køn og sygelighed.

Følgende variable indgår i den statistiske model:

- Afhængig variabel: Forbruget af sundhedsydelser målt ved bruttohonoraret, afgrænses til afregnet honorar i 2016, for ydelser i almen praksis dagtid, der udgør en særskilt kontakt (konsultation (0101), telefonkonsultation (0201), e-mailkonsultation (0105), sygebesøg (0411-61), andet fysisk fremmøde) mellem behandler og patient. På yderniveau er det samlede afregnede kontakthonorar for borgere tilmeldt yderen pr. 1. januar 2016.
- Uafhængig variabel: Alder og køn på tilmeldte patienter.
- Uafhængig variabel: Sygelighed måles ud fra Charlsons komorbiditetsindeks. I beregningen af Charlsons komorbiditetsindeks indgår alle diagnosekoder (aktions- eller bidiagnoser), der er registreret på sygehuset i perioden 2011 til 2015 (Landspatientregisteret). Indekset tildeler sygelighed en score 1,2,3 eller 6 efter sygdomstygde. I de anvendte vægte samles score 1 og 2 i vægten CCI=1,2 og score 3+ i CCI=3.

Den statistiske model resulterer i følgende vægte for de omfattede patientprofiler. Vægtene gælder for hele overenskomstperioden. Vægtene anvendes til at estimere hver enkelt kliniks andel af de 36 mio. kr. på baggrund af klinikkens patientpopulation.

Tabel: Vægte til beregning af patienttyngde (alder og køn; sygelighed)

Køn	Aldersgruppe	Vægt
Mænd	0-14	0,51
	15-24	0,40
	25-34	0,46
	35-44	0,53
	45-54	0,67
	55-59	0,84
	60-64	0,99
	65-69	1,19
	70-75	1,40
	Over 75	1,86
Kvinder	0-14	0,55
	15-24	0,91
	25-34	1,24
	35-44	1,04
	45-54	1,04
	55-59	1,11
	60-64	1,19
	65-69	1,30
	70-75	1,50
	Over 75	1,96
Sygelighed	Let og middelsvær sygelighed (CCI= 1,2)	0,54
	Svær sygelighed (CCI=3+)	0,94

I modellen vægter alder og køn knap 92 pct. i udbetalingen af basishonoraret og sygelighed godt 8 pct.

For at modellen er gennemsigtig og håndterbar låses de statistiske vægte fast i overenskomstperioden, således at det kun er variationer i praksis' patientpopulation, der har betydning for det differentierede basishonorar.

Senest pr. 1.9.2020 opdateres vægtene i henhold til den aftalte statistiske model (på baggrund af ydelsesmønsteret for 2019) med mindre andet er aftalt, og herefter hvert tredje år. De nye vægte træder i kraft pr. 1.1.2021.

Udbetaling i henhold til den statistiske model for sammenhæng mellem population og patienttyngde udgør 60 % af de midler, der er reserveret i den centrale ordning for differentieret basishonorar.

Der sættes en minimums- og en maksimumsgrænse for de beløb, læger kan modtage fra ordningen i henhold til den statistiske model. Minimums-

grænsen er dynamisk og bliver meldt ud parallelt med udmelding om udbetaling fra ordningen. Maksimumgrænsen udgør 100.000 kr.

Udbetaling - adresse i lægedækningstruet område

Den statistiske model suppleres af en geografisk model, hvor der udbetales fra ordningen i henhold til om praksis er beliggende i et lægedækningstruet område. Differentiering i henhold til geografisk placering udgør 40 % af de midler, der er reserveret i ordningen, som fordeles ligeligt pr. patient til praksis med konsultationsadresse i lægedækningstruede områder.

Lægedækningstruede områder fastlægges af regionen hvert tredje år i henhold til en objektiv model. Med objektiv forstås en model med på forhånd fastlagte kriterier for, hvornår et område falder ud som lægedækningstruet. Områder må ikke udpeges skønsmæssigt.

Ændringer i de lægedækningstruede områder hvert tredje år bør så vidt muligt falde sammen med den planlagte opdatering af den statistiske models vægte af hensyn til systemtilpasninger.

BILAG 6: PROTOKOLLAT VEDRØRENDE DEN SAMLEDE HONORERING AF 13-10-2002 (RETTET PR. 14-09-2017)

Den samlede honorering relaterer sig til såvel den konkrete patientkontakt og kontakt til nødvendige samarbejdsrelationer, som til selve tilstedeværelsen af konsultationsfaciliteter m.v. I det samlede honorar er der således taget højde for, at der skal dækkes udgifter forbundet med konsultationsfaciliteter, service og tilgængelighed, evt. medhjælp, it og kørsel m.v. baseret på de forhold og forudsætninger, der var gældende på det tidspunkt, hvor overenskomsten blev fornyet.

Den samlede honorering dækker en række koordinerende funktioner, som ikke nødvendigvis er relateret til umiddelbar patientkontakt, men kan henføres til, at den praktiserende læge er primært ansvarlig for den samlede og kontinuerlige behandling af patienten.

Den praktiserende læges funktion som kontaktperson/tovholder for patienter, der går på tværs af sektorerne i behandlingsforløb, understøttes ligeledes gennem den samlede honorering i form af såvel basis- som ydelseshonorarer.

Den samlede honorering skal endvidere ses i sammenhæng med, at den praktiserende læge udøver sin professionelle rolle ved at fremme sundhed, forebygge sygdomme eller ved behandling, omsorg eller palliation uanset patientens alder, køn eller sundhedsproblem.

Herudover blev følgende opgaver aftalt **pr. 14. september 2017** som en del af lægens basishonorar.

Styrket indsats for kræft

Det er praktiserende læges ansvar at sikre en tilstrækkelig opfølgning i almen praksis for patienter i et kræftforløb eller patienter med et afsluttet kræftforløb. Patienter, som ikke traditionelt trækker direkte ydelser, har også krav på lægens aktive bevågenhed og tilpasning af ydelserne til patientens behov.

Styrket indsats for kronisk sygdom

En styrket indsats for kronisk sygdom skal især rettes mod de svært syge og de socialt udsatte borgere. De praktiserende læger skal i særligt grad rette en indsats mod sårbare patienter med særlige behov og en eller flere kroniske sygdomme. Denne ekstra indsats, blandt de patienter der er tilmeldt praksis, kan have både forebyggende, opsøgende og opfølgende karakter.

Den praktiserende læge er tovholder på patientforløbene og skal have særligt fokus på at hjælpe patienterne til at mestre deres egen sygdom og bidrage til, at patienten har overblik over sit behandlingsforløb.

Forløbsplaner

Elektroniske forløbsplaner skal implementeres i overenskomstperioden. Forløbsplaner er til alle patienter, som inden for de seneste fire år er diagnosticeret med enten diabetes type 2, KOL og/eller kroniske lænderygsmerter. Den praktiserende læge opretter, anvender og vedligeholder forløbsplanen i samarbejde med patienten i det videre forløb.

Styrket indsats for børn med astma

De praktiserende læger skal implementere og anvende 'Undersøgelsesprogram for Astma hos Børn og Unge' udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i 2016.

De praktiserende læge skal således medvirke til en tidlig og målrettet opsporing, diagnostik og udredning af børn og unge (0-18 år) med astma, eller hvor der foreligger mistanke herom. Derudover skal den praktiserende læge medvirke til en systematisk opfølgning af børn og unge med astma, som skal give børnene og deres forældre redskaber til at leve et godt liv med sygdommen og til at mestre de udfordringer, som livet med en kronisk sygdom giver.

BILAG 7: PROTOKOLLAT OM ANVENDELSE AF YDELSERNE I OVERENSKOMSTEN OG SAMMENHÆNGEN TIL DET ALMENMEDICINSKE ARBEJDSOMRÅDE AF 16-04-1999

Langt de fleste henvendelser til sundhedsvæsenet sker primært til de alment praktiserende læger. De praktiserende læger udreder og behandler den helt overvejende del af disse helbreds-mæssige problemer inden for det almenmedicinske arbejdsområde gennem samtale med og klinisk undersøgelse af patienten. Lægen vil således ved audiovisuelle iagttagelser, eventuelt ved hjælpemidler som stetoskop, otoskop, blodtryksmåling, palpering, diverse laboratorieundersøgelser m.v., kunne udrede patientens tilstand, stille en eller flere diagnoser og evt. iværksætte behandling. I nogle tilfælde vil den alment praktiserende læges egne iagttagelser, viden og udstyr ikke være tilstrækkeligt til en sufficient udredning og behandling, hvorfor lægen kan henvise til yderligere udredning og evt. behandling hos speciallæge, på sygehus, laboratorium, billeddiagnostisk funktion eller lignende, der råder over særlig specialviden eller særligt udstyr.

Parterne er enige om, at de ydelser, der er aftalt i overenskomsten, afspejler, hvorledes lægen honoreres for at yde den almenmedicinske indsats, som den praktiserende læge forventes at være i stand til at tilbyde patienterne. I ydelsessortimentet indgår såvel grundydelse, tillægsydelser, laboratorieydelser, samtaleterapi m.v.

Hvis den praktiserende læge ikke kan tilbyde alle ydelser, der er mulighed for at få honoreret i henhold til overenskomsten, skal der foreligge særlige forhold, f.eks. vedrørende praksis' patientsammensætning, størrelse og udstyr. Endvidere kan ydre forhold være afgørende for, om bestemte ydelser udføres af lægen, f.eks. den lokale tilrettelæggelse af laboratiefunktionen.

Endelig er det en vægtig grund, hvis lægen ikke er i stand til at oparbejde den fornødne rutine i udførelsen af visse ydelser.

BILAG 8 PROTOKOLLAT OM NY KVALITETSMODEL FOR ALMEN PRAKSIS AF 14-09-2017

Beløb er angivet i oktober 2016 prisniveau.

Udviklingen i sundhedsvæsenet stiller store krav til alle aktører – også til de praktiserende læger. De kendte krav om høj faglighed suppleres med krav om at prioritere rigtigt, om at kunne sætte ind overfor nye problemområder og om at kunne arbejde med kvalitet på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet.

Parterne har set på, hvordan der kan skabes et kvalitetsarbejde, som kontinuerligt udvikler fagligheden og indsatserne i almen praksis. Det er ambitionen, at kvalitetsarbejdet skal nå ud til alle praktiserende læger og dermed komme alle patienter til gavn.

Almen praksis er en del af det samlede sundhedsvæsen. Derfor skal arbejdet med kvalitetsudvikling og forbedring af behandlingsindsatsen i almen praksis udvikles og tilpasses som en del af det samlede sundhedsvæsen.

Med det nationale kvalitetsprogram er der opstillet otte nationale mål, igangsat et ledelsesprogram og etableret lærings- og kvalitetsteams. Målene sætter retningen for kvaliteten i det danske sundhedsvæsen. Almen praksis er som en del af det samlede sundhedsvæsen omfattet af det nationale kvalitetsprogram.

Parterne har beskrevet, hvordan den fremtidige kvalitetsorganisation og det fremtidige kvalitetsarbejde i almen praksis kan tænkes, og hvordan parterne i fællesskab kan facilitere dette arbejde.

Parterne har besluttet at implementeringen af en ny kvalitetsorganisation og et nyt kvalitetsarbejde i almen praksis bedst understøttes ved at etablere et Program for kvalitetsudvikling i almen praksis med tilhørende programbestyrelse og programstyregruppe. Dette sker i erkendelse af, at den bedste model for dette kvalitetsarbejde bør udvikles, under hensyntagen til de erfaringer, man gør sig undervejs.

Parternes fælles vision for kvalitetsudvikling i almen praksis er,

- at arbejdet med almen medicinsk kvalitetsudvikling når ud til alle praktiserende læger,
- at kvalitetsarbejdet opleves som relevant og praksisnært,

- at den enkelte praktiserende læge arbejder med datadrevet kvalitetsudvikling i egen klinik, og
- at kvalitetsarbejdet udfolder sig mellem læger og i dialog med det øvrige sundhedsvæsen.

Parterne ønsker, at programmet skal bygge kvalitetsudviklingen på, at de praktiserende læger indgår i såkaldte klynger, jf. afsnittet "Om klynger".

Program for kvalitetsudvikling i almen praksis

Parternes målsætning for Program for kvalitetsudvikling i almen praksis er:

- at fremme og understøtte at alle praktiserende læger finder sammen i faglige fællesskaber (klynger), som mødes og arbejder med kvalitetsdata og kvalitetsudvikling.

Det forudsættes, at programmet inddrager og bygger videre på den viden og de erfaringer, som allerede er etableret i relation til datadrevet kvalitetsudvikling og samarbejdet mellem almen praksis og regionerne.

Leverancerne i programmet knytter sig til projektspor, som bl.a. omfatter:

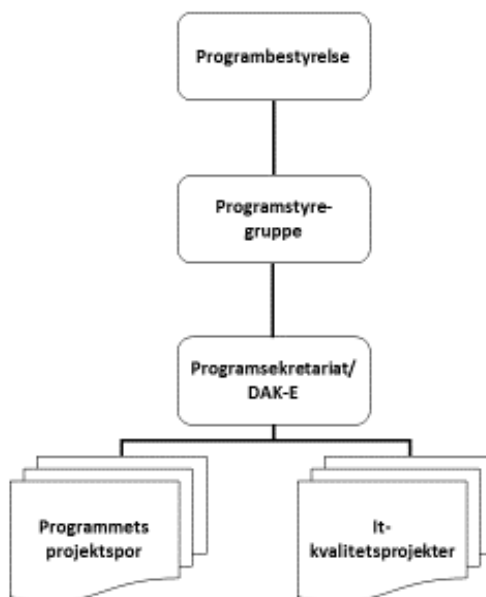
- *Datadrevet kvalitetsudvikling:* Etablering af et datagrundlag som understøtter klyngernes arbejde med kvalitet og dialogen med det øvrige sundhedsvæsen. Datagrundlaget for kvalitetsudviklingen skal kunne forbedre patientbehandlingen og datagrundlaget skal afspejle dette. Datagrundlaget skal på den ene side kunne understøtte den enkelte klinik i arbejdet med kvalitetsudvikling med udgangspunkt i egen patientpopulation, og på den anden side give mulighed for at der kan ske udveksling af informationer mellem klyngen og samarbejdspartnere i det øvrige sundhedsvæsen. Som led heri skal de juridiske forhold vedrørende behandling og udveksling af data kortlægges.
- *Udvikling af indikatorer for almen medicin:* Etablering af kvalitetsindikatorer med afsæt i de otte nationale mål for kvalitet i sundhedsvæsenet samt almen medicinsk faglighed som grundlag for databaseret kvalitetsarbejde i almen praksis. Indikatorerne skal belyse de mange aspekter, der er i arbejdet med patientbehandlingen i almen praksis.
- *Klyngedannelse:* Etablering af understøttende tiltag som fremmer lægernes etablering af og deltagelse i klyngearbejdet. Dette projektspor har fokus på alt fra praktiske vejledninger til gode råd om, hvad det vil sige at arbejde sammen i klynger om kvalitet, samt ar-

bejde med kvalitetsdata og forbedringsarbejde via brugen af data. Indsatserne skal ses i sammenhæng med elementer i det nationale kvalitetsprogram, herunder lærings- og kvalitetsteams.

- *Regional organisering:* Fastlægge rammerne for og forventninger til samspillet mellem klynger og det øvrige sundhedsvæsen, herunder særligt de regionale kvalitetsenheder. Som en del af dette spor indgår at afdække den regionale kvalitets- og efteruddannelsesindsats, samt hvordan de eksisterende ordninger på områderne kan anvendes til fremadrettet også at facilitere samarbejdet mellem klynger og det øvrige sundhedsvæsen.
- *Fremtidig national organisering:* Forberedelse af hvordan programmets leverancer skal overgå til drift såvel regionalt som nationalt samt økonomien heri. Overgangen til drift kan både ske løbende i programmet og ved dets afslutning. Organiseringen skal sikre, at der også fremadrettet er en synergi mellem kvalitetsudvikling, forskning og efteruddannelse for almen praksis.

Projektsporene skal gøre brug af eksisterende viden og forskning inden for kvalitetsarbejde, samt ses i sammenhæng med efteruddannelsesindsatsen. Herudover skal erfaringerne fra det nuværende samarbejde på kvalitetsområdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen inddrages. Repræsentanter for klyngekoordinatorerne og patienterne vil blive inddraget i projektsporerne i det omfang, det findes hensigtsmæssigt og relevant.

Programorganisationen for kvalitetsudvikling i almen praksis i klynger ser ud som i nedenstående figur.



Programbestyrelsen, som er ejeren af programmet, og omfatter i alt seks personer, består af:

- 1 formand, som udpeges af parterne blandt medlemmerne af programbestyrelsen
- 3 repræsentanter udpeget af PLO
- 3 repræsentanter udpeget af Danske Regioner

Kendetegnende for bestyrelsen er, at denne igangsætter og følger programmet, og træffer overordnede, strategiske beslutninger. Programbestyrelsen har som strategisk opgave efter to år at gøre status på udbredelse af klynger, samt hvordan arbejdet med kvalitetsudvikling er blevet løbet i gang for at vurdere, om der i den resterende del af overenskomstperioden skal iværksættes yderligere tiltag for at øge udbredelsen og styrke kvalitetsarbejdet.

Under programbestyrelsen etableres en *programstyregruppe*, som har ansvaret for den løbende ledelse af det samlede program og ansvaret for at udmønte programmets målsætninger. Styregruppen omfatter otte personer.

Programstyregruppen består af:

- 1 formand som udpeges af parterne
- 3 repræsentanter udpeget af PLO
- 2 repræsentanter udpeget af Danske Regioner

- 1 repræsentant udpeget af KL
- 1 repræsentant for patienterne, som inddrages i forhold til indholdsmæssig relevans

Programstyregruppen kan ud over de faste medlemmer indbyde 1-2 deltagere efter behov i forbindelse med behandlingen af dagsordenspunkter om fællesoffentlige digitaliseringsprojekter el. lign.

Styregruppens repræsentanter har en faglig indsigt i kvalitetsarbejdet generelt i sundhedsvæsenet og har indsigt i og forståelse for forholdene i almen praksis. Formanden for styregruppen, som udpeges af parterne, skal have kendskab til det samlede sundhedsvæsen, herunder almen praksis, samt erfaring med forandringsledelse og nyde bred tillid.

Styregruppens opgaver er bl.a. at udarbejde en faseplan for programmet, opstille mål og delmål og fastlægge de indsatser, som sikrer at programets vision og målsætninger realiseres inden for perioden.

Til at varetage det daglige arbejde etableres et *sekretariat* med en programleder. Det er sekretariatets opgave at betjene både programbestyrelsen og programstyregruppen samt udarbejde projektbeskrivelser med baggrund i de ovennævnte projektspor. Sekretariatet bygges op om DAK-E, der udbygges med relevante kompetencer i forhold til at løfte opgaven med at gennemføre programmet. Som led i programorganisationen for kvalitetsudvikling flyttes DAK-E fra Fonden for Almen Praksis. DAK-E skal fortsat varetage driften af de it-kvalitetsprojekter, som parterne er enige om at videreføre, ligesom de kan indgå i aftalte opgaver som led i fællesoffentlige it-projekter samt projekter med forskningsenheder eller andre aktører.

Om klynger

Formålet med klynger

Internationale studier og erfaringer har vist, at hvis fagfolk (læger) placeres i en gruppe (klynge), hvor de forholder sig til egne kvalitetsdata, drøfter sammenhænge og drøfter mulige indsatser, så er der de bedste forudsætninger til stede for, at der sker kvalitetsstigninger i hele gruppen, uanset udgangspunkt. Ved at følge kvalitetsdata over tid, får klinikkerne mulighed for at følge virkningerne af egne indsatser og de har samtidig mulighed for at blive inspireret af kolleger i klyngen.

En klynge er dermed et professionelt fællesskab af praktiserende læger, som mødes jævnligt og arbejder med kvaliteten af behandlingen af pati-

enterne i deres optageområde internt i klyngen og i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.

Forudsætninger for arbejdet i klynger

En forudsætning for resultaterne i klyngerne er, at kvalitetsarbejdet er drevet af ønsket om at blive bedre. Selve arbejdet i klyngerne sker derfor adskilt fra kontrol og sanktionsforanstaltninger. Måleområderne kan fastlægges både uden for klyngen og internt i klyngen. Det er til gengæld afgørende, at deltagerne i den enkelte klynge har metodefrihed i forhold til den konkrete indsats til at forbedre kvaliteten. Det er udviklingen, der er afgørende – ikke metoden.

I Danmark er de praktiserende læger organiseret i selvstændige klinikker. Det er tanken, at det er lægerne og klinikkerne, der etablerer disse klynger. Parterne vil dog, som nævnt, gennem programmet målrette arbejde på, i fællesskab, at facilitere dannelsen af disse klynger. Det er samtidig vigtigt, at kvalitetsarbejdet i klynger ses i sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen.

Klyngernes størrelse, interne organisering og behov for bistand

Klynger udgøres af flere lægeklinikker inden for et vist geografisk område for at tilgodese det lokale samarbejde, både lægerne imellem og med det øvrige sundhedsvæsen. En klynge bør minimum omfatte et antal lægeklinikker med i alt 30.000 tilmeldte patienter.

Det er hensigten, at alle læger i klinikkerne aktivt deltager i kvalitetsudviklingen. Som en del af projektsporet om klyngedannelse udformes et antal modeller for, hvordan den praktiske organisering af kvalitetsarbejdet i klyngerne kan foregå. Modellerne skal fungere som inspiration for klyngerne og illustrere, at klyngerne kan tilrettelægge arbejdet på flere måder og finde den model, der passer dem bedst.

Arbejdet i klynger omfatter tre felter:

- a) Kvalitetsarbejde, som læger i klyngen selv udvælger og initierer med henblik på at skabe kvalitetsforbedringer
- b) Kvalitetsarbejde relateret til nationale mål/-indikatorer med relevans for almen praksis
- c) Kvalitetsarbejde foranlediget lokalt, herunder på tværs af sektorgrænser.

Hver klynge udpeger en klyngekoordinator, som er en læge fra klyngen. Koordinatoren har ansvar for at skabe de bedst mulige rammer for kvalitetsarbejdet i klyngen. Dvs. samle lægerne, vise datagrundlaget og sikre

fremdrift gennem opfølgning. Klyngekoordinatoren kan, hvor det findes relevant, trække på de regionale støttefunktioner og konsulentordninger, som kan bidrage i forhold værktøjer og metoder til at arbejde systematisk med kvalitetsforbedringer.

Det forventes, at klyngekoordinatorerne har behov for bistand til især it- og datamæssige opgaver. Det vil være programmets opgave at definere den bistand, der er behov for, og sikre hvordan den bedst tilbydes, både nationalt og regionalt.

Det kan også forventes, at klyngen vil have behov for egentlig lægefaglig sparring og undervisning fra enten kolleger fra andre klynger, speciallæger eller andre fagpersoner. Dette bør planlægges lokalt, pga. de lokale forskelle.

Klyngernes datagrundlag

Klinikkerne i de enkelte klynger vil arbejde med sundhedsdata i meget bred forstand:

- Data fra patientbehandlingen og patientservice fra de enkelte klinikker (f.eks. kronikerforløb, medicin, ventetider og patienttilfredshed)
- Data fra patientforløb fra både sygehuse og kommuner (f.eks. indlæggelser, genindlæggelser, genoptræning, hjemmepleje og akutfunktioner)
- Data om ressourceforbrug i sundhedssektoren (f.eks. ydelsesforbrug, indlæggelser, henvisninger, lægevagt og medicin)
- Data fra andre fagområder (f.eks. attester, socialområdet, overførelsesindkomster etc.)

Klyngernes samarbejde med det regionale og lokale sundhedsvæsen

Efterhånden som der dannes en lang række lokale klyngefællesskaber, der arbejder med udvikling af lægefaglig kvalitet i almen praksis, vil det være både naturligt og fornuftigt at skabe lokale kontakter både formelle og uformelle til kvalitetsarbejdet i den øvrige del af sundhedsvæsenet, både regionalt og lokalt.

Man kan forestille sig, at dette samarbejde også rækker ind over forskning, undervisning, lokale projekter udover egentlig kvalitetsudvikling.

Det vil være naturligt, at der etableres netværk klyngekoordinatorerne imellem både regionalt og nationalt. De kan f.eks. etableres i tilknytning til de regionale kvalitetsenheder med henblik på opkvalificering af klyngeko-

ordinatorerne, videndeling på tværs af klyngerne, drøftelse af fælles indsatser samt understøttende tiltag for klyngerne mv.

For at bevare klyngernes fokus på kvalitetsudvikling vil det være naturligt, at klyngekoordinatoren fungerer som det omkringliggende sundhedsvæsens kontaktperson vedrørende kvalitetsarbejdet. Der kan tænkes mange personer og organisationer, der ønsker kontakt med en klynge. Helt oplagt vil der være en kontakt til regionens kvalitetsenhed, og det vil også være naturligt med kontakt til de lokale kommuner. Dertil kommer lokale speciallæger, sygehusafdelinger, lokale institutioner, forskere, lægemiddelindustrien, patientforeninger og flere andre.

Der skal i programsporet om den regionale organisering ske en nærmere afklaring af behovet for bistand til klyngerne og organiseringen heraf.

Økonomi

Til programmet afsættes 15 mio. kr. årligt, som finansieres af Fonden for Almen Praksis. Herunder finansieres aftalte opgaver, som varetages af DAK-E. Såfremt der inden for de første to år af programperioden viser sig behov for yderligere midler, kan programmet ansøge Fonden for Almen Praksis herom.

Ved udgangen af overenskomstperioden tager parterne stilling til den fremtidige organisering efter programmet, den fremadrettede økonomi samt finansieringen heraf.

I tillæg til programmets økonomi er der udgifter til klyngernes arbejde samt det regionale kvalitetsarbejde.

Hver klynge tildeles et klyngebudget, som administreres som for DGE-grupper af regionerne. Som led heri er det klyngekoordinatorens opgave at give meddelelse til regionen om, hvilke klinikker, som indgår i klyngen.

Den enkelte klynges årlige budget fastsættes som 4,20 kr. pr. tilmeldte patient i klinikker i klyngen svarende til 24 mio. kr. i 2016. Klyngernes udgifter udgøres af honorar til klyngekoordinatoren og/eller køb af bistand hertil. Klyngen beslutter selv omfanget af honorering til klyngekoordinator hhv. aflønning for praktisk bistand i klyngen inden for budgettet. Hertil kommer udgifter til mødeafholdelse, mødelokale og forplejning.

Det regionale kvalitetsarbejde omfatter kvalitetsenheder og (læge) konsulenter, som understøtter kvalitetsarbejdet i almen praksis, herunder arbejdet med Den Danske Kvalitets Model (DDKM) og samarbejdet med det

øvrige sundhedsvæsen. Det regionale kvalitetsarbejde finansieres dels via de regionale budgetter, dels via midler afsat i medfør af overenskomsten for almen praksis. Det vil sige, at regionerne afsætter 2,03 kr. pr. patient til lokal anvendelse til kvalitetsudvikling, og 0,92 kr. pr. patient til understøttelse af arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel m.v. samt 1,40 kr. pr. patient til den decentrale gruppebaserede efteruddannelsesordning.

Organiseringen og arbejdet i DGE-ordningen forsætter uændret i forhold til tidligere aftaler.

Udover klyngebudgettet afsættes også et opstartsbeløb på 10.000 kr. pr. lægekapacitet svarende til 34,3 mio. kr., hvis alle praktiserende læger indgår i en klynge. Opstartsbeløbet finansieres via opsparede midler fra Fonden for almen praksis og udbetales af regionen. Beløbet skal tilskynde de enkelte praktiserende læger til at indlede klyngesamarbejdet. Beløbet er et engangsbeløb og udbetales ikke ved et eventuelt skift fra en klynge til en anden. Træder lægen ud af klyngen indenfor et år føres pengene tilbage til regionen med henblik på anvendelse til kvalitetsområdet.

BILAG 9: PROTOKOLLAT OM EFTERUDDANNELSE AF 14-09-2017

1. Indledning

I forlængelse af principaftale mellem PLO og RLTN fra 2008 har parterne et fælles ønske om mere efteruddannelse, der kan sikre, at alle praktiserende læger vedligeholder deres kompetencer. Efteruddannelse af praktiserende læger indeholder derfor såvel en systematisk kollektivt anlagt efteruddannelse, som en selvvalgt individuel efteruddannelse og en gruppebaseret regional efteruddannelse.

Den systematiske efteruddannelse skal give alle praktiserende læger adgang til deltagelse i et struktureret, kontinuerligt og planlagt, livslangt efteruddannelsesforløb inden for aftalte temaer med fokus på evidensbaseret medicin og med relevans for patienter og samfund. Den systematiske efteruddannelse skal derudover bidrage til, at de praktiserende læger på en systematisk måde opbygger kompetencer, der er målrettet udviklingen i sundhedsvæsenet og patienternes behov.

Temaerne i den systematiske efteruddannelse bestemmes af bestyrelsen for Fonden for Almen Praksis og skal som udgangspunkt ligge inden for målbeskrivelsen for almen medicin.

Den selvvalgte og gruppebaserede efteruddannelse (DGE-ordningen) skal være et supplement til den systematiske efteruddannelse, der skal sikre, at de praktiserende læger får adgang til mere individuelt og regionalt tilpasset efteruddannelse.

Endvidere skal tilskudsberettiget efteruddannelse for praksispersonale inden for diabetes type 2 og KOL medvirke til at styrke almen praksis' rolle i opgavevaretagelsen af disse patientgrupper.

2. Organisering

Efteruddannelse er organiseret under Fonden for Almen Praksis. Bestyrelsen for fonden har det overordnede ansvar for efteruddannelsesaktiviteter. Bestyrelsen udpeger et fagligt efteruddannelsesudvalg, hvortil der knyttes et antal lægefaglige konsulenter samt nedsætter en koordinationsgruppe for efteruddannelse. PLO varetager sekretariatsbetjeningen af koordinationsgruppen, det faglige efteruddannelsesudvalg og konsulenterne og løser de administrative opgaver, der er i forbindelse med godkendelse og refusion ved deltagelse i efteruddannelse.

Desuden varetager de regionale efteruddannelseskoordinatorer en opgave i forhold til rådgivning og opfølgning i forbindelse med lægernes tilskudsberettigede efteruddannelse.

2.1. Fondsbestyrelsens opgaver i relation til efteruddannelse

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

- Løbende fastlægge temaer for den systematiske efteruddannelse, således at temaerne løbende kan skiftes ud og erstattes med nye temaer, som er målrettet udviklingen i opgaveløsningen i almen praksis og det kompetencebehov, der følger hermed. Inden den politiske godkendelse udarbejdes et forslag til temaer fra sekretariatskoordinationsgruppen i samarbejde med det faglige efteruddannelsesudvalg.
- Følge op på den selvvalgte, gruppebaserede og systematiske efteruddannelse gennem evaluering, der bl.a. skal have fokus på graden af deltagelse fra praktiserende læger og praksispersonale i forhold til anvendeligheden af efteruddannelsesaktiviteterne.
- Have adgang til samtlige informationer om efteruddannelse vedr. afviklingen af kurser, kursusbeskrivelser og andre efteruddannelsesaktiviteter, under den tilskudsberettigede efteruddannelse.
- Fastsætte kriterier for godkendelse af aktiviteter, der kan modtage tilskud.
- Løbende have indsigt i hvilke efteruddannelsesaktiviteter, der er godkendt, samt tage stilling til konkrete sager, hvis der ikke er enighed i det faglige efteruddannelsesudvalg om at indstille kurser til godkendelse. Fondsbestyrelsen kan også til enhver tid tage sager op af egen drift.
- Kunne tage stilling til om konkrete kurser forsat kan godkendes. Godkendelse forudsætter enighed i fondsbestyrelsen.
- Behandle ankesager fra ansøgere, der har fået afslag fra det faglige efteruddannelsesudvalg.

2.2. Sekretariatsfunktion i relation til efteruddannelse

Sekretariatsfunktionen i PLO har ansvaret for at sekretariatsbetjene såvel det faglige efteruddannelsesudvalg, koordinationsgruppen for efteruddannelse, som de konsulenter, der varetager opgaver i forbindelse med godkendelse. Sekretariatsfunktionen varetager desuden driftsmæssige opgaver som udbetaling af refusion og løbende godkendelse af efteruddannelsesaktiviteter. Derudover bistår sekretariatsfunktionen sekretari-

atskoordinationsgruppen i spørgsmål og opgaver vedrørende efteruddannelse. Sekretariatet i PLO skal således:

- Indkalde til møder i Fagligt Efteruddannelsesudvalg
- Indkalde til møder i Koordinationsgruppen for Efteruddannelse
- Registrere tilskudsberettigede efteruddannelsesaktiviteter
- Modtage ansøgninger om tilskud til efteruddannelse
- Videreende ansøgninger til konsulenter og eventuelt Fagligt Efteruddannelsesudvalg
- Give besked til ansøgere om afgørelser
- Foretage udbetaling af tilskud
- Foretage stikprøvekontrol
- Udarbejde årsrapporter til Fondsbestyrelsen
- Udarbejde budget og regnskab til Fondsbestyrelsen i forhold til efteruddannelsessekretariatet, samt ind- og udbetalinger til Fonden for Almen Praksis
- Foretage evaluering af den systematiske efteruddannelse
- Bistå sekretariatskoordinationsgruppen i relation til opgaver vedrørende efteruddannelse

Til sekretariatet i PLO knyttes et antal alment praktiserende læger, som konsulenter, der henholdsvis godkender kurser, der åbenlyst ligger inden for de gældende retningslinjer, og som varetager opgaver i forbindelse med den tilskudsberettigede efteruddannelse. Fondsbestyrelsen orienteres løbende om de godkendelser, der foretages af konsulenterne, samtidig med, at de orienteres om godkendelser fra Fagligt Efteruddannelsesudvalg.

2.3. Det faglige efteruddannelsesudvalgs opgaver

Fagligt Efteruddannelsesudvalg bedømmer i henhold til Fondsbestyrelsens retningslinjer konkrete ansøgninger/efteruddannelsesaktiviteter indenfor såvel den selvvalgte og systematiske efteruddannelse, som den tilskudsberettigede efteruddannelse til praksispersonale, der ikke åbenlyst ligger inden for fondens godkendelseskriterier.

Fondsbestyrelsen udpeger medlemmer til det faglige efteruddannelsesudvalg. Medlemmerne skal være alment praktiserende læger. Udpegningen sker efter indstilling fra bestyrelserne i PLO og DSAM. DSAM varetager formandsskabet for det faglige efteruddannelsesudvalg.

2.4. Koordinationsgruppen for efteruddannelses opgaver

Koordinationsgruppe for efteruddannelse har til opgave at sikre en national og regional koordination af den tilskudsberettigede efteruddannelse.

Kommissorium for koordinationsgruppen godkendes af fondsbestyrelsen. Koordinationsgruppen sekretariatsbetjenes af efteruddannelsessekretariatet i PLO.

Koordinationsgruppen nedsættes af bestyrelsen i Fonden for Almen Praksis. Koordinationsgruppens medlemmer består af de fem regionale DGE-koordinatorer, samt 5 repræsentanter udpeget af regionerne samt relevante personer fra de regionale kvalitetsenheder. Derudover deltager to repræsentanter fra sekretariatskoordinationsgruppen.

2.5 Efteruddannelseskoordinatorernes opgaver

De regionale efteruddannelseskoordinatorer skal medvirke til, at den praktiserende læge får oplysninger om relevant efteruddannelse regionalt såvel som nationalt, der bl.a. skal ses i forlængelse af arbejdet med data-drevet kvalitetsudvikling og behovet for kompetenceudvikling i den enkelte praksis. Koordinatorerne varetager desuden en rolle i forhold til at understøtte, at de praktiserende læger deltager i systematisk efteruddannelse. Koordinatorerne har adgang til oplysninger om læger, der ikke deltager i den systematiske efteruddannelse.

3. Indholdet i den tilskudsberettigede efteruddannelse

3.1. Systematisk efteruddannelse

Systematisk efteruddannelse omhandler efteruddannelsesaktiviteter inden for en række aftalte og prioriterede temaer, som er relevante for alle læger. Temaerne skal afspejle kompetencebehovene i almen praksis i lyset af udviklingen i sundhedsvæsenet og understøtte kvaliteten i patientbehandlingen. Disse kan omfatte såvel aktuelle behov, som behov for løbende vedligeholdelse af almen medicinske kompetencer. En del af den systematiske efteruddannelse kan tage afsæt i nationale indsatsområder.

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

Efteruddannelsessekretariatet i PLO og Koordinationsgruppen for efteruddannelse skal sikre, at der udbydes systematisk efteruddannelse, som er udgiftsneutral for deltagerne. For at opnå en fleksibel tilrettelæggelse af den systematiske efteruddannelse kan der også udbydes aktiviteter med deltagerbetaling efter samme praksis som den selvvalgte efterud-

dannelse, hvor udbetaling af tilskud sker i henhold til vejledning om tilskudsberettiget efteruddannelse. Det giver mulighed for, at den systematiske efteruddannelse kan indgå som en del af et længere efteruddannelsesforløb.

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

Fondsbestyrelsen skal med inddragelse af Koordinationsgruppen for Efteruddannelse sikre, at der er et relevant udbud af efteruddannelsesaktiviteter, der kan dække fagligt og geografisk i forhold til bestyrelsens beslutning om valg af temaer. Aktiviteter inden for den systematiske efteruddannelse kan både være eksisterende kurser, kurser udarbejdet af faglige ressourcepersoner ansat i regionerne eller kurser udbudt af andre aktører f.eks. de faglige selskaber. Derudover kan den systematiske efteruddannelse gennemføres med afsæt i den gruppebaserede efteruddannelse eller andre praksisnære efteruddannelsesaktiviteter. Der kan også være behov for at nyudvikle efteruddannelsesaktiviteter, hvis der skal efteruddannes inden for temaer, der endnu ikke er omfattet af det eksisterende udbud.

3.2 Selvvalgt efteruddannelse

Der vil tillige være mulighed for tilskud til individuel selvvalgt efteruddannelse, hvor aktiviteterne også har en væsentlig relevans for almen praksis. Denne efteruddannelse kan gennemføres i form af kurser, deltagelse i den gruppebaserede efteruddannelse (DGE) eller lignende aktiviteter (konferencer, e-læring o.lign.), herunder praksisnære aktiviteter.

Op til 25 % af den enkelte læges rådighedsbeløb kan anvendes til studiematerialer, som f.eks. videnskabelige bøger relateret til almen medicin.

3.3 Efteruddannelse for praksispersonale

Praksispersonale kan deltage i tilskudsberettiget efteruddannelse, hvor aktiviteterne omhandler behandlingen af borgere med diagnoserne diabetes type 2 og KOL. Tilskuddet dækker kursusudgifter svarende til 3100 kr. og transportudgifter, som dækkes med max. 1.500 kr. pr. kursusaktivitet.

3.4 Decentral Gruppebaseret Efteruddannelse (DGE)

En del af den tilskudsberettiget efteruddannelse kan, som nævnt, ske i den regionalt forankrede DGE-ordning. Den overordnede målsætning for DGE- og efteruddannelsesvejlederordningen er, at alle læger sikres lokale, varierede og planlagte efteruddannelsesstilbud med direkte relevans for den enkelte læges virke og tilpasset de lokale og regionale forhold.

DGE og efteruddannelsesvejlederne er organiseret som en del af regionernes kvalitets- og efteruddannelsesindsats. Vejlederne ansættes af regionerne efter beslutning i et paritetisk sammensat ansættelsesudvalg. Den konkrete tilrettelæggelse af arbejdet i DGE- og vejlederordningen besluttet i de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg.

For at sikre en national koordinering udpeges der en DGE-koordinator fra hver region blandt de ansatte vejledere. Derudover ansættes en national koordinator i efteruddannelsessekretariatet i PLO.

3.5 Ankemuligheder ved afslag

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

3.6 Opfølgning

Fonden for Almen Praksis foretager en opfølgning over for læger, der ikke deltager i systematisk efteruddannelse inden for en 2-årig periode. Opfølgningen skal ske gennem skriftlig henvendelse til lægen på vegne af parterne med en opfordring om at deltage i systematisk efteruddannelse. Dette vil ske en gang årligt med opfordring til, at manglende systematisk efteruddannelse afvikles i det pågældende år.

Hvis en skriftlig henvendelse ikke medfører efteruddannelsesaktivitet eller en plan om afvikling af systematisk efteruddannelse, skal der ske en telefonisk henvendelse til lægen et kvart år inden periodens udløb. Opfølgningen foretages af sekretariatskoordinationsgruppen. Parterne drøfter herefter tiltag over for læger, der fortsat ikke deltager i systematisk efteruddannelse, eventuelt med henblik på at oversende sagen til Samarbejdsudvalget, som kan tage stilling til sanktioner for manglende efterlevelse af overenskomsten.

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

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

Alle godkendte efteruddannelsesaktiviteter registreres i en samlet database. Denne database administreres af Efteruddannelsessekretariatet i PLO.

De regionale efteruddannelseskoordinatorer får af Efteruddannelsessekretariatet adgang til oplysninger på individniveau i forhold til lægers manglende deltagelse i den systematiske efteruddannelse. Oplysningerne om aktivitet tilgår de regionale efteruddannelseskoordinatorer kvarsvis.

4.1. Årsrapporter

Efteruddannelsessekretariatet udarbejder årligt en opgørelse til fondsbestyrelsen vedrørende såvel systematisk, selvvalgt og gruppebaseret efteruddannelse, som tilskudsberettiget efteruddannelse for praksispersonale. I opgørelsen indgår som minimum oplysninger om varighed og fagligt indhold af efteruddannelsesaktiviteterne og samlet aktivitet fordelt på læger/praksistyper. Opgørelsen fremsendes til Koordinationsgruppen for efteruddannelse til orientering.

4.2. Stikprøver

Der foretages løbende en stikprøvekontrol af dokumentation for udgifter til tilskudsberettiget efteruddannelse, dog med undtagelse af den gruppebaserede efteruddannelse, hvor der sker en regional opfølgning. Stikprøvekontrollen gennemføres som en stikprøvekontrol, hvor 10% af alle udbetalinger udtages til stikprøvekontrol.

5. Indbetalinger til Fonden

Regionerne indbetaler årligt 18,03 kr. pr. gruppe 1-sikret til efteruddannelse for lægerne, jf. § 99, stk. 1c. Udgifter til tilskudsberettiget efteruddannelse til praksispersonale tages fra egenkapitalen. Der forventes et træk på 80 % for systematisk og selvvalgte efteruddannelse.

Læger ansat i regionsklinikker og i udbudsklinikker er omfattet af tilskudsberettiget efteruddannelse, så længe de behandler gruppe 1-sikrede patienter. Disse læger kan derfor deltage i tilbud om systematisk efteruddannelse på lige fod med læger, der er omfattet af overenskomsten.

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

Fondens bestyrelse kan beslutte at justere taksterne og afsætte yderligere midler til efteruddannelse. En justering af taksterne og forbrug af formuen kræver enighed i fondens bestyrelse. Indbetalingerne til fonden, samt et træk på fondens formue, svarer til 3 dages systematisk efteruddannelse årligt.

Læger tildeles en personlig konto til dækning af udgifter i forbindelse med den tilskudsberettigede efteruddannelse. Grundbeløbet er for den selvvalgte efteruddannelse fastsat til 15.800 kr. årligt pr. læge, mens det for den systematiske efteruddannelse er fastsat til 23.700 kr. årligt pr. læge.

Satser for udbetaling af aktiviteter fra 1. januar 2018	
Tabt arbejdsfortjeneste for en hel kursusdag – systematisk efteruddannelse	4.500 kr.
Tabt arbejdsfortjeneste for en halv kursusdag – systematisk efteruddannelse	2.600 kr.
Kursusgebyr og ophold pr. godkendt kursusdag	Max 2.400 kr.
Kursusgebyr og ophold pr. godkendt kursusdag for praksispersonale	Max 3.100 kr.
Transportudgifter pr. kursusaktivitet eller pr. adskilt gruppe af kursusdage*	Max 1.500 kr.
Gruppemøde på hverdage med start kl. 15.00 eller tidligere	1.150 kr.
Gruppemøde på hverdage med start efter kl. 15.00 eller i weekender	600 kr.
Studiemateriale	Max 25 % af rådighedsbeløbet
Der ydes refusion for tabt arbejdsfortjeneste i den selvvalgte efteruddannelse for aktiviteter, der gennemføres i tidsrummet 08.00 til 18.00. Efteruddannelsesaktiviteten skal dog som minimum have en varighed på 3 timer for at blive godkendt til en halv dags tabt arbejdsfortjeneste, og minimum 6 timer for at blive godkendt som en hel dags tabt arbejdsfortjeneste. For den systematiske gruppebaserede efteruddannelse udbetales tabt arbejdsfortjeneste for efteruddannelsesaktiviteter i tidsrummet mellem kl. 08.00 og 20.00. <i>* For Lægedage gælder, at der kan refunderes op til 2.000 kr. i transport.</i>	

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

6. Økonomiske konsekvenser

I det følgende redegøres for de administrationsomkostninger, der er forbundet med varetagelse af den samlede efteruddannelsesopgave for efteruddannelsessekretariatet i PLO.

6.2. Administrations- og driftsomkostninger til Efteruddannelsessekretariatet

Efteruddannelsessekretariatet fremsender årligt et budget til bestyrelsen for Fonden for Almen Praksis til godkendelse af forventede administrationsomkostninger for sekretariatet. Administrationsomkostninger skal dække sekretariatets udgifter til blandt andet:

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

BILAG 10: PROTOKOLLAT VEDRØRENDE TILBUD TIL LÆGER, DER ØNSKER AT ETABLERE STØRRE PRAKSIS OG/ELLER UDVIKLE DERES PRAKSIS AF 21-12-2010

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 practice" 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 11: PROTOKOLLAT OM IT I ALMEN PRAKSIS AF 21-12-2010

Lokationsnummer

Opdaterede lokationsnumre er afgørende for at sikre hurtig og korrekt leveret **digital** kommunikation mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen. En samlet oversigt over sundhedsvæsenets lokationsnumre varetages aktuelt i SOR-registeret, der drives af Sundhedsdatastyrelsen. RLTN og PLO er enige om at indgå en gensidig forpligtende aftale om hhv. lægernes og regionernes opdateringer af lokationsnumre i SOR-registeret, når dette register fungerer tilfredsstillende for begge parter. Opgaven kan hensigtsmæssigt varetages i det samarbejdsforum, hvor parterne indgår sammen med Medcom og praksisleverandører.

BILAG 12: PROTOKOLLAT OM ANVENDELSE AF SUNDHEDSKORT VED ELEKTRONISK REGISTRERING AF PATIENTHENVENDELSE TIL ALMEN LÆGEPRAKSIS

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

BILAG 13: PROTOKOLLAT OM OPMANDSFUNKTIONEN OG ORGANISATIONSANSVAR AF 27-04-1995

RLTN og PLO er enige om at fremme godt samarbejde om udvikling af almen praksis inden for overenskomstens område med henblik på at sikre befolkningen adgang til almen lægehjælp på et tidssvarende niveau både for så vidt angår service som faglig kvalitet.

Parterne er enige om, at uenighed om fortolkning og anvendelse af denne overenskomst bør søges afklaret gennem drøftelser i samarbejdsudvalg og landssamarbejdsudvalg. Såfremt enighed ikke kan opnås, kan sagerne forelægges for en opmand. Opmanden undersøger mulighederne for at mægle i sagerne. Såfremt dette findes formålsløst, træffer opmanden sin afgørelse ved kendelse, der er bindende for parterne.

Såfremt en af overenskomstparterne opfordrer til eller støtter regionerne/de praktiserende læger i en åbenbar urigtig fortolkning af overenskomsten, eller selv begår åbenbart overenskomstbrud, kan dette medføre organisationsansvar.

Bestemmelsen om organisationsansvar gælder ved frivilligt indgået overenskomst og ikke ved overenskomst fastsat eller forlænget ved lov.

Der er mellem parterne enighed om, at der ikke i de hidtidige overenskomstforløb har været situationer, hvor en af parterne har udvist en adfærd, der ville have kunnet betragtes som en overtrædelse af bestemmelsen om organisationsansvar i denne overenskomst og protokollatet hertil.

BILAG 14: PROTOKOLLAT OM VANDELSBESTEMMELSE AF 18-10-2016

PLO og RLTN er enige om, at en læge, der virker under overenskomsten, skal vise sig værdig til den agtelse og tillid, som virke under overenskomsten kræver, samt at der er situationer, hvor en dom for et strafbart forhold af særlig alvorlig karakter må anses for at være uforeneligt med overenskomstmæssigt virke, hvilket kan give anledning til at fratage lægen ydernummeret. Der indføres derfor en vandelsbestemmelse i overenskomsten for at sikre muligheden for overenskomstmæssig sanktionering ved strafbare forhold, som anses for at være af væsentlig betydning for lægens virke under overenskomsten.

BILAG 15: PROTOKOLLAT OM KOMMUNALE PRAKSISKONSULENTER AF 21-12-2010

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.

BILAG 16: PROTOKOLLAT OM SANKTIONER FOR OVERTRÆDELSE AF VAGTINSTRUKS AF 11-05-2007

Alle læger, der har tiltrådt overenskomsten, er berettigede og forpligtede til at deltage i Lægevagten på de vilkår, der er beskrevet i overenskomsten og de vagtaftaler, der indgås mellem en region og PLO-regionalt.

Rammerne for den praktiske afvikling af Lægevagten fastlægges i regionale vagtinstrukser, der bl.a. beskriver lægernes konkrete forpligtelser i forbindelse med deltagelse i vagtordningen. Disse vagtinstrukser udarbejdes af PLO-regionalt og godkendes af samarbejdsudvalget.

Der kan i vagtinstrukser fastsættes regler om, at vagtchefen, i tilfælde af en læges udebliven fra en vagt, kan pålægge lægen en bod af en nærmere angivet størrelsesorden. Bod kan tilfalde den læge, som må tage en ekstra vagt med kort varsel. Vagtchefen kan ved mindre overtrædelser af vagtinstruksen skriftligt tildele en advarsel eller udtale misbilligelse, eventuelt med angivelse af at gentagelse kan medføre en stærkere sanktion.

Ved væsentlige eller gentagne overtrædelser af vagtinstruksen kan PLO-regionalt efter indstilling fra vagtchefen pålægge følgende sanktioner:

1. At lægen pålægges en bod. Bod indbetales til vagtchefen og anvendes til vagtordningens drift.
2. At lægens antal af vagter (kørende, visiterende eller konsultationsvagter) nedsættes.
3. At lægen midlertidigt i en angiven periode udelukkes fra en af vagtformerne.
4. At lægen midlertidigt i en angiven periode eller indtil videre udelukkes fra flere eller samtlige vagtformer. Hvis lægen indtil videre udelukkes fra flere eller samtlige vagtformer, kan lægen anmode om, at tilladelse til vagtkørsel tages op igen til vurdering efter 5 år.

En læge, der af vagtchefen eller af PLO-regionalt pålægges en af de nævnte sanktioner, kan inden 6 uger fra modtagelsen af den skriftlige afgørelse indbringe sagen for samarbejdsudvalget med ankeadgang til Landssamarbejdsudvalget. Sådant indbringelse af sagen har opsættende virkning for effektivering af sanktionen.

Bod fastsat i medfør af dette protokollat kan ved manglende betaling effektueres ved, at regionen modregner beløbet i lægens honorartilgodehavende.

BILAG 17: VEJLEDENDE FORRETNINGSORDEN FOR SAMARBEJDSUDVALG AF 24-01-2006

I henhold til overenskomst om almen praksis fastsættes følgende:

Samarbejdsudvalgets opgaver

I henhold til overenskomst om almen praksis nedsættes et samarbejdsudvalg i hver region. Samarbejdsudvalget varetager de opgaver, som overenskomsten til enhver tid henlægger til udvalget.

Herudover fungerer samarbejdsudvalget som et forum for dialog mellem PLO-regionalt, regionen og regionens kommuner. Der kan i samarbejdsudvalget drøftes eventuelle behov for og indhold i lokalaftaler, som supplerer den landsdækkende overenskomst. Indgåelse af lokalaftaler kan kun ske mellem PLO-regionalt og regionen/kommune.

Sammensætning

Ifølge overenskomstens § 107 sammensættes samarbejdsudvalget af 8-12 medlemmer. Regionsrådet og kommunerne i regionen (Kommunekontaktrådet) udpeger tilsammen mindst 4 og højst 6 medlemmer, hvoraf kommunerne i regionen udpeger 1-2 medlemmer, og regionen udpeger 3-5 medlemmer. Mindst 4 og højst 6 medlemmer udpeges af **PLO-regionalt**.

Med angivelsen af, at der kan være mellem 4 og 6 medlemmer fra hver side, er der taget hensyn til, at der kan være forskellige behov, f.eks. afhængig af regionens størrelse. Det vil sædvanligvis være sådan, at der aftales lige stor deltagelse fra hver side i samarbejdsudvalget, men det kan aftales, at eksempelvis PLO-regionalt deltager med et lavere antal medlemmer end regionen, hvis PLO-regionalt finder dette hensigtsmæssigt. Samarbejdsudvalget anses under alle omstændigheder for at være paritetisk sammensat.

Afgørelser

Afgørelser kan kun træffes i enighed. I andre tilfælde skal sagen forelægges landssamarbejdsudvalget.

Afgørelser truffet af samarbejdsudvalget skal fremsendes skriftligt til sagens parter og kan ankes til landssamarbejdsudvalget.

Afgørelser kan undtagelsesvis træffes efter skriftlig behandling i samarbejdsudvalget. I sådanne tilfælde skal alle medlemmer af samarbejdsudvalget have lejlighed til at fremkomme med deres skriftlige bemærkninger.

Underudvalg

I det omfang samarbejdsudvalget finder det relevant, kan udvalget nedsætte faste eller ad hoc underudvalg. Et underudvalg kan således være et fast underudvalg eller et ad hoc udvalg nedsat i forbindelse med en nærmere afgrænset opgave. Et underudvalg kan varetage bestemte opgaver, f.eks. have ansvar for lægevagten.

Et underudvalg virker efter uddelegering fra samarbejdsudvalget. Samarbejdsudvalget fastsætter underudvalgets opgaver og kompetencer, herunder retningslinjer for, hvordan og hvor ofte underudvalget skal melde tilbage til samarbejdsudvalget.

Sekretariatsfunktion

Sekretariatsfunktionen for samarbejdsudvalget varetages i et fællesskab mellem regionen og formanden for PLO-regionalt og dennes sekretariat. Det er regionen, der varetager de myndighedsrelaterede sekretariatsfunktioner, eksempelvis korrespondance med borgere. Varetagelsen af øvrige sekretariatsfunktioner aftales i udvalget, herunder om sagsforberedelse og udarbejdelse af dagsordener går på skift, eller om regionen påtager dette sekretariatsarbejde i tæt dialog med formanden for PLO-regionalt og dennes sekretariat. I relevant omfang kan regionens kommuner også inddrages i mødeforberedelserne. Sekretariaterne er ansvarlige for sagernes oplysning, herunder er sekretariaterne ansvarlige for, at der sker den fornødne høring af eventuelle parter. I visse sager er det hensigtsmæssigt, at det er PLO-regionalt, der kommunikerer med de praktiserende læger.

Mødeafholdelse

Samarbejdsudvalget holder møde 4 gange om året og i øvrigt, når mindst halvdelen af medlemmerne stiller krav herom.

Sekretariatsmedarbejdere kan deltage i udvalgets møder i det omfang, udvalgets medlemmer finder det ønskeligt.

Samarbejdsudvalget beslutter, hvem der skal lede møderne, herunder om mødeledelse går på skift.

Der fremsendes dagsorden med eventuelle bilag forud for mødets afholdelse. Samarbejdsudvalget fastsætter selv, hvor lang tid inden møderne, dagsordenen skal være fremsendt til udvalgets medlemmer.

Der udarbejdes referat af udvalgets møder, som efterfølgende fremsendes til udvalgets medlemmer.

ØVRIGE AFTALER

*Alle beløb i rammeaftaler er angivet i **01-10-2017-niveau** med mindre andet er anført. Beløbene reguleres som anført i § 62 i overenskomst om almen praksis.*

RAMMEAFTALE OM IVÆRKSÆTTELSE AF TILLÆGSYDELSER EFTER BESLUTNING I REGIONERNE

§ 1 BAGGRUND

Stk. 1.

Regionerne kan beslutte at iværksætte den i § 2 nævnte tillægsydelse. Regionerne kan i forbindelse med beslutningen fastsætte nærmere vilkår for lægernes adgang til at anvende den pågældende ydelse.

Stk. 2.

Samarbejdsudvalget aftaler den nærmere realisering af den af regionen truffne beslutning.

Stk. 3.

Landssamarbejdsudvalget orienteres om de i henhold til stk. 1 truffne beslutninger og de i medfør af stk. 2 indgåede aftaler.

§ 2 TILLÆGSYDELSER

Følgende tillægsydelse kan udløses efter beslutning herom i regionen:

2601	Blodprøvetagning fra åre inkl. præparation og centrifugering pr. forsendelse (skal blodprøven sendes flere steder hen, er ydelsen pr. forsendelse)	91,72 kr.
------	--	-----------

§ 3 AFREGNING

Afregning af den i § 2 nævnte ydelse sker sammen med lægens ydelsesafregning i øvrigt i henhold til overenskomsten om almen praksis.

§ 4 OPSIGELSE

Stk. 1.

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

Stk. 2.

Regionen kan tilbagekalde sin beslutning om honorering af praktiserende lægers indførelse af den i § 2 nævnte ydelse i henhold til nærværende overenskomst med 6 måneders varsel.

RAMMEAFTALE OM IVÆRKSÆTTELSE AF LABORATORIEUNDER- SØGELSER M.M. EFTER BESLUTNING I REGIONERNE

§ 1 BAGGRUND

Stk. 1.

Regionerne kan beslutte at iværksætte den i § 2 nævnte laboratorieundersøgelse. I forbindelse med beslutning herom skal der tages stilling til, om laboratorieundersøgelsen skal omfattes af regionens kvalitetssikringsordning.

Stk. 2.

Samarbejdsudvalget aftaler den nærmere realisering af den af regionen trufne beslutning.

Stk. 3.

Landssamarbejdsudvalget orienteres om de i henhold til stk. 1 trufne beslutninger og de i medfør af stk. 2 indgåede aftaler.

§ 2 LABORATORIEUNDERSØGELSE

Følgende laboratorieundersøgelser kan udløses efter beslutning herom i regionen:

		Takst (kr.)
7402	Allergiudredning i forbindelse med priktest	235,26
7403	HbA1c-undersøgelse	117,63

§ 3 AFREGNING

Afregning af den i § 2 nævnte ydelse sker sammen med lægens ydelsesafregning i øvrigt i henhold til overenskomsten om almen praksis.

§ 4 OPSIGELSE

Stk. 1.

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

Stk. 2.

Regionen kan tilbagekalde sin beslutning om honorering af praktiserende lægers udførelse af den i § 2 nævnte laboratorieundersøgelse i henhold til nærværende aftale med 6 måneders varsel.

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 2 adskilte afsnit (B og C), som kan vedtages enkeltvis eller samlet. **Aftalens tidligere afsnit A er ved aftale af 14. september 2017 udgået, idet den nu er en integreret del af overenskomsten, jf. § 96.**

Når rammeaftalen er vedtaget i det kommunalt lægelige udvalg anses den for en integreret del af overenskomst om almen praksis 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 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 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 lægelige udvalg på møde den _____(dato)

Afsnit C – anvendelse af IT-understøttet arbejdsgang i forbindelse med lægevisiterede kommunale forebyggelsestilbud

I forbindelse med lægehenvi sning til forebyggelsestilbud 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 **gældende** 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 udvalg 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 pga. den teknologiske udvikling på området.

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

AFTALE OM PROGRAM FOR DIABETES TYPE 2 OG KOL I ALMEN PRAKSIS AF 14-09-2017

Disposition:

- 1) Baggrund for aftale om program for diabetes type 2 og KOL
- 2) Formålet med programmet
- 3) Forudsætninger for programmet
- 4) Beskrivelse af indhold i program for diabetes type 2
- 5) Beskrivelse af indhold i program for KOL
- 6) Økonomi og honorering
- 7) Sikring af relevant faglig behandling og understøttelse
- 8) Kvalitet
- 9) Opfølgning og kontrol
- 10) Implementering
- 11) Evaluering

Bilag:

- A. Vilkår for overgang til kronikerhonorar og regional opfølgning
- B. Implementering og evaluering
- C. Implementeringsaftale

1) Baggrund for Aftale om program for diabetes type 2 og KOL

Parterne ønsker, at almen praksis fremover indtager en større rolle i behandling af patienter med kroniske sygdomme. Som udgangspunkt bør almen praksis varetage den største del af ansvaret for opfølgning og behandling af mennesker med kronisk sygdom, og kun undtagelsesvist - i perioder hvor der er særligt behov for specialiseret behandling - skal patienter modtage behandling på hospitalet.

Udgangspunktet for almen praksis opgave er det unikke kendskab til patientens individuelle behov. Samles behandlingen af kroniske patientgrupper i almen praksis, skal det bidrage til, at særligt patienten men også sundhedspersonale på tværs af sektorer oplever mere sammenhængende behandlingsforløb.

Opgaveomlægningen skal være begyndelsen til en udvikling, der sikrer praktiserende læger mere frie rammer i deres arbejdstilrettelæggelse. Bl.a. er det vigtigt at give almen praksis mulighed for at målrette ressourcer til de patienter, som har størst behov. Behandling af kroniske sygdomme skal tænkes sammen med patientens øvrige sygdomsbillede og sociale behov.

Denne omlægning af behandlinger af patienter med kroniske sygdomme har ikke kun konsekvenser for patienter og de praktiserende læger. Det har også stor betydning for hospitalerne og regionerne. Parterne er derfor enige om, at det er vigtigt, at alle praktiserende læger med denne aftale er klar over deres forpligtelser over for deres patienter og over for aftalens parter.

For at tydeliggøre denne forpligtelse har parterne aftalt, at hvert PLO-R på vegne af en mindre gruppe praksis underskriver en erklæring om klarmelding senest 1.8.2018. Erklæringen sendes til den pågældende region. Herefter kan de praktiserende læger begynde at anvende programmet i overensstemmelse med den regionale implementeringsplan.

De konkrete forpligtelser i programmet for patienter diagnosticeret med henholdsvis diabetes type 2 og KOL fremgår af punkterne nedenfor.

2) Formål med programmet

Formålet med dette program og opgaveomlægning er at styrke almen praksis i opgavevaretagelsen i forhold til patienter diagnosticeret med diabetes type 2 og KOL og for patienter, som er diagnosticeret med begge sygdomme.

Opgaveomlægningen betyder ændrede samarbejdsrelationer mellem den praktiserende læge og den specialiserede viden på hospitaler med udgangspunkt i den enkelte patient. Dette samarbejde skal sørge for, at den praktiserende læge har støtte fra specialister til at træffe de rigtige beslutninger for den enkelte patient og samtidig bidrage til, at patienten oplever mere sammenhæng i det individuelle behandlingsforløb.

Ligeledes skal opgaveomlægningen tænkes sammen med et øget fokus på efteruddannelse og på det praksisnære kvalitetsarbejde, som har til formål at sikre overblik over patientpopulationen.

3) Forudsætninger for programmet

PLO er ansvarlige for at systemhusene leverer de aftalte data til understøttelse af dette program. Det gælder både for data, som skal leveres til kvalitetsklyngerne, og for data, som skal bruges til validering af udbetaling af kronikerhonorar, jf. forhandlingsaftalens afsnit 19 om 'Milepælsplan for adgang til data' og bilag A om 'Vilkår for overgang til kronikerhonorar og regional opfølgning'.

Ved udgangen af 2019 vil RLTN tage stilling til, om opgaven vedrørende de udflyttede forløb for patienter med diabetes type 2 og KOL – inkl. den aftalte merøkonomi til området – fortsat skal være placeret i almen praksis. Ligeledes vil RLTN her vurdere, om eventuelt flere opgaver vedrørende andre kronikergrupper bør flyttes til almen praksis fremadrettet.

Den sygdomsspecifikke populationsydelse i dette program er fast og gælder for patienten, hvad enten henvendelsen er relateret til den kroniske sygdom eller ej. De tre sygdomsspecifikke ydelser i dette program kan opsiges af begge parter ved førstkommende genforhandling af overenskomsten. Se i øvrigt forhandlingsaftalens bilag 4 om 'Kommissorium for fastlæggelse af fremtidig model for kronikerhonorar'.

4) Beskrivelse af indhold i program for type 2 diabetes

Ydelse/opgave	Populationsansvar for patienter diagnosticeret med diabetes type 2
Målgruppe/indikation	Almen praksis har behandlingsansvar for alle tilmeldte patienter med type 2 diabetes på nær nedenstående undergrupper, hvor behandlingsansvaret ligger på hospitalet: • Indlagte patienter med diabetes type 2 • Gravide med diabetes type 2 • Patienter med behov for specialistbehandling af signifikante komplikationer: svære fodsår, nefropati og/eller svær retinopati (proliferativ og maculopati) • Patienter med tendens til hypoglykæmi Kilde: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med diabetes type 2, Sundhedsstyrelsen 2016. Diagnosen er stillet ved måling af HbA1c, hvor en værdi ≥ 48 mmol/mol (6,5%) er den diagnostiske grænse for diabetes type 2.
Henvisningsmuligheder for patienter med diabetes type 2	For at en praktiserende læge kan henvise en patient med type 2 diabetes (bortset fra de fire nævnte grupper) til hospital <i>som følge af deres diabetesdiagnose</i>, skal den praktiserende læge have haft en dialog med relevant hospitalsafdeling med henblik på vurdering af, om den praktiserende læge kan håndtere patienten i almen praksis med den rette specialistopbakning. Her kan fx være tale om patienter med nyopstået eller forværring af multiple komplikationer eller med komobiditet. <i>Øvrige henvisninger:</i> For patienter med type 2 diabetes og med behov for øvrig specialistbehandling, som ikke skyldes deres diabetesdiagnose, gælder eksisterende henvisningsaftaler. Her er almen praksis fortsat behandlingsansvarlige læge i forhold til behandling af diabetes.

	<i>Akutte henvisninger:</i> Uanset henvisningsårsag kan den praktiserende læge henvise akut uden forudgående kontakt til specialist på hospitalet.
Indhold i ydelsen	Behandling og opfølgning af patienter med type 2 diabetes følger de til enhver tid gældende kliniske retningslinjer. På baggrund heraf tilrettelægger den praktiserende læge et individuelt behandlingsforløb for patienten. For de patienter, som har en forløbsplan, jf. aftaletekst om forløbsplaner, så udfylder, anvender og vedligeholder den praktiserende læge i samarbejde med patienten en individuel forløbsplan. Forløbsplanerne anvendes som værktøj til at inddrage patienterne, så de sikres overblik og viden om forløbet og behandlingen, samt gives det bedste grundlag for egenomsorg i behandlingen.
Afgrænsning til øvrige overenskomstbestemte ydelser	For en patient diagnosticeret med type 2 diabetes er følgende ydelser inkluderet i honoraret uanset om henvendelsen vedrører diabetesdiagnosen: årskontrol, konsultation, telefonkonsultation og emailkonsultation.
Honorar	Fast honorar der udgør 2004,24 kr. pr. patient med diabetes type 2, der er tilmeldt praksis pr. d. 1. i et kvartals anden måned. Det er en forudsætning for honorarudbetaling, at patienten er registreret på diagnose i den kliniske kvalitetsdatabase.
Apparatur	Ikke behov for yderligere investering i apparatur.
Uddannelses-behov	Det er lægens eget ansvar at vurdere, om praksis har den rette organisation og kompetencer til at kunne varetage behandlingen af den samlede diabetespopulation i praksis, herunder alternativt overveje og tage ansvar for, at praksis klargøres til at overtage opgaven i overensstemmelse med den regionale implementeringsplan for indførelse af diabetes type 2 programmet.
Klinikpersonale	Det kan være hensigtsmæssigt at anvende diabetessygeplejersker og/eller andet praksispersonale til patientbehandling- og opfølgning.
Kvalitetssikring	Regionen monitorerer på centralt fastlagte kvalitetsmål og -indikatorer. Det er et krav, at den enkelte praktiserende læge arbejder med data-drevet kvalitetsudvikling med henblik på kontinuerligt at styrke fokus på kvaliteten af behandlingen til diabetes type 2 patienter.
Patient-information	Hospitalsbehandling skal betragtes som undtagelsen i behandlingen af patienter med diabetes type 2. I de tilfælde, hvor det bliver nødvendigt at henvise til ambulant behandling, skal patienten allerede ved henvisningstidspunktet forberedes på, at behandlingen skal overgå til almen praksis igen, når der ikke længere er behov for hospitalsbe-

	handling. Ligeledes skal hospitalet informere patienten om, når den praktiserende læge overtager behandlingsansvaret.
--	---

5) Beskrivelse af indhold i program for KOL

Ydelse/opgave	Populationsansvar for patienter diagnosticeret med KOL
Målgruppe/indikation	Almen praksis har behandlingsansvar for alle tilmeldte patienter med diagnosticeret KOL på nær nedenstående undergrupper, hvor behandlingsansvaret ligger på hospitalet: • Patienter i GOLD gruppe D, som har hyppige eksacerbationer (2 eller flere om året). • Patienter, hvor KOL er kompliceret som følge af svære udvidelser på bronchiegrenene (bronkieektasier). • Patienter med meget svært nedsat lungefunktion (FEV1 under 30 pct. af forventet), specielt hvis de er potentielle transplantationskandidater, kandidater til volumenreducerende terapi eller ventilanlæggelse og/eller har komplicerende pulmonal hypertension. • Patienter hvor man overvejer eller har iværksat behandling med noninvasiv ventilation (NIV) i hjemmet. Kilde: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL, Sundhedsstyrelsen 2015. For patienter i langtids-hjemmeiltbehandling gælder det, at hospitalet er ansvarlige for iltbehandlingen, mens almen praksis er ansvarlige for den øvrige del af KOL-behandlingen. Diagnosen er stillet på baggrund af ryge- og erhvervsanamnese, symptomer samt spirometrifund. Ved spirometri måles FEV1 og FVC (eller VC), og herefter foretages en beregning af FEV1/FVC % samt af FEV1 i % af forventet værdi. KOL-diagnosen forudsætter, at man påviser FEV1/FVC <70 % efter bronkodilatation.
Henvisningsmuligheder for patienter med KOL	For at en praktiserende læge kan henvise en patient med KOL (bortset fra de nævnte grupper) til hospital <i>som følge af deres KOL-diagnose</i> skal den praktiserende læge have haft en dialog med relevant hospitalsafdeling med henblik på vurdering af, om den praktiserende læge kan håndtere patienten i almen praksis med den rette specialistopbakning. Her kan fx være tale om patienter med svære exacerbationer eller forværring af multiple komplikationer eller med komobiditet. <i>Øvrige henvisninger:</i>

	For patienter med KOL og med behov for øvrig specialistbehandling, som ikke skyldes deres KOL-diagnose, gælder eksisterende henvisningsaftaler. Her er almen praksis fortsat behandlingsansvarlige læge i forhold til behandling af KOL. <i>Akutte henvisninger:</i> Uanset henvisningsårsag kan den praktiserende læge henvise akut uden forudgående kontakt til specialist på hospitalet.
Indhold i ydelsen	Behandling og opfølgning af patienter med KOL følger de til enhver tid gældende kliniske retningslinjer. På baggrund heraf tilrettelægger den praktiserende læge et individuelt behandlingsforløb for patienten. For de patienter, som har en forløbsplan, jf. aftaletekst om forløbsplaner, så opretter, udfylder og anvender den praktiserende læge i samarbejde med patienten en individuel forløbsplan. Forløbsplanerne anvendes som værktøj til at inddrage patienterne, så de sikres overblik og viden om forløbet og behandlingen, samt gives det bedste grundlag for egenomsorg i behandlingen.
Afgrænsning til øvrige overenskomstbestemte ydelser	For en patient diagnosticeret med KOL er følgende ydelser inkluderet i honoraret uanset om henvendelsen vedrører KOL-diagnosen: årskontrol, konsultation, telefonkonsultation og emailkonsultation.
Honorar	Fast honorar der udgør 1.794,58 kr. pr. patient med KOL, der er tilmeldt praksis pr. d. 1. i et kvartals anden måned. Det er en forudsætning for honorarudbetaling, at patienten er registreret på diagnose i den kliniske kvalitetsdatabase.
Apparatur	Ikke behov for yderligere investering i apparatur.
Uddannelses-behov	Det er lægens eget ansvar at vurdere, om praksis har den rette organisation og kompetencer til at kunne varetage behandlingen af den samlede KOL-population i praksis, herunder alternativt overveje og tage ansvar for, at praksis klargøres til at overtage opgaven i overensstemmelse med implementeringsplanen for KOL-programmet.
Klinikpersonale	Det kan være hensigtsmæssigt at anvende KOL-sygeplejersker og/eller andet praksispersonale til patientbehandling- og opfølgning
Kvalitetssikring	Regionen monitorerer på centralt fastlagte kvalitetsmål og -indikatorer. Det er et krav, at den enkelte praktiserende læge arbejder med data-drevet kvalitetsudvikling med henblik på kontinuerligt at styrke fokus på kvaliteten af behandlingen til patienter med KOL.
Patientinformation	I de tilfælde, hvor det bliver nødvendigt at henvise til ambulante behandling, skal patienten allerede ved henvisningstidspunktet forberedes på, at behandlingen skal overgå til almen praksis igen, når der ikke længere er behov for hospitalsbehandling. Ligeledes skal hospitalet informere patienten om, når den praktiserende læge overtager behand-

	lingsansvaret.
--	----------------

6) Økonomi og honorering

a. Opgavens omfang, udvikling i antallet af patienter og honorartakst

I den kommende overenskomstperiode skal en del af den ambulante behandling af type 2 diabetikere flyttes til almen praksis. Ligeledes skal dele af den ambulante behandling af KOL-patienter flyttes til almen praksis og samtænkes med indsatsen for tidlig opsporing.

Diabetes type 2

Parterne vurderer, at der er ca. 258.000 diagnosticerede patienter med diabetes type 2 i år 2018. Det forventes, at dette antal stiger til ca. 286.000 patienter i år 2020.

Parterne vurderer, at der i alt er ca. 38.000 type 2-diabetespatienter med forløb på hospitalerne pt. Af disse aftales det at flytte ca. 25.000 patienter til forløb i almen praksis.

Honorartaksten for diabetes type 2 er baseret på, at almen praksis skal varetage den nuværende type 2 diabetespopulation, som allerede går i almen praksis samt de patienter, som forventes udflyttet fra ambulatorierne

KOL

For KOL vurderer parterne, at der er ca. 175.000 diagnosticerede patienter i år 2018. Det estimeres, at der for 2018 og frem identificeres knap 19.000 patienter årligt som følge af indsatsen for tidlig opsporing, jf. forhandlingsaftalens afsnit 9.

Honorartaksten for KOL-populationen afspejler andelen af patienter, hvis behandling ønskes flyttet til almen praksis fra hospitalerne (både ambulant kontakt og fokus på forebyggelige indlæggelser) samt at opgaven også påvirkes af øvrige indsatsområder, så som øget vækst i antal KOL-patienter som følge af fokus på tidlig opsporing.

Patienter med både diabetes type 2 og KOL

Parterne vurderer, at der i 2018 er ca. 28.000 patienter, som både er diagnosticeret med KOL og diabetes type 2 stigende til ca. 33.500 i år 2020. For disse patienter er der et særligt kronikerhonorar, som bl.a. af-

spejler den synergi i behandlingen, som lægen oplever ved styrket populationsansvar for patienten.

Tabel 1 nedenfor beskriver talmaterialet vedr. nuværende antal kronikere og den forventede vækst i overenskomstperioden.

Tabel 1: Udvikling i antal patienter i perioden 2015-2020

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
RLTN dia2	220.515	232.363	244.913	258.031	271.693	285.874
KOL	175.481	175.210	175.145	175.241	175.466	175.818
KOL tidlig ops	0	0	7500	18.750	18.750	18.750
KOL i alt	175.481	175.210	182.645	201.491	220.466	239.568
Komorbiditet KOL + dia2*	24.500	24.462	25.500	28.131	30.781	33.448

*Antallet for komorbiditet er baseret på væksten i antal KOL-patienter inkl. KOL-patienter identificeret som følge af indsats for tidlig opsporing

Honorartakst (årlig, okt. 2016-niveau)

Kronikerhonorar for diabetes type 2:	2.004,24 kr.
Kronikerhonorar for KOL:	1.794,58 kr.
Kronikerhonorar for diabetes type 2 og KOL:	2.521,67 kr.

Honorarudbetaling

Kronikerhonoraret udbetales kvartalsvis sammen med basishonoraret, hvor der sker identifikation af patientpopulationen justeret på baggrund af død, nye patienter mv.

Honoraret udløses så længe, at almen praksis er behandlingsansvarlig for den kroniske sygdom ved patienten. Honorarudbetalingen sker i overensstemmelse med validering af antal kronikere hos den enkelte praksis, se bilag A om 'Overgang til kronikerhonorar og regional opfølgning' for yderligere uddybning.

b. Honorarstruktur og takst

I den kommende overenskomstperiode anses honorering af denne opgaveflytning som en opstartsfase, hvor der sker særskilt honorering i forhold til henholdsvis diabetes type 2, KOL og for de patienter, som har begge diagnoser.

Frem mod næste overenskomstforhandling i 2020 skal der igangsættes et arbejde med henblik på at fastlægge den ideelle fremtidige honorarmodel for den samlede opgave med behandling og opfølgning på patienter med

de kroniske sygdomme, hvor det vurderes hensigtsmæssigt at flytte nuværende ambulatorieopgaver til almen praksis.

7) Sikring af relevant faglig behandling og understøttelse

a. Faglig understøttelse/beslutningsstøtte til almen praksis

Hver region tilpasser løbende relevante forløbsprogrammer på baggrund af dette program og på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for mennesker med tværsektorielle forløb.

For at understøtte den praktiserende læge i at kunne tage behandlingsansvaret for sin kronikerpopulation skal almen praksis have øget adgang til specialistrådgivning i forhold til behandling af de mere komplicerede patienter. I udgangspunktet skal understøttelsesfunktioner, kvalitetsudviklingsfunktioner, dataunderstøttelse, rådgivningsmuligheder og rammer for patientoverdragelse tilrettelægges af den enkelte region. Regionerne kan bl.a. benytte følgende muligheder:

- Etablering af rådgivende telefonvagtordning på diabetescentre/lungeambulatorierne, således at almen praksis kan modtage højt specialiseret rådgivning vedrørende patienter, der behandles og kontrolleres i almen praksis
- Casegennemgang på fælles konferencer mellem praktiserende læger og specialister fra relevante hospitalsafdelinger
- Etablering af uddannelses tilbud til almen praksis inkl. praksispersonale varetaget af speciallæger- og sygeplejersker i diabetes og KOL i regi af Systematisk Efteruddannelse
- Etablering af tværfaglige møder hvor personale fra hospitalet kommer ud til almen praksis. Her kan der blandt andet diskuteres monitorering, kvalitet, komplekse patienter, mv.
- Levering af data fra regionerne om almen praksis' KOL- og diabetespopulation med henblik på at understøtte almen praksis i arbejdet med kvalitetsudvikling og proaktive indsatser
- Konsulentunderstøttelse via de regionale kvalitetsorganisationer, f.eks. om metoder til at arbejde med kvalitetsdata.

b. Sikring af relevant faglig behandling

Regionen (administrationen, hospitalet mv.) kan invitere den praktiserende læge til dialog om henvisningsmønstre, medicinudskrivelse mv. med

betydning for sektorovergange og/eller behandlingsansvar i henhold til overholdelse af nærværende aftale. Regionen kan evt. rejse sag i samarbejdsudvalget om samme emner.

8) Kvalitet

Alle praktiserende læger skal arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling. I forhold til dette program skal alle praktiserende læger bl.a. arbejde med centralt fastlagte kvalitetsmål og -indikatorer for diabetes type 2 og KOL. Se beskrivelse overenskomstens bilag 8 om kvalitetsarbejde for yderligere information.

9) Implementering

Opgaveflytningen skal træde i kraft i den kommende overenskomstperiode. Omlægningen skal indføres gradvist i perioden i takt med, at hospitaler er parate til opgaveomlægningen. Alle praktiserende læger er forpligtede til at varetage de nye opgaver for diabetes type 2 og KOL ved underskrivelse af erklæring om klarmelding.

Regionen laver en plan for den konkrete opgaveflytning i transitionsperioden. Den kan eksempelvis være faseopdelt, således at de forskellige hospitalsoptageområder implementerer ordningen på forskellige tidspunkter i løbet af overenskomstperioden. Se yderligere beskrivelse af implementeringsprocessen i bilag C om 'Implementering og Evaluering'.

10) Opfølgning og kontrol

En udvidet opgavevaretagelse i forhold til KOL- og diabetespatienter med en forbundet merøkonomi forudsætter en omlægning af kapacitet på hospitalerne. Dette medfører et styrket behov for at sikre, at den andel af patientbehandling og opfølgning, som flyttes fra hospitalsregi til almen praksis, løftes i henhold til aftalen.

Kontrol med afregning

Gældende kontrol med afregning omfatter også disse kronikerydelser. Regionen vil bl.a. løbende følge op på, om alle diagnosticerede patienter inden for de omfattede sygdomsgrupper er registreret på kronikerhonoraret. Se uddybning i bilag A om 'Vilkår for overgang til kronikerhonorar og regional opfølgning'. uddybe

11) Evaluering

I løbet af denne overenskomstperiode vil RLTN med inddragelse af PLO tage initiativ til en forskningsbaseret evaluering af, om opgaveflytningen har været succesfuld, herunder om patienter overvejende følges og behandles i almen praksis, og om den faglige kvalitet af kronikerbehandlin-

gen i almen praksis er tilfredsstillende. Ligeledes skal evalueringen have fokus på sammenhængen til de kommunale forebyggelses- og sygeplejeindsatser. Se bilag C om 'Implementering og evaluering' for yderligere beskrivelse af evalueringen.

BILAG A: VILKÅR FOR OVERGANG TIL KRONIKERHONORAR OG REGIONAL OPFØLGNING

Kronikerhonoraret

Der vil i den kommende overenskomstperiode være tre kronikerhonorer:

- 1) Kronikerhonorar for patienter med KOL: ydelseskode 0130
- 2) Kronikerhonorar for patienter med type 2 diabetes: ydelseskode 0131
- 3) Kronikerhonorar for patienter med både KOL og type 2 diabetes: ydelseskode 0132

Overgang til kronikerhonorar

Efter klarmelding skal den praktiserende læge ved førstkommende årskontrol overgå til det aftalte kronikerhonorar for alle patienter diagnosticeret med hhv. type 2 diabetes, KOL eller med begge sygdomme, hvor praktiserende læge på det gældende tidspunkt har behandleransvaret for den kroniske sygdom. Overgangen markeres ved at der afregnes med den relevante ydelse for kronikerhonorar (0130, 0131, 0132). Kronikerhonoraret omfatter årskontrollen, som der ikke kan afregnes særskilt for.

For de patienter som flyttes fra ambulatorier til forløb i almen praksis, skal patienter overgå til kronikerhonorar i overensstemmelse med den regionale implementeringsplan, som følger optageområderne for hospitalerne, se bilag C om 'Implementering og evaluering'.

For alle patienter gælder det, at efter overgang til kronikerhonorar vil alle efterfølgende årskontroller være inkluderet i kronikerhonoraret. Hvis patienten har flere kroniske sygdomme end KOL og/eller diabetes type 2, vil årskontrol for denne sygdom også være indeholdt i kronikerydelsen. RLTN skal fortsat kunne se en markering af antallet af årskontroller udført af den enkelte praktiserende læge, selvom patienten er omfattet af kronikerhonoraret.

Registreringen af efterfølgende årskontroller sker automatisk ved, at RKKP-data vedr. diabetes type 2 og KOL leveres direkte fra systemhuse- ne til regionerne (ikke på cpr-niveau). Herved sker en automatisk marke-

ring af antal årskontroller for hhv. KOL og diabetes type 2 udført på ydernummerniveau.

Ydelser indeholdt i kronikerhonoraret

Følgende ydelser er inkluderet i det faste kronikerhonorar hvad enten henvendelsen vedrører den kroniske diagnose eller øvrige forhold:

- Konsultation
- Årskontrol
- Telefonkonsultation
- Emailkonsultation

Der kan således ikke afregnes enkeltvist på disse ydelser for en patient, som er omfattet af kronikerhonoraret.

I implementeringsfasen skal det undersøges, hvorvidt der kan laves en teknisk løsning, som gør, at praksis fortsætter gældende *registreringer* for afregninger på enkelttydelser for patienter omfattet af kronikerhonoraret uden, at det udløser afregning for enkelttydelser. På denne måde er der færre ændringer i arbejdsgange i praksis og en fortsat registrering for de enkelte kontakter for alle patienter kan sikres.

Overenskomsttydelser som kan afregnes i kombination med kronikerhonoraret

- Samtaleterapi
- Sygebesøg
- Tillægsydelser
- Laboratorieydelser
- Profylakseydelser
- Psykometriske tests
- Opsøgende hjemmebesøg
- Diverse lokalaftaler

Disse ydelser kan afregnes sammen med kronikerhonoraret.

Honorarudbetaling

Efter den 1.4.2018 jf. milepælsplanen leverer systemhusene hvert kvartal en liste på ydernummerniveau over ICPC-koderne for KOL og diabetes type 2 (ikke på CPR-niveau) til brug for kontrol med udbetaling af kronikerhonorar. Der skal være overensstemmelse mellem *antallet* af diagnosticerede patienter med ICPC-kode og *antallet* af kronikerhonorarer på tidspunktet for udbetaling af kronikerhonorar.

Hvis der ikke er overensstemmelse mellem antal ICPC-koder og antal kronikerhonorarer, tager regionen en drøftelse med den enkelte praktiserende læge om uoverensstemmelsen. En sådan drøftelse mellem læge og region kan også finde sted ved eventuel uretmæssig brug af kronikerhonoraret såsom overforbrug, underforbrug, manglende brug, uretmæssig brug af øvrige overenskomsttydelser i kombination med kronikerhonorar mv. Hvis disse drøftelser ikke fører til enighed blandt parterne, kan der rejses sag i samarbejdsudvalget.

Regionen foretager hvert kvartal en opgørelse over, hvor mange patienter, som almen praksis har behandleransvaret for, og udbetaler kronikerhonorar på denne baggrund. Der skal i overenskomstperioden laves en tilfredsstillende teknisk løsning, så en markering af behandlingsansvaret kan anvendes til validering af honorarudbetaling.

Regional opfølgning

Regionen foretager – lige som i dag – løbende opfølgning og udarbejder analyser i forhold til regionens samlede sundhedsvæsen. Gældende kontrol med afregning omfatter også kronikerydelserne. Det vil bl.a. være relevant for regionen at analysere på nedenstående faktorer:

- Andel/antal patienter med KOL/type 2-diabetes, der modtager årskontrol
- Andel/antal patienter med KOL/type 2-diabetes, der henvises til hospitaler
- Antal ambulante besøg med aktionsdiagnosen type 2-diabetes/KOL
- Antal indlæggelser og genindlæggelser blandt patienter med type 2-diabetes/KOL
- Andel af patienter med KOL eller type 2-diabetes som samtidig lider af andre kroniske sygdomme
- Henvisninger til øvrige af praksissektorens behandlere
- Henvisningsmønstre til relevante kommunale forebyggelsestilbud

Regionen følger bl.a. op på udviklingen i brug af tillægs- og laboratorieydelser for de patienter, som inkluderes i kronikerhonoraret i forhold til baseline for samme gruppe patienter. Sammenligningsgrundlaget er overenskomståret 2016/2017.

Regionerne anvender p-markeringen til at monitorere på kontaktydelser til almen praksis.

Selve kronikerhonoraret er undtaget kontrolstatistikken. Regionen vil løbende følge op på, om alle diagnosticerede patienter inden for de omfattede sygdomsgrupper er registreret på kronikerhonoraret via lister med antal ICPC-koder for diabetes type 2 og KOL.

BILAG B: ERKLÆRING OM KLARMELDING VEDR. AFTALE OM PROGRAM FOR KOL OG DIABETES TYPE 2

Hensigten med denne erklæring om klarmelding er, at alle praktiserende læger får synliggjort de vilkår og forpligtelser, som er forbundet med anvendelse af programmet for type 2 diabetes og KOL. Denne erklæring om klarmelding skal underskrives af PLO-R på vegne af en mindre gruppe praktiserende læger før anvendelsen af programmet kan træde i kraft.

Alle praktiserende læger under overenskomst om almen praksis skal være omfattet af en sådan erklæring inden 1. august 2018.

Erklæring om klarmelding i forhold til anvendelse af program om diabetes type 2 og KOL for følgende praksis

PLO-R på vegne af:

[Praksis A, Praksis B, Praksis C...]

Erklæringen er underskrevet med henblik på at sikre, at alle patienter diagnosticeret med diabetes type 2 og/eller KOL fra dags dato håndteres i overensstemmelse med program for diabetes type 2 og KOL som det er beskrevet i vedlagte bilag.

Bilag til denne erklæring:

- Bilag 1: Program for diabetes type 2 og KOL
- Bilag 2: Vilkår for overgang til kronikerhonorar og regional opfølgning
- Bilag 3: Implementering og evaluering

Efter underskrevet erklæring om klarmelding til anvendelse af programmet skal den enkelte praktiserende læge afregne kronikerhonorar ved førstkommende årskontrol for alle eksisterende patienter diagnosticeret med diabetes type 2 og KOL, hvor almen praksis på tidspunktet har behandlingsansvaret.

For de patienter, hvis forløb flyttes fra hospitalet til behandlingsansvar i almen praksis, sker opstart af programmet for diabetes type 2 og KOL i

overensstemmelse med den regionale implementeringsplan vedtaget i praksisplansudvalget.

Overholdelse af aftalen

Hvis aftalen om efterlevelse af Program for diabetes type 2 og KOL ikke overholdes – f.eks. som følge af uretmæssig brug af kronikerhonoraret eller ved manglende varetagelse af den aftalte opgave – efterprøves forholdet i samarbejdsudvalget.

Vilkår for aftalen

Ved udgangen af 2019 vil RLTN tage stilling til, om opgaven vedrørende de udflyttede forløb for patienter med diabetes type 2 og KOL – inkl. den aftalte merøkonomi til området – fortsat skal være placeret i almen praksis. Ligeledes vil RLTN her vurdere, om eventuelt flere opgaver vedrørende andre kronikergrupper skal flyttes til almen praksis fremadrettet. En udflytning af eventuelle yderligere kronikergrupper kan kun ske efter aftale med PLO.

BILAG C: IMPLEMENTERING OG EVALUERING

Opgaveflytningen skal træde i kraft i den kommende overenskomstperiode. PLO-R skal på vegne af en mindre gruppe praksis underskrive en erklæring om klarmelding senest 1. august 2018. Herefter indføres omlægningen gradvist i perioden i takt med, at almen praksis og hospitaler er parate til opgaveomlægningen. Alle praktiserende læger skal varetage de nye patientforløb flyttet fra hospitalerne inden d. 1. juli 2020.

National og regional governance i implementeringsfasen

Den enkelte region skal lave en plan for, hvordan den konkrete opgaveflytning i regionen skal foregå. Bl.a. er der på de enkelte hospitaler et behov for en tidsperiode til at tilpasse kapacitet, budgetter og etablere rådgivningstilbud.

Implementeringsplanen kan eksempelvis være faseopdelt, således at de forskellige hospitalsoptageområder implementerer ordningen på forskellige tidspunkter i løbet af overenskomstperioden.

Parallelt med den faseopdelte implementering skal regioner, kommuner og PLO-R drøfte og tilrettelægge de decentrale elementer i aftalen, eksempelvis snitfladebeskrivelser, efteruddannelsestilbud, understøttelse, kvalitetsudviklingsaktiviteter mv.

De forskellige parter og udvalg for de konkrete drøftelser er skitseret nedenfor:

Parter	Udvalg	Instrument	Indhold
RLTN-PLO	-	Forhandlingsaftale	Centrale rammevilkår
Danske Regioner - PLO	Partsmøder	-	Løbende drøftelse af fremdrift, bl.a. med udgangspunkt i de mål, som evalueringen også anvender
PLO-R på vegne af et mindre antal praksis	Regional administration	Underskrevet erklæring om klarmelding til anvendelse af programmet	Vilkår for opgavevaretagelse mv.
PLO-R, region, kommuner	Sundhedskoordinationsudvalg	Forløbsprogram	Tilretning af stratificeringskriterier og samarbejdsflader mv.
PLO-R, region, kommuner	Praksisplanudvalg	Implementeringsplan (skal ikke indgå i den underliggende aftale)	Decentral tilrettelæggelse Overordnet tids- og procesplan for implementering Andet
Hospitaler, PLO-K / PLO-R, kommuner	Regionalt hospitalsudvalg, fx Samordningsudvalg	Lokal indfasningsplan	Invertering / opgaveoverdragelse

En vellykket implementering forudsætter opbygning af kompetencer og organisation i almen praksis. Det er almen praksis' eget ansvar at foretage eventuelle nødvendige ændringer i klinikken i overensstemmelse med den ændrede opgavevaretagelse.

Beskrivelse af en regional implementeringsplan

Forud for en fuld implementering i 2020 går en transitionsperiode, som indebærer en gradvis omlægning i almen praksis af behandling af nuværende diabetes/KOL-patienter i forhold til kronikerhonorar og en indfasning af opgaven i relation til flytning af patienterne fra ambulatorierne.

Regionen laver en plan for den konkrete opgaveflytning i transitionsperioden. Den kan eksempelvis være faseopdelt på følgende måde:

	Læger i optageområde A	Læger i optageområde B	Læger i optageområde C	Læger i optageområde D
Optageområde A	1.3.2018 – 1.9.2018			

Optageområde B		1.9.2018- 1.3.2019		
Optageområde C			1.3.2019 – 1.9.2019	
Optageområde D				1.9.2019 – 1.3.2020

Den regionale implementeringsplan skal desuden tage højde for, hvordan en systematisk flytning af patienter fra ambulatorier til almen praksis muliggøres. Konkret skal der foretages en inventering af de patienter, der i dag er tilknyttet hospitalsambulatorier. Inventeringen kræver samarbejde mellem ambulatorier og almen praksis. Det kan være ambulatorierne alene, der gennemgår deres patienter i forhold til stratificeringskriterier og afgør hvilke patienter, der potentielt kan flyttes til almen praksis. Nærmere fremgangsmåde for inventeringen skal beslattes i et relevant lokalt hospitalsudvalg.

Flytningen af patienter sker i henhold til regionens implementeringsplan. Den konkrete flytning af patienter sker i dialog mellem hospitalsafdeling og den praktiserende læge. I den forbindelse er det vigtigt også at inddrage patienterne, så der sikres forståelse for, hvorfor patienten flyttes til videre behandling i almen praksis. Det er væsentligt i denne proces, at der for både patienter, praksispersonale og praktiserende læger er nem adgang til at få afklaring og rådgivning fra ambulatoriet.

I transitionsperioden skal den nuværende mulighed for ambulant kontrol af kronikere på hospitalet opretholdes i en relevant skalering.

Ligeledes skal regionerne sikre, at (nogle) hospitaler fortsat har den rette kapacitet og ekspertise på de endokrinologiske afdelinger og de lunge-medicinske afdelinger til at kunne varetage den mest komplicerede behandling samt de akutte tilfælde. Det vil typisk også være her, hvor praksispersonale og den praktiserende læge vil henvende sig for råd og vejledning, hvis der skulle være spørgsmål i forhold til det enkelte patientforløb i almen praksis.

En mulig tidsplan for at sikre sammenhæng mellem governance og implementering kunne se således ud:

	2018	2019	2020
Idekatalog for specialistunderstøttelse	x		
PPU vedtager implementeringsplan og øvrige decentrale vilkår i relation til opgaveflytningen	x		
Implementering i optageområder	x	x	x

Regional opfølgning på opgaveflytning

Implementering, lokal tilpasning, tilrettelæggelse og opfølgning i forhold til fremdrift forankres i de regionale praksisplanudvalg. Her tages også drøftelser om snitflader, optimering af samarbejde på tværs af sektorer mv. og der skal være en løbende dialog mellem praktiserende læger og region/kommuner om eventuelle forbedringsmuligheder, som bl.a. skal bidrage til at skabe et grundlag for prioriteringer både centralt og i almen praksis.

Herudover vil regionerne løbende monitorere, om stratificeringskriterierne i de regionale forløbsprogrammer følges af alle sektorer, og om nødvendigt iværksætte relevante initiativer for at sikre korrekt stratificering. De opfølgningsmål, som har betydning for snitflader til kommunerne, drøftes i praksisplanudvalgene.

Evaluering

En udvidet opgavevaretagelse i forhold til KOL- og diabetespatienter med en forbundet merøkonomi forudsætter en omlægning af kapacitet på hospitalerne. Dette medfører et styrket behov for at sikre, at den andel af patientbehandling og opfølgning, som flyttes fra hospitalsregi til almen praksis, løftes i henhold til aftalen.

RLTN vil ved udgangen af 2019 tage stilling til, om opgaven vedrørende de udflyttede forløb for patienter med diabetes type 2 og KOL – inkl. den aftalte merøkonomi til området – fortsat skal være placeret i almen praksis. Ligeledes vil RLTN her vurdere, om eventuelt flere opgaver vedrørende andre kronikergrupper skal flyttes til almen praksis fremadrettet. En udflytning af eventuelle yderligere kronikergrupper kan kun ske efter aftale med PLO.

Forskningsbaseret evaluering

I løbet af denne overenskomstperiode vil RLTN med inddragelse af PLO evaluere, om opgaveflytningen har været succesfuld, herunder om patienter overvejende følges og behandles i almen praksis, og om den fagli-

ge kvalitet af kronikerbehandlingen i almen praksis er tilfredsstillende. Ligeledes skal evalueringen have fokus på sammenhængen til de kommunale forebyggelses- og sygeplejeindsatser.

Denne evaluering skal være forskningsbaseret. Forskningsdesignet skal afstemmes med regionerne, og en analyse bør blandt andet afdække hvilken betydning, som omlægningen får bl.a. for den kliniske kvalitet i patientbehandling. En forskningsbaseret undersøgelse af omlægningens konsekvenser kan desuden hensigtsmæssigt indeholde anbefalinger til en tilpasset fremadrettet model.

Evalueringen skal blandt andet indeholde følgende mål på aggregeret niveau:

- Gældende RKKP indikatorer for KOL og diabetes type 2
- Andel/antal patienter der har type 2-diabetes/KOL fordelt på alder og socio-økonomi
- Andel/antal patienter med KOL/type 2-diabetes der modtager års-kontrol
- Andel/antal patienter med KOL/type 2-diabetes der henvises til hospitaler
- Antal ambulante besøg med aktionsdiagnosen type 2-diabetes/KOL
- Antal indlæggelser og genindlæggelser blandt patienter med type 2-diabetes/KOL
- Andel af patienter med KOL eller type 2-diabetes som samtidig lider af andre kroniske sygdomme
- Antal/andel ajourførte FMK
- Patienttilfredsundersøgelser
- Henvisningsmønstre til relevante kommunale tilbud

AFTALE OM HONORERING FOR VEJLEDNING AF IKKE-TILMELDTE PATIENTER OM ANVENDELSE AF SVANGERSKABSFOREBYGGENDE METODER

*Alle beløb er angivet i **01-10-2017-niveau**. Beløbene reguleres som anført i § 62 i overenskomst om almen praksis.*

§ 1 AFTALENS OMRÅDE

Stk. 1.

Denne aftale omfatter honorering af alment praktiserende læger for vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder til patienter, der ikke er tilmeldt lægen.

Stk. 2.

Efter lovgivningen har alle med dansk indfødsret eller bopæl her i landet adgang til gratis vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder hos en alment praktiserende læge. Vejledningstilbuddet er ikke begrænset til den alment praktiserende læge, som måtte være valgt af eller for den vejledningssøgende.

Stk. 3.

Aftalen gælder kun såfremt den enkelte region ikke har udnyttet sin ret til at opfylde sin forpligtelse til at sikre et alternativt vejledningstilbud til famililægen ved at indgå aftale med et antal alment praktiserende læger fordelt i regionen om at varetage vejledningsopgaven.

Stk. 4.

Honorering for vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder til patienter, der er tilmeldt lægen efter overenskomst om almenpraksis, sker efter overenskomsten.

§ 2 YDELSER OG HONORERING

Stk. 1.

Ydelserne efter denne aftale er afgrænset i henhold til den fortolkning af lovgrundlaget, der er fastlagt i Sundhedsministeriets brev af 01-07-1997 til samtlige amter samt Københavns og Frederiksberg kommuner.

Stk. 2.

Vejledningsopgaven omfatter vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder, eventuel ordination af p-piller og oplægning af spiral samt fortsat kontrol af benyttelse af svangerskabsforebyggende metoder, herunder kontrol i forbindelse med benyttelse af p-piller eller spi-

ral, samt behandling af mindre bivirkninger. Ydelserne kan i relevant omfang eventuelt leveres ved en telefonkonsultation.

Stk. 3.

Ved egentlige komplikationer i forbindelse med brugen af de nævnte svangerskabsforebyggende midler bør patienten opfordres til at søge egen alment praktiserende læge. Aftalen omfatter derfor ikke honorering for undersøgelse og behandling ved egentlige komplikationer.

§ 3 HONORARER

Der ydes følgende honorarer:

8291	Vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder, herunder eventuelt ordination af p-piller. Ydelsen omfatter samtale og vejledning samt eventuelle undersøgelser, der måtte være påkrævet i forbindelse med vejledning og eventuel ordination til den enkelte patient	kr. 269,87
8292	Vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder ved indlæggelse af spiral (ekskl. udgiften til spiral). Ydelsen omfatter samtale og vejledning samt eventuelle undersøgelser, der måtte være påkrævet i forbindelse med vejledning og ordination til den enkelte patient	kr. 365,75
8293	Fortsat kontrol af benyttelse af svangerskabsforebyggende metoder, herunder benyttelse af p-piller eller spiral, samt eventuel behandling af mindre bivirkninger	kr. 221,91
8294	Telefonkonsultation	kr. 58,23

§ 4 AFREGNING

Ved afregning af ydelser omfattet af denne aftale gælder følgende:

1. For læger tilsluttet overenskomst om almen praksis finder dennes § 80 anvendelse.
2. Ved ydelser udført af andre læger end nævnt under 1. afregnes således:

- a. I forbindelse med hver enkelt ydelse udfylder lægen en mellem parterne aftalt regningsblanket, der underskrives af patienten.
- b. Af regningen skal fremgå: patientens personnummer, regionsnummer, navn, bopæl, dato for ydelsen og dennes art.
- c. De inden den 20. i en måned fremsendte regninger betales senest den 15. i den følgende måned.
- d. Betalingen af de lægen tilkommende honorarer erlægges til lægen på hans egen giro- eller pengeinstitutkonto. Transport i lægens tilgodehavende kan ikke finde sted.

§ 5 OPSIGELSE

Aftalen kan af begge parter opsiges med mindst 3 måneders varsel til ophør den 1. i en måned.

§ 6 AFTALEDATO OG ÆNDRINGER

Denne aftale, der er indgået d. 19-10-1998, er i 2014 konsekvensrettet.

PROFYLAKSEAFTALEN

AFTALE VEDRØRENDE PROFYLAKTISKE HELBREDSUNDERSØGELSER AF GRAVIDE OG BØRN SAMT VACCINATIONER

*Alle beløb i Profylakseaftalen er angivet i **01-10-2017-niveau**. Beløbene reguleres som anført i § 62 i overenskomst om almen praksis.*

Aftalen er udformet på grundlag af lovgivningen og Sundhedsstyrelsens retningslinjer og fastlægger honorering m.v. af alment praktiserende læger dels for udførelse af de vederlagsfrie forebyggende helbredsundersøgelser af gravide, dels udførelse af forebyggende helbredsundersøgelser af børn og unge og vaccinationer af børn og af visse særlige persongrupper.

KAPITEL I. SVANGREOMSORG

§ 1 FORMÅL

Honorarstrukturen er udformet med henblik på tilvejebringelse af et grundlag for udførelse af de forebyggende helbredsundersøgelser i overensstemmelse med de målsætninger, der er kommet til udtryk i Sundhedsstyrelsens retningslinjer, herunder blandt andet, at sundhedsvæsenets indsats medicinsk, psykisk og socialt skal tilpasses brugernes individuelle behov og erfaringsgrundlag, og at der skal vises særlig opmærksomhed over for kvinder/familier, hvis livsvilkår eller livsstil medfører særlige risici for mor og/eller barn og overfor kvinder, hos hvem graviditeten eller fødslen kan forventes at blive kompliceret. Der henvises nærmere til Sundhedsstyrelsens retningslinjer om graviditet, fødsel og barselperiode. Endvidere tager honorarstrukturen højde for, at alle gravide skal have tilbud om at få information om fosterdiagnostik, og at der skal gives basal information om fosterdiagnostik til de kvinder, som ønsker det. Der henvises nærmere til Sundhedsstyrelsens retningslinjer for fosterdiagnostik.

§ 2 FAGLIGE RETNINGSLINJER

Ved fastsættelse af ydelser og honorarer er det forudsat, at ydelserne udføres i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledende retningslinjer som nævnt oven for.

§ 3 HELBREDSUNDERSØGELSER AF GRAVIDE

De profylaktiske helbredsundersøgelser og honorarerne herfor omfatter alle de undersøgelser, herunder blodprøver og urinundersøgelser, der i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinjer skal tilbydes alle gravide.

- 8110 1. lægeundersøgelse (ca. 6-10 uger) kr. 459,8
- Ydelsen inkluderer indsendelse af blodprøve til et forsendelsessted (blodtype, antistoffer, hepatitis B, HIV og syfilis). Ved flere forsendelsessteder honoreres med tillægsydelsen 8151 pr. yderligere forsendelsessted.
- Ydelsen inkluderer endvidere urinundersøgelse for albuminuri og glucosuri (stix) samt undersøgelse af urin for asymptomatisk bakteriuri (stix eller mikroskopi), der i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinier tilbydes alle gravide. Ydelsen inkluderer lægens afklaring af, om den gravide ønsker information om fosterdiagnostik og levering af basal information til de kvinder, som ønsker det.
- Supplerende urindyrkning ved positivt resultat af undersøgelse for asymptomatisk bakteriuri honoreres med tillægsydelse 8159.
- 8120 2. lægeundersøgelse (ca. 25 uger) kr. 165,75
- Ydelsen inkluderer urinundersøgelse for glucosuri (stix) og asymptomatisk bakteriuri (stix eller mikroskopi), der i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinier skal tilbydes alle gravide. Blodprøver, herunder blodprøver hos kvinder med RhD negativ blodtype afregnes med tillægsydelse 8151 pr. forsendelsessted. Supplerende urindyrkning ved positivt resultat af undersøgelse for asymptomatisk bakteriuri honoreres med tillægsydelse 8159.
- 8130 3. lægeundersøgelse (ca. 35 uger) kr. 165,75
- Ydelsen inkluderer urinundersøgelse for albuminuri og glucosuri (stix).
- 8140 4. lægeundersøgelse (ca. 8 uger efter fødslen) kr. 199,99

NOTE TIL § 3:

Den praktiserende læge kan tilbyde gravide, at de profylaktiske helbredsundersøgelser udføres som gruppekonsultation. Honorering i forbindelse med gruppekonsultation sker med de i §§ 3-5 anførte honorarer, der afregnes særskilt for hver enkelt gravid. Gravide, som ønsker individuelle undersøgelsesforløb, skal tilbydes dette.

§ 4 TILLÆGSYDELSE UDOVER DE I § 3 INKLUDEREDE

Honorar for tillægsydelser til helbredsundersøgelser af gravide ydes kun i det omfang, disse ydelser ikke er inkluderet i honoraret for de i § 3 angivne undersøgelser.

- 8151 Blodprøvetagning fra blodåre til særlige prøver – Kr. 47,95
herunder til brug for fosterdiagnostik - til undersøgelse på Statens Serum Institut eller centrallaboratorium.

Såfremt de i Sundhedsstyrelsens retningslinjer anbefalede serodiagnostiske undersøgelser skal udføres ved indsendelse af blodprøver til såvel Statens Serum Institut som centrallaboratorium/sygehuslaboratorium, er lægen i forbindelse med 1. lægeundersøgelse berettiget til ét honorar for tillægsydelse 8151, og ved 2., 3. eller 4. lægeundersøgelse til honorar for tillægsydelse 8151 for hver indsendelse. Såfremt der ved 1. lægeundersøgelse viser sig behov for serodiagnostiske undersøgelser udover tilbuddet til alle gravide, men dette ikke medfører behov for indsendelse af prøver til flere steder, ydes der ikke honorar for tillægsydelse 8151.

- 8152 Forsendelse af biologisk materiale, ekskl. blodprøver Kr. 34,26

§ 5 LABORATORIEUNDERSØGELSER UDOVER DE I § 3 INKLUDEREDE

Laboratorieundersøgelser og udtagning af prøver honoreres, når de bedømmes af lægen selv.

Honorar for laboratorieundersøgelser ydes kun i det omfang, disse ydelser ikke er inkluderet i honoraret for de i § 3 angivne undersøgelser.

Nr.

- | | | |
|------|---------------------------|-----------|
| 8153 | B-glukose (fotometer) | kr. 52,28 |
| 8164 | B-hæmoglobin (fotometer) | kr. 52,28 |
| 8155 | Urinundersøgelse ved stix | kr. 13,07 |

Mikroskopi af biologisk materiale:

8165	Fasekontrastmikroskopi af urin	kr. 52,28
8168	Fasekontrastmikroskopi af biologisk materiale, ekskl. urin	kr. 65,35

Dyrkning af biologisk materiale i eget laboratorium:

8159.	Bakterier	kr. 39,21
-------	-----------	-----------

§ 6 DELTAGELSE I UDVALG

I Sundhedsstyrelsens retningslinjer anbefales der nedsættelse af lokale tværfaglige teams og regionale fødeplanudvalg. I det omfang praktiserende læger efter anmodning fra regionerne eller kommunerne deltager i arbejdet i sådanne teams eller udvalg, ydes følgende honorar:

a)

Deltagelse i møder i lokale tværfaglige teams eller regionale fødeplanudvalg honoreres med 126,65 kr. pr. påbegyndt 10 min. (moduler).

8170	1 modul	kr. 132,40
8171	2 moduler	kr. 264,80
8172	3 moduler	kr. 397,20
8173	Pr. påbegyndt modul udover 3	kr. 126,65

b)

I forbindelse med møder, der ikke finder sted i lægens konsultation, honoreres lægens tidsforbrug til mødestedet med følgende satser:

8182	Indtil 4 km	kr. 81,46
8183	Fra 4 indtil 8 km	kr. 118,66
8184	Fra 8 indtil 12 km	kr. 153,60
8185	Fra 12 indtil 16 km	kr. 188,78
8186	Fra 16 indtil 20 km	kr. 224,25
8187	Udover 20 km	kr. 246,19
8188	+ kr. 8,40 pr. påbegyndt km udover 21 km	

c)

Godtgørelse for benyttelse af eget befordringsmiddel er den samme godtgørelse pr. påbegyndt km, som til enhver tid af staten er fastsat for benyttelse af eget befordringsmiddel på tjenesterejser. Til denne godtgørelse ydes et tillæg på 15 %, forhøjet til nærmeste hele ørebeløb.

KAPITEL II. BØRNEUNDERSØGELSER, BØRNEVACCINATIONER OG ANDRE VACCINATIONER

§ 7 BØRNEUNDERSØGELSER

8211	1. børneundersøgelse, når barnet er 5 uger	kr. 200,15
8212	2. børneundersøgelse, når barnet er 5 måneder	kr. 200,15
8213	3. børneundersøgelse, når barnet er 12 måneder	kr. 200,15
8214	4. børneundersøgelse, når barnet er 2 år	kr. 200,15
8215	5. børneundersøgelse, når barnet er 3 år	kr. 200,15
8216	6. børneundersøgelse, når barnet er 4 år	kr. 200,15
8217	7. børneundersøgelse, når barnet er 5 år	kr. 200,15

§ 8 VACCINATIONER TIL BØRN, UNGE OG VISSE PERSONGRUPPER

Stk. 1.

Vaccination mod difteri, tetanus, kighoste, polio og hæmophilus influenzae type b (Hib).

8341	1. Di-Te-Ki-Pol-Hib-vaccination, når barnet er 3 måneder	kr. 45,28
8342	2. Di-Te-Ki-Pol-Hib-vaccination, når barnet er 5 måneder	kr. 45,28
8343	3. Di-Te-Ki-Pol-Hib-vaccination, når barnet er 12 måneder	kr. 45,28
8325	Di-Te-Ki-Pol-revaccination, når barnet er ca. 5 år	kr. 45,28

Stk. 1 a.

Midlertidig ændring af vaccinationsprogrammet for børn, der vaccineres i perioden 15/1 2014 – 31/12 2015.

	Di-Te-Ki-Hib-HBV (Infanrix hexa®) vaccination, når barnet er 3 måneder	kr. 45,28
	Di-Te-Ki-Hib-HBV (Infanrix hexa®) vaccination, når barnet er 5 måneder	kr. 45,28
8352	Di-Te-Ki-Hib-HBV (Infanrix hexa ®) vaccination, når barnet er 12 måneder	kr. 45,28
8353	2. vaccination med Engerix-B pæd® til børn, der har modtaget mindst én Infanrix hexa® vaccine, men ikke alle 3	kr. 45,28
8354	3. vaccination med Engerix-B pæd® til børn, der har modtaget mindst én Infanrix hexa® vaccine,	kr. 45,28

	men ikke alle 3	
8355	Revaccination med poliovaccine når barnet er ca. 5 år	kr. 45,28
8356	Revaccination med Di-Te-Ki-vaccine når barnet er ca. 5 år	kr. 45,28

NOTE til § 8, stk. 1 a

Ydelserne forventes udfaset i marts 2018. Ydelseskoderne kan anvendes frem til og med marts 2018

Stk. 2.

Kombineret vaccination mod mæslinger, fåresyge og røde hunde (MFR)

8601	1. MFR-vaccination (uanset alder, men normalt når barnet er 15 måneder)	kr. 45,28
8612	2. MFR-vaccination (uanset alder, men normalt når barnet er 4 år)	kr. 45,28
8618	Honorar for telefonisk henvendelse til forældrene	kr. 27,40

Se i øvrigt note III og note IV til § 8.

Stk. 3.

Vaccination mod pneumokoksygdom

8344.	Pneumokokvaccination, når barnet er 3 måneder	kr. 45,28
8345.	Pneumokokvaccination, når barnet er 5 måneder	kr. 45,28
8346.	Pneumokokvaccination, når barnet er 12 måneder....	kr. 45,28

Stk. 4.

Vaccination mod HPV af piger fra det fyldte 12. år indtil det fyldte 18. år

8328	1. HPV-vaccination (normalt, når pigen er 12 år)	kr. 139,93
8329	2. HPV-vaccination (minimum 1 måned efter 1. vaccination)	kr. 139,93
8330	3. HPV-vaccination (minimum 3 måneder efter 2. vaccination)	kr. 139,93

Stk. 5.

Vaccination mod røde hunde

8801	Vaccination af kvinder mod røde hunde	kr. 45,28
8901	Tillæg til vaccinationshonorar, når der ikke samtidig	

er konsultation i øvrigt

kr. 94,64

Stk. 6.

Tillæg til vaccinationshonorarerne i stk. 1-5

8708 Tillæg til vaccinationshonorar når der ikke samtidig udføres en børneundersøgelse eller konsultation kr. 94,64

NOTE til § 7 (kommunikation om børneundersøgelser mv.):

Barnets Bog er i Sundhedsstyrelsens retningslinjer anbefalet som et middel til at lette kommunikationen mellem bl.a. praktiserende læge og den kommunale sundhedstjeneste og som et praktisk værktøj til opsamling og udveksling af information mellem familien og social- og sundhedsvæsenet. Det er i retningslinjerne anført, at familiens læge, sundhedsplejersken og den kommunalt ansatte læge i bogen skriver om barnets vækst, udvikling, vaccinationer og eventuelle sygdomsproblemer i stikordsform. Bogen er ikke at betragte som en journal. Det er endvidere anført, at bogen bør være udformet på en så hensigtsmæssig måde, at den praktiserende læge ved den sidste af de forebyggende helbredsundersøgelser i førskolealderen kan udarbejde et statusnotat, så den kommunale sundhedstjeneste efter 5-års alderen kan inddrage den sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende indsats over for barnet i dets videre arbejde i skoleforløbet. Ved hjælp af oplysninger fra den praktiserende læge forbedres mulighederne for at sikre en sammenhængende indsats, der kan være medvirkende til at eventuelle støtteforanstaltninger over for det enkelte barn iværksættes i tide.

For så vidt angår det omtalte statusnotat er det aftalt mellem KL og PLO, at lægen ved 5-års undersøgelsen ved behov udarbejder et kortfattet statusnotat til den kommunale sundhedstjeneste om eventuelle sundhedsmæssige problemer.

Samarbejde mellem praktiserende læge og den kommunale sundhedstjeneste vedrørende et bestemt barn/ung tilmeldt lægen kan ske i henhold til bestemmelserne om socialmedicinsk samarbejde i overenskomst om almen praksis.

Såfremt lægen bliver opmærksom på, at forældrene ikke tager imod tilbuddet om forebyggende helbredsundersøgelser, kan lægen tage kontakt til forældrene og opfordre dem til at tage imod tilbuddet. Parterne vurderer, om der er grundlag for at udarbejde retningslinjer for opsøgende virksomhed med henblik på at sikre tilslutningen til børneundersøgelserne,

og vurderer samtidig eventuelle heraf afledte ændringer i lægernes forpligtelser og eventuelle honorarmæssige konsekvenser.

NOTE I til § 8 stk. 5 og 6 (løbende justering af ydelse 8708 og 8901):
Honoraret for ydelse 8708 og 8901 justeres løbende, så de til enhver tid sammen med vaccinationshonoraret svarer til honoraret for en konsultation (0101).

NOTE II til § 8 (vedr. HPV-vaccination)
Ydelserne 8328, 8329, 8330, 8334, 8335 og 8336 justeres løbende, så de til enhver tid svarer til et konsultationshonorar (0101). Når der samtidig med en HPV- vaccination udføres en 2. MFR-vaccination, afregnes der endvidere med ydelse 8612. Der kan i disse situationer ikke afregnes med ydelse 8708 (tillæg til vaccinationshonorar).
Såfremt der i forbindelse med HPV-vaccination udføres en konsultation efter overenskomst om almen praksis, honoreres denne særskilt.

NOTE III til § 8 (retningslinjer for en styrket indsats for forbedring af tilslutningen til MFR-vaccinationerne):

Med henblik på at forbedre tilslutningen til MFR-vaccinationerne for såvel 15 måneders- som 4 års-børnene, således at denne nærmer sig 95%, har parterne i samarbejde med en række myndigheder og organisationer aftalt en strategi for at nå dette mål. En del af strategien nødvendiggør en aftale mellem parterne med henblik på at sikre en koordineret og forstærket indsats, jf. nedenstående.

Opfølgning i forbindelse med MFR-vaccinationer af 15 måneders- og 4-/12-års børnene.

1. Oversigt fra regionerne til de praktiserende læger.

Regionerne fremsender én gang årligt pr. 01-01 en elektronisk oversigt til de alment praktiserende læger indeholdende oplysninger over de tilmeldte børn, der i løbet af året fylder 15 måneder.

Tilsvarende fremsender regionerne én gang årligt pr. 01-01 til de praktiserende læger oversigter indeholdende oplysninger over de tilmeldte børn, der i løbet af året fylder 12 år.

Oversigten skal indeholde oplysninger om børnenes cpr-nr., navn, adresse og moderens eller faderens cpr-nr. De tilmeldte børn på listerne er opført i alfabetisk rækkefølge efter efternavn.

Statens Serum Institut udsender påmindelser til forældre i børnevaccinationsprogrammet når børnene er 2, 6½ og 14 år, hvis børnene på dette tidspunkt mangler mindst én af de vaccinationer, der anbefales i børnevaccinationsprogrammet.

Lægerne kan i forbindelse med opfølgning på manglende vaccinationer telefonisk kontakte forældrene til de 15 måneder eller 4 (12) år gamle børn, der endnu ikke er blevet vaccineret.

2. Kommunallægerne.

Kommunallægerne har også adgang til at vaccinere børn, der i forbindelse med udskolingsundersøgelsen endnu ikke er vaccineret trods henvisning til egen læge. Kommunallægerne har adgang til at rekvirere vacciner samt indsende regning på vaccination, jf. nærværende aftale vedrørende profylaktiske helbredsundersøgelser af gravide og børn samt vaccinationer.

NOTE IV TIL § 8 (vedr. 4-års MFR-vaccination):

Der er ikke aftalt særlige initiativer med henblik på at understøtte tilslutningen til 4 års MFR-vaccinationen, da PLO finder, at der ikke er behov herfor som følge af, at vaccination af denne aldersgruppe falder sammen med en børneundersøgelse.

§ 9 ANDRE VACCINATIONER

Stk. 1.

Vaccination mod hepatitis A af persongrupper efter embedslægens anbefaling

8310	Hepatitis A vaccination af persongrupper efter embedslægens anbefaling	kr. 139,93
------	--	------------

Stk. 2.

Vaccination mod hepatitis B af visse særlige persongrupper

8318	Hepatitis B vaccination af ikke smittede injektionsnarkomaner	kr. 139,93
------	---	------------

8319	Hepatitis B vaccination af personer, der bor sammen med en person med kronisk hepatitis B infektion samt fast seksualpartner til en person med kronisk hepatitis B infektion	kr. 139,93
------	--	------------

8320	Hepatitis B vaccination af børn i daginstitutioner, hvor der går et barn under skolealderen med kendt kronisk hepatitis B infektion, på foranledning af embedslægen.	kr. 139,93
8326	Hepatitis B vaccination af personer, der har fået diagnosticeret hepatitis C infektion	kr. 139,93
8327	Hepatitis B vaccination af børn under 15 år, som færdes i boligområder med mange injektionsnarkomaner, hvis Sundhedsstyrelsen konkret anbefaler at de vaccineres	kr. 139,93

Stk. 3.

Vaccination mod hepatitis B af børn født af mor med kronisk hepatitis B

8314	1. hepatitis B vaccination, når barnet er 1 måned	kr. 139,93
8315	2. hepatitis B vaccination, når barnet er 2 måneder	kr. 139,93
8316	3. hepatitis B vaccination, når barnet er 12 måneder	kr. 139,93

NOTE TIL § 9, STK. 2:

Vaccinen gives i form af en kombineret vaccine, der tillige beskytter mod smitte mod hepatitis A, medmindre anvendelse af kombinationsvaccine ud fra en lægefaglig vurdering anses for uegnet.

NOTE TIL § 9:

En konsultation eller børneundersøgelse, der udføres i forbindelse med en vaccination efter § 9 honoreres særskilt.

Ydelserne 8310, 8314, 8315, 8316, 8318, 8319, 8320, 8326 og 8327, justeres løbende, så de til enhver tid svarer til et konsultationshonorar (0101).

§ 10 VACCINATIONER MED KLAUSULERET TILSKUD

8940	Vaccination med klausuleret tilskud	Kr. 139,93
------	-------------------------------------	------------

NOTE TIL § 10:

Sundhedsstyrelsen offentliggør løbende, hvilke vaccinationer og person-grupper, der er omfattet af ordningen. Lægen skriver "tilskud" på recepten og tilkendegiver dermed at personen er omfattet af klausulen.

Vaccinationshonoraret efter § 10 justeres løbende, så det til enhver tid svarer til et konsultationshonorar (0101)

§ 11 ANVENDELSE AF TILLÆGSHONORAR VED VACCINATIONER

Der kan kun udløses ét tillægshonorar i forbindelse med vaccinationer, der ikke udføres samtidig med børneundersøgelse eller konsultationer i øvrigt, selv om der gives flere vaccinationer ved samme lejlighed.

KAPITEL III. FORSKELLIGE BESTEMMELSER

§ 12 REGULERING AF HONORARERNE

Honorarerne, bortset fra kørselsgodtgørelse efter § 6, litra c, reguleres med den til enhver tid gældende reguleringsprocent for regulering i overenskomst om almen praksis § 62, stk. 5.

§ 13 REKVISITION AF VACCINER

De i §§ 8 og 9 omtalte vacciner kan vederlagsfrit rekvireres fra Statens Seruminstitut.

§ 14 TILLÆG VED TOLKEDE KONSULTATIONER

8410 Tillæg ved anvendelse af kvalificeret tolk i forbindelse med ydelser omfattet af denne aftale kr. 132,40

§ 15 AFREGNING

Ved afregning af ydelser omfattet af denne aftale gælder følgende:

1. For læger tilsluttet overenskomst om almen praksis finder dennes § 80 anvendelse.
2. Ved ydelser udført af andre læger end nævnt under 1. afregnes således:
 - a. I forbindelse med hver enkelt ydelse udfylder lægen en mellem parterne aftalt regningsblanket, der underskrives af patienten.
 - b. Af regningen skal fremgå: patientens personnummer, regionsnummer, navn, bopæl, dato for ydelsen og dennes art.
 - c. De inden den 20. i en måned fremsendte regninger betales senest den 15. i den følgende måned.

- d. Betalingen af de lægen tilkommende honorarbeløb erlægges til lægen på dennes egen giro- eller pengeinstitutkonto. Transport i lægens tilgodehavender kan ikke finde sted.

§ 16 BEHANDLING AF KLAGER SAMT SPØRGSMÅL OM FORTOLKNING

Bestemmelserne i overenskomst om almen praksis vedrørende samarbejdsudvalgenes og Landssamarbejdsudvalgets beføjelser finder tilsvarende anvendelse for denne aftale for så vidt angår behandling af klager over lægebetjeningen samt spørgsmål om fortolkning af aftalen.

NOTE I TIL § 16:

Samarbejdsudvalgenes og landssamarbejdsudvalgets beføjelser inden for denne aftales område omfatter såvel ydelser til gruppe 1-sikrede som til gruppe 2-sikrede.

NOTE II TIL § 16:

I tilfælde af bortfald af overenskomst om almen praksis er parterne enige om at etablere særskilte udvalg med tilsvarende sammensætning og beføjelser til varetagelse af de i § 16 nævnte opgaver inden for denne aftales område.

§ 17 OPSIGELSE MV.

Stk. 1.

Aftalen kan af begge parter opsiges med mindst 3 måneders varsel til ophør den 1. i en måned.

Stk. 2.

I tilfælde af at der fra de centrale sundhedsmyndigheder udstedes ændrede regler eller retningslinjer for den profylaktiske indsats over for gravide og børn eller vaccinationer, videreføres denne aftale, så længe der pågår forhandlinger mellem parterne, dog maksimalt i en periode på 3 måneder efter ændringernes ikrafttræden, medmindre andet aftales mellem parterne. Såfremt der ikke inden udløbet af denne frist er indgået aftale mellem parterne, kan aftalen af begge parter opsiges med 1 måneds varsel for den dels vedkommende, som det ændrede regelgrundlag eller retningslinjer vedrører, dvs. enten profylaktiske helbredsundersøgelser af gravide, profylaktiske helbredsundersøgelser af børn eller vaccinationer.

§ 18 REVISIONER AF AFTALEN

Denne aftale, der er indgået af RLTN og PLO d. 03-06-1991, er efterfølgende løbende ændret, senest i forbindelse med indgåelsen af overenskomst om almen praksis pr. 14-09-2017.

TUTORLÆGEAFTALEN - VEDRØRENDE ALMENT PRAKTISERENDE LÆGER, DER VIRKER SOM TUTORLÆGER – AF 1. SEPTEMBER 2014

*Alle beløb er angivet i **01-10-2017-niveau**. Beløbene reguleres som anført i § 62 i overenskomst om almen praksis.*

§ 1 AFTALE OM TUTORLÆGER

Aftalen vedrører alment praktiserende læger, der af Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, er godkendt som tutorlæger for læger under uddannelse til speciallæge, og som i en aftale med Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse forpligter sig til at fungere på nedenstående vilkår.

§ 2 VIRKE SOM TUTORLÆGE

Stk. 1.

Alment praktiserende læger kan virke som tutorlæger, når Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse har givet tilladelse. Længden af ophold i almen praksis vil svare til de til enhver tid gældende bestemmelser i bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger.

Stk. 2.

Hvilken type uddannelseslæge praksis tildeles samt frekvens i uddannelsesforløb, bestemmes af Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, tutorlægen og regionen, hvori praksis er beliggende, ud fra det aktuelle behov.

Stk. 3.

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

Stk. 4.

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

Stk. 5.

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

§ 3 FINANSIERING

Stk. 1.

Godkendte tutorlæger er berettiget til tilskud til ansættelse af den uddannelsessøgende læge, som Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse har givet tilladelse til.

Regionen yder tilskud i henhold til det til enhver tid gældende Administrationsgrundlag for udbetaling af tilskud til ansættelse af uddannelsessøgende læger, som er aftalt mellem RLTN og PLO.

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

Stk. 2.

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

Stk. 3.

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

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

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

Stk. 4.

Tutorlæger, der har KBU-læger, får udbetalt 6.265,45pr. måned til dækning af meromkostningerne til faciliteter mv. samt supervision. Beløbet reguleres med den til enhver tid gældende reguleringsprocent i henhold til § 62 i overenskomst om almen praksis.

Stk. 5.

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

Stk. 6.

Tutorlægen er fortsat berettiget til honorar ved fravær fra praksis grundet egen sygdom. I tilfælde af tutorlægens sygdom udover løbende måned samt fuld efterfølgende kalendermåned, bortfalder regionens honoreringspligt.

Stk. 7.

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

Stk. 8.

Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse giver regionen besked om, hvornår og i hvilket tidsrum en tutorlæge har en uddannelsessøgende læge, og regionen udbetaler herefter beløbet månedsvis bagud uden anfordring fra tutorlægen.

§ 4 KRAV TIL TUTORLÆGEN

Stk. 1.

Tutorlægen har det pædagogiske ansvar for uddannelseslægers uddannelse og virke i deres ansættelse i almen praksis. Tutorlægen skal opfylde de af Sundhedsstyrelsen udmeldte betingelser vedrørende pædagogiske kurser for tutorlæger, evaluering, indretning af klinikken mv., jf.

http://www.dsam.dk/flx/uddannelse/videreuddannelse_i_almen_medicin/krav_til_tutorpraksis/

Stk. 2.

Tutorlægen skal give Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse og regionen besked, såfremt den uddannelsessøgende læge udebliver eller uddannelsesforløbet afbrydes i utide.

Stk. 3.

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

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

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

Stk. 4.

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

Stk. 5.

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

Stk. 6.

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

Stk. 7.

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

§ 5 IKRAFTTRÆDEN OG OPSIGELSE

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

AFTALE VEDR. OMKOSTNINGSDÆKNING AF JOURNALER VED PRAKSISLUKNING AF 29-11 2007

*Alle beløb er angivet i **01-10-2017-niveau**. Beløbene reguleres som anført i § 62 i overenskomst om almen praksis.*

Baggrund

I henhold til **BEK 1090 af 28/07/2016** skal patientjournaler, der fortsat befinder sig i praksis på lukningstidspunktet, overdrages til **Styrelsen for patientsikkerhed** til fortsat opbevaring. Det gælder både papirjournaler og elektroniske patientjournaler.

Dokumenterede udgifter

De praktiserende læger, som omfattes af ovenstående, får refunderet deres dokumenterede udgifter i forbindelse med overførelse af papirjournaler og elektroniske journaler til **Styrelsen for patientsikkerhed**. For papirjournalers vedkommende drejer det sig om udgifter til pakning, flyttefirma mv. For elektroniske journalers vedkommende drejer det sig om udgifter til IT-firma i forbindelse med konvertering og brænding på CD-rom, forsendelse mv.

Tidsforbruget i praksis

For tidsforbruget i praksis i forbindelse med overdragelsen af journaler til embedslægeinstitutionen betales et engangsbeløb på kr. 7.017,13 pr. læge.

Tidsforbruget i praksis medgår bl.a. til:

- aftaler og koordinering med **Styrelsen for patientsikkerhed** om den praktiske gennemførelse
- tilrettelæggelse af processen i forhold til IT-firmaet
- overvågning af at pakkearbejdet vedrørende papirjournaler udføres forsvarligt, herunder i respekt for at der er tale om fortrolige helbredsoplysninger
- tilstedeværelse i praksis efter praksislukning med henblik på at sikre at overgivelsen af journaler gennemføres hurtigt og smidigt

Betaling

Beløb i henhold til denne aftale betales af den region, hvor lægen har drevet sin praksis indtil lukningstidspunktet.

Ikrafttræden

Denne aftale finder anvendelse på praksis, der lukker 1. januar 2007 eller senere.