



Oplæg til forhandling af ny overenskomst om almen praksis 2024

De praktiserende læger har i samspil med andre aktører i sundhedsvæsenet en vigtig rolle i forhold til at holde patienterne sunde og raske.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn ønsker, at den kommende overenskomstaftale skal sikre fortsat fokus på, at almen praksis rustes til at kunne løse opgaver, som bidrager til en styrkelse af det nære sundhedsvæsen.

Overenskomsten skal desuden give regionerne den fornødne budgetsikkerhed i forhold til den aftalte økonomiske ramme. Praktiserende læger skal være en bæredygtig leverandør af omkostningseffektive ydelser af høj kvalitet.

Nedenfor gennemgås RLTN's ønsker og behov for ændringer i den kommende overenskomst.

1. Rekruttering af praktiserende læger til lægedækningstruede områder

Såfremt opgaverne i almen praksis skal styrkes i fremtiden, er det nødvendigt, at der er en geografisk jævn fordeling af praktiserende læger. Det er vigtigt, at kapaciteten svarer til den aktuelle og den fremtidige opgavebyrde.

[Regeringens aftale om en sundhedsreform](#) fra 2022 indeholder en målsætning om, at der skal være uddannet 6.500 speciallæger i almen medicin i 2035. Hvis 85 pct. af de almen medicinske speciallæger finder beskæftigelse i almen praksis, vil det svare til 5.000 praktiserende læger og en kapacitetsforøgelse på knap 40 pct. Det er RLTN's forventning, at kapacitetsudvidelser i almen praksis skal bidrage til en bedre lægedækning, en bedre tilgængelighed og til at styrke opgaverne i det nære sundhedsvæsen fremadrettet. En geografisk jævn lægedækning skal imidlertid sikres i hele landet, før der udmøntes kapacitet målrettet fx bedre tilgængelighed og nye opgaver.

Der er flere veje til at opnå dette overordnede mål, men en kommende overenskomstaftale skal primært indeholde mulighed for at skabe bedre rammeforhold, som samlet set gør det attraktivt at søge ydernumre i de lægedækningstruede områder, og som gør det attraktivt enten at flytte sig eller nedsætte sig. Det vurderes at være mere effektivt – også set i forhold til andre typer af incitamenter.

Sundhedsloven er senest blev ændret, så der er hjemmel til, at regionerne kan understøtte almen praksis på forskellige måder ved at yde særligt vederlag i områder, hvor almindelige mekanismer til sikre lægedækning ikke er tilstrækkelige, Tiltag skal ikke nødvendigvis aftales med PLO, men RLTN ønsker at aftale nogle rammer for en sådan indsats i den kommende overenskomstperiode.

I nogle tilfælde kan der være brug for lavere patienttal hos læger, som har mange borgere med komplekse problemer tilmeldt i praksis, ligesom der kan være en berettiget forventning om, at læger - som har fx mange unge og raske patienter - kan påtage sig flere patienter. Et lavere patienttal indebærer, at lægen kan prioritere mere tid til den enkelte patient, og dermed styrke behandlingen af patienter med kompleks sygelighed.

Forbedrede rammevilkår kan også i nogle tilfælde være i form af økonomiske incitamenter. Erfaringer fra ordning om differentieret basishonorar har vist, at økonomiske incitamenter sjældent *alene* er virkningsfulde i forhold til at flytte læger geografisk. Der kan dog være situationer, hvor det undtagelsesvist bør overvejes at dække visse midlertidige udgifter.

2. Ændring af honorarstruktur

Parterne blev i 2022 enige om at igangsætte et arbejde for at forenkle honorarstrukturen, og der blev nedsat et uafhængigt Honorarstrukturråd, som skulle komme med anbefalinger til en ny honorarstruktur. I foråret 2023 kom rådet med sit oplæg.

Den nuværende honorarstruktur vurderes ikke i tilstrækkelig grad at understøtte, at almen praksis tilgodeser patienter med de største behov og en mere ligelig fordeling af opgaverne i sektoren, ligesom honorarstrukturen ikke i tilstrækkelig grad gør det attraktivt for praktiserende læger at slå sig ned i alle områder i Danmark. Der er således fortsat væsentlige lægedækningsudfordringer i visse områder af landet, særligt i visse dele af Region Nordjylland og i store dele af Region Sjælland.

Forslaget indeholder en forenkling af honorarstrukturen, idet den bryder med én-til-én sammenhæng mellem opgaver og honorarer, dvs. enkeltydelser. Med forslaget sættes desuden fokus på samarbejdsrelationen mellem regionen, som ansvarlig for at levere almen lægehjælp, og de alment praktiserende læger, som leverandører af almen lægehjælp samt på at understøtte aktuelle politiske visioner for sundhedsvæsenet, herunder sammenhængende patientforløb og ulighed i sundhed. Forslaget til den nye honorarstruktur indeholder fortsat en blandet model med både faste og aktivitetsafhængige honorarer, hvor de faste honorarer i gennemsnit udgør ca. 35 pct. og de aktivitetsafhængige honorarer udgør ca. 65 pct.

RLTN bakker op om mange af rådets anbefalinger, og ønsker at indgå aftale med PLO om en ny honorarstruktur. Det forudsætter dog - som rådet også anbefaler - en helt anden samarbejdskultur omkring kvalitetssikring og afregningskontrol af de ydelser, der leveres fra praktiserende læger. Derfor er det vigtigt, at arbejdet med at implementere en ny honorarstruktur medfører et større fokus på outputtet fra de praktiserende læger: leveres på indhold, ydelser og tilgængelighed, og hvordan kan dette følges og forbedres.

RLTN ser dog også en række udfordringer med det forslag som er fremlagt. Bl.a. bliver der mindre indsigt i det faglige indhold af de enkelte ydelser, og overgangen til en ny honoreringsmodel kan potentielt lægge yderligere pres på den økonomiske ramme pga. styringsmæssige udfordringer forbundet med nogle af de nye ydelser.

Af disse grunde er det nødvendigt, at en ny honorarmodel forberedes grundigt inden iværksættelse.

3. Styrkede redskaber til effektiv kontrol af afregnede ydelser

Som det fremgår af Rigsrevisionens beretning om regionernes kontrol med praktiserende lægers honorarafregninger fra marts 2023, så har regionerne forbedret deres før-kontrol med ydelsesafregningerne markant siden indførsel af det nye afregningssystem LUNA i 2021. Rigsrevisionen påpeger dog, at der fortsat er udfordringer med regionernes efterkontrol, når der er udbetalt ydeshonorar, ligesom regionerne ikke har tilstrækkelige gode rammer til at gennemføre deres kontrol.

PLO og RLTN har allerede drøftet tiltag, der skal styrke kontrollen med praktiserende læger, som skal implementeres ved at revidere på den nuværende overenskomsttekst. RLTN finder dog, at parterne ikke er helt i mål, og der er brug for yderligere redskaber, som kan understøtte en effektiv kontrol. Den seneste tid har der været en udvikling i antallet af sager om misligholdelse af overenskomsten i forhold til honoraropkrævning, som understreger dette behov.

Der er derfor brug for, at en kommende overenskomstaftale indeholder redskaber, som styrker og understøtter en effektiv og systematisk opfølgning på de klinikker, hvor der viser sig at være et afvigende ydelsesmønster, og/eller hvor det via journalgennemgang kan dokumenteres, at der er sket misligholdelse.

Det er desuden nødvendigt at kunne følge op på lægers tilstedeværelse i praksis. Fx ved aftale om, at regninger påføres autorisations-id.

Endeligt ønsker RLTN at drøfte modellen vedr. højeste grænser, fx så niveauet for pålæggelse af højeste grænse nedsættes med 5 procentpoint.

4. Bedre adgang til data fra almen praksis

Datadeling på tværs af sundhedsvæsenets aktører er en forudsætning for borgerens oplevelse af sammenhængende forløb. Datadeling giver værdi bl.a. i akutte situationer, hvor en patient tilses i akutsystemet på hospitalerne, og hvor der kan være behov for oplysninger om den praktiserende læges vurdering af patientens tilstand (inden kontakt) eller eventuelle ændringer i behandlingen. Også i længere planlagte forløb bidrager datadeling til patientens oplevelse af sammenhæng, fx så forskellige læger har kendskab til de undersøgelser og lægelige vurderinger, der er foretaget tidligere.

Almen praksis deler allerede en række data, men der udestår fortsat deling af journalnotater samt laboratorieprøver, som er foretaget i egen klinik. Som en forudsætning for deling af journalnotater skal data i højere grad struktureres på tværs af lægepraksissystemerne, hvilket kræver systemudvikling. Når notatdata er delt, skal de som minimum udstilles via sundhedsjournalen, således at både den sundhedsprofessionelle og patienten har adgang. Deling af laboratorieprøver, som er foretaget i egen klinik, er et udestående fra OK-21.

Adgang til data skal etableres via sundhed.dk – danskernes digitale indgang til sundhedsvæsenet - hvor øvrige data fra bl.a. sygehusene også udstilles. Dermed vil borgerne nemt og smidigt kunne tilgå egne data fra almen praksis.

5. Bedre adgang for patienter til klinikken: telefonisk, digitalt og ved fremmøde

Der vurderes fortsat at være stort potentiale ved, at patienter og øvrige sundhedsprofessionelle får bedre adgang til almen praksis. At patienterne har gode adgangsforhold, er en forudsætning for, at almen praksis fremadrettet kan løftes opgavemæssigt.

Tilgængelighed skal forstås bredt, og gælder både tilgængelighed for relevante samarbejdspartnere og tilgængelighed for patienterne. Det omfatter bedre digital adgang, bedre telefonisk adgang og udvidede og fleksible åbningstider. RLTN finder, at kravene til almen praksis sådan set i nogle tilfælde rammer det ønskede niveau, men at det fortsat reelt er svært at komme i kontakt med lægen, at patienterne oplever, at de ikke kan få behandlet to problemstillinger ved én konsultation og/eller at der er lang ventetid på konsultation, og kun meget få tider efter kl. 16.00. Elektronisk bestilling er desuden ofte gjort så vanskeligt, at det reelt ikke er en mulighed, også selvom det er en ret for patienten i henhold til den nugældende aftale.

Derfor er der brug for større gennemsigtighed for borgerne og for regionerne om tilgængeligheden i den enkelte klinik, bl.a. så det kan vurderes i hvor høj grad de nuværende regler efterleves. Der kan desuden være brug for en præcisering og tydeliggørelse af nogle bestemmelser

Anvendelsen af vagtringe om eftermiddagen er udbredt, og det kan være problematisk i forhold til kontinuitet og adgang. Det er velkendt, at dårlig tilgængelighed om eftermiddagen skubber mange kontakter til lægevagten. RLTN ønsker, at der med en ny overenskomst arbejdes for god kontinuitet og tilgængelighed for borgeren - også ved henvendelser om eftermiddagen.

I den seneste overenskomstaftale blev videokonsultation indført som en ydelse i almen praksis. Antallet af udførte videokonsultationer ligger under, hvad RLTN havde forventet af den indgåede aftale, og der er store forskelle i, hvordan læger bruger konsultationsformen. Der er behov for, at overenskomstens parter finder løsninger på de hindringer, der står i vejen for en yderligere brug af digitale konsultationer.

6. Økonomi og produktivitet

Det er afgørende, at aftalen understøtter styring af økonomien på området, og giver den enkelte region sikkerhed for økonomien i det enkelte budgetår. Det nødvendiggør, at der i den kommende overenskomst aftales en fast årlig økonomiske ramme på et niveau svarende til det nuværende for den eksisterende opgavemængde og med tilhørende automatiske mekanismer til sikring af, at den årlige ramme overholdes. En eventuel rammeoverskridelse skal således indhentes ved den efterfølgende honorarregulering.

Det er afgørende for RLTN, at en kommende aftale desuden indeholder et produktivitetselement, som kommer det offentlige til gode. Der er i 2023 set en overskridelse af rammen. Kontakter fra patienter på baggrund af wegovy har drevet en del af overskridelsen, men det er bemærkelsesværdigt, at der desuden har været markante stigninger på højt honorerede ydelser, fx årskontrol og sygebesøg på ruten. Der bør desuden ses på, hvordan der kan dæmmes op for, at patienter får tid på forskellige dage, hvor det ikke er fagligt relevant, fx får blodprøver udført på en anden dag end den dag, hvor der afholdes konsultation om den helbredsmæssige problemstilling.

RLTN tager forbehold for, at der i løbet af forhandlingerne kan blive behov for at rejse tiltag og emner, som ikke er beskrevet i det ovenstående oplæg.