

Konto 1.20 Sygesikring mv.

Aftale om almen lægegerning

Sygesikringen forhandlingsudvalg(SFU) og Praktiserende Lægers Organisation(PLO) indgik den 24-01-2006 aftale om fornyelse af landsoverenskomst om almen lægegerning.

Med forhandlingsaftalen er der indgået aftale om fornyelse for en 3-årig periode af overenskomsten for alment praktiserende læger. Aftalen trådte i kraft 01-04-2006.

Aftalen indeholder væsentlige elementer på det faglige område i form af indførelse af en forløbsydelse for kronikere(diabetespatienter), videreførelse af kvalitetsudviklingsprojektet(DAK) og indførelse af en aftalt forebyggelsesydelse.

Endvidere er der aftalt ændringer, som sikrer, at strukturreformen kan gennemføres med et tættere og mere forpligtende samarbejde mellem regioner, kommuner og praktiserende læger.

Den samlede økonomi for aftalen er 120 mio. kr. efter 2009, hvortil kommer anvendelse af Amanuensisfondens egenkapital(18 mio. kr. årligt), som ikke vil påvirke regionernes budgetter. Den samlede økonomi for aftalen på 120 mio. kr. svarer til 2,1 % af de samlede udgifter til almen lægehjælp.

Faglig udvikling af almen praksis

DAK-E

Der er enighed om en ny organisation på kvalitetsområdet, således at der etableres en Kvalitets- og Informatikfond, hvor formandskabet varetages af SFU og sekretariatsfunktionen af parterne i fællesskab. Fonden driver Den Almen Medicinske Kvalitetsenhed(DAK-E)m hvortil der knyttes en fast stab. Der etableres et fagligt organ for Kvalitets- og Informatikfonden med bl.a. regional repræsentation.

I DAK-E's regi drives de projekter, som parterne har besluttet skal videreføres fra det nuværende DAK-projekt(vedrørende ICPC-kodning, datafangst, indikatorer og databaser). Derudover er der afsat midler til en aktivitetspulje til fremtidige projekter.

Aftalen sikrer fremdrift i kvalitetsudviklingen på almen lægeområdet som en integreret del af Den Danske Kvalitetsmodel på sundhedsområdet.

Forløbsydelse for kronikere

Sigtemålet er at brede forløbstanken ud til alle relevante patientgrupper og samtidig udvikle honorarsystemet, således at ikke bare proceskvalitet, men også faglig kvalitet bliver et honoreringsparameter.

Parterne har på denne baggrund aftalt en forløbsydelse for diabetespatienter i almen praksis, som har til formål at udvikle og sikre kvaliteten i behandlingen af kronisk syge i almen praksis. Det sker ved, at de praktiserende læger anvender de instrumenter, der er udviklet i DAK-projektet, til systematisering og kvalitetssikring af behandlingen og kontrollen af kronisk syge patienter i egen praksis.

Den aftalte forløbsydelse for diabetespatienter kan anvendes af alle de læger, der kan og vil. Det forudsætter, at lægen har den fornødne viden om diagnosekodning, kvalitetsindikatorer mv. og har IT-udstyr, der kan indberette data via det internetbaserede sundhedsdatanet til en klinisk database. I løbet

af overenskomstperioden forventes det, at godt halvdelen af samtlige type II-diabetespatienter bliver omfattet af ordningen.

I stedet for honorering for de enkelte patientkontakter får lægerne et årshonorar, som skal dække de enkeltelementer, der indgår i god behandling af kronikere, og som er beskrevet i en faglig vejledning, dvs. årsstatus, løbende kontroller efter individuelt behov, samt lægens arbejde i relation til kodning, indberetning til klinisk database, vurdering af data mv.

Med den nye ydelse vil der blive øget fokus på tværsektorielt samarbejde, herunder i forhold til de kommunale tilbud og på patientens egenomsorg. I regionale sundhedsaftaler kan der aftales konkrete, regionalt og lokalt tilpassede modeller for shared care, der fastlægger den konkrete arbejdsdeling mellem almen praksis, sygehuse og kommuner.

De læger, der i denne overenskomstperiode tager forløbsydelsen vedrørende diabetespatienter i anvendelse, får udbetalt et engangshonorar på 7500 kr.

Forløbsydelsen træder i kraft i løbet af første halvår 2007.

Aftalt forebyggelse

Med aftalen sættes der øget fokus på den forebyggende indsats, der kan finde sted i almen praksis. Lægen får mulighed for at være opsøgende overfor patienter, der har behov for en forebyggende indsat f.eks. vedrørende livsstilsproblemer.

Der er mulighed for involvering af klinikpersonalet i det forebyggende arbejde og dermed mulighed for øget rationalisering af arbejdet i almen praksis.

Den forebyggende indsats har ofte karakter af forløb, hvor det drejer sig om opfølgning og fastholdelse af mål, som patienten har besluttet vedrørende livsstilsændringer, fx vedrørende kost, motion, rygning og alkohol.

Det er forventningen, at man gennem en struktureret forebyggende indsats dels kan højne kvaliteten i patientbehandlingen dels kan reducere antallet af ikke planlagte konsultationer.

Den nye ydelse "aftalt forebyggelseskonsultation" og den tillægsydelse, der knytter sig til denne, udvider lægernes mulighed for at styrke indsatsen overfor personer med kroniske sygdomme. Ydelserne kan bl.a. bruges ved større årlige kontroller, hvor der på baggrund af kliniske retningslinier gennemføres en faglig anerkendt og anbefalet helbredsopfølgning. Forebyggelsesydelse retter sig særligt mod de patienter, der ikke omfattes af den nye forløbsydelse for diabetespatienter i almen praksis.

Aftalen giver endvidere lægerne mulighed for at foretage opsøgende hjemmebesøg overfor skrøbelige ældre.

Modernisering af tillægsydelses- og laboratorieundersøgelseslisterne

Som led i moderniseringen af Landsoverenskomstens faglige indhold har parterne efter forslag fra Fagligt Udvalg aftalt en række ændringer på tillægsydelsesområdet og vedrørende de laboratorieun-

dersøgelser, der kan foretages i lægens egen praksis. Der er tale om såvel bortfald af ikke tidssvarende ydelser, indførelse af nye ydelser, samt justering af anvendelsesområde og honorar for eksisterende ydelser.

Kommunalreform

Reglerne om samarbejdsudvalg er ændret, så de passer til de nye regioner, hvor kommunerne er repræsenteret. I overgangsåret 2006 etableres forberedende samarbejdsudvalg i regionerne, som kan aftale, hvordan de nuværende §2-aftaler, vagtordninger mv. skal videreføres i regionerne.

En væsentlig opgave for de nye samarbejdsudvalg bliver også løbende at følge og drøfte lægedækningen. Der er udarbejdet en vejledning, som giver regionerne redskaber til at tackle opståede problemer.

I forbindelse med forhandlingerne har der været konstruktive drøftelser mellem PLO og KL om de fremtidige samarbejdsrelationer mellem praktiserende læger og kommunerne, herunder er der indgået aftale mellem KL og PLO om generel rådgivning og mødedeltagelse i forhold til kommunerne.

Der er endvidere i relation til kommunerne i overenskomsten aftalt mulighed for e-mailkommunikation med kommunernes hjemmepleje og plejehjem og åbnet mulighed for at socialmedicinsk telefonisk kontakt kan foregå både til og fra kommunen.

Tilgængelighed og service

Der er aftalt en række forbedringer for borgerne med hensyn til service og tilgængelighed:

- Alle læger skal senest fra den 01-01-2009 tilbyde patienterne e-mailkonsultationer, tidsbestilling og receptfornyelser via internettet, hvilket af mange borgere vil opleves som en forbedring af tilgængelighed og service.
- Fjernelse af barrierer i overenskomsten angående åbningstider, herunder på lørdage.
- Udvidet lægevalg for bevægelseshæmmede og for personer i tyndt befolkede egne af landet, således at de får mulighed for at vælge mellem mindst 2 læger, uanset afstanden.
- Enighed om evaluering af lægevalgsreglerne, herunder vurdere behovet for yderligere frihedsgrader vedrørende lægevalg.
- Enighed om at udarbejde servicemål for patienternes kontakt til den alment praktiserende læge, herunder konsultationer, telefoniske henvendelser, sygebesøg og elektronisk kommunikation.
- Opstramning af bestemmelser om fysisk tilgængelighed, så det ved nybygning og væsentlig ombygning er et krav, at der i overensstemmelse med byggelovgivningens regler etableres niveaufri adgang og indrettes handicaptoilet.
- Udbygning af oplysninger om praksisforhold på praksisdeklarationerne på sundhed.dk

Rekruttering og fastholdelse

De forberedende samarbejdsudvalg og de nye samarbejdsudvalg skal sættes fokus på rekruttering og fastholdelse af alment praktiserende læge i de kommende år. Det sker dels i forbindelse med praksisplanlægningen dels ved afhjælpning af ulemper i konkrete situationer, hvor en praksis lukkes uden at denne overtages af en anden læge.

For at afbøde de værste virkninger af lægemanglen, er der aftalt, at læger, der ønsker at ophøre med at praktisere uden at kunne afhænde deres praksis, forpligtes til varsle dette overfor regionen 6 måneder for den forventede ophørsdato. Samarbejdsudvalgene får endvidere mulighed for at dispensere fra overenskomstens lukkegrænser for delepraksis, hvis det findes hensigtsmæssigt.

IT, forskning og voldgiftsret

IT

Alle læger skal kunne kommunikere elektronisk med det øvrige sundhedsvæsen, i takt med at de elektroniske muligheder tages i brug på sygehuse og laboratorier mv. Der skal etableres sikker internetadgang og digital signatur i alle praksis.

Kravet om at alle læger skal benytte de såkaldte MedCom standarder, indebærer bl.a. at rekvirering af laboratorieundersøgelser fremover sker via det elektroniske Webreq system, som dels giver større sikkerhed, dels medfører betydelige besparelser for sygehuslaboratorierne.

Henvisning til andre behandlergrupper vil fremover ske elektronisk ved anvendelse af et såkaldt Henvisningshotel, når dette er etableret.

Forskning

Forskningsfonden får tilført ekstra midler for at kunne opretholde et rimeligt niveau. Det sker dels ved at overføre midler fra Amanuensisfonden, dels ved at forhøje amternes indbetalinger til Forskningsfonden.

Parterne er enige om at arbejde for at tilvejebringe andre eksterne finansieringskilder til støtte af forskningen i almen praksis, evt. som led i økonomiforhandlingerne.

Voldgiftsret

Parterne er enige om at søge oprettet en voldgiftsret, der kan fungere som ankeinstans for Landssamarbejdsudvalget i en række sagstyper. Det kræver formentlig en lovhjemmel i sundhedsloven.

En sådan voldgiftsret vil endeligt kunne afgøre sager om bl.a. udelukkelse af læger fra at praktisere på grund af overtrædelse af overenskomsten eller på grund af at samarbejdet er umuliggjort.

Forhøjelse af konsultationshonoraret og andre ændringer af økonomisk karakter

Konsultationshonoraret

Det er aftalt, at konsultationshonoraret i dagtiden i løbet af overenskomstperioden forhøjes med 4 kr. (grundbeløb).

Øvrige justeringer af honorarmæssig karakter

Der er aftalt opretninger af en række honorarer, der ikke længere anses for at være tidssvarende. Det drejer sig om forhøjelse af honorarerne for sygebesøg i dagtiden, tillægstaksten vedrørende sygebesøg i vagttiden, ophævelse af reglerne om kørsel indenfor amtmandsgrænsen m.v., vagthonoraret for be-

søg af 2. sikrede i eget hjem. Derudover er det aftalt, at honorarerne for vaccinationer i henhold til Profylakseaftalen bringes i overensstemmelse med konsultationshonoraret i Landsoverenskomsten.

Modernisering af reguleringsordningen

Der er aftalt ændring af reguleringsordningen, så den fremover udmønter stigninger "trinløst" på grundlag af prisindekset (modsat i dag, hvor der skal 3 points stigning til). Desuden knyttes der an til et lønindeks for lønudviklingen i den regionale sektor, i stedet for den statslige.

Økonomi

For amterne betyder aftalen, at der i løbet af den 3-årige overenskomstperiode gradvist bliver tale om en stigning i de samlede udgifter til almen praksis på 120 mio. kr. årligt - ud over de stigninger, der følger af den automatiske reguleringsordning og af den aktivitetsstigning, som må påregnes.

Der er aftalt en gradvis nedlæggelse af Amanuensisfonden, som via indbetalinger fra amterne finansierer aflønning af yngre læger under uddannelse til læger i almen praksis. (Fremover bliver det en opgave for regionerne). Dette giver mulighed for at overføre beløb fra Amanuensisfondens egenkapital til forskning og kvalitetsudvikling på almen lægeområdet samt ydelse af engangsbeløb til læger, der tager den nye forløbsydelse i anvendelse.

Tabel 1. Merudgifter

		Mio. kr.
1. Konsultationshonorar	+ 4 kr. på grundbeløbet	88,7
2. Basishonorar	forhøjes via reguleringsordningen	0
3. Sygebesøgs- og vagthonorar	5-15 % forøgelse af taksterne	16,3
4. Forløbshonorar diabetes	36,1 mio. kr. finansieres via reguleringsordningen	8,0
5. Aftalt forebyggelseskonsultation	400.000 ydelser, som delvis erstatter alm. konsultationer	15,8
6. Afskaffelse af tillægs- og laboratorieydelser		-28,0
7. Forskningsfond		5,4
8. Øvrige krav		13,8
I alt		120,0
Puljemidler til forskning, kvalitet og forløbshonorering	Overførsel fra Amanuensisfonden gennemsnitlig pr. år	18,1
I alt		138,1

Der er aftalt en målrettet anvendelse af reguleringsordningen, som skønnes at udløse ca. 100 mio. kr. årligt, idet det årlige provenu fordeles med:

55 % til basishonorar samt den ny forløbsydelse,
45 % til konsultationshonoraret og
0 % til øvrige honorarer, som dermed fastfryses¹.

Side 6

Hvis denne skævdeling ikke var aftalt, ville basishonoraret gradvist miste sin værdi, fordi antallet af konsultationer stiger kraftigere end befolkningen. Endvidere betyder finansiering via reguleringsordningen af den nye forløbsydelse for kronikere, at der sker en omfordeling til de læger, der er i front både teknologisk og behandlingsmæssigt.

Da alle øvrige honorarer fastfryses, er der aftalt en ekstraordinær forøgelse af dels sygebesøgstakster, dels et vagthonorar, som især anvendes i de områder af landet, hvor lægevagten kører store afstande.

Aftalen indebærer et niveauløft i udgifterne til almen praksis på 138 mio. kr. årligt, svarende til 2,4 % af de samlede udgifter. Den årlige udgiftsstigning på almen lægeområdet bliver herefter:

Reguleringsordningen (skøn)	1,9 %
Overenskomstforhandlingerne	0,8 %
Aktivitetsstigningerne (skøn)	1,6 %
I alt årlig vækst	4,3 %

¹ Dog reguleres bidrag til de overenskomstbestemte fonde.

Kontaktperson: Niklas Kabel Pedersen, tlf. 3529 8228, e-mail: nkp@regioner.dk, dok. nr. 37901/06

6. Kontospecifikke emner

Tabel 2

Side 7

Merudgifter	2006	2007	2008	2009
	Mio. kr. (01-10-2005 niveau)			
Honorarer				
Konsultationshonorar (0101)	33,3	61,0	66,6	88,7
Profylakseaftalenes vaccinationstillæg	0,3	0,5	0,5	0,7
Trinløs reguleringsordning	4,1	5,4	5,4	5,4
Sygebesøg (1)	0,0	7,2	9,6	9,6
Tillægstakst 2302 vedr. besøg i vagten (2)	0,0	5,0	6,7	6,7
EDB engangshonorar bortfalder (3)	-0,9	-0,1	-0,1	-0,1
Andet				
Ophæve amtsmandsgrænser (befordring)	1,9	2,5	2,5	2,5
Vagthonorar for 2. sikrede i eget hjem	0,1	0,1	0,1	0,1
Vaccinationstillæg = kons.honorar	0,5	0,7	0,7	0,7
Faglig udvikling				
Forløbsydelse for kronikere (4)	0,0	0,0	0,0	8,0
Aftalt forebyggelseskonsultation (5)	1,8	2,6	3,2	15,8
Tillægsydelser udgår (vorter mv.)	-18,2	-24,3	-24,3	-24,3
Laboratorydelser	-2,8	-3,7	-3,7	-3,7
Urinprøver, forsendelse 25 kr. (2133)	2,3	3,1	3,1	3,1
Efteruddannelse og forskning				
Uddannelsesamanuensis	0,8	1,1	1,1	1,1
Forskningsfond	0,0	0,0	0,0	5,4
Kvalitetsudvikling				
Kliniske vejledninger	0,2	0,2	0,2	0,2
I alt	23,4	61,3	71,7	120,0

Provenuet fra reguleringsordning fordeles fra den 01-04-2006 på basishonorar og konsultationshonorar (0101)					
Andel:	Basis	Kons. (0101)			
(provenu til basis finansierer også forløbsydelsen)	0,55	0,45			
	2006	2007	2008	2009	I alt
Skøn for reguleringsordningen, mio. kr.	100	98	110	103	412

Skøn for regnskab 2005 i alt: 5.691 mio. kr.

Samlet økonomi for sygesikringen uden de estimerede aktivitetsstigninger (i mio. kr.):

(Regnskab 2005 + regulering + overenskomstmæssige merudgifter)

År	2006	2007	2008	2009
	5.814	5.974	6.155	6.378
Stigning i % år til år	2,17	2,74	3,04	3,62