



Dato

22-08-2014

Sagsnr. / Dok.nr.

2010-3787

/ 973643

## **Notat om den nye overenskomst pr. 1. september 2014 vedrørende almen praksis.**

### **Indledning**

Den 1. marts indgik PLO en ny overenskomst med Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN), som løber fra den 1. september 2014 til den 31. august 2017.

I dette notat beskrives de væsentligste ændringer i den nye overenskomst. Samtidig med dette notat udsendes en digital version af den samlede overenskomst. En trykt udgave udsendes i næste måned.

RLTN og PLO vil i september og oktober gennemføre en informationsmøderunde til samtlige samarbejdsudvalg og praksisplanudvalg. Desuden vil der blive afholdt efteruddannelseskurser i den nye overenskomst, bl.a. på det kommende Lægedage.

Spørgsmål til den nye overenskomst kan i øvrigt rettes til PLO på [plo@dadl.dk](mailto:plo@dadl.dk) eller 3544 8477.

### **1. Ændringer i honorarstrukturen**

Med virkning fra den 1. september 2014 er en række ydelser, som hidtil har været anvendt i begrænset omfang i almen praksis, blevet afskaffet.

Det drejer sig om laboratorieundersøgelserne lysfelt mikroskopi (7114), dyrkning - svamp (7106), dyrkning - andet (7107), Se-kreatinin (7168) og tre undersøgelser for blod i fæces (7152) samt tillægstydelserne paracentese af trommehinde (2116).

Desuden er forløbsydelsen for diabetespatienter (0107) og tilhørende ydelser (0108, 0109, 0110) afskaffet. Årskontrol af diabetespatienter honoreres fremover som aftalt specifik forebyggelsesindsats (0120), mens de mellemliggende kontroller honoreres som almindelige konsultationer (0101).

Praksis, som indtil den 1. september 2014 har anvendt ydelse 0107, er honoreret for aftalte mellemliggende kontroller 12 måneder frem fra tidspunktet for udført årskontrol. Disse mellemliggende kontroller kan ikke honoreres med ydelse 0101,

men praksis skal fortsat anvende ydelserne 0108, 0109 og 0110 indtil næste årskontrol. Disse ydelser vil ikke fremgå af honorartabellen, men vil fortsat være aktive i afregningssystemet.

I vagttiden er det aftalt at indføre en egentlig [vagthonorartabel](#), der alene omfatter de ydelser, som er fagligt relevante i vagttid, jf. overenskomstens § 51 stk. 2, § 60 stk. 4.

I den nye overenskomst har PLO og RLTN aftalt at nedsætte en fælles arbejdsgruppe vedrørende honorarstrukturen, som blandt andet skal se på honorarstrukturen i lægevagten, muligheden for at omlægge honoraret for telefonkonsultation samt beskrive en model for indførelse og honorering af længerevarende konsultationer i dagtiden. Arbejdsgruppen afrapporterer til overenskomstens parter i overenskomstperioden med henblik på, at eventuelle ændringer i honorarsystemet på disse områder søges aftalt, så de kan træde i kraft senest den 1. april 2016.

Endelig skal PLO og RLTN i samarbejde gennemføre en oplysningskampagne for borgerne om, hvordan egen læge bruges mest hensigtsmæssigt.

## **2. Reguleringsordningen – økonomirammen**

Den aftale om et loft for den økonomiske aktivitet i almen praksis, der blev indført med overenskomsten fra april 2011, fortsætter. Der er dog i den nye overenskomstaftale to væsentlige ændringer til økonomiloftet:

- Loftet øges hvert år for at imødekomme den forventede vækst i befolkningsantallet.
- Ydelser indenfor profylakseaftalen medregnes ikke længere i økonomiloftet.

Der vil i overenskomstens første og tredje år være en buffer således, at en overskridelse af økonomiloftet op til 0,5 % ikke skal tilbagebetales.

I lighed med tidligere vil pris- og lønreguleringen af overenskomstens honorarer fortsat blive udmøntet to gange årligt i april og oktober. Dette holdes udenfor økonomiloftet. Aktiviteten i almen praksis opgøres hvert kvartal og endeligt på årsbasis. Eventuelle overskridelser skal tilbagebetales via modregning i pris- og lønreguleringen.

Økonomiloftet vedrører almen praksis som helhed, og pålægges således ikke den enkelte klinik.

Pr. 31. marts 2014 var aktiviteten i almen praksis ca. 200 mio. kr. under det nuværende økonomiloft. Den endelige opgørelse for det nuværende økonomiloft foreligger ultimo november 2014.

### 3. Nye regler om højestegrænser

Overenskomsten indeholder i § 87 nye regler vedrørende automatisk fastsættelse af højestegrænser.

Der vil som hidtil, hvert år inden april, blive udarbejdet en årsopgørelse vedrørende praksis' udgifter til lægehjælp i dagtiden pr. sikret (egne sikrede) i det foregående år. Opgørelsen vil være tilgængelig på Praksis- og afregningsportalen på sundhed.dk.

Viser det sig, at praksis har overskredet den gennemsnitlige udgift pr. sikret indenfor regionen/sammenligningsområdet<sup>1</sup> med 25 procent eller derover for basis- og ydelseshonorarer tilsammen, fastsættes højestegrænse for praksis' samlede indtægter ved ydelseshonorarer fra regionen i dagtiden. Sådanne højestegrænser kan første gang iværksættes fra den 1. juli 2015 på baggrund af regnskabsåret 2014.

Ændringen i forhold til i dag er således, at praksis ikke vil modtage en høring fra samarbejdsudvalget før en højestegrænse eventuelt fastsættes. Højestegrænser vil fremover blive fastsat ud fra den gennemsnitlige udgift på basis- og ydelseshonorarer tilsammen og således aldrig på f.eks. konsultationer eller laboratorieundersøgelser alene. En automatisk højestegrænse vil altid lyde på 125 procent i forhold til det regionale gennemsnit/sammenligningsområdet.

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

Automatisk fastsatte højestegrænser vil kunne indbringes for samarbejdsudvalget på linje med øvrige klager over regionen.

### 4. Nye regler om lægevalg

Den ændrede sundhedslov indebærer nye regler om patienters ret til at vælge læge. Lægevalgsreglerne fremgår ikke længere af overenskomsten, men af "Bekendtgørelse om valg og skift af alment praktiserende læge og om behandling hos læge i praksissektoren".

Patienternes mulighed for at vælge læge udvides pr. 1. september 2014, da patienter nu kan vælge en læge, som praktiserer længere væk end 15/5<sup>2</sup> km fra patientens bopæl. Patienten har i så fald ikke ret til at modtage sygebesøg fra valgte læge. Patienten har heller ikke ret til at modtage vederlagsfrit sygebesøg i henhold til

<sup>1</sup> I Region Hovedstaden videreføres de nuværende fem sammenligningsområder indtil andet er aftalt.

<sup>2</sup> Kilometergrænsen udgør for Københavns, Frederiksberg, Tårnby og Dragør kommuner 5 km ad nærmeste offentlige vej.

overenskomst om almen praksis fra andre praktiserende læger, da patienten ikke i henhold til overenskomsten er passant. Et sådant sygebesøg er en privatydelse.

Såfremt regionen ikke kan tilbyde en sikret lægevalg indenfor 15/5 km fra bopælen, kan regionen tilbyde tilmelding hos en praksis med åbent for tilgang udenfor denne grænse. Disse patienter vil ej heller have ret til sygebesøg hos valgte læge, men regionen er forpligtet til for denne patientkategori at stille sygebesøgstilbud eller transportordning til rådighed.

Patienter uden ret til sygebesøg fra valgte læge vil fra regionens side blive markeret, således at lægen kan se, at patienten ikke har ret til sygebesøg.

Patienter, som lægen før 1. september 2014 har accepteret tilmeldt, selvom de har bopæl længere væk end 15/5 km fra praksis, har fortsat ret til sygebesøg fra valgte læge i henhold til overenskomsten.

### **5. Kontrol, opfølgning og P-markering**

I overenskomstens bilag 13 "Protokollat om anvendelse af sundhedskort ved elektronisk registrering af patienthenvendelse til almen lægepraksis" er der nu indført regler om, at alle regninger til regionen (bortset fra regninger på telefonkonsultationer, email-konsultationer og sygebesøg) skal være markeret med følgende koder:

- "p" for anvendt plastkort
- "n" for systemnedbrud, defekt kort
- "g" hvis patienten har glemt sit sundhedskort
- "f" hvis der er tale om en ny regning i stedet for en fejlregning/korrektionsregning
- "b" for konsultation pr. brev/konsultation ved 3. person.

For udlændinge angives - som i dag - landekoden i CPR-feltet.

Registreringen af ydelser i it-systemet 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.

Medcom har primo juli orienteret lægesystemleverandørerne om ændringerne og de nye koder. Medcom har endvidere meddelt, at man regner med, at ændringerne er implementeret hos alle læger senest med opdatering gældende fra den 1. oktober, så oktober-afregningen kan gennemføres med de nye værdisæt.

Regionen vil kvartalsvis kontrollere procenten af de registrerede p-markeringer i praksis. Hvis praksis' andel af p-markeringer er uforholdsmæssig lav, kan sagen indbringes for samarbejdsudvalget med henblik på, at der kan fastsættes en sanktion. Da ændringerne først ventes implementeret i lægesystemerne senest pr. 1.

oktober, har PLO anmodet regionerne om i givet fald først at returnere regninger, som ikke er påført koder, fra 1. november.

## **6. Generationsskifte**

For at lette praksisoverdragelsen har en praktiserende læge - med praksis beliggende i områder, som praksisplanen udpeger som aktuelt lægedækningstruede - ret til at ansætte en speciallæge i almen medicin. Ansættelsen kræver ikke, at der er en ledig lægekapacitet og heller ikke samarbejdsudvalgets godkendelse. Efter seks måneder skal lægerne indgå i kompagniskabspraksis i en varighed op til fem år. Der er intet krav om, at lægerne skal eje lige store andele. Herefter sker der en fuldstændig overdragelse og den overdragende praktiserende læge udtræder af praksis.

Rettigheden fremgår af overenskomstens § 19.

Læger, der praktiserer i områder, som ikke er lægedækningstruede, har ikke samme rettighed som ovenfor nævnt, men lægerne kan i henhold til § 19 stk. 3 søge samarbejdsudvalget om tilladelse til at lave en lignende generationsskiftemodel.

## **7. Delepraksis**

Reglerne om at få tilladelse til at etablere delepraksis ændres fra den 1. september 2014, jf. overenskomstens § 22. Fra denne dato tildeler samarbejdsudvalget delepraksis, såfremt ansøger på grund af kronisk sygdom eller alvorlig sygdom i nær familie har brug for aflastning.

Samarbejdsudvalget kan endvidere tillade etablering af delepraksis, såfremt den praktiserende læge stiller sin arbejdskraft til rådighed for andre faglige funktioner så som undervisning, konsulentarbejde eller fagpolitisk arbejde i minimum seks timer pr. uge.

Samarbejdsudvalget kan, som nu, gøre en delepraksistilladelse betinget af en mindste patientkapacitet, ligesom samarbejdsudvalget kan pålægge praksis en lukkegrænse for det maksimale patientantal, praksis kan have tilmeldt.

Tilladelse til delepraksis vil fremover være en personlig ordning. Når den læge, hvis forhold har begrundet tilladelsen, udtræder af praksis, bortfalder delepraksistilladelsen. Tilladelsen bortfalder endvidere senest to år efter, at forholdet, som begrundede tilladelsen, ikke længere er til stede.

Praksis, der har fået tildelt delepraksistilladelse før den 1. september 2014, kan fortsætte på de vilkår, der er fastsat for deres konkrete tilladelse jf. § 22 stk. 5. Når en læge udtræder af en sådan delepraksis, og delepraksis fortsat ønskes, skal praksis søge samarbejdsudvalgets tilladelse hertil. Vilkårene for tilladelsen afhænger da af antallet af tilmeldte patienter set i forhold til antal lægekapaciteter, som praksis råder over:

- a) har praksis færre end 1600 patienter tilmeldt pr. lægekapacitet, vurderes ansøgningen som om, at praksis ikke tidligere har haft delepraksistilladelse,
- b) har praksis flere end 1600 patienter tilmeldt pr. lægekapacitet, vil praksis fortsat være berettiget til enten at få fornyet delepraksistilladelsen, eller at få tildelt en ny lægekapacitet.

### **8. Nedsat normtal**

En praksis, som har mere end 1600 gruppe 1-sikrede tilmeldt pr. lægekapacitet, har fortsat ret til - efter skriftlig meddelelse til regionen - straks at få lukket for tilgang, jf. § 7 stk. 1.

Praksis, der af særlige grunde ønsker et lavere antal tilmeldte gruppe 1-sikrede pr. lægekapacitet end 1600, kan søge samarbejdsudvalget om lukning ved et lavere antal gruppe 1-sikrede, dog ikke under 538.

Det vil fremover være gældende, jf. § 7 stk. 3, at samarbejdsudvalget så vidt muligt bør imødekomme ansøgninger fra læger, der er fyldt 60 år, men også ansøgninger fra yngre nyrekrutterede læger eller læger - som i minimum seks timer om ugen har bibeskæftigelse med undervisning/konsulentjob/fagpolitisk arbejde - vedrørende ønsker om tilmelding af et lavere antal gruppe-1 sikrede end 1600 pr. lægekapacitet.

### **9. Systematisk efteruddannelse**

Fra den 1. september 2015 udbydes den systematiske efteruddannelse til alle praktiserende læger i et omfang, der svarer til tre kursusdage. Den vil kunne afvikles som e-læring, konferencedeltagelse, netværksgrupper eller andre efteruddannelsesformer, hvis det findes mere hensigtsmæssigt.

Den nuværende selvvalgte efteruddannelse, herunder den gruppebaserede efteruddannelse (DGE), fortsætter uændret. Den selvvalgte efteruddannelse vil være tilskudsberettiget i samme omfang som hidtil (se taksterne nedenfor). Er efteruddannelsesaktiviteten ikke forhåndsgodkendt af udbyderen, kan der fortsat søges om godkendelse.

Praktiserende læger bevarer deres efteruddannelseskonti. Der vil ikke ske ændringer i omfanget og trækningsretten i forhold til den selvvalgte efteruddannelse. Fra den 1. september 2015 vil der blive tilført yderligere midler til brug for den systematiske efteruddannelse. Det vil fortsat være PLO, som har ansvaret for administrationen af udbetalingerne vedrørende lægernes efteruddannelse.

Deltagelse i den systematiske efteruddannelse sker til en forhøjet takst for tabt arbejdsfortjeneste på 4.500 kr. Øvrige takster fortsætter uændret, men kan ændres

såfremt bestyrelsen for Fonden for Almen Praksis beslutter dette. (Jf. punkt 15 nedenfor).

**Satser for udbetalinger af aktiviteter fra den 1. september 2014**

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

Studiemateriale: max. 25 procent af rådighedsbeløb

\* Der kan maksimalt udbetales tabt arbejdsfortjeneste for den systematiske efteruddannelse for tre dage årligt.

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

Det er muligt at 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.

Det er ambitionen, at alle læger deltager i den systematiske efteruddannelse. Læger, som har deltaget i efteruddannelsesaktiviteter, der dækker samme temaer og emner, som er aftalt for den systematiske efteruddannelse, kan søge merit. Læger, der ikke deltager i den systematiske efteruddannelse, vil blive kontaktet af de regionale kvalitets- og efteruddannelseskonsulenter med en opfordring om at deltage.

## **10. Den Danske Kvalitetsmodel**

Almen praksis skal akkrediteres efter Den Danske Kvalitetsmodel. Akkrediteringen kommer til at ske på baggrund af en række standarder udarbejdet specifikt til almen praksis. PLO arbejder i øjeblikket sammen med Danske Regioner, DSAM og IKAS på et modelkoncept, der skal udrulles fra starten af 2015 og de følgende tre år. Fokus i modellen vil i høj grad være på kvalitetsudvikling og patientsikkerhed.

Implementering af modellen vil ske gradvist, og deltagerne udvælges løbende efter et tilfældighedsprincip. Den enkelte praksis vil have ca. 8-12 måneder fra den udvælges, til akkrediteringen gennemføres. Der oprettes en støttefunktion samt regionale konsulenter til at hjælpe praksis med at implementere modellen. Den praktiske akkreditering varetages af IKAS og foretages med praktiserende læger i spidsen.

Praksis, der påregner ophør inden den 31. august 2019, kan friholdes for at deltage.

Som kompensation for det ressourceforbrug, modellen afstedkommer i almen praksis, udbetales 10.000 kr. pr. læge, når implementering af modellen påbegyndes og yderligere 10.000 kr. pr. læge, når akkrediteringen opnås.

## **11. Patienttilfredshedsundersøgelser**

Det har siden april 2011 været obligatorisk at gennemføre patienttilfredshedsundersøgelser i almen praksis. Med den nye overenskomst sættes disse undersøgelser yderligere i system.

Dansk Almenmedicinsk-Enhed (DAK-E) vil fremover forestå patienttilfredshedsundersøgelserne, opsamle og bearbejde data samt fremsende resultater til de enkelte klinikker. Spørgsmålene i undersøgelsen vil basere sig på de spørgsmål, der kendes fra DanPEP (Danske Patienter Evaluerer almen Praksis).

## **12. Nye regler om praksisplanlægning**

Praksisplaner for almen praksis udarbejdes ikke længere af samarbejdsudvalget, men fremover af praksisplanudvalget i henhold til sundhedslovens § 206 a, jf. overenskomstens § 2. Til orientering kan det oplyses, at almen praksis er repræsenteret i praksisplanudvalget med 3 ud af i alt 11 medlemmer.

Der vil fortsat blive foretaget en høring af alle eksisterende praksis i regionen om, hvor mange patienter praksis højst ønsker tilmeldt, jf. overenskomstens § 3. Høringen foretages af regionen, og procedurerne herfor er uændrede i forhold til før den 1. september 2014. Med udgangspunkt i denne høring foretages en årlig lægedækningsberegning. Resultatet af denne beregning sendes til samarbejdsudvalget til orientering og til praksisplanudvalget med henblik på, at resultatet kan indgå i udvalgets arbejde.



Regionen kan fremover beslutte at udløse nye ydernumre. Regionen kan ligeledes beslutte at opføre offentligt ejede lægehuse, udbyde drift af praksis og i særlige situationer at etablere en regionsklinik. Regionen skal forud for sådanne beslutninger orientere samarbejdsudvalget, jf. § 4. Såfremt regionen beslutter at opføre et offentligt ejet lægehus, skal regionen forinden gå i dialog med praksis i lokalområdet, f.eks. vedrørende eventuelle ønsker til indretning mv.

Hvis en praksis ønsker at flytte, skal godkendelse indhentes i regionen, jf. § 5.

Regionerne etablerer tilbud til læger, der ønsker at etablere større praksis og/eller udvikle deres praksisdrift, jf. bilag 12 i overenskomsten.

### **13. Tutorlægeaftalen**

I Tutorlægeaftalen er "Videreuddannelsesudvalget" generelt ændret til "Det regionale Råd for lægers Videreuddannelse".

Det regionale Råd for lægers Videreuddannelse er ikke længere forpligtet til at tage hensyn til tutorlægens ønske om type af uddannelseslæge samt frekvens, men skal i forbindelse med tildelingen sikre så stor en spredning af de uddannelsessøgende læger som muligt i forhold til godkendte tutorlægepraksis.

Når tutorlægen tildeles en uddannelsessøgende, sker det med et halvt års varsel. Som noget nyt kan varslet godt være kortere, hvis tutorlægen accepterer det.

Herudover er der, for at lette administrationen for den enkelte tutorlæge, foretaget en ændring i forhold til udbetaling af den uddannelsessøgendes løn. Regionerne skal fremover, på tutorlægens vegne, betale løn direkte til den uddannelsessøgende læge i det godkendte uddannelsesforløb efter overenskomst mellem PLO og Yngre Læger. Som konsekvens af, at regionen udbetaler løn, skal tutorlægen bl.a. indberette den uddannelsessøgende læges ferie samt sygedage til regionen senest den 10. hverdag i måneden efter fraværet.

Beregning af tutorlægens andel af lønnen til den uddannelsessøgende læge efter regionalt tilskud foretages hver 6. måned og trækkes direkte fra tutorlægens næste månedlige afregning med regionen. Den vil fremgå af honorarspecifikationen.

### **14. Lokale aftaler**

Ændringerne af sundhedsloven i juni 2013 har medført, at praksisplanen fremover vil være den ramme, der fastlægger de opgaver, som ønskes løst af almen praksis.

Praksisplanen forudsætter, at der indgås underliggende aftaler med almen praksis om den konkrete udmøntning, såfremt opgaverne ikke er omfattet af den centrale overenskomst om almen praksis.

Overenskomst om almen praksis har hidtil i § 2 givet adgang til, at der kunne indgås såvel overenskomstfravigende som overenskomstsupplerende lokale aftaler. PLO og RLTN er blevet enige om at sløjfe den gamle § 2, idet overenskomstsupplerende aftaler, eksempelvis underliggende aftaler i henhold til praksisplanen, altid og uden særskilt hjemmel i overenskomsten kan indgås af såvel overenskomstens parter som mellem de lokale aftaleberettigede parter, dvs. PLO-regionalt og region/kommune.

Overenskomstfravigende aftaler kan derimod kun indgås mellem overenskomstens parter, dvs. PLO og RLTN.

Nuværende § 2-aftaler vil dog bestå indtil deres udløb eller opsigelse.

Der kan ikke indgås lokale aftaler mellem enkelte læger og region/kommune.

Overenskomsten indeholder i § 125 stk. 2 en hjemmel til, at overenskomstens bestemmelser om sygebesøg og samtalerapi kan bortfalde regionsvis med et varsel på seks måneder, såfremt PLO-regionalt og regionen indgår en underliggende aftale til praksisplanen. Den skal fastlægge indsatser omkring de forskellige former for sygebesøg og indsatser for visse patienter med psykiske sygdomme.

### **15. Sammenlægning af fonde**

PLO og RLTN aftalte i forbindelse med overenskomstindgåelsen at etablere en ny "Fond for Almen Praksis", som erstatning for Forskningsfonden, Kvalitets- og Informatikfonden, Efteruddannelsesfonden samt Fagligt Udvalg. Årsagen er et fælles ønske om at styrke sammenhængen mellem kvalitet, faglighed, forskning og efteruddannelse.

Det var ligeledes aftalt, at fordeling af midler til kvalitet, forskning, efteruddannelse og faglig udvikling som udgangspunkt fastholdes efter bestemmelserne i overenskomst om almen praksis frem til den 1. september 2014.

Det har efterfølgende vist sig, at det muligvis er mere hensigtsmæssigt at undlade en egentlig fondsoprettelse. Spørgsmålet er pt. under udredning. PLO og RLTN er dog enige om, jf. bilag 18, at foretage de nødvendige tilpasninger af overenskomstens kapitel 12 og bilag 8, såfremt det i stedet for fondskonstruktionen ender med oprettelse af et andet styrende organ med ansvar for de afsatte overenskomstmidler til kvalitetsudvikling, forskning, efteruddannelse og faglig udvikling.

APU-fonden jf. § 105 indgår ikke i denne udredning, da den fortsætter uændret efter den 1. september 2014.