REGIONERNES LØNNINGS- OG TAKSTNÆVN

PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION

Overenskomst om almen praksis

Af 03-06-1991,
senest ændret ved aftale af
1. januar 2018
Overenskomst om almen praksis

1. udgave, 1. oplag 2018

Grafisk tilretteleggelse: Lægeforeningens forlag

Tryk: AKAPRINT a/s, Aarhus

ISBN: 978-87-7891-217-6

Praktiserende Lægers Organisation
Kristianiagade 12
2100 København Ø
Tlf.: 35 44 84 77
Indholdsfortegnelse

Kapitel I. Forord og udviklingskontrakt ................................................. 8

Kapitel II. Generelt om overenskomsten ................................................. 12
§ 1  Overenskomstens parter og overenskomstområdet ................................. 12

Kapitel III. Planlægning og lægedækning ................................................. 13
§ 2  Praksisplanlægning ............................................................................ 13
§ 3  Årlig lægedækningsberegning .............................................................. 13
§ 4  Regionens orienteringsforpligtelse ......................................................... 13
§ 5  Flytning ................................................................................................ 13
§ 6  Praksisudvikling .................................................................................. 14

Kapitel IV. Vilkår for praksisdrift .............................................................. 14
Tilmelding af patienter .............................................................................. 14
§ 7  Praksisstørrelse .................................................................................. 14
§ 8  Øvre lukkegrænse ................................................................................. 14

Frasigelse af patienter .............................................................................. 15
§ 9  Frasigelse af patient ............................................................................ 15
§ 10 Voldelige eller truende patienter .......................................................... 15

Organisering og krav til lægen .................................................................. 16
§ 11 Autorisationskrav for alment praktiserende læger ................................. 16
§ 12 Nedlæggelse i almen praksis ................................................................. 16
§ 13 Meddelelse ved dødsfald, opløsning af praksis og andre ændringer ......... 17
§ 14 Praksisophør, når praksis ikke overtages af en anden læge ................. 17
§ 15 Praksisophør, i kompagniskab og delepraksis, når praksisdelen ikke overtages af en anden læge ............................................................... 18

§ 16 Praksisformer ..................................................................................... 18
§ 17 Almen praksis i selskabsform ............................................................... 19
§ 18 Udgifter til udskiftning af sundhedskort ............................................. 20

Andre tilknytningsformer m.v. ................................................................. 20
§ 19 Generationsskifte .............................................................................. 20
§ 20 Ansatte læger i fast stilling ................................................................ 20
§ 21 Tilladelse til ekstra ansat læge ........................................................... 21
§ 22 Delepraksis ........................................................................................ 21
§ 23 Satellitpraksis .................................................................................... 22
§ 24 Kobling af ydernummer til en bestemt fysisk lokalitet ....................... 22
§ 25 Ydernumre på licens ......................................................................... 22

Henvisningsmuligheder og samspil ............................................................... 22
§ 26 Indlæggelse på sygehuse .................................................................... 22
§ 27 Henvisning til speciallægeundersøgelse og -behandling ...................... 22
§ 28 Diagnostiske undersøgelser ............................................................... 23
§ 29 Henvisning til behandling ved fysioterapeut ...................................... 23
§ 30 Henvisning til behandling ved psykolog ............................................ 24
§ 31 Henvisning til behandling ved fodterapeut ......................................... 24
§ 32 Ordination af lægemidler ................................................................... 25
§ 33 Ordination/rekvisition af iltbehandling ................................................. 25
Rekvisitioner .......................................................................................... 25
§ 34 Rekvisition af immunglobuliner og vacciner ........................................ 25
§ 35 Rekvisition af lægemidler i øvrigt ......................................................... 25
§ 36 Rekvisition af forbindsstofer m.v. ......................................................... 25
Lægevagt .................................................................................................... 26
§ 37 Vagttidens omfang og opdeling .......................................................... 26
§ 38 Tilrettelæggelse af lægebetjeningen i vagttiden .................................... 26
§ 39 Lægebetjeningen i vagttiden ................................................................. 26
§ 40 Visitation i vagttiden ............................................................................ 27

Kapitel V. Tilgængelighed og service ....................................................... 28
§ 41 Praksisdeklaration ............................................................................... 28
§ 42 Legitimation ......................................................................................... 29
§ 43 Vilkår for lægehjælp ............................................................................. 29
§ 44 Dagtiden ............................................................................................... 29
§ 45 Tilrettelæggelse af lægebetjeningen i dagtiden ...................................... 29
§ 46 Lægers fravær fra praksis ..................................................................... 31
§ 47 Adgangs- og indretningsforhold vedrørende lægens konsultation ......... 31

Kapitel VI. Honorarer og regulering ....................................................... 31
§ 48 Basishonorar ....................................................................................... 31
§ 49 Praksisomkostningshonorar ................................................................. 31
§ 50 Grundydelser i dagtiden ..................................................................... 31
§ 51 Tillægsydelser ...................................................................................... 32
§ 52 Institutionstillæg, dag- og vagttid ........................................................ 33
§ 53 Samtaletterapi ...................................................................................... 33
§ 54 Tillæg for patientledsagelse i ambulance og rejsetillæg til øer, hvor der ikke er bosat læger ................................................................. 34
§ 55 Tillæg ved behandling af personer, der ikke er tilmeldt en læge .......... 34
§ 56 Grundydelser i vagttiden .................................................................... 34
§ 57 Vagtheredskabshonorar ...................................................................... 34
§ 58 Attestatukst ........................................................................................ 34
§ 59 Ansøgning om tilskud til lægemidler til terminalpatienter ................. 35
§ 60 Laboratorieundersøgelser .................................................................. 35
§ 61 Kørselsgodtgørelse .......................................................................... 36
§ 62 Regulering af honorarer ..................................................................... 36
§ 63 Takstanvendelse ved ændring i reguleringsprocenten ......................... 37

Kapitel VII. Afgrænsning af ydelser og bestemmelser om honorering ....... 37
§ 64 Afgrænsning, telefonkonsultation/konsultation, receptfornyelse .......... 37
§ 65 Afgrænsning, sygebesøg/besøg på ruten ............................................. 37
§ 66 Afgrænsning, behandling af flere patienter i samme hjem ................. 37
§ 67 Almindelige bestemmelser om honorering ........................................ 37
§ 68 Vejledning om anvendelse af overenskomstens ydelser ......................... 37
§ 69 Basishonorering ............................................................................... 38
§ 70 Honorering af grundydelser i dagtiden og den sene konsultation .......... 38
§ 71 Honorering af ydelser i vagttiden ......................................................... 38
§ 72 Tillægsydelseshonorering .................................................................... 38
§ 73 Honorering af lægehjælp til patienter på øer, hvor der ikke er etableret lægepraksis ................................................................. 38
§ 74 Vagtheredskabshonorering ................................................................. 39
§ 112 Fortolkningsbidrag ................................................................. 53
Opmand ................................................................. 53
§ 113 Opmand ................................................................. 53
§ 114 Opmandens opgaver .................................................. 53

Kapitel XIV. Klagereger .......................................................... 53
§ 115 Klagerergernes omfang ..................................................... 53
§ 116 Fremsættelse af klager ...................................................... 53
§ 117 Behandling af klager fra patienter ........................................ 54
§ 118 Behandling af klager fra læger ........................................... 54
§ 119 Behandling af klager fra kommuner ...................................... 54
§ 120 Fælles regler for behandling af klager .................................... 54
§ 121 Afgørelse af klagesager og anke .......................................... 54
§ 122 Faglige klager ............................................................... 54

Kapitel XV. Ikrafttræden m.v. .................................................... 54
§ 123 Adgang til ændringer i overenskomsten .................................. 54
§ 124 Ikrafttræden ................................................................. 55
§ 125 Opsigelse ................................................................. 55

BILAG TIL OVERENSKOMST OM ALMEN praksis ......................... 56
Bilag 1: Protokollat om roller og opgaver i almen praksis af 21-12-2010 .......... 56
Bilag 2: Protokollat om samarbejde mellem almen praksis, sygehusvæsen, kommuner og regioner af 21-12-2010 ................................................................. 57
Bilag 3: Protokollat om styrket opfølgningsindsats ved sektoretvangsbe ......................................................... 58
Bilag 4: Økonomiprotestokollat af 14-09-2017 ........................................ 59
Bilag 5: Protokollat vedrørende differentieret basishonorar af 14-09-2017 .......... 61
Bilag 7: Protokollat om anvendelse af ydelserne i overenskomsten og sammenhængen til det almenmedicinske arbejdsmiljø af 16-04-1999 .......... 64
Bilag 8: Protokollat om ny kvalitetsmodel for almen praksis af 14-09-2017 .......... 64
Bilag 9: Protokollat om efteruddannelse af 14-09-2017 ........................................ 69
Bilag 10: Protokollat vedrørende tilbud til læger, der ønsker at etablere større praksis og/eller udvikle deres praksis af 21-12-2010 ........................................ 74
Bilag 11: Protokollat om IT i almen praksis af 21-12-2010 ........................................ 74
Bilag 12: Protokollat om anvendelse af sundhedskort ved elektronisk registrering af patienthenvendelser til almen lægepraksis ................................................................. 75
Bilag 13: Protokollat om opmandsfunktionen og organisationsansvar af 27-04-1995 ................................................................. 75
Bilag 14: Protokollat om vandelsbestemmelse af 18-10-2016 ................. 76
Bilag 15: Protokollat om Kommunale praksiskonsulenter af 21-12-2010 ............. 76
Bilag 16: Protokollat om sanktioner for overlæsning af vagtinstruks af 11-05-2007 ...... 76
Bilag 17: Vejledende forretningsorden for samarbejdsudvalg af 24-01-2006 ........... 77

ØVRIGE AFTALER
• Rammeaftale om iværksættelse af tillægsydelser efter beslutning i regionerne ..... 79
• Rammeaftale om iværksættelse af laboratorieundersøgelser m.m. efter beslutning i regionerne ................................................................. 80
• Rammeaftale om e-kommunikation mellem kommune og kommunens praktiserende læger ................................................................. 81
• Aftale om Program for diabetes type 2 og KOL i almen praksis af 14-09-2017 .......... 83
• Bilag A: Vilkår for overgang til kronikerhonorar og regional opfølgning ............... 90
• Bilag B: Erklæring om klarmelding vedr. aftale om program for KOL og diabetes type 2 92
• Bilag C: Implementering og Evaluering ................................................. 92
• Aftale om honorering for vejledning af ikke-tilmeldte patienter om anvendelse af
  svangerskabsforebyggende metoder ....................................................... 96
• Profylakseaftalen ................................................................................... 98
• Tutorlægeaftalen – vedrørende alment praktiserende læger, der virker som tutorlæger
  – af 1. september 2014 ......................................................................... 105
• Aftale vedr. omkostningsdækning af journaler ved praksislukning af 29-11 2007 ...... 107

Stikordsregister .......................................................................................... 108
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 betrægtes 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 formy 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 udgylder roller som generalist, gatekeeper og tovholder. Almen praksis har dermed stor betydning for borgernes sundhed og for det samlede forløb på tværs af sektorgrenser.

Den generelt større efterspørgsel i befolkningen efter sundhedsydelser og sygehusenes stigende specialiserings og centralisering vil ændre opgaveløsningen i almen praksis. Det er nødvendigt at sikre de tilstrækkelige ressourcer og den tilstrækkelige kapacitet, så almen praksis fortsat kan være en nøglefigur i det danske sundhedsvæsen.

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

Det skal bl.a. ske gennem fokuseret kvalitetsudvikling, efteruddannelsesstiltænkning, organiseringsudvikling. 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 lidelser, 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 borger 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 en kontinuerlig kendskab til den enkelte patient. Almen praksis’ grundlæggende funktion er også i fremtidens 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 tøvholder. 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 tilrettelægning af indsatsen hos de praktiserende læger. Dette vedrører blandt andet indsatsen over for patienter med kronisk sygdom, forebyggelsesindsatsen, akuter med behandling af de patienter, der behøver at varetage de kommunikations- og koordinatoriske beslutninger.

Patienter med kronisk sygdom

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

Almen praksis varetager allerede i dag i en 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 have en løsning, der reducerer patienternes behandling i det med for at specialiserede sundhedsvæsenet 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 arbejdstilretteleggelse 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 henvisningsadfærd 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 af 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 behandlingen af patienter med kronisk sygdom, herunder forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser.

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

Akuter med kronisk sygdom

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 sygehushusvæsenet 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 akuterberedskabet vil ske under hensyntagen til almen praksis’ kapacitet. Det skal endvidere sikres, at de praktiserende læger har de nødvendige faglige kompetencer.

**Almen praksis’ opgavevaretægelse 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, der 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


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 praksisserien.

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 arbejdsselvingen og sikre, at der fastlægges procedurer, der er afstemte med arbejdsgangene 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 arbejdsselving i forhold til sygehusvæsenet, den øvrige praksisserien 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 arbejdsselving 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 omdøvede sundhedsvæsen mv. Forpliktelserne også påvirker og pågælder kommunerne i regionen.

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

Samtidig sker der en målrettet brug af dialogbaserede redskaber, bl.a. i forhold til praksisomfatteringerne, med henblik på at understøtte samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen og styrke implementering af de centrale og decentralt aftalte
tiltag. Det er afgørende, at praksiskonsulents 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, mailsparring og telekonference.

Et andet redskab kan være, at almen praksis får mulighed for rekvisition af diagnostiske undersøgelser. Det giver almen praksis mulighed for at færdigudrede patienten i stedet for at henviser 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 praksis. Fastholdelse handler om at gøre det attraktivt at blive længere i sektoren og dermed udsætte tidspunktet for erhvervsophør.

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

Det er desuden nødvendigt at øge kapaciteten og effektiv ressourceanvendelse i almen praksis ved øget og målrettet anvendelse af praksispersonale samt målrettet ledelse og arbejdstilretteleggelse 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 praksisrørende læger introdiceret til et redskab til at arbejde systematisk
med kvalitetsudvikling.


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

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

Service
Det skal være let for patienter, pårørende og samarbejdsparterne 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 praksisplanudvalg som at medvirke til en fortsat god tilgængelighed. En god service og tilgængelighed vises blandt andet ved, at der gennem praksisdeklarationerne skabes gennemsigtighed overfor om verdens 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.


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 Takstævnh (RLTN) og Praksisrørende 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”.

Overenskomst om almen praksis.indd 12
07/03/18 08.52
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 lægedækningsberegnning
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 lægedækningsberegnningen 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 mindstegrense 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 tilretteleggelsen 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 mindstegrense ved tildelingen af delepraksistilladelse. Besvarelserne fra høringer 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 flytningerne, 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 PRAKSIDRIFT

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/fagpolitiske 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 lukkekranse, 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 tillendegive, hvor mange patienter praksis højst ønsker tilmeldt i alt, før praksis igen lukkes for tilgang. Der kan dog ikke tillendegives 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 lukkekranse
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 delpraksis. 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 truede eller voldelige 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 truede eller voldelige adfærd har frasagt sig patienten. Lægen skal ligeledes høres over patientens eventuelle bemærkninger. På baggrund af høringssvarerne 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 nye 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 tungslnvejende 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. Justitieret har overfor parterne udtrykt imødekomsten 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 udogover 2 måneders varighed skal altid opfylde dette krav, medmindre vedkommende har været fase 2 amanuensis i pågældende praksis. For vikarer ansat i indtil 2 måneders gældende praksis skal vikaren kun arbejde 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 fremvisse 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 enter har overtager 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. 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 anførte 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 strafbar forhold er blevet frataget retten til at udøve virksomhed som læge eller hvis lægen har mistet retten til selvstændigt virke kan denne eje sin praksis/praksisdel/anparter i maksimalt et år under forudsætning af, at den pågældende søger for en stedfortræder. Et-årsfristen gælder fra tidspunktet for autorisationsskrivelsen, domsafsigelsen, eller fra tidspunktet hvor retten til selvstændigt virke mistes. Samarbejdsudvalget kan efter ansøgning tillade, at et-årsfristen 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, oplosning 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. 3. Ved oplosning 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, 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 til regionen, at lægen har mistet retten til selvstændigt virke. I svar på varslingen gør lægen fremsendelse af en praksisplanudvalg ved at sende en praksisudvalgsbestemmelse til regionen.

Stk. 2. Regionen skal orientere patienter i de situationer, hvor de skal tilbydes lægeskifte.

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.

Stk. 3. Hvis en læges ophør skyldes, at lægen får frataget sin autorisation, har lægen pligt til at varsle denne oplysning til regionen.
gen 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 udlobet 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 læget(r) som søger at få den ledige praksisdel besat med en ny læge inden for en fritid på 6 år. Senest efter ét 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 afgives så snart en kompagnon over for sine kolleger i praksis har meddelt, 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 varsel 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 samarbejdssudvalget træffe beslutning om, hvordan de patienter, som praksis afstår, kan tilmeldes en anden læge.

§ 16 Praksisformer


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 holingselskab. Holingselskabets 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. 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 personer\(^1\), kan overdrages til regionsrådet og til læger\(^2\). 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.

\textbf{NOTE til § 16, stk. 1:} 
Ved samarbejdspraksis forstås:
Praksis, der drives i samarbejde mellem flere enkelmands- og/eller kompagniskabspraksis og/eller almene lægeselskaber med hver deres patientkreds, hvormed der dog findes et vist samarbejde og med fællesskab om lokaler og helt eller delvist om personale.

Ved netværkspraksis forstås:
Praksis der drives i samarbejde mellem flere enkelmands- og/eller kompagniskabspraksis og/eller almene lægeselskaber med hver deres patientkreds, hvormed der dog findes et vist samarbejde. Der er ikke 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 også 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.

\textbf{§ 17 Almen praksis i selskabsform} 

\textbf{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.

\textbf{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.

\textbf{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.
   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 reglerne i § 12, stk. 3 og som er ansat i et 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.
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.

\begin{itemize}
  \item[1] Jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1
  \item[2] Jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1
\end{itemize}
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 forlængende være tilgængelige for PLO og RLTN samt vedkommende region, og der skal til enhver tid kunne forlanges attestonation 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 tillagebetalning 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 anseettes 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 udfgift.


Andre tilknytningsformer m.v.

§ 19 Generationsskifte

Stk. 1. Med henblik på at lette praksisoverdragelse kan en praktiserende læge ansøge om tilladelse til at ansette en speciallæge i almen medicin uden at have en ledig kapacitet. Efter 6 måneder skal lægerne indgå i kompagnisksabspraksis 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 generationsskifteaftraller. Denne rettighed afløses af retten til at etablere delepraksis, jf. § 22.

§ 20 Ansatte læger i fast stilling


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 anse et læge i fase tre af deres uddannelsesførlob til speciallæge i almen me-
dicin i såvel en ledig kapacitet som i etvikariat af mereend 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. 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 såsom 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 ansøgerens/ansøgernes praksis før og efter evt. tilladelse til delepraksis. Samarbejdsudvalget kan på baggrund af de konkrete forhold gøre delepraksistilladelsen betinget af en mindste patientkapacitet, som den pågældende delepraksis forpligter sig til at tilbyde i forbindelse med den årlige fastsættelse af lægedækningen i området. Delepraksis kan ikke anmode om at få lukket for patienttilgangen ved et lavere patientantal end denne mindste patientkapacitet.

Samarbejdsudvalget kan pålægge praksis en lukkekørsel i form af et loft over det maksimale patientantal, den pågældende delepraksis kan få tilmeldt. Pålagt lukkekørsel 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. Eventuelt fornyet delepraksistilladelse efter 6 år sker på vilkår, som for ikke-lægedækningstruede områder, jf. stk. 2, 3 og 5. Klinikken, som har praksisadresse i et lægedækningstruet område i henhold til praksisplanen, meddeler PLO dato for påbegyndelse af delepraksis. PLO orienterer regionen. Mindestekapaciteten i praksis fastlægges til det patientantal, som er tilmeldt i praksis på tidspunktet for ikrafttræden.


Generelt gælder for kompagniskabspraksis, der drives som delepraksis, at de i tilfælde af opkløsning 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 bort-
falder 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 aftaleidspunktet. 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 op- og hør. 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 tildales en læge personligt uden mulighed for videresalg. 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 særligt honnor, 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 fortægelsen 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 anamnestiske oplysninger og meddelelser om resultatet af allerede foretagne undersøgelser.

§ 28 Diagnostiske undersøgelser

Stk. 1. Regionen kan beslutte, at laboratoriediagnostik skal finde sted i regionens sygehusvæsen, og at lægen ikke kan henvise til private laboratorier på regionens regning. Såfremt lægen i den situation henvender lægen frivilligt 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 rekvisitere undersøgelser på Statens Seruminstitut.

Stk. 3. Regionen kan træffe bestemmelser om, at kapaciteten for så vidt angår laboratorieundersøgelser skal udfyldes, således at alment praktiserende læger i regionen foretager henvisning til laboratorier, hvormed regionen har særlig overenskomst.

Stk. 4. Rekvisitionen 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 på et patientens eftersig, ikke kan henvisning.

NOTE til § 29:
Praktiserende læger kan henvise til fysioterapi med tilskud ved en fysioterapeut i praksisområdet 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 funktionsnedlæggelse som følge af progressiv sygdom til vederlagsfri fysioterapi. Ordeningen 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 gigtssygdomme.

Sundhedsstyrelsens vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi (april 2017) beskriver de nærmere retningslinjer for adgang til vederlagsfri fysioterapi, herunder en afgrænet diagnoseliste.

Vederlagsfri fysioterapi skal have til formål at forbedre funktioner, vedligeholde funktioner eller forhåle forringelse af funktioner.
En person som kan klare sig selv indendørs i dagens 24 timer uden hjælp eller hjælpeudstyr til den daglige personlige livsførmelse, har ikke et svært fysisk handicap.
Personer uden svært handicap, men med funktionsnedlæggelse som følge af progressiv syg-
dom, skal som udgangspunkt henvises til hold-
træning.
Lægen kan også henvisse til ridefysioterapi med
tilskud. Berettiget til ridefysioterapi med egenbe-
taling 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 over-
enskomstens parter og Dansk Psykolog For-
enings affalt elektronisk henvisningsblanket.

NOTE til § 30:
Praktiserende læger kan henvise til psykolog-
hjælp efter overenskomst om psykologihjælp
mellem RLTN og Dansk Psykolog Forening. Be-
rettiget til psykologihjælp efter overenskomsten
er:
1. røveri-, volds- eller voldtægtsofre,
2. trafik og ulykkesofre,
3. pårørende til alvorligt psykisk syge personer,
4. personer ramt af en alvorligt invalidiserende
sygdom,
5. pårørende til personer, der er ramt af en al-
vorligt invalidiserende sygdom,
6. pårørende ved dødsfald,
7. personer, der har forsøgt selvmod,
8. kvinder, der får foretaget provokeret abort
efter 12. graviditetsuge
9. personer, der inden de fyldte 18 år har været
ofre for incest eller andre seksuelle overgreb
10. personer med en let til moderat depression,
on og på henvisningstidspunktet er fyldt 18 år,
11. personer med let til moderat angst, herunder
let til moderat OCD, og på henvisningstid-
punktet er i aldersgruppen 18 til og med 38
år.

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

Henvisning til personer, der er omfattet af ka-
tegori 9, 10 og 11 kan ske uden tidsbegrænsning.
Der ydes tilskud til indtil 12 konsultationer pr.
behandlingsforløb. Til personer omfattet af hen-
visningstidspunkt 10 og 11 er der mulighed for
genhenvisning til yderligere 12 behandlinger.

Som grundlag for henvisning og genhenvi-
sning af personer, der er omfattet af kategori 10 og
11, skal henvisningen ske i henhold til bekendt-
gørelse om tilskud til psykologbehandling i prak-
sissektoren for særligt udsatte persongrupper bi-
lag 1. Det er patientens alder på henvisningstidspunktet, der er bestemmende for, om vedkom-
rende er berettiget til tilskud til psykologbe-
handling.

Når psykologbehandlingen afsluttes eller i for-
bindelse med at en patient skal have en genhen-
visning til depressions- og angstbehandling, sen-
der psykologen en elektronisk epikrise til patient-
tens 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 be-
handling ved praktiserende fodterapeut, hvis
patienten har fået konstateret:

a) diabetes, og har et heraf afledt behov for
fodbehandling. Patienten henvises som ud-
gangspunkt til årlig fodstatus. Fodterapeu-
ten vurderer på grundlag af undersøgelse
og risikovurdering behovet for regelmæs-
sig fodbehandling og evt. aflastningsterapi
(speciale 54)
b) symptomgivende unguis incarnatus (ned-
groede tånegle) (speciale 55)
c) arvæv efter strålebehandling af fodvorter
(speciale 59)
d) svær leddegigt, hvormed forstås leddegigt,
der medfører begrenset eller tabt funktion
i ben eller arme, hvor få eller ingen sæd-
vanlige arbejdsgiver kan klare, 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 rele-
vante oplysninger, herunder særligt om følge-
sygdomme 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.


§ 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 iltebehandling

Praktiserende lægernes ordination/rekvisition af iltebehandling 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 immunoglobuliner 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.

Stk. 2. Vaccine mod difteri, stivkrampe, polio, mæslinger, røde hunde, færesyge, rabies og meningokoksygdom.

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

Stk. 2. Ajourføring af de under stk. 1 nævnte immunoglobuliner og vacciner kan ske efter forhandling mellem RLTN og Statens Seruminstitut.

Stk. 3. Rekvisition 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 vagtjæneste 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 lægemidler, 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. 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. Rekvisitionen af forbindsstoffer m.v. sker på en blanket, der stilles til rådighed for lægen. Regionen fastsætter, efter drøftelse i samarbejdssudvalget, regler for rekvisitionens praktiske gennemførelse.

Lægevagt

§ 37 Vagttidens omfang og opdeling

Stk. 1. Ved vagtidd forstås tidstrumケット kl. 16.00-8.00 på hverdage (mandag til fredag) samt kl. 0.00-24.00 på grundlovsdag, juleaftensdag, nyårsaftensdag, lørdage og søn- og helligdage.

Stk. 2. Ved A-vagten forstås alle tidstrumケット, der ikke er omfattet af A-vagten, jf. stk. 2, eller af dagtiden, jf. § 44; det vil sige alle dage kl. 00.00-8.00, hverdage (mandag til fredag) kl. 22.00-24.00, grundlovsdag, juleaftensdag, nyårsaftensdag 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. 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 ør hvor antallet af læger gør det umuligt at tilrettelegge en vagtordning som nævnt i stk. 2, honoreres lægerne med et vagtberedskabshonorar på kr. 353.149,18 i vagtordningen. Ingen enkeltlæge kan dog få mere end kr. 353.149,18 i vagtordningen på ét år, medmindre der i samarbejdsudvalget er enighed herom.

Stk. 4. Såfremt en region ønsker at have 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 tilretteleggelsen af vagtordninger skal der ved aftale mellem regionen og de omfattede læger træffes beslutning om løsning af de praktiske problemer, som vagtordningen 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 tilretteleggelse og benyttelse.

Stk. 7. Følgende læger kan søge og få vagtydernummer og dermed deltage selvstændigt i en vagtordning uden at være tilmeldt overenskomsten om almen praksis:

1. Vagtydernummer med ret til at fungere som visitator:
   a) Speciallæger i almen medicin
   b) Uddannelsesanuenser i fase III (hvis det er besluttet i samarbejdsudvalget)
2. Vagtydernummer uden ret til at fungere som visitator:
   a) Uddannelseslæger
   b) Læger uden speciallægeanerkendelse, hvis der foreligger en dispensation fra samarbejdsudvalget.

c) Læger, der tidligere har arbejdet i vagtordninger med selvstændigt vagtydernummer.

På alle vagter hvor vagthavende læge ikke er speciallæge i almen medicin, skal der være en bagvagt, der opfylde 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 frigøres for at deltage i vagtordningen, hvis han kan anvisse en anden læge, der er indstillet på at overtage hans vagtforpligtelse. Det er en forudsætning for, at den læge der overtager vagtforpligtelsen, enten er praktiserende læge i den pågældende region eller er en anerkendt vikar.

NOTE til § 39, stk. 8: Bestemmelsen ændrer ikke ved forholdene i de regioner, hvor deltagelsen i vagtordningen er friwillig.

§ 40 Visitation i vagtiden

Stk. 1. Vagtordninger tilrettelegges for hele eller dele af vagtiden 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. Honorerering 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.

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.

Af praksisdeklarationen skal fremgå følgende:

a) praksisnavn, konsultationsadresse, telefonnummer, hjemmesideadresse, åbningsstider, praksissform (enkelmands- 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 trafiesz med henblik på telefonkonsultation. Hvis lægen har åben konsultation, skal tidspunktet 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) lægevagternes telefonnummer og åbningsstider,
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 efteruddannelsestilbud 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. Niveaufrid adgang/ramp 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 ændringer i Bygningsreglementets mål vedrørende nr. 2, 5 og 6 vil ovenstående blive konsekvensrettet.

Når regionerne overgår til nyt administrations-system Praksys i 2018, vil alle informationer vedrørende 1) til 8) kunne registreres i et selvstændigt felt. Praktiserende læger er ikke forpligget 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 vedrørende gyligt 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 en konsultation en 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. hverdage 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 stedfortrædende, 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. Telefonintiden 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.
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 henviselsen 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 (folkekøbregisteradresse) 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 betydning, såfremt patienten er bevægelseshemmet.
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 arbejdspres, 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 forudsatte 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 c:  
Der er ikke aftalt et generelt ansvar for at dække kommunens akutpladser. Der henvises til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om kvalitet i de kommunale akutfunktioner.
NOTE til § 45, stk. 4, litra h:
Registrieringen sker ved afregning af ydelse 0410 for ikke-udført sygebesøg, som ikke udløser ho
norering.

§ 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 svarande 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 bevægelshæmmede, og at der er handicappegnede toiletfaciliteter. Endvidere skal alle læger, hvor det er muligt, tilstræbe at er adgang til handicappartering i nærheden af praksis.
Stk. 2. Ved nybygning og væsentlig ombygning af praksis er det et krav, at der etableres adgangsforhold i henhold til byggelovens regler.

§ 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
Praksisomkostningshonorarret pr. lægekapacitet udgør årligt kr. 16.709,32.

§ 50 Grundydelser i dagtiden
0101. Konsultation………………… 139,93
0105. E-konsultation……………… 43,98
0120. Aftalt specifik forebyggelses-
indsats ……………………………. 376,72
0121. Opsøgende hjemmebesøg
(skøbelige ældre, normalt
over 75 år)…………………………. 794,52
0122. Abortstøttesamtale ………….. 397,24
0130 Kronikerhonorar, årligt pr.
patient med KOL………………….. 1.821,78
0131 Kronikerhonorar, årligt pr.
patient med diabetes type 2…. 2.034,61
0132 Kronikerhonorar, årligt pr.
patient med diabetes type 2 og
KOL ………………………………. 2.559,89
0133 Kronikerhonorar, afslutnings-
ydelse …………………………….. 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

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 an-
ført i § 62 bortset fra atteststaksterne i § 58, stk. 3, som reguleres i henhold til statslig aftale.
2301. For hver påbegyndt km
udover 21 km ................................ 31,47
0410 Registriering af ikke-udfør
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 behandle-
ransvar for, jf. Aftale om program for diabe-
tes 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
• Tilkægsydelser
• Laboratoriedydelser
• Profylakseydelser
• Psykometriske tests
• Opsøgende hjemmebesøg
• Diverse lokalafalter

c) Ydelse 0133 er en afslutningsydelse, som an-
vendes, hvis en patient raskmeldes, ændrer
kronikerstatus eller hvis behandleransvaret
overgår til hospitala.

§ 51 Tillægsydelser

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tikst (kr.)</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
</table>
| 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 |
| 2120. Venesectio tilrådet af hospital
  eller specillæge samt ved
  livstruende tilstande .............. | 287,69 |
| 2121. Andre betydelige operationer
  (eksempelvis vabrasio eller
  tilsvarende indgreb) .............. | 383,56 |
| 2122. Første behandling af brud på
  skinneben, lår, over- eller
  underarm ................................ | 383,56 |
2123. Reposition af store ledskred, nemlig fod, knæ, hofte, albue eller skulder.......................... 383,56
2124. Behandling af store udbredte læsioner og forbrændinger..... 383,56
2125. Udfyldning af biologisk materiale ekskl. blodprøver.... 34,26
2131. Ligsyn med udstedelse af dødsattest (side 1 og 2) ........ 143,83
2134. Udfyldning af dødsattestens side 1.......................... 102,74
2135. Udfyldning af dødsattestens side 2, inkl. forsendelse til Sundhedsstyrelsen.......................... 41,10
2137. Udtagelse og forsendelse af implanterede stimulatorer og pumpe (forsendelse efter nærmere aftale med regionen) 287,69
2138. Instruktion og uddannelse af væske- og vandladingsskema 95,90
2141. Fortsat kontrol av 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 bemyndelse af svangerskabsforebyggende metoder ved indlæggelse af spiral eller indstilling af implanton (eksbl. udgifter til spiral og implanton) .................. 191,78
2145. Fjernelse af implanton.......................... 287,69
2146. Udlån af og instruktion i anvendelse af apparatur til hjemmeflygning og udflydning 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. Takst (kr.)
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 samtaleterapi-konsultationer 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.............. 129,00
2502. Pr. påbegyndt halve time ved rejser/patientledsagelse begæret i A-vagten............. 204,26
2502. Pr. påbegyndt halve time ved rejser/patientledsagelse begæret i B-vagten 251,56

§ 55 Tillæg ved behandling af personer, der ikke er tilmeldt 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............ 191,78
• 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 sygekassesbevis A eller B
• Er grønlænder og opholder sig midlertidigt i Danmark

2402. Anvendes når en person......... 61,65
• 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

Tillæg til telefonkonsultation i dagtiden:
2403. Anvendes når en person........ 34,26
• Er dansk statsborger og foreviser et særligt sundhedskort
• Patienter på danske øer, hvor der ikke er etableret lægepraksis

§ 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 Vagteredskabshonorar

Stk. 1. A-vagten B-vagten
1001. Vagteredskabshonorarer efter § 39, stk. 3.. 132,43 132,43 (små vagtordninger på øer), pr. time

Stk. 2. Vagteredskabshonoraret 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 rekvident og Lægeforeningen eller af patienten selv. Et eventuelt honorar for den undersøgelse der ligger til grund for attest understedelsen, er regionen uvedkommende, medmindre patienten samtidig har modtaget sygdomsbehandling i henhold til denne overenskomst.

Stk. 3.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Takst (kr.)</th>
<th>5001</th>
<th>1. tvangsindlæggelse (røde eller gule papirer)</th>
<th>1.254,00</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>5002</td>
<td>Genindlæggelse ved tvang på samme institution (røde eller gule papirer)</td>
<td>744,00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Stk. 4. De i stk. 3 anførte takster er tillægsydelser, der knyter sig til grundydelser.

§ 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:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Takst (kr.)</th>
<th>5093</th>
<th>Ikke-momspligtigt attestarbejde</th>
<th>102,74</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>5993</td>
<td>Molspligtigt attestarbejde</td>
<td>128,44</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 sygebe-
søg, 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:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Takst (kr.)</th>
<th>7101</th>
<th>Urinundersøgelse ved stix</th>
<th>13,07</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>7109</td>
<td>Svälg-streptokok antigen</td>
<td>52,28</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7115</td>
<td>Maskinel leukocyt- og differentialtællning</td>
<td>39,21</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7120</td>
<td>C-reaktiv protein (CRP)</td>
<td>65,35</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7126</td>
<td>PP-INR (koagulationsfaktorer)</td>
<td>117,63</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7175</td>
<td>Svangerskabsreaktion</td>
<td>52,28</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7189</td>
<td>Urin choriongonadotropin</td>
<td>78,42</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7177</td>
<td>Sænkningsreaktion (SR)</td>
<td>26,14</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7116</td>
<td>Fasekontrastmikroskopi af biologisk materiale, eksklusiv urin</td>
<td>65,35</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7122</td>
<td>Fasekontrastmikroskopi af urin</td>
<td>52,28</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7105</td>
<td>Bakterier</td>
<td>39,21</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7189</td>
<td>Urin til resistensbestemmelse</td>
<td>78,42</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1. 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.

Blodundersøgelse ved fotometri:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Takst (kr.)</th>
<th>7108</th>
<th>B-hæmoglobin (fotometere)</th>
<th>52,28</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>7136</td>
<td>B-glukose (fotometere)</td>
<td>52,28</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7112</td>
<td>Audiometriundersøgelse</td>
<td>130,70</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7113</td>
<td>Udvidet lungerund fungionsundersøgelse ved spirometri</td>
<td>117,63</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7121</td>
<td>Dobbelt lungerund fungionsundersøgelse for anstrengelsesprovokeret astma eller reversibilitetstest ved spirometri i samme konsultation</td>
<td>235,26</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7117</td>
<td>Tympanometri</td>
<td>104,56</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7156</td>
<td>Elektrokardiografi, inkl. prækordialafledninger</td>
<td>117,63</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7183</td>
<td>Lungerund fungionsundersøgelse (peak flow)</td>
<td>39,21</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Stk. 2. Vedrørende honorering for blodtagning fra blodåre til særlige prøver samt udtagning af prøver til cytologiske undersøgelser henvises til § 51, tillægysydelser, ydelse 2101 og 2102.

Stk. 3. Følgende af de i stk. 1 anførte laboratorieundersøgelser kan ikke anvendes i vagtiden: 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. rammeaftalens 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.

Betalning 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:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Diagnoser</th>
<th>Bemærkninger</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sinuitis acuta</td>
<td>Relevant i kombination med SR</td>
</tr>
<tr>
<td>Pneumoni</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>Inflammatoriske tarmssygdomme</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>Otitis media acuta</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>Bronchitis</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>Tonsillia acuta</td>
<td>Ikke relevant, anbefaler Strep-A-test</td>
</tr>
<tr>
<td>Cancer</td>
<td>Kan være relevant med alle kendte forbehold</td>
</tr>
<tr>
<td>Gynækologiske infektioner</td>
<td>Relevant ved mistanke om salpingitis</td>
</tr>
<tr>
<td>Urinvejsinfektion (+)</td>
<td>Ved mistanke om pyelonephritis,ellers ikke</td>
</tr>
<tr>
<td>Antibiotika Monoter</td>
<td>Relevant</td>
</tr>
<tr>
<td>Løbende klinisk vurdering</td>
<td>Særdeles relevant, og bør benyttes inden antibiotisk behandling Iværksættes.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

§ 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 tillegg 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.** Omkostningsændelen 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 reguleringssprocent 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 reguleringssprocent for regioner fra april til oktober samme år.

Stk. 3. Den samlede reguleringssprocent efter stk. 2 angives med to decimaler.

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 reguleringssprocent, skal honorarerne reguleres tilsvarende.

§ 63 Takstanvendelse ved ændring i reguleringssprocenten
Såfremt der i henhold til § 62 er honorarændringer, anvides 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 lægehjælp, 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 uhonorert 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 besøghonorar for én patient. For de næste og de følgende patienter beregnes ydelsen til konsultationsstakst. 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 særligt honorar, omfattes af de almindelige ydelseshonorarer. Indsprojtning med de i § 34 nævnte immunglobuliner og vacciner honoreres ikke særligt. Ydelsen omfattes af konsultations- eller besøghonoraret. Indsprojtning
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 tildeles en advarsel, der kan udtales misbilligelse, lægen kan pålægges at betale et af samarbejdsudvalget foreslået beløb til regionen, lægen kan pålægges en bøde, eller i gentagelser tilfælde 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 forbindstoffer 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, honoringes 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, patienten 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 honoringes for hver patient pr. den 1. i et kvartals anden måned.

**§ 70 Honorering af grundydelselser i dagtiden og den sene konsultation**
Grundydelselser i dagtiden og den sene konsultation honoringes med de i § 50 og § 53 nævnte honorarer.

**§ 71 Honorering af ydelser i vagttiden**

**Stk. 1.** Grundydelselser i vagttiden, bortset fra ydelser i den sene konsultation, honoringes 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**
Tillægsydelselser 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 honoringes 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 honoringes 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 be-
regnes beseøghonoraret svarende til afstanden
mellem udgangspunktet for sygebesøget og
patientens bopæl, ekskl. sejlafstanden. For rej-
sen til øen betales et grundhonorar pr. på-
begyndt halve time for selve overfartstiden.

For så vidt angår kørœlsgodtgørelse og be-
taling for sœrejer henvises i øvrigt til § 76, stk.
6.

§ 74 Vagttberedskabshonorering
Stk. 1. Læger der deltager i vagtordninger i
henhold til § 39, stk. 3 og 4, har ret til vagtt-
beredskabshonorar.
Stk. 2. Vagttberedskabsten, der indgår i be-
regningen af vagttberedskabshonoraret, omfatter
hele vagttiden, jf. § 37. På dage hvor vagt-
havende læge har sen konsultation, begynder
vagttberedskabsten kl. 18.00.
Stk. 3. Vagttberedskabshonorarere beregnes på
grundlag af det af lægen holdte antal vagttimer
(inkl. egentlige arbejdstimer) inden for vagtt-
beredskabsten.
Stk. 4. For så vidt angår vagtordninger i hen-
hold til § 39, stk. 3 udgør vagttberedskabsho-
noraret pr. vagtttime (inkl. egentlige arbejdsti-
mer) som grundhonorar det i § 57 anførte ho-
norar. Øvrige vagttberedskabshonorarers stør-
relse aftales i samarbejdsudvalget.
Stk. 5. For samme vagttidsrum kan der inden
for samme vagtordning kun ydes vagttbered-
skabshonorarer til én læge. Vagttberedskabsho-
noraret udbetales uafhængigt af, om vagen
varetages af en vikar.

§ 75 Honorering af
laboratorieundersøgelser
Stk. 1. Såfremt en laboratorieundersøgelse som
nævnt i § 60 finder sted i forbindelse med kon-
sultation eller anden kontaktydelse honoreres
der for både grundydelsen og for laboratorieun-
dersøgelsen.
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
kørœlsgodtgørelse.

Stk. 2. Lægen har valget mellem at benytte
eget befordringsmiddel eller blive befordret af
andre, men er ikke berettiget til at vekse mel-
lem 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 særl-
ligt vanskeligt fœre eller i andre situationer,
hvor lægen midlertidigt er forhindret i at be-
nytte eget befordringsmiddel. Læger, der er
fyldt 60 år, er berettiget til at benytte taxa un-
der kørvagt, selv om de benytter eget befor-
dringsmiddel i dagtiden. Såfremt regionen har
indgået aftale med en vognmand, skal lægen
benytte denne. Ved valg af vognmand skal læ-
gen tage skyldigt hensyn til vedkommende re-
gions økonomiske interresse i at anvende næ-
mestbœrende vognmand.
Stk. 3. Godtgørelse for benyttelse af eget be-
fordringsmiddel er den i § 61 nævnte godtgø-
relse.
Stk. 4. Godtgørelsens størrelse er uafhængig
af, om der benyttes bil eller andet befordrings-
middel.
Stk. 5. Såfremt lægen ikke anvender eget be-
fordringsmiddel, afleverer lægen til vedkomm-
ende vognmand eller hvem, der sørger for trans-
porten, en af regionen udarbejdet rekvizitio-
nen påføres lægens ydernummer, navn og kon-
sultationssted samt patientens navn og bœpæl.
Stk. 6. For så vidt angår læger, der betjener
smœler, kan der ved forhandling mellem regi-
on og PLO-R med pågældende lægers sam-
tykke 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 sœrejer.

§ 77 Basishonorering ved en læges
død
Når en læge dør, har afdøde læges bo-
ret til basishonorar i den periode, hvor praksis
vide-
reøres, 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 forholdsmaessigt 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 overenskomstmaessig 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 dagtimer skal anføres det klokkeslæt, ved hvilket ydelsen er begyndt.

Stk. 4. På regningen kan noteres flere tillægs- og laboratoriedydelser 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 advart, 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 månedvis, omfattende periodens afregningsugger i henhold til tidsplan for alment praktiserende lægers regningsindsendelse.

Stk. 6. De således i løbet af en måned frmsendte 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. 9. Regionens betalingsspligt bortfalder principielt, såfremt reglerne i stk. 1-4 ikke er overholdt.

NOTE til § 80:

NOTE til § 80, stk. 2
Det forudsættes, at lægen på egen hjemmeside oplyser tilskuddenes 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 ogporelsetidspunktet, 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 kørselegodtgørelse

Stk. 2. Regionen sammantæller 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. Det relative af honorabeløbet udbetales til lægen efter de i § 78 fastsatte regler.
Stk. 2. Indbetaling af pensionsbidrag skal ske månedvis samtidig med udbetaling til lægen, og det skal af månedsgørelsen til lægerne fremgå, hvor stort honorabeløbet er, og hvor meget af dette, der er videreendt 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, som har virket i almen praksis indenfor overenskomstens område, samt til disse lægers efterlade.

Stk. 3. Administrationsudvalgets vedtægter og årsregnskab skal fremsendes til landssamarbejdsudvalget. RLTN udpeger en kommitteret til administrationsudvalget.

KAPITEL IX. KONTROLBESTEMMELSER

§ 88 Årsopgørelser og fastsættelse af højestegrænser
Stk. 1. Regionen foretager hvert år en opgørelse over det samlede antal overenskomstmæssige ydelser og de samlede udgifter til almen lægehjælp, der er præsteret i den foregående kalenderår.

Stk. 2. Årsopgørelsen afsluttes hurtigst muligt efter det samlede antal præsterede overenskomstmæssige ydelser og de samlede udgifter til almen lægehjælp, der er præsteret i den foregående kalenderår.

Stk. 3. Årsopgørelsen vedrørende hver enkelt klinik stilles umiddelbart herefter til rådighed for lægen på praksis- og afregningsportalen på sundhed.dk.

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


Stk. 5. Pålæggelse af højestegrænsen kan ikke indbringes for samarbejds- eller landssamarbejdssudvalg. Alene klager over formelle fejl i sagsbehandlingen, herunder i forhold til beretningen af højestegrænsen, kan indbringes for samarbejdssudvalget med mulighed for anke til landssamarbejdssudvalget.

Stk. 6. Varsling om iværksættelse af højestegrænsen fremsendes via eboks til lægen. Eventuel tilbagebetaling sker ved modregning i lægens tilgodehavende hos regionen.

Højestegrænsen 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 overskrindelse i de pågældende måneder af året.

Stk. 7. Pålagte højestegrænser efter stk. 4 skal inden 1 måned sendes til samarbejdssudvalget/landssamarbejdssudvalget 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 lægemiddelordination.

Stk. 2. Samarbejdsudvalget kan iværksætte en undersøgelse, såfremt en læges/praksis’ ordinationsmønstre vurderes at give anledning til det. Såfremt regionen har tilknyttet en lægemiddelkonsulent kan samarbejdsudvalget indræge 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 fremkomme 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 utale misbilligelse, eller samarbejdsudvalget kan indstille til landssamarbejdsudvalget, at lægen skal betale et af samarbejdsudvalgets foreslået beløb til regionen, pålagges 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 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 meddelelægestyper 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
- Billediagnostisk epikrise
- Lægevagtsepikrise
- Speciallægeepikrise
- Bookingsvar
- Fysioterapiepikrise
- Den gode psykologepikrise
- Den gode kiropraktorepikrise.

Den gode henvisning:
- Sygehushenvirksomhed. Billediagnostisk henvisning.
- Speciallægehenvirksomhed. Den gode fysioterapihenvisning.
- Den gode psykologhenvisning.
- Den gode foderathenvisning.
- Den dynamiske henvisning
- Pakketabellen

Laboratorieområdet:
- Det gode KKA/KIA laboratoriesvar
- Fodstatusrapport
- Det gode patologisvar
- Det gode cervixcytologisvar
- Det gode mikrobiologisvar
- Det 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 standard.

Apteksområdet:
- 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 lægskift, 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, hvormed deres praksissystem afsender elektronisk kommunikation og indstille disse systemer til at sende med så korte intervaller som muligt.


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 lokasionsnummer. 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 (DV).

Stk. 2. Almen praksis vil uhonorert 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/pdateret 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 lægevagtens 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 potentielle forbedringer.


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. 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 § 106.

§ 94 Patientoplevelset 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. Undersøgelsene 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 undersøgelsene varetages af DAK-E. DAK-E er ansvarlig for, at resultatet af undersøgelsene 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

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

Stk. 2. For socialmedicinsk samarbejde er
fastsat følgende honorar (grundhonorar):

a) 3201 Telefoniske henvendelser
til og fra kommunernes
social- og sundhedsforvalt-
ninger .................................. 66,12

b) Social- og sundhedsforvaltnings
delegation i møder hos lægen, lægens
deltagelse i møder i social- og sundheds-
forvaltningen samt lægens og social- og
sundhedsforvaltnings delegation i møder
på patientens arbejdsplasser 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 kørelsesgodtgørelse i henhold til § 61.

Stk. 3. Telefoniske henvendelser kan anven-
des til at afklare enkle socialmedicinske proble-
stilinger eller som indledende orienteringer
forud for en egentlig sagsbehandling, hvori
der eventuelt kan indgå indhentning af attestati-
onsmateriale fra lægen. Telefoniske henven-
delser kan ikke anvenedes til at indhente oplys-
ninger, der normalt indhentes via atester aftalt
i det sociallægelige samarbejde.

**NOTE til § 95:**
Lægen har ikke pligt til at deltage i socialmedi-
cinsk arbejde, men lægen tilstræber deltagelse.
Det socialmedicinske samarbejde skal i videst
mulig udstrækning tilrettelægges under hensyn-
taget til lægens mulighed for fremmøde og den
tidsmæssige belastning af lægen.

§ 96 Elektronisk kommunikation
mellom lægen og kommunens
plejepersonale

Stk. 1. Den enkelte læge skal tilbyde elektron-
nisk 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 hjem-
mepleje og plejecenter skal foregå efter gæl-
dende MedCom-standarder.

Stk. 3. E-konsultation omfatter, jf. ydelsesbes-
krivelsen 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/plejecenteret med
svar på laboratorieprover eller undersøgelser
samt eventuel behandlingsplan. Endvidere
omfattes situationer, hvor hjemmeplejen/plej-
hjemmet sender elektronisk meddelelse med
observationer vedrørende patienten, og lægen
svarer med behandlingsplan.

Stk. 4. Der honoreres ikke for lægens svar på hjem-
meplejen/plejecenterets eventuelle supple-
rende spørgsmål eller for lægens afvisning af
hjemmeplejen/plejehjemmets anmodning om
e-konsultation. Der honoreres heller ikke for
tidsbestilling eller for receptformyelse, 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/plejecenteret ønsker yderlige-
dokumentation tilsendt, elektronisk eller på
anden måde, efter patienten har modtaget en
ydelse efter overenskomsten (telefonkonsultati-
on, 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.

KAPITEL 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. 3. Den overenskomsttafte fordeling af midler til kvalitet, forskning, efteruddannelse og faglig udvikling fastholdes som udgangspunkt. Ved enighed i fondens bestyrelse kan der dog træffes tærgående beslutninger, der påvirker ressourcefordelingen 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 støttetjenction 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 Fagligt Råds arbejde. Heraf anvendes 0,35 kr. pr. patient til arbejdet med DSAMs kliniske vejledninger.

Stk. 1d. Der indbetales 0,65 kr. pr. 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 representanter fra RLTN
- 3 representanter fra PLO
- 1 representant udpeget af de tre forskningsenheder
- 1 representant fra IKAS
- 1 representant fra DAK-E
- 1 representant fra DSAM
- 1 representant fra Ministeriet for Sundheds- og Ældreministeriet
- 1 representant 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. 4. 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 almente 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 almenmedi-
cinske enheder og selskabets lægelige medarbejdere.

Stk. 4. En almen praksis ved et universitet (APU) indgår i den årlige lægedækningsregning 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 ansette et tilsvarende antal læger. Der gælder i den forbindelse samme vilkår som ved etablering fra delepraksis, jf. § 22.

Stk. 6. De læger der ansettes 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. 3. Udgifter forbundet med udvalgens 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 dele midler mellem de tilknyttede læger, jf. § 106, stk. 1, litra d.

Stk. 5. Evt. uforbrugte midler overføres til efterfølgende regnskabsår, eller de tilknyttede læger, der kan udpege at ansette dem.
hussektor og primær sektor eller indeholder en 
stillingtagen til ændringer i ordinationer ved pa-
tientens overgang fra sygehussektor til primær-
sektor. I det omfang udvalgets og lægemiddel-
konsulentens arbejde fører til forslag, som øns-
kes aftalt med de praktiserende læger, kan aftale 
indgås mellem regionen og PLO-regionalt. Som 
eksempel kan nævnes aftale om at benytte en 
regional rekommendationsliste.

§ 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 ud-
møntning til kvalitetsudvikling og efteruddann-
else. Heraf afsættes følgende:

a) 1,42 kr. pr. pr. patient til den Decentrale 
Gruppebaserede Efteruddannelsesordning 
(DGE). Midlerne til DGE afsættes til løn 
til vejlederne inkl. koordinatorstilleg, grup-
pelederaktiviteter samt udgifter til admini-
stration, kontorhold mv.
b) 2,06 kr. pr. patient til regional understøt-
telse af kvalitetsudvikling i almen praksis.
c) 0,94 kr. pr. patient til at understøtte og faci-
litere Den Danske Kvalitetsmodel 
(ddkm).
d) 4,26 kr. pr. patient til kvalitetsudvikling for 
lægeklinikker i klynger, jf. dog stk. 3. Læ-
geklinikker i klynger tildeles et årligt klyn-
gubudget beregnet på baggrund af antallet af 
tilmeldte patienter i de lægeklinikker, 

Stk. 3. Midler der ikke udmøntes til lægekli-
nikker i klynger, anvendes af de regionale kva-
litets- og efteruddannelsesudvalg i overens-
stemmelse med § 106.

Stk. 4. Bøløbene i stk. 1 er angivet i 01-10-2017-
niveau og regularer 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 
VEDLIGEHOLDELSE AF AFTALEN

§ 107 Samarbejdsudvalg

Stk. 1. I hver region nedsættes et samarbejds-
udvalg på 8-12 medlemmer. 

Stk. 2. Regionsrådet og kommunerne i region-
en (Kommunekontaktrådet) udpeger tilsam-
men mindst 4 og højst 6 medlemmer, hvoraf 
kommunerne i regionen udpeger 1-2 medlem-
mer og regionen udpeger 3-5 medlemmer. 

Mindest 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 for-
retningsorden for sit arbejde med udgangs-
punktet i en af landssamarbejdsudvalget udar-
bejdet vejledende forretningsorden, jf. bilag 17.

Stk. 5. Samarbejdsudvalget kan kun træffe af-
gørelser i enighed. I andre tilfælde skal sagen 
forelagt for landssamarbejdsudvalget.

Stk. 6. Samarbejdsudvalgets afgørelser skal 
forelægges landssamarbejdsudvalget.

Stk. 7. I det omfang samarbejdsudvalget fin-
der det relevant, kan udvalget nedsætte faste 
eller ad hoc underudvalg. Et underudvalg kan 
varetage bestemte opgaver, f.eks. have ansvar 
for lægevagten. Samarbejdsudvalget fastsæt-
ter 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 højestegrenser, jf. § 88.

Stk. 3. Samarbejdsudvalget behandler af egen drift sager, der vedrører sigtelser, tiltaler og domsfordelinger i sager efter straffeloven, som samarbejdsudvalget eller parterne får kendskab til.

Stk. 4. Samarbejdsudvalget kan gennem reglen anmode en læge, der virker under overenskomsten, om tilladelse til at indhente straffestatuder. 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 straffestatuder, 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 overstregelse 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 forelåt beløb i de tilfælde, hvor lægen ikke er enig i tilbagebetaltingskravet og/eller dets opgørelse, b) at lægen pålægges en bod, der stilles til rådighed for velgørende formål, c) at lægen suspenderes. Suspensionen ophøres ved parternes enighed herom. d) at lægen udelukkes fra at praksisere efter overenskomsten. Landssamarbejdsudvalget fastsætter en frist for afrhændelse 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 adfærd (f.eks. efterleve økonomisk lægemiddelordination, aftalte forløbsprogrammer m.v.).

Stk. 10. Samarbejdsudvalget drøfter mindst én gang årligt samarbejdet mellem almen praksis, sygehuse, den øvrige praksis, kommunerne og region, herunder hvordan almen praksis mest hensigtsmæssigt kan medvirke til en effektivisering af samspill 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 faciliter samarbejdet yderligere via øget informati onsindsats, styrket anvendelse af praksiskonsulenter og ev. 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 gen nemførte 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 ordinarie 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 og 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 yderregistreret 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. 7. Landssamarbejdsudvalget skal orienteres om landsdækkende statistisk materiale vedrørende overenskomsten, som hver af overenskomstens parter måtte udarbejde. Materialalet skal videregives i anonymiseret form, såfremt hensynet til enkeltpersoner taler herfor.

Stk. 8. Landssamarbejdsudvalget udarbejder vejledende forretningsorder 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 effekteres 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 adfærd

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

Opmand

§ 113 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 ligevidt mellem overenskomstens parter.
Stk. 4. Ved en sag behandling af opmanden er sagens parter PLO og RLTN.

§ 114 Opmandens opgaver

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

§ 115 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 § 115:
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.

§ 116 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.
§ 117 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.

§ 118 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.

§ 119 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.

§ 120 Fælles regler for behandling af klager
Stk. 1. Ved klager der ikke omfattes af klage- reglerne 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 svarer fralægges 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.

§ 121 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 landssamarbejdsudvalget til afgørelse.
Stk. 3. Samarbejdsudvalgets afgørelse kan inden seks uger fra afgørelsens afsendelsesdato, af klageren eller af den indklagede, indbringes for landssamarbejdsudvalget.

§ 122 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 opnås 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.

§ 123 Adgang til ændringer i overenskomsten
Under overenskomstens løbetid kan parterne foretage ændringer i overenskomstens be-
stemmelser uden opsigelse af overenskomsten.

§ 124 Ikrafttræden

§ 125 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 samtaleteterapi 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 § 125:
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 PRAKSIK
Honorarer er i 01-10-2017 pris- og lønniveau med mindre andet er anført.

BILAG 1: PROTOKOLLAT OM ROLLER OG OPGAVER I ALMEN PRAKSIK 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 borgerens hyppigste kontakt og primære indgang til sundhedsvæsenet og ved at udfylde roller som generalist, gatekeeper og tovholder.

Frontlinjelæge

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 vurderer patienten som en helhed og almen praksis er uddannet til at se, at symptomer kan komme af mange årsager, både medicinske, sociale, kulturelle og psykologiske.

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

Tovholder

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, der er behov for, at almen praksis har fokus på i fremtiden. Listen er ikke prioriteret og er helhver 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 helbredesproblem. 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 skelles 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 sundhedsstilbud.

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.

**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 velfungerende 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 det 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 arbejdsgørelsen 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, udsilles 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 arbejdsgørelse og procedurer:
Når der er fastlagt arbejdsgørelse og procedurer skal såvel de praktiserende læger som andre aktører, der berøres, modtage relevante 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 STYRKT OPFOLGNINGSINDSATS 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 sektorskift og potentielt farlige situationer undgås.

Det drejer sig i særlig grad om de patienter, der pga. egen fysisk eller psykisk svækkelæske 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 indkommne 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 længereva-
rende ferie hos en læge. Et rødt flag vil netop sikre, at stedfortrædende læge får kendskab til og foretager den nødvendige opfølgning.

**Økonomi**

Mørekønomen 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.


**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 epikrise-standard, 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 epikrise-standard 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 udredelse hen over aftaleperioden.

**Anvendelse i overgangsperiode**
Indtil den elektroniske løsning er udarbejdet som en del af aftalen om digital kommunikation skal hospitalalet i disse særlige situationer, hvor der er behov for en specifik opfølgningsindsats, samt med epikrisen sende en korrespondancemeddelelse til den praktiserende læge. I emnefeltet på korrespondancemedde-

**BILAG 4: ØKONOMIPROTOKOLLAT AF 14-09-2017**

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 leger 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 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.
- 5,4 mio. kr. til kæftkontroller.
- 10 mio. kr. til kæftopfølgning til et løft af basishonoraret.
- 40 mio. kr. til opfølgning på epikriser, heraf anvendes 30 mio. kr. til et løft af basishonoraret.

Den økonomiske ramme korrigeres teknisk for følgende:

- Nye ydelser som følge af lovregning, 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 akutbetjening.
- 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 kvartalsvisse 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 førstkommende regulering efter opgørelsen foreligger 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 førstkommende regulering. Modregning forløber således over to reguleringisperioder, 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 BASISHONORAR 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 gennemsnitniveau i en etatisk beregnet sammenhæng mellem forbrug på den ene side og alder, køn og sygelighed på den anden side, jf. at der fastlægges en dynamisk minimumsgrense (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.**


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 2018 og låses fast i en tre-årig periode.

Fra den enkelte praksis’ andel af ordningen beregnes anskaffelsesfortolkning af praksis’ andel af ordningen.

**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 fastsættelser...
Udbetaling – patienttyngde er over gennemsnittet


Følgende variable indgår i den statistiske model:

- **Afhængig variabel:** Forbruget af sundhedsydelsener målt ved bruttohonoraret, afgrænset 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 sygdomstyper. I de anvendede vægte samles score 1 og 2 i vægten CCI=1,2 og score 3+ i CCI=3.

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.


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.

---

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Køn</th>
<th>Aldersgruppe</th>
<th>Vægt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mænd</td>
<td>0-14</td>
<td>0,51</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>15-24</td>
<td>0,40</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>25-34</td>
<td>0,46</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>35-44</td>
<td>0,53</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>45-54</td>
<td>0,67</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>55-59</td>
<td>0,84</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>60-64</td>
<td>0,99</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>65-69</td>
<td>1,19</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>70-75</td>
<td>1,40</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Over 75</td>
<td>1,86</td>
</tr>
<tr>
<td>Kvinder</td>
<td>0-14</td>
<td>0,55</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>15-24</td>
<td>0,91</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>25-34</td>
<td>1,24</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>35-44</td>
<td>1,04</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>45-54</td>
<td>1,04</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>55-59</td>
<td>1,11</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>60-64</td>
<td>1,19</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>65-69</td>
<td>1,30</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>70-75</td>
<td>1,50</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Over 75</td>
<td>1,96</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sygelighed</th>
<th>Let og middelsvær</th>
<th>Svær sygelighed (CCI=3+)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>sygelighed (CCI=1,2)</td>
<td>0,54</td>
<td>0,94</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Der sættes en minimums- og en maksimumsgrænse for de beløb, læger kan modtage fra ordningen i henhold til den statistiske model. Minimumsgrænsen er dynamisk og bliver meldt ud parallelt med umelding om udbetaling fra ordningen. Maksimumsgrænsen udgør 100.000 kr.

**Udbetaling – adresse i lægedækningstret område**

Den statistiske model supplieres af en geografisk model, hvor der udbetales fra ordningen i henhold til en lægedækningstret 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 konfliktsadresse i lægedækningstrede områder.


Ændringer i de lægedækningstreekede 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 tilsedeværelsen 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, ev. medhjælp, it og kørser 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 udover sin professionelle rolle ved at fremme sundhed, forebygge sygdomme eller ved behandling, omsorg eller palliation uanset patientens alder, køn eller sundhedsproblem.


**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 lænderygsmarter. Den praktiserende læge opretter, anvender og ved-
ligeholder 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 foreældre 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 helbredsmæssige 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, palpation, 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, udstyr og erfaring ikke være tilstrækkeligt til en sufficiemt udredning og behandling, hvorfor lægen kan henvise til yderligere udstyr og ikke selv udføre behandling hos en specialist, på sygehus, laboratorium, billed-diagnostisk 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 almenmedicinsk-e insats, som den praktiserende læge førdes til at tilbyde patienterne. I ydelsessortimentet indgår såvel grundydelser, tillægsydelser, laboratoriewydelser, 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’ patienten’sammensætning, størrelse og udstyr. Endvidere kan yderligere forhold være afgørende for, om bestemte ydelser udføres af lægen, f.eks. den lokale tilrettelæggelse af laboratoriefunktionen.

Endelig er det en vægtig grund, hvis lægen ikke er i stand til at opfylde 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 det alment praktiserende læge kan skabe et kvalitetsarbejde, som kontinuerligt udvikler fagligheden og indsatserne i almen praksis. Det er ambitionen, at kvalitetsarbejdet skal nå til alle praktiserende læger og dermed komme til gavn alle patienter.

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 kvalitets teams. 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 undervis i.

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 indtræder 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 klyngerne arbejde med kvalitet og dialogen med det øvrige sundhedsvæsen. Datagrundlaget for kvalitetsudviklingen skal kunne forbedre patientbehandlingen og datagranulaget 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 arbejde 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 synergie mellem kvalitetsudvikling, forskning og efteruddannelse for almen praksis.

Projektsporerne 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.

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

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. Syregruppen omfatter otte personer.

**Programstyregruppen består af:**

- 1 formand som udpeges af parterne
- 3 repræsentanter udpeget af PLO
- 2 repræsentanter udpeget af Danske Regoner
- 1 repræsentant udpeget af KL
- 1 repræsentant for patienterne, som inddraget 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 erfarne med forandringsledelse og nyde bred tilild.

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

**Programbestyrelsen**, som er ejeren af programmet, og omfatter i alt seks personer, består af:
Til at varetage det daglige arbejde etableres et sekretariat med en programleder. Det er sekretariatets opgave at betjene både programbestyrelsen og programstyrergruppen samt udarbejde projekter med baggrund i de ovennævnte proektopspør. 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.

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.

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

Forudsætninger for arbejdet i klynger

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.


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 ansvor 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 datagrunnlag**

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

- Data fra patientbehandling og patient-service fra de enkelte klinikker (f.eks. kronikerforløb, medicin, ventetider og patienttilfælde)
- Data fra patientforløb fra både sygehus og kommuner (f.eks. indlæggelser, genindlæggelser, genoptræning, hjemmepleje og akinfektioner)
- Data om ressourcetilfælde i sundhedssektoren (f.eks. ydelsesstøtte, indlæggelser, henvisninger, lægevagt og medicin)
- Data fra andre fagområder (f.eks. atterester, socialområdet, overførselsindkørsler etc.)

**Klyngernes samarbejde med det regionale og lokale sundhedsvæsen**

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

Man kan forestille sig, at dette samarbejde også rækker ind over forsking, undervisning, lokale projektter uderover 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 klyngekoordinatorerne, videndeling på tværs af klyngernes kvalitetsudvikling.

ne, drøftelse af fælles indsatsers samt understøttende tiltag for klyngernes 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 klyng. 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 organisation ske en nærmere afklaring af behovet for bistand til klyngernes og organiseringen heraf.

**Økonomi**

Til programmet afsættes 15 mio. kr. årligt, som finansieres af Fonden for Almen Praksis. Herunder finansieres afdelte opgaver, som varer tages 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 klyng 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.

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 forøgter uændret i forhold til tidligere aftaler.


**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 praksispraktiserende 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.

**1.2. 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 tema-
erne 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 selvalgte, 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 sekretariatskoordinationsgruppen 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
- Videresende ansøgninger til konsulenter og eventuelt Fagligt Efteruddannelsesudvalg
- Give besked til ansøgere om afgørelser
- Foretage udbetaling af tilskud
- Foretage stikprøvekontrol
- Udarbejde årsrapporter til Fondsbestyrelsen
- Udarbejde rapporter til Fondsbestyrelsen
- Udpege budget og regnskab til Fondsbestyrelsen for det faglige efteruddannelsesudvalg
- Foretage evaluering af de systematiske efteruddannelser
- 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 selvalgte 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 besty-
relserne 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 ko-
ordination af den tilskudsberettigede efterud-
dannelse. Kommisssorium for koordinations-
gruppen godkendes af fondsbestyrelsen. Koor-
dinationsgruppen sekretariatsbetjenes af efter-
uddannelsesssekretariatet i PLO.

Koordinationsgruppen nedsettes af besty-
relsen i Fonden for Almen Praksis. Koordin-
ationsgruppens medlemmer består af de fem
regionale DGE-koordinatorer, samt 5 repræ-
sentanter udpeget af regionerne samt relevante
personer fra de regionale kvalitetsenheder. Derudover deltager to repræsentanter fra se-
kretariatskoordinationsgruppen.

2.5 Efteruddannelseskoordinatorernes
opgaver
De regionale efteruddannelseskoordinatorer
skal medvirke til, at den praktiserende læge får
oplysninger om relevant efteruddannelse regi-
onalt såvel som nationalt, der b.l.a. skal ses i
forlængelse af arbejdet med datadrevet kvali-
tetsudvikling og behovet for kompetenceud-
vikling i den enkelte praksis. Koordinatorerne
varetager desuden en rolle i forhold til at un-
derstøtte, at de praktiserende læger deltager i
systematisk efteruddannelse. Koordinatorerne
har adgang til oplysninger om læger, der ikke
deltager i den systematisk efteruddannelse.

3. Indholdet i den tilskudsberettigede
efteruddannelse

3.1. Systematisk efteruddannelse
Systematisk efteruddannelse omhandler efter-
uddannelsesaktiviteter inden for en række af-
talte og prioriterede temaer, som er relevante
for alle læger. Temaerne skal afspejle kompe-
tencebehovene i almen praksis i lyset af udvik-
lingen i sundhedsvesenet og understøtte kvali-
teten i patientbehandlingen. Disse kan omfatten
såvel aktuelle behov, som behov for løben-
de vedligeholdelse af almen medicinske kom-
petencer. En del af den systematiske efterud-
dannelse kan tage afsæt i nationale
indsatsområder.

Det er afgørende, at efteruddannelsesaktivi-
teterne ligger tydeligt inden for rammerne af
almen praksis’ opgaveområde og inden for
oversættelsernes rammer. Sekretariatskoordi-
nationsgruppen udarbejder i samarbejde med
det faglige efteruddannelsesudvalg en liste
med mulige emner og temaer, der kan indgå i
den systematiskse efteruddannelse inden besty-
relsesmøderne i fonden.

Efteruddannelsessekretariatet i PLO og
Koordinationsgruppen for efteruddannelse
skal sikre, at der udbydes systematisk efterud-
dannelse, som er udgiftsneutral for deltagerne. For at opnå en fleksibel tilrettelæggelse af den
systematiske efteruddannelse kan der også ud-
bydes aktiviteter med deltagerbetaling efter
samme praksis som den selvløbte efterudder-
nelse, hvor udbetaling af tilskud sker i henhold
til vejledning om tilskudsberettiget efterud-
dannelse. Det giver mulighed for, at den sys-
tematiske efteruddannelse kan indgå som en del
af et længere efteruddannelsesforløb.

Der er enighed om, at praktiserende læger
ikke behøver deltage i efteruddannelsesaktivit-
teter inden for den systematiskse efteruddan-
nelse, hvis de har deltaget i tilsvarende kurser
eller efteruddannelsesaktiviteter inden for de
seneste 2 år, herunder forskning og praksis-
nære aktiviteter.

Fondsbestyrelsen skal med inddragelse af
Koordinationsgruppen for Efteruddannelse sikre, at der er et relevant udbud af efterudder-
nelsesaktiviteter, der kan dække fagligt og
geografisk i forhold til bestyrelsens beslutning
om valg af temaer. Aktiviteter inden for den
systematiskse efteruddannelse kan både være
eksisterende kurser, kurser udarbejdet af fag-
lige ressourcepersoner ansat i regionerne eller
curser udbudt af andre aktører f.eks. de faglige
selskaber. Derudover kan den systematiskse ef-
teruddannelse gennemføres med afsæt i den
gruppebaserede efteruddannelse eller andre
praksisnære efteruddannelsesaktiviteter. Der
can også være behov for at nyudvikle efterudder-
nelsesaktiviteter, hvis der skal efteruddan-
nes inden for temaer, der endnu ikke er omfat-
et af det eksisterende udbud.
3.2 Selvvalgt efteruddannelse
Der vil tillige være mulighed for tilskud til individuel selvvalgt efteruddannelse, hvor aktiverne 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 praksismærke 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)


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

3.5 Ankemuligheder ved afslag

3.6 Opfølgning
Fonden for Almen Praksis foretager en opfølgning over for læger, der ikke deltager i usystematisk 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 den plan om afvikling af systematisk efteruddannelse, skal der sendes en telefonisk henvendelse til lægen at overvåge, om de ikke deltager i systematisk efteruddannelse, eventuelt med henblik på at overtage sagen til Samarbejdsudvalget, som kan tage stilling til sanktioner for manglende afgørelse 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 efteruddannelseskoordinatører får af Efteruddannelsessekretariatet adgang til oplysninger om antallet af læger, der ikke deltager i systematisk efteruddannelse. Oplysningerne om aktivitet tilgår de regionale efteruddannelseskoordinatører kvartalsvis.

4.1. Årsrapporter
Efteruddannelsessekretariatet udarbejder årligt en opgørelse til fondsbestyrelsen vedrørende

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 17,16 kr. pr. gruppe 1-sikret til efteruddannelse for lægerne, jf. § 100, stk. 1c. Udgifter til tilskudsberettiget efteruddannelse til praksispersonale tages fra egentkapitalen. Der forventes et træk på 80% for systematisk og selvvalgte efteruddannelse.

Læger ansat i regionsklinikker og i udbudsstikprøvekontrol 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 indbetalinger til efteruddannelse, herunder fordelingen mellem selvalgt og systematisk efteruddannelse, således at indbetalingerne til fonden fremadrettet skal matche forbruget af hhv. systematisk og selvalgt 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.


**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.
Gruppmøde på hverdage med start kl. 15.00 eller tidligere ............................................. 1.150 kr.
Gruppmøde på hverdage med start efter kl. 15.00 eller i weekender .................. 600 kr.
Studiemateriale ..................................... Max 25% af rådighedsbeløb

Der ydes refundation for tabt arbejdsfortjeneste i de 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 5 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.

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

Lægen kan udskyde trækket på efteruddannelsesmidlerne i et år, således at en læge, der ikke fuldt ud har brugt beløbet et år, kan bruge et tilsvarende større beløb næste år. Lægen kan kun udskyde trækket med et år.
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 tilmelding og fakturering til aktiviteter under systemet
- Evt. udgifter til håndtering af booking og tilrettelæggelse af aktiviteter under systemet

BILAG 10: PROTOKOLLAT VEDRØRENDE TILBUD TIL LÆGER, DER ØNSKER AT ETABLERE STØRRE PRAKSISS OG ELLER UDVIKLE DERES PRAKSISS AF 21-12-2010

Større lægepraksis er et af de væsentligste midler til at sikre rekrutering 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 fælrlægepraksis i form af kompagniskabs- eller samarbejdspraksis eller ved atbygge 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 etabløres 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 tilknytte 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 PRAKSISS 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 Medecom 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 strengkode eller magnetstripe. 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.


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 udskrevet en regning, såfremt der fremsættes ønske herom.

6. Det er en forudsætning for indsendelse af regningskrav til regionen, at alle regninger (bortset fra regninger på telefonkonsultationer, 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.


Såfremt en af overenskomstparterne opfordrer til eller støtter regionerne/de praktiserende læger i en åbenbar urigtig tolkning 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 organisa-
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, somvirke 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 er bygget på overenskomsten og de vagtaftaler, der indgås mellem en region og PLO-regionalt.

Bod fastsat i medfør af dette protokollat kan ved manglende betaling effektueres ved, at regionen modregner beløbet i lægens hønrartilgodehavende.
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 lokalafalter, som supplerer den landsdækkende overenskomst. Indgåelse af lokalafalter kan kun ske mellem PLO-regionalt og region/kommune.

Sammensætning
Ifølge overenskomstens § 107 sammensættes samarbejdsudvalget af 8-12 medlemmer. Regionsrådet og kommunerne i regionen (Komunekontaktrådet) 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.


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 afgrenset 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 afdales 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.
§ 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 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 TILLÆGSYDELSER
Følgende tillægsydelse kan udløses efter beslutning herom i regionen:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Takst (kr.)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2601 Blodprøvetagning fra åre inkl. præparation og centrifugering pr. forsendelse (skal blodprøven sendes flere steder hen, er ydelsen pr. forsendelse)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

§ 3 AFREGNING
Afregning af den i § 2 nævnte ydelse sker sammen med lægensi 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 laboratorieundersøgelser 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 kvalitetssikrings-ordning.
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:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Takst (kr.)</th>
</tr>
</thead>
</table>
| 7402 Allergiudredning i forbindelse
| med priktest............................... | 235,26 |
| 7403 HbA1c-undersøgelse............... | 117,63 |

§ 3 AFREGNING
Afregnning af den i § 2 nævnte ydelse sker sammen med lægens ydelsesafretning 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 correspondencen 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 forebyggelsesstilbud**

I forbindelse med lægehvisning til forebyggelsesstilbud 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 överenskomstperioden 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. Erklæring om klarmelding vedr. aftale om program for KOL og diabetes type 2
C. Implementeringsaftale

1) Baggrund for Aftale om program for diabetes type 2 og KOL


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 sundhedspersonaale på tværs af sektorer oplever mere sammenhængende behandlingsforløb.

Opgaveomlægningen skal være begyndelsen til en udvikling, der sikrer praktiserende læger mere frie rammer i deres arbejdstilrette-læggelse. 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 samme med patientens øvrige sygdomsbilledes 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 hospitale 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.


De konkrete forpligtelser i programmet for patienter diagnosticeret med henholdsvis diabetes type 2 og KOL fremgår af punktene nedenfor.
2) Formål med programmet

Formålet med dette program og opgaveomlægningen 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.


Ligeledes skal opgaveomlægningen tænkes sammen med et øget fokus på efteruddannelse og på det praksisnære kvalitetsarbejde, der 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, der skal leveres til kvalitetsklyngerne, og for data, der 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’.


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 forstømmende genforhandling af oversætningsen. 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ydelse/opgave</th>
<th>Populationsansvar for patienter diagnosticeret med diabetes type 2</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Målgruppe/indikation</td>
<td>Almen praksis har behandlingsansvar for alle tilmeldte patienter med type 2 diabetes på nær nedenstående undergrupper, hvor behandlingsansvaret ligger på hospitaliet:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Indlagte patienter med diabetes type 2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Gravide med diabetes type 2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Patienter med behov for specialistbehandling af signifikante komplikationer: svære fodsår, nefropati og/eller svær retinopati (proliferativ og maculopati)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Patienter med tendens til hypoglykæmi</td>
</tr>
<tr>
<td>Diagnosen er stillet ved måling af HbA1c, hvor en værdi ≥ 48 mmol/mol (6,5%) er den diagnostiske grænse for diabetes type 2.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Henvisningsmuligheder for patienter med diabetes type 2 | For at en praktiserende læge kan henvise en patient med type 2 diabetes (borset fra de fire nævnte grupper) til hospital som faux af deres diabetesdiagnose, 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 specialiststopbakning. Her kan fx være tale om patienter med nytstået eller forværring af multiple komplikationer eller med komobiditet.

**Øvrige henvisninger:**
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.

**Akutte henvisninger:**
Uanset henvisningsårsag kan den praktiserende læge henvise akut uden forudgående kontakt til specialist på hospital.

### Indhold i ydelsen
<table>
<thead>
<tr>
<th>Behandling og opfølgning af patienter med type 2 diabetes følger de til enhver tid gældende kliniske retningslinjer. På baggrund heraf tilrettelegger den praktiserende læge et individuelt behandlingsforløb for patienten.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>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.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Afgrensning til øvrige overenskomst-bestemte ydelser
<table>
<thead>
<tr>
<th>For en patient diagnosticeret med type 2 diabetes er følgende ydelser inkluderet i honoraret uanset om henvendelsen vedrører diabetesdiagnosen: årskontrol, konsultation, telefonkonsultation og emailkonsultation.</th>
</tr>
</thead>
</table>

### Honorar
<table>
<thead>
<tr>
<th>Ikke behov for yderligere investering i apparatur.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>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.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Apparatur
<table>
<thead>
<tr>
<th>Det kan være hensigtsmæssigt at anvende diabetessygeplejersker og/ eller andet praksispersonale til patientbehandling- og opfølgning.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Regionen monitorerer på centralt fastlagte kvalitetsmål og -indikatorer. Det er et krav, at den enkelte praktiserende læge arbejder med datadrevet kvalitetssviking med henblik på kontinuerligt at styrke fokus på kvaliteten af behandlingen til diabetes type 2 patienter.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

| 85 |

---

Overenskomst om almen praksis.indd 85 07/03/18 08.52
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 hospitalsbehandling. Ligeledes skal hospitalet informere patienten om, når den praktiserende læge overtager behandlingsansvaret.

5) Beskrivelse af indhold i program for KOL

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ydelse/opgave</th>
<th>Populationsansvar for patienter diagnosticeret med KOL</th>
</tr>
</thead>
</table>
| 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 (bronkiektasier).  
• Patienter med meget svært nedsat lungefunktion (FEV1 under 30 pct. af forventet), specielt hvis de er potentielle transplantationskandidater, kandidater til volumenreducerende te-rapi eller ventilanlæggelse og/eller har komplicerende pulmonal hypertension.  
• Patienter hvor man overvejer eller har iværksat behandling med noninvasiv ventilation (NIV) i hjemmet. |
<p>| Henvisningsmuligheder for patienter med KOL | For at en praktiserende læge kan henvisse en patient med KOL (bortset fra de nævnte grupper) til hospital som følge af deres KOL-diagnose skal den praktiserende læge have haft en dialog med relevant hospitalssafdeling 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. |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Øvrige henvisninger:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>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.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Akutte henvisninger:</th>
</tr>
</thead>
</table>
| Uanset henvisningsårsag kan den praktiserende læge henvise akut uden forudgående kontakt til specialist på hospital.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Indhold i ydelsen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Behandling og opfølgning af patienter med KOL følger de til enhver tid gældende kliniske retningslinjer. På baggrund heraf tilrettelegger 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 individuelt 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.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Afgrensning til øvrige overenskomst-bestemte ydelser</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>For en patient diagnosticeret med KOL er følgende ydelser inkludert i honoraret uanset om henvendelsen vedrører KOL-diagnosen: årskontrol, konsultation, telefonkonsultation og emailkonsultation.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Honorar</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Apparatur</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ikke behov for yderligere investering i apparatur.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Uddannelses-behov</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>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.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klinikpersonale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Det kan være hensigtsmæssigt at anvende KOL-sygeplejersker og/eller andet praksispersonale til patientbehandling- og opfølgning</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kvalitetssikring</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Regionen monitorerer på centralt fastlagte kvalitetsmål og -indikatorer. Det er et krav, at den enkelte praktiserende læge arbejder med datadrevet kvalitetsudvikling med henblik på kontinuerligt at styrke fokus på kvaliteten af behandlingen til patienter med KOL.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Patientinformation</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>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 hospitalsbehandling. Ligeledes skal hospital informere patienten om, når den praktiserende læge overtager behandlingsansvaret.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
6) Økonomi og honorering

a. Opgavens omfang, udvikling i antallet af patienter og honorartakst


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 base-ret på, at almen praksis skal varetage den nuværende type 2 diabetespopulation, som alle-rede 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 indsatser for tidlig opsporing, jf. forhandlingsaftalens afsnit 9.

Honorartaksten for KOL-populationen afspæjler 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 indsatserområder, så som oget 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. afspæjler 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.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RLTN dia2</td>
<td>220.515</td>
<td>232.363</td>
<td>244.913</td>
<td>258.031</td>
<td>271.693</td>
<td>285.874</td>
</tr>
<tr>
<td>KOL</td>
<td>175.481</td>
<td>175.210</td>
<td>175.145</td>
<td>175.241</td>
<td>175.466</td>
<td>175.818</td>
</tr>
<tr>
<td>KOL tidlig ops</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>7500</td>
<td>18.750</td>
<td>18.750</td>
<td>18.750</td>
</tr>
<tr>
<td>KOL i alt</td>
<td>175.481</td>
<td>175.210</td>
<td>182.645</td>
<td>201.491</td>
<td>220.466</td>
<td>239.568</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Antallet for komorbiditet er baseret på væksten i antal KOL-patienter inkl. KOL-patienter identifice-ret som følge af indsatser 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 særligt 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 ambulatorie-opgaver 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 tværsекторielle 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 understøttelsesfunktio-
ner, kvalitetsudviklingsfunktioner, dataunderstøttelse, rådgivningsmuligheder og rammer for patientoverdragelse tilrettelægges af den enkelte region. Regionerne kan bl.a. benytte følgende muligheder:

- Etablering af rådgivende telefonvagtordning på diabetescentrene/lungeambulatorierne, således at almen praksis kan modtage højt specialiseret rådgivning vedrørende patienter, der behandles og kontrolleres i almen praksis
- Casegennemgang på fælles konference mellem praktiserende læger og specialister fra relevante hospitalssamfund
- Etablering af uddannelsesstilbud 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 insatser
- 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 overhældelse 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 stærkt behov for at sikre, at den andel af patientbehandling og opfølgning, som flyttes fra hospitalssygehus 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’.

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 overvejeende følges og behandles i almen praksis, og om den faglige kvalitet af kronikerbehandlingen i almen praksis er tilfredsstillende. Ligeledes skal evalueringen have fokus på sammenhængen til de kommunale forebyggelses- og sygeplejeindsatsjer. 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 kronikerhonorarer:

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

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 inkluderede 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 systemhusene til regionerne (ikke på CPR-niveau). Herved sker en automatisk markedning af antal årskontroller for hhv. KOL og diabetes type 2 udført på yderumnemnerniveau.

**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 registeringer for afregninger på enkeltydelsesniveau for patienter omfattet af kronikerhonoraret uden, at det udløser afregning for enkeltydelsen. På denne måde er der færre ændringer i arbejdsgange i praksis og en fortsat registrering for de enkelte kontakter for alle patienter kan sikres.

**Overenskomstydelselser som kan afregnes i kombination med kronikerhonoraret**

- Samtaletenterapi
- Sygebesøg
- Tillægsydelselser
- Laboratoriedydelser
- 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 yderumnemnerniveau 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 overenskomstydelselser i kombination med kronikerhonorarer 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 behandlingsansvaret for, og udbetaler kronikerhonorar på denne baggrund. Der skal i overenskomst perioden 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 kronickydelserne. 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 behandlerne
- Henvisningsmønstre til relevante kommunale forebyggelsesstilbud

Regionen følger bl.a. op på udviklingen i brug af tillægs- og laboratoriedydelser for de patient-

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 for 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 hospital 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**


**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**

National og regional governance i implementeringsfasen

Den enkelte region skal have 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 rådgivningsstilbud.

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 har nedenfor:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Parter</th>
<th>Udvalg</th>
<th>Instrument</th>
<th>Indhold</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RLTN-PLO</td>
<td>–</td>
<td>Forhandlingsaftale</td>
<td>Centrale rammevilkår</td>
</tr>
<tr>
<td>Danske Regioner – PLO</td>
<td>Partsmøder</td>
<td>–</td>
<td>Løbende drøftelse af fremdrift, bl.a. med udgangspunkt i de mål, som evalueringen også anvender</td>
</tr>
<tr>
<td>PLO-R på vegne af et mindre antal praksis</td>
<td>Regional administration</td>
<td>Underskrevet erklæring om klarmelding til anvendelse af programme</td>
<td>Vilkår for opgavevaretagelse mv.</td>
</tr>
<tr>
<td>PLO-R, region, kommuner</td>
<td>Sundhedskoordinationsudvalg</td>
<td>Forløbsprogram</td>
<td>Tilretning af stratificeringskriterier og samarbejdsflader mv.</td>
</tr>
<tr>
<td>PLO-R, region, kommuner</td>
<td>Praksisplanudvalg</td>
<td>Implementeringsplan (skal ikke indgå i den underliggende aftale)</td>
<td>Decentral tilrettelæggelse Overordnet tids- og procesplan for implementering Andet</td>
</tr>
<tr>
<td>Hospitaler, PLO-K/R PLO-R, kommuner</td>
<td>Regionalt hospitalsudvalg, fx Samordningsudvalg</td>
<td>Lokal indfasningsplan</td>
<td>Invertering/opgaveoverdragelse</td>
</tr>
</tbody>
</table>

En vellykket implementering forudsætter opbygning af kompetencer og organisation i almen praksis. Det er almen praksis’ eget ansvar at foretage eventuelle nødvendige endringer 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 indførsel 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:


I transitionsperioden skal den nuværende mulighed for ambulant kontrol af kronikere på hospitaler opretholdes i en relevant skalering.

I regionerne skal regionerne sikre, at (nogle) hospitalsafdelinger fortsat har den rette kapacitet og ekspertise på de endokrinologiske afdelinger og de lungemedicinske afdelinger at kunne varetage de 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:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Læger i optageområde A</th>
<th>Læger i optageområde B</th>
<th>Læger i optageområde C</th>
<th>Læger i optageområde D</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Optageområde A</td>
<td>1.3.2018-1.9.2018</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Optageområde B</td>
<td></td>
<td>1.9.2018-1.3.2019</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Optageområde C</td>
<td></td>
<td></td>
<td>1.3.2019-1.9.2019</td>
</tr>
<tr>
<td>Optageområde D</td>
<td></td>
<td></td>
<td>1.9.2019-1.3.2020</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Regional opfølgning på opgaveflytning
Implementering, lokalt tilpasning, tilretteleggelse 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 centrale og i almen praksis.

Herudover vil regionerne løbende monitorere, om stratificeringskriterierne i de regionale forløbsprogrammer følges af alle sektorer, og om nødvendigt iværksætte relevante initia-
tiver 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 kronikergropper skal flyttes til almen praksis fremadrettet. En udflytning af eventuelle yderligere kronikergropper 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 faglige 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 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
- Antal/andel ajourførte FMK
- Patienttilfredsundersøgler
- 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 vejledningsøgende.
Stk. 3. Aftalen gælder kun såfremt den enkelte region ikke har udnyttet sin ret til at sikre et alternativt vejledningstilbud til familietøjet ved at indgå aftale med et antal alment praktiserende læger fordelte 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 almen praksis, 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 København og Frederiksberg kommuner.
Stk. 2. Vejledningstilbuddet 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 spiral, samt behandling af mindre bivirkninger. Ydelsene 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 eventuel 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-pill 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 helbredssundersøgelser 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 honorerings m.v. af alment praktiserende læger dels for udførelse af de vederlagsfrie forebyggende helbredssundersøgelser af gravide, dels udførelse af forebyggende helbredssundersøgelser 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 helbredssundersøgelser 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 kvinde, 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 Helbredssundersøgelser af gravide
De profylaktiske helbredssundersøgelser og honorarerne herfor omfatter alle de undersøgelser, der i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinjer skal tilbydes alle gravide.

8110 1. lægeundersøgelse
(ca. 6-10 uger)................. kr. 459,8

Ydelsen inkluderer endvidere urinundersøgelse for albuminuri og glucosuri (stix) samt undersøgelse af urin for asymptomatisk bakteriuri (stix eller mikroskopi), der i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinjer vil 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 asymptomatic bakteriuri honoreres med tillægsydelse 8159.

8120 2. lægeundersøgelse (ca. 25 uger)......................... kr. 165,75
Ydelsen inkluderer urinundersøgelse for glucosuri (stix) og asymptomatic 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 asymptomatic 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:

§ 4 TILLÆGSYDELSER UDØVER 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 – herunder til brug for fosterdiagnostik – til undersøgelse på Statens Serum Institut eller centrallaboratorium............ Kr. 47,95

8152 Forsendelse af biologisk materiale, ekskl. blodprøver................................. Kr. 34,26

§ 5 Laboratorieundersøgelser udover de i § 3 inkluderede
Laboratorieundersøgelser og udtægningsprøver 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.
§ 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, men ikke alle 3....................... kr. 45,28

8355 Revaccination med
poliovaccine når barnet er
cia. 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

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

NOTE til § 7 (kommunikation om børneundersøgelser mv.):
forskel på, at forældrene ikke tager imod tilbuddet om forebyggende helbredssundersøgelser, 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 forbedring af tilslutningen til MFR-vaccinationerne, og vurderer samtidig eventuelle forandringer i lægernes forpligtelser og eventuelle honorarmæssige konsekvenser.

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 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 med henblik på at sikre forbedring af tilslutningen til MFR-vaccinationerne, og vurderer samtidig eventuelle forandringer i lægernes forpligtelser og eventuelle honorarmæssige konsekvenser.

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 helbredssundersøgelser 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 ...

Stk. 2. Vaccination mod hepatitis B af visse særlige persongrupper
8318 Hepatitis B vaccination af ikke smittede injektionsnarkomaner
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
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
8326 Hepatitis B vaccination af personer, der har fået diagnostiseret hepatitis C infektion
8327 Hepatitis B vaccination af børn under 15 år, som førdes i boligområder med mange injektionsnarkomanner, hvis Sundhedsstyrelsen konkret anbefaler at de vaccineres

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
8315 2. hepatitis B vaccination, når barnet er 2 måneder
8316 3. hepatitis B vaccination, når barnet er 12 måneder

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 ugefare.

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

NOTE TIL § 10:
Sundhedsstyrelsen offentliggør løbende, hvilke vaccinationer og persongrupper, 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 tilgodehavende kan ikke finde sted.

§ 16 Behandling af klager samt spørgsmål om fortolkning
Bestemmelserne i overenskomst om almen praksis vedrørende samarbejdssudvalgenes og Landssamarbejdssudvalgets beføjelser finder tilsvarende anvendelse for denne aftale for så vidt angår behandling af klager over lægebetjeningen samt spørgsmål om fortolkning af aftalen.

JOIN I TIL § 16:
Samarbejdssudvalgenes og landssamarbejdssudvalgets 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 ikræfttræden, 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 måneders 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
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

§ 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. 5. Der kan ikke i samme solopraksis samtidig være mere end én uddannelseslæge i 6-måneders forløb. I solopraksis, der er etableret som solopraksis, 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
Regionen yder tilskud til den til enhver tid gældende Administrationsgrundlag for udbetaling af tilskud til ansetning af uddannelsessøgende læger, som er aflået 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. Ifølge det tidligere fortalte, bliver det også aflået af RLTN.
Stk. 2. Den uddannelsessøgende læges ferie samt sygedage indberettes til regionen senest den 10. hverdag i måneden efter fraværet.
Tutorlægens beregnede løn er en direkte fra tutorlægens næste månedlige afregning.
ning med regionen og vil fremgå af honorar-
specifikationen.

Senest 1 måned efter uddannelsesforløbets
afslutning modtager tutorlægen meddelelse
om endelig opgørelse over afregningen til den
uddannelsessøgende læge og tutorlægens an-
del heraf, som er modregnet i sygesikringsho-
noraret.

Stk. 4. Tutorlæger, der har KBU-læger, får ud-
betalt 6.265,45 pr. måned til dækning af mer-
omkostningerne til faciliteter mv. samt super-
vision. Beløbet reguleres med den til enhver
tid gældende reguleringprocent i henhold til
§ 62 i overenskomst om almen praksis.

Stk. 5. Tutorlægen er fortsat berettiget til ho-
norar ved den uddannelsessøgende læges fra-
vær grundet sygdom eller barsel. I tilfælde af,
af fraværet varer længere end løbende måned
samt fuld efterfølgende kalendermåned, bort-
falder 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 ho-
norar ved fravær fra praksis grundet egen syg-
dom. I tilfælde af tutorlægens sygdom udover
løbende måned samt fuld efterfølgende kalen-
dermåned, bortfalder regionens honorerings-
pligt.

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 Videre-
uddannelse giver regionen besked om, hvornår
og i hvilket tidsrum en tutorlæge har en uddan-
nelsessøgende læge, og regionen udbetaler
herefter beløbet månedvis bagud uden anfor-
dring fra tutorlægen.

§ 4 Krav til tutorlægen

Stk. 1. Tutorlægen har det pædagogiske an-
svær for uddannelseslægers uddannelse og
virke i deres anskædelse i almen praksis. Tutor-
lægen skal opfylde de af Sundhedsstyrelsen
udmeldte betingelser vedrørende pædagogiske
kurser for tutorlæger, evaluering, indrettning af
klinikken mv., jf. http://www.dsam.dk/flx/ud-
dannelse/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 ud-
annelsessøgende læge og tredjemand ligger
hos den ansettede myndighed, som er region-
en i relation til KBU-, intro- og fase 1-læger.
For læger i fase 2 og fase 3 er ansettede myndig-
hed tutorlægepraksis.

Tutorlægen er ansvarlig for tegning af an-
svarsforsikring for læger i fase 2 og fase 3.

Tutorlægen er endvidere ansvarlig for teg-
ning af arbejdsskadeforsikring for KBU-, in-
tro-, fase 1-, fase 2- og fase 3-læger.

Stk. 4. KBU-, intro- og fase 1-lægers anset-
telsesvilkår fastlægges i øvrigt efter aftale
mellem RLTN og Yngre Læger.

Stk. 5. Ansettelser vilkår for fase 2 og fase 3
læger fastlægges efter aftale mellem PLO og
Yngre Læger.

Stk. 6. Instruktionsbepænget i den periode
den uddannelsessøgende læge er i almen prak-
sis udføres af tutorlægen i overensstemmelse
med gældende love og overenskomst om al-
men praksis. Tutorlægen er overordnet læge i
forhold til den uddannelsessøgende læge såvel
i faglig henseende som i henseende til arbej-
dets tilrettelæggelse og i forhold til patienter-
ne.

Stk. 7. Samarbejdsudvalget er forpligtet til at
orientere Det Regionale Råd for Lægers Vide-
reuddannelse, såfremt det finder, at der er
praktiserende læger, hvis praksisforhold er så
afvigende fra det sædvanlige, at det ikke er
hensigtsmæssigt, at de har uddannelsessøgen-
de læger. Tutorlægen skal orienteres herom, og
can inden 6 uger klage til Landssamarbejdsud-
valget, såfremt lægen ikke finder, at samar-
bejdsudvalgets begrundelse er rimelig.

§ 5 Ikrafttræden og opsigelse

Aftalen træder i kraft 1. september 2014 og
can af hver af parterne opsiges med seks må-
neders varsel til et kvартals 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 embedslegeinstitutionen 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 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.
Stikordsregister

A
Abortstøttesamtale, grundydelse § 50
Adgangs- og indretningsforhold § 47
Adgangsforhold, ekstern vurdering af § 44, stk. 5
Administrationsudvalget, indbetaling til § 87
Administrationsudvalget, formål § 87, stk. 2
Adoption, refusion via administrationsudvalget § 87, stk. 2
Afkald på ledig lægekapacitet § 15, stk. 5
Akkreditering § 93, stk. 3-6
Allergiudredning i forbindelse med præktest
Rammeaftale om iværksættelse af tillægsydelser efter beslutning i regionerne
Almen praksis i selskabsform § 17
Almen praksis ved universiteterne (APU) § 103
Almen praksis’ roller og opgaver Bilag 1: Protokollat om roller og opgaver i almen praksis af 21-12-2010
Alment lægeselskab § 16, stk. 2-3 og § 17
Andre betydelige operationer (eksempelvis vabrasio eller tilsvarende indgreb), tillægsydelse § 51
Anlæggelse af immobiliserende bandager, tillægsydelse § 51
Anoskopi, tillægsydelse § 51
Anparter/aktier i alment lægeselskab § 16, stk. 4
Ansættelse af speciallæge i almen praksis §§ 20-21
Ansatt læge, tilladelse til ekstra ansat læge § 21
Ansatt læge, refusion fra administrationsudvalget i lægedækningstruede områder § 87, stk. 2
Ansatte vikarer, autorisationskrav for alment praktiserende læger § 11, stk. 4

B
Bagatelgrænse – økonomiprofokollat – Bilag 4: Økonomiprofokollat af 14-09-2017
Basishonorar § 48
Basishonorering § 69
Basishonorarafregning § 78
Barsel, refusion via administrationsudvalget § 87, stk. 2
Befordringsmiddel, valg mellem eget og andre § 76
Behandling af 2. og følgende patient i samme hjem, grundydelse § 50
Behandling af flere patienter i samme hjem, afgrænsning § 66
Behandling af personer, der ikke er tilmeldt en læge, tillæg § 55
Behandling af store udbredte læsioner og forbrændinger, tillægsydelse § 51
Biologisk materiale ekskl. blodprøver, forsendelse, tillægsydelse § 51
Biopsi med efterfølgende mikroskopisk undersøgelse hos patolog, inkl. forsendelse, tillægsydelse § 51
Blanketter, herunder elektroniske blanketter § 85
Blodtagning fra blodåre pr. forsendelse, tillægsydelse § 51

Anvendelse af overenskomstens ydelser, vejledning § 68
Anvendelse af vikarer § 11, stk. 4
APU-Fonden og -klinikker § 103
Attestat § 58
Autorisation, frataget § 12, stk. 10
Autorisationskrav for alment praktiserende læger § 11
Autorisationskrav, vikarer, § 11, stk. 3
Blodprøvetagning fra åre inkl. præparation og centrifugerind pr. forsendelse *Rammeaftale om iwerksættelse af tillægsydelser efter beslutning i regionerne*

Blodtryksmåling, udlåns af og instruktion i anvendelse af apparat til hjemmehemmelbytryksmåling, tillægsydselse § 51

Blærekaterisation, tillægsydselse § 51

Brud på skinneben, lår, over- eller underarm, første behandling, tillægsydselse § 51

Børneattest, § 12, stk. 1-2

Børneundersøgelser *Profylakseafalen* § 7

Børnevaccinationer *Profylakseafalen* § 8

Børn med astma, basishonorar for styrket indsats *Bilag 6: Protokoll vedr. den samlede honorering*

**D**

Dagtiden, lægebetjening § 44

Datadrevet kvalitetssikring og -udvikling § 91

Dagtiden, grundydelse § 50

De regionale kvalitets- og efteruddannelses-udvalg, medlemmer § 104

De regionale kvalitets- og efteruddannelses-udvalg, opgaver § 105

De regionale kvalitets- og efteruddannelses-udvalg, midler § 106

Delepraksis § 22

Delepraksis – tilladelse før 1. september 2014 § 22, stk. 6

Delepraksisophør § 15, stk. 2

Den decentrale gruppebaserede efteruddannelse (DGE) *Bilag 9: Protokoll om efteruddannelse af 14-09-2017*

Det Fælles Medicin Kort (FMK) § 92

DGE *Bilag 9: Protokoll om efteruddannelse af 14-09-2017*

Diagnosekodning § 91, stk. 1

Diagnosticering, udredning og opfølgning ved anvendelse af fagligt anerkendte psykometriske tests, tillægsydselse § 51

Diagnostiske undersøgelser på Statens Seruminstitut § 28

Differenziert basishonorar, § 48, stk. 2-3 og *Bilag 5: Protokoll vedrørende differенziert basishonorar af 14-09-2017*

Digital dokumentboks § 90, stk. 3

Di-Te-KI-Pol-vaccination og -revaccination *Profylakseafalen* § 8

Diverse undersøgelser, laboratorieundersøgelser, § 60

Dyrkning af biologisk materiale i eget laboratorium, § 60

Dødsattest, ligsyn med udstedelse af, tillægsydselse § 51

Døsfald, basishonorar til afdød læges bo § 77

Døsfald, læge § 12, stk. 9, § 13

**E**

E-boks, undersøgelse af patientoplevet kvalitet § 92

E-boks, afsendelse af afgørelser fra landssamarbejdsudvalget § 111

Edifact, gældende Medcom standarder § 90

Efteruddannelse *Bilag 8: Protokoll om efteruddannelse af 14-09-2017*

Efteruddannelse, indbetaling til Fonden § 100, stk. 1c

Efteruddannelse, midler til understøttet almen praksis § 106, stk. 1 a).

E-kommunikation mellem praktiserende læge og kommunens plejepersonale § 96

E-kommunikation mellem praktiserende læge og kommunen *Rammeaftale om e-kommunikation mellem kommune og kommunens praktiserende læger (afsnit B og C)*

E-konsultation § 45, stk. 3

E-konsultation, honorar § 50

Elektronisk receptfornyelse § 45, stk. 3

Elektronisk tidsbestilling § 45, stk. 3

Enkeltmandspraksis, praksisformer § 16, stk. 1, stk. 1 a

**F**

Faglig understøttelse/beslutningsstøtte til almen praksis ved patienter med diabetes type 2 og KOL *Aftale om Program for diabetes type 2 og KOL i almen praksis af 14-09-2017*

Fagligt Råd § 98, stk. 3

Fastsættelse af højestegrenser § 88

Fjernelse af fremmedlegeme underhud eller negl, tillægsydselse § 51

Fjernelse af fremmedlegeme(r) fra øje, øregang, næse og svælg, tillægsydselse § 51

Fjernelse af implanon, tillægsydselse § 51

Fjernelse af negl, tillægsydselse § 51

Fjernelse af subkutane eller dybereliggende sfulster, inkl. evt. forsendelse til patolo-
gisk undersøgelse (ekskl. vorte), tillægsydelse § 51
Flere patienter i samme hjem, behandling af, afgørelsen § 66
Flytning af praksis § 5
FMK § 92
Fodterapeut § 31
Fonden for Almen Praksis, bestyrelse § 98
Fonden for Almen Praksis, Fagligt Råd § 102
Fonden for Almen Praksis, indbetalinger § 100
Fonden for Almen Praksis, sekretariatskoordinationsgruppen § 101
Forbindsstoffer § 36
Forebyggelsesindsats, aftalt specifik, grundydelse § 50
Forløbsprogrammer om roller og opgaver i almen praksis Bilag 1: Protokoll om roller og opgaver i almen praksis af 21-12-2010
Forløbsplaner, basishonorar for udførelse Bilag 6: Protokoll vedr. den samlede honorering
Forsendelse af biologisk materiale ekskl. blodprøver, tillægsydelse § 51
Fortegnelse over tilmeldte patienter § 78, stk. 4
Fortsat kontrol af svangerskabsforebyggende teknik, tillægsydelse § 51
Frasigelse af patient § 9
Fraskrevet/frataget autorisation § 12, stk. 10
Fravær fra praksis § 46
Fysioterapi § 29
Fødeplanudvalg, regionale Profylakseaftalens § 6
Første behandling af brud på skinneben, lår, underarm, tillægsydelse § 51
Første behandling af mindre knoglebrud og reposition af skred i mindre led, tillægsydelse § 51
Første behandling af større sår, tillægsydelse § 51

G
Generationsskifte § 19
Gravide, helbredundersøgelser Profylakseaftalens § 3
Grundydelser i dagtiden § 50
Grundydelser i vagtiden § 56
Gruppe 1-sikrede, fortægelse fra region § 78, stk. 3 og 4
Gruppe 2-sikrede, nettoafregning over for patient § 80, stk. 2

H
HbA1c-undersøgelse Blodprøvetagning
Profylakseaftalens § 3
Hepatitis A vaccination Profylakseaftalens § 9 og note til § 9 stk. 1 og § 9
Hepatitis B vaccination Profylakseaftalens § 9 og note til § 9, stk. 2 og § 9
Hjemmeforløb, opsøgende (skrøbelige ældre, normalt over 75 år), grundydelse § 50
Holdingselskaber § 17, stk. 3
Honorarer, regulering § 62
Honorering, almindelige bestemmelser § 67
Honorering, samlet beskrivelse Bilag 6: Protokoll vedrørende den samlede honorering af 13-10-2002
HPV-vaccination Profylakseaftalens § 8, stk. 4
Højestegrense, fastsættelse af § 88
Højestegrense, klage over § 88, stk. 5
Høring af alle eksisterende praksis § 3, stk. 2

I
IKAS § 93, stk. 6
Ikke-tilmeldte patienter, behandling § 55
Ikke-tilmeldte patienter, vejledning om svangerskabsforebyggende metoder Aftale om honorering for vejledning af ikke-tilmeldte patienter om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder
Iltbehandling § 33
Immobiliserende bandager, anlæggelse af, tillægsydelse § 51
Immunglobuliner og vacciner § 34
Implementeringsbidrag – akkreditering § 93, stk. 7
Indlæggelse § 26
Indretnings- og adgangsforhold § 47
Information om det aktuelle udgiftsniveau
Økonomiprotokollat af 14-09-2017
Institutionstillæg, dag- vagttid § 52
Instruktion og udlevering af væske- og
vandladningsskema, tillægsydelse § 51
Introduktionsamanuenser Tutorlægeaftalen –
edrærende alment praktiserende læger, der virker som tutorlæger – af 01-09-2014
IT i almen praksis § 90

K
Klager og fortolkningspœrgsmål til Profylak-
seaftalen Profylakseaftalen § 16 og note I og II til § 16
Klager, afgørelse af klagesager og anke § 122
Klager, behandling af klager fra kommuner § 120
Klager, behandling af klager fra læger § 119
Klager, behandling af klager fra patienter § 118
Klager, faglige (Patientombuddet) § 123
Klager, fremsættelse af § 117
Klager, fælles regler for behandling § 121
Klager, klagerelgernes omfang § 116
Klager, højestegrenser § 88, stk. 5
Klarmelding, aftale om program for KOL og
diabetes type 2 Aftale om Program for
diabetes type 2 og KOL i almen praksis af
14-09-2017, Bilag B
Klynger, faglige fællesskaber § 93, stk. 2 og
Bilag 8: Protokollat om ny kvalitetsmodel
for almen praksis
Klynger, økonomi § 106 stk. 1 d
Klynger, opstartsbeløb § 106 stk. 2
Klausuleret tilskud Profylakseaftalen § 10 og
note til § 10
Knoglebrud, første behandling af mindre,
tillægsydelse § 51
Kommunalt lægelige udvalg § 97
Kompagniskab, samarbejdspraksis, netværks-
praksis, nedfæstelse i § 12, stk. 9
Kompagniskabsophør § 15, stk. 1
Kompagniskabsopløsning § 13
Kompagnisskabspraksis der drives som
delepraksis § 22, stk. 5
Kompagnisskabspraksis, praksisformør § 16,
stk. 1, stk. 1 b
Konsultation, grundydelse § 50
Kronikere, automatisk tilskud til lægemidler
§ 59, stk. 1

Kronikere, basishonorar for styrket indsats
Bilag 6: Protokollat vedr. den samlede
honorering
Kronikere § 50 og Note til § 50
Kronikere, afregning af § 81
Kronikere, overgang til Aftale om
Program for diabetes type 2 og KOL i
almen praksis af 14-09-2017, bilag A
Kræftpatienter, basishonorar for styrket
opfølgning Bilag 6: Protokollat vedr. den
samlede honorering
Kvalitet, patientoplevet § 94
Kvalitetsmodel for almen praksis § 93 og
Bilag 8: Protokollat om ny kvalitetsmodel
for almen praksis
Kvalitetsprogram Bilag 8: Protokollat om ny
kvalitetsmodel for almen praksis
Kvalitetsudvikling, midler til understøttelse af
§ 106
Kvalitetskonsulenter § 93, stk. 6
Kvalitetsudvikling, datafangst § 91
Kørsel, honorering og afholdelse af udgifter
§ 76
Kørselsgødsgørelse § 61
Kørselsgødsgørelse, afregning af § 84

L
Laboratorieundersøgelser, honorering af
§§ 60 og 75
Laboratorieundersøgelser, iværksættelse af
Rammeaftale om iværksættelse af laborato-
riereundersøgelser m.m. efter beslutning i
regionerne
Laboratorieundersøgelser, vagttid § 60, stk. 3
Landssamarbejdsudvalget, fortolkningsbidrag
§ 112
Landssamarbejdsudvalget, opgaver og
beføjelser § 110
Landssamarbejdsudvalget, opmand, udpe-
ning § 113
Landssamarbejdsudvalget, opmandens
opgaver § 114
Landssamarbejdsudvalget, sammensætning
og forretningsorden § 109
Landssamarbejdsudvalget, sanktionsmulige-
der § 111
Ledig lægekapacitet § 16, stk. 6 og § 14, stk. 2
Legitimation § 42
Ligsyn med udfyldelse af dødsattest, tillægs-
ydelse § 51
Ligsyn med udstedelse af dødsattest, tillægsydelse § 51
Lokale aftaler § 2 og § 97, stk. 5
Lukke for patienttilgang §§ 7 og 8
Lukkegrænse, øvre § 8
Lukning ved et lavere antal gruppe 1-sikrede § 7, stk. 3
Lukning, selektiv § 7, stk. 3
LÆ blanketter § 90, stk. 3 og Rammeaftale om elektronisk kommunikation med kommunen
Lægeansvarsforsikring § 12, stk. 11
Lægebetjening i dagtiden § 45
Lægebetjeningen i vagttiden §§ 38, 39, 40
Lægedækning, årlig beregning af lægedækning § 3
Lægedækningstruet område, ansættelse af læge § 20, stk. 1
Lægedækningstruet område, delepraksis § 22, stk. 4
Lægedækningstruet område, differentieret basishonorar Protokollat vedr. differentieret basishonorar af 14-09-2017
Lægekapacitet, afkald på ledig § 14
Lægemiddelafgivelse note til § 105
Lægemiddelafgivelse, forsvarlig økonomi § 89
Lægemiddeltilskud, terminalpatienter og kronikere § 59
Lægemidler, rekvisition § 35
Læger der er fyldt 60 år, ansøgning om lavere antal gruppe 1-sikrede § 7, stk. 3
Lægelseskab, alment § 17, stk. 3
Lægevekt §§ 37,38, 39, 40
Lægevagten, opsigelser af nuværende bestemmelser § 38, stk. 4
Lægevagten, opsigelser af nuværende bestemmelser § 38, stk. 4
Lægevagten, sanktioner for overtrædelse af vagtinstruks Bilag 16: Protokollat om sanktioner for overtrædelse af vagtinstruks af 11-05-2007
Læsioner og forbrændinger, behandling af store, tillægsydelse § 51

M
MedCom standarder § 90
MFR-vaccination Profylakseaftalens § 7, stk. 2
Nedsat normalt § 7 stk. 3
Mikroskopi af biologisk materiale, § 60

N
Nedsættelse i almen praksis § 12
Nettoafregning over for gruppe 2-sikret patient § 80, stk. 2
Netværkspraksis § 16
Netværkspraksis, praksisformer § 16, stk. 1, Note til § 16, stk.1
Normalt § 7, stk. 1
Næsetamponade, stansning af blødning efter tandudtræk, tillægsydelse § 51

O
Omkostnadsdækning ifm. overførelse af patientjournaler ved praksislukning Aftale vedr. omkostnadsdækning af journeral ved praksislukning af 29-11-2007
Operation for dybereliggende betændelse (eksempelvis åbning af byld), tillægsydelse § 51
Operationer, andre betydelige, tillægsydelse § 51
Ophør af delepraksis § 15, stk. 2
Ophør af kompagniskab § 15, stk. 1
Ophør i praksis – ydernummer på licens § 25, stk. 2
Oplivningsforsøg, herunder iltemping ved livstilværende tilstande, tillægsydelse § 51
Opløsning af kompagniskab § 13, stk. 2
Opløsning af praksis § 13
Opsigelser – lægevekt § 38, stk. 4
Opsigelser – overenskomsten § 125
Opsøgende hjemmevis (skrøbelige ældre, normalt over 75 år), grundydelse § 50
Ordination af lægemidler § 32
Ordination/rekvisition af iltemping § 33
Orienteringspligt, regionen overdragelse af praksis/praksisdel § 12, stk. 5
Overenskomstansvar § 12, stk. 3
Overenskomsten, ikrafttrædelse og opsigelser §§ 124, 125
Overenskomsten, opmandsfunktion og organisationsansvar Bilag 13: Protokollat om opmandsfunktionen og organisationsansvar af 27-04-1995
Overenskomsten, økonomisk ramme Bilag 4: Økonomiprolokollat af 14-09-2017
Overenskomstens parter § 1
Overenskomstområdet § 1
Overtagelse af praksis – ydernummer på licens § 25
Paracentese af trommehinde, tillægsydelse § 51
Patientantal § 7, stk. 1
Patienter, truende og voldelige § 10
Patientfrasilgelse § 9
Patientjournaler, overførelse ved praksislukning Aftale vedr. omkostningsdækning af journaler ved praksislukning af 29-11-2007
Patientledsagelse i ambulance, tillæg § 54
Patienttilfældshedsundersøgelser § 93
Patienttilgang, åbning på ny for § 7, stk. 5
Patienttilgang, lukning for § 7, stk. 1-3
Patienttilgang, høring af alle eksisterende praksis § 3, stk. 3
Pensionsbidrag, indbetaling af § 86
Praksisplan § 2
P-markering ved registrering af patienthenvendelse bilag 13: protokollat om anvendelse af sundhedskort ved elektronisk registrering af patienthenvendelse til almen lægepraksis
Praksisammanuser Tutorlægeaftalen – vedrørende alment praktiserende læger, der virker som tutorlæger – af 01-09-2014
Praksisdeklaration § 41
Praksisflytning § 5
Praksisformer § 16
Praksiskonsulenter, fælles projektarbejde mellem regioner og kommuner bilag 15: protokollat om kommunale praksiskonsulenter af 21-12-2010
Praksisomkostningshonorar § 49
Praksisomkostningshonorar, udbetaling af § 79
Praksisopphør hvor lægen dør eller bliver alvorligt syg § 13
Praksisopphør, i kompagniskab og delepraksis, når praksisdel ikke overtages af anden læge § 15
Praksisopphør, når praksis ikke overtages af anden læge § 14
Praksisoppløsning, § 13
Praksisplanlægning § 2
Praksisreservedøger Tutorlægeaftalen – vedrørende alment praktiserende læger, der virker som tutorlæger – af 01-09-2014
Praksissammensætning, ændring af § 13, stk. 3
Praksisstørlægse § 7
Priktest, allergiudredning Rammeaftale om iværksættelse af tillægsydelser efter beslutning i regionerne
Profylakseaftræler, børneundersøgelser Profylakseaftrælen § 7 og note til § 7
Profylakseaftræler, børnevaccinationer Profylakseaftrælen § 8 og note I, II og III til § 8
Profylakseaftræler, Di-Te-KI-Pol-vaccination og -revaccination Profylakseaftrælen § 8
Profylakseaftræler, helbredssundersøgelser af gravide Profylakseaftrælen § 3
Profylakseaftræler, hepatitis B vaccination Profylakseaftrælen § 9 og note til § 9, stk. 1 og § 9
Profylakseaftræler, HPV-vaccination Profylakseaftrælen § 8, stk. 4
Profylakseaftræler, klager og fortolknings- og argumentation Profylakseaftrælen § 16 og note I og II til § 16
Profylakseaftræler, MFR-vaccination Profylakseaftrælen § 8, stk. 2
Profylakseaftræler, opsigelse og ændring Profylakseaftrælen §§ 17 og 18
Profylakseaftræler, røde hunde, vaccination Profylakseaftrælen § 8, stk. 5
Profylakseaftræler, svangre hunde Profylakseaftrælen § 8, stk. 2
Profylakseaftræler, svangreomsorg Profylakseaftrælen kapitel 1
Profylakseaftræler, tillæg for tolkede konsulter Profylakseaftrælen § 14
Profylakseaftræler, tillægshonorar for vaccinationer Profylakseaftrælen § 14
Profylakseaftræler, udvalgsarbejde Profylakseaftrælen § 6
Profylakseaftræler, vaccinationer med klausuleret tilskud Profylakseaftrælen § 10 og note til § 10
Profylakseaftræler, ydelsesafregning Profylakseaftrælen § 15
Program for KOL og diabetes type 2 i almen praksis Aftale om Program for KOL og diabetes type 2 i almen praksis
Psykolog § 30
Psykometriske tests, diagnosticerings, udredning og opfølgning ved anvendelse af fagligt anerkendte, tillægsydelse § 51

Rationel farmakoterapi § 89, Note til § 105
Receptfornyelse, afgrænsning § 64
Receptfornyelse, elektronisk § 43, stk. 3
Regionale udvalg §§ 104, 105, og 106
Registrering af ikke-udført sygebesøg, § 45, stk. 4 og Note til § 45, stk. 4
Regulering af honorarer § 62
Reguleringsprocent, takstanvendelse ved ændring § 63
Rejsetillæg til øer § 54
Rekvisition af forbindsstoffer m.v. § 36
Rekvisition af immunglobuliner og vacciner § 34
Rekvisition af lægemidler § 35
Reposition af store ledskred, nemlig fod, kne, hofte, albue eller skulder, tillægsydelse § 51
Roller og opgaver i almen praksis Bilag 1: Protokoll om roller og opgaver i almen praksis af 21-12-2010
Røde hunde, vaccination Protokoll om roller og opgaver i almen praksis af 21-12-2010
Samarbejde mellem almen praksis og sekundærsektor Bilag 1: Protokoll om roller og opgaver i almen praksis af 21-12-2010
Samarbejdspraksis, praksisformer § 16, Samarbejdsudvalg, vejledende forretningsorden for samarbejdsudvalg af 24-01-2006
Samarbejdsudvalget § 107
Samarbejdsudvalget, lukning for tilgang § 7, stk. 2
Samarbejdsudvalget, lukning ved et lavere antal gruppe 1-sikrede § 7, stk. 3
Samarbejdsudvalget, opgaver og beføjelser § 108
Samarbejdsudvalget, praksisophør, når praksis ikke overtages af anden læge § 14, stk. 2
Samarbejdsudvalget, selektiv lukning § 7, stk. 3
Samarbejdsudvalget, tilladelse til delepraksis § 22, stk. 3
Samarbejdsudvalget, voldelige eller truende patienter § 10, stk. 2
Sammenhengende patientforløb Bilag 1: Protokoll om roller og opgaver i almen praksis af 21-12-2010
Samtaletterapi, decentralisering § 125, stk. 2
Satellitpraksis § 16, stk. 5 og § 23
Selektiv lukning § 7, stk. 3
Selskabsform, almen praksis i § 17
Selvvalgt efteruddannelse Bilag 9: Protokoll om efteruddannelse af 14-09-2017
Socialmedicinsk samarbejde, definition af telefoniske henvendelser § 95, stk. 3
Socialmedicinsk samarbejde, honorering § 94, stk. 2
Socialmedicinsk samarbejde, lægens pligt til at deltage note til § 95
Socialmedicinsk samarbejde, overordnet definition § 95, stk. 1
Speciallægeundersøgelse og -behandling, henvisning til § 27
Statens seruminstitut, diagnostiske undersøgelser § 28
Statistisk model, differentieret basishonorar Protokoll vedr. differentieret basishonorar af 14-09-2017
Støttefunktion akkreditering § 93
Større lægehuse § 4, stk. 2 og Bilag 10: Protokoll vedrørende tilbud til læger, der ønsker at etablere større praksis og/eller udvikle deres praksis af 21-12-2010
Sundhedsaftaler om roller og opgaver i almen praksis Bilag 1: Protokoll om roller og opgaver i almen praksis af 21-12-2010
Sundhedskort § 42
Sundhedskort, anvendelse af Bilag 12: Protokoll om anvendelse af sundhedskort ved elektronisk registrering af patienthenvendelse til almen lægepraksis
Sundhedskort, udgifter til udskiftning § 18
Svangerskabsforebyggende metoder, vejledning af ikke-tilmeldte patienter Aftale om honorering for vejledning af ikke-tilmeldte patienter om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder
Svangerskabsforebyggende teknik, fortsat kontrol af, tillægsydelse § 51
Svangreomsorg Protokollaf fra 21-12-2010 Sygebesøg § 45, stk. 4
Sygebesøg for hver påbegyndt km udover 21 km, grundydelse § 50
Sygebesøg fra påbegyndt fra 5 km til påbegyndt 21 km, Grundydelse § 50
Sygebesøg indtil 4 km, grundydelse § 50
Sygebesøg på ruten, grundydelse § 50
Sygebesøg/besøg på ruten, afgrænsning § 65
Systematisk efteruddannelse Bilag 9: Protokollat om efteruddannelse
Sår, første behandling af større, tillægsydelse § 51

T
Takstanvendelse ved ændring i reguleringss-procenten § 63
Tapning af væskeansamling fra større led i terapeutisk øjemed, og ikke diagnostik øjemed eller ved insprøjtning, tillægsydelse § 51
Telefonkonsultation § 45, stk. 2
Telefonkonsultation, grundydelse § 50
Telefonkonsultation/konsultation, receptfor- nyelse, afgrænsning § 64
Terminalpatienter, ansøgning om tilskud til lægemidler § 59
Tidsbestilling, elektronisk § 45, stk. 3
Tidsbestilling/tidsaftale § 45
Tidsforbrugstilæg Note til § 50
Tilgæng, lukket for tilgæng § 7
Tilleg til ydelse af lægehjælp (konsultation eller aftalt specifik forebyggelsesindsats), hvor der anvendes kvalificeret tolk, tillægsydelse § 51
Tillægsydelser § 51
Tillægsydelser, iværksættelse af Rammeaftale om iværksættelse af tillægsydelser efter beslutning i regionerne
Tillægsydelseshonorering § 72
Tilrettelæggelse af lægebetjeningen i vagttiden § 39
Tolk, tilleg til ydelse af lægehjælp (konsultation eller aftalt specifik forebyggelsesindsats), hvor der anvendes kvalificeret tolk, tillægsydelse § 51
Tolkede konsultationer, tillæg for Profylakse- aftalen § 14
Truende og voldelige patienter § 10
Tutorlæger Tutorlægeaftalen – vedrørende alment praktiserende læger, der virker som tutorlæger af 01-09-2014
Tvangsindlæggelse, takst § 50, stk. 1 og stk. 3
Tværfaglige teams Profylakseaftalen § 6

U
Uddannelseslæger Tutorlægeaftalen – vedrørende alment praktiserende læger, der virker som tutorlæger af 01-03-2014
Uddannelseslæger, ansættelse i praksis § 11, stk. 3
Udenlandske patienter § 55
Udløb af og instruktion i anvendelse af apparatur til hjemmeblodtryksmåling, tillægsydelse § 51
Udtagning af prøve af livmodermund og -hals til cytologisk undersøgelse, tillægsydelse § 51
Udvalgsarbejde Profylakseaftalen § 6

V
Vaccinationer, tillæghonorar Profylakseaf- talen § 11
Vagterberedskabshonorar § 57
Vagterberedskabshonorar, afregning af § 83
Vagterberedskabstid § 71, stk. 2
Vagtinstruks, sanktioner for overtrædelse Bilag 16: Protokollat om sanktioner for overtrædelse af vagtinstruks af 11-05-2007
Vagtlæge §§ 37, 38, 39, og 40
Vagttordning arbejdsmæssigt og økonomisk § 39
Vagttordning for læger der er fyldt 60 år § 39, stk. 8
Vagttordning, læger udenfor overenskomsten § 39, stk. 7
Vagttordning, oer § 39, stk. 3
Vagttid § 37
Vagttid, grundydler, § 56
Vagttid, laboratorieundersøgelser § 60, stk. 4
Vagttid, omfang og opdeling § 37
Vagttid, tillægsydelser § 51, stk. 2
Vagttid, tilrettelæggelse af lægebetjening § 38
Vagttid, visitation § 40
Varsling af ophør uden overtagelse, § 14, stk. 1-2
Vejledning i benyttelse af svangerskabsforebyggende metoder ved indlæggelse af spiral eller indsættelse af implanon (ekskl. til spiral og implanon), tillægsydelse § 51
Vejledning i svangerskabsforebyggende metoder ved første henvendelse fra patienten eller ved overgang til anden
svangerskabsforebyggende teknik, 
tillægsydelse § 51
Vejledning og undersøgelse i forbindelse med 
anmodning om svangerskabsafbrydelse og/
eller sterilisation, tillægsydelse § 51
Venesectio tilrådet af hospital eller special-
læge samt ved livstruende tilstande, 
tillægsydelse § 51
Vikar, autorisationskrav for alment praktise-
rende læger § 11, stk. 4
Visitation i vagttiden § 40
Voldelige eller truende patienter § 10

Y
Ydelsesaftregning for ydelser jf. Profylakseafta-
talen Profylakseaftalen § 15
Ydelsesanvendelse Bilag 7: Protokoll om 
anvendelse af ydelserne i overenskomsten 
og sammenhængen til det almenmedicin-
ske arbejdsområde af 16-04-1999
Ydelseshonoraraftregning, overenskomstmæs-
sige ydelser § 80
Ydelseshonoraraftregning, socialmedicinsk 
samarbejde § 82
Ydernummer, opkøb af § 16, stk. 7
Ydernummer på licens § 25
Ydernummer på licens, ophør i praksis § 25, 
stk. 2

Ydernummer på licens, overtagelse af praksis 
§ 25, stk. 3
Ydernummer til en bestemt fysisk lokalitet 
§ 24

Æ
Ændring i sammensætning af praksis § 13, 
stk. 2

Ø
Øer, lægehjælp til patienter hvor der ikke er 
etableret lægepraksis § 73
Øer, rejsetilæg til § 54
Øer, sygebesøg hvor der ikke er etableret 
lægepraksis § 73, stk. 3
Økonomisk ramme Økonomi protokollat af 
14-09-2017
Økonomisk ramme, modregning ved 
overskridelse af Økonomi protokollatet af 
14-09-2017
Øvre lukkegrænse § 8

Å
Åbnet for patienttilgang § 7, stk. 5-6
Åbning for patienttilgang § 7, stk. 4
Åbningstid i dagtid, § 45
Årlig lægedækningsberegnning § 3
Årsopgørelser § 88