

Medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl.

07-03-2014

Sagsnr. 14/580

Charlotte Stryhn

Tel.: 3529 8263

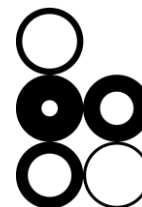
E-mail: cst@regioner.dk

Åben dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse fredag den 14. marts 2014 kl. 13.00

Deltagere: Bent Hansen, Carl Holst, Ulla Astman, Steen Bach Nielsen, Vibeke Storm Rasmussen, Poul Erik Svendsen, Henrik Thorup, Per Tærsebøl, Thor Grønlykke, Poul Müller, Anne V. Kristensen, Birgitte Josefsen, Bente Lauridsen, Knud Andersen, Jens Stenbæk, Flemming Stenild, Birgitte Kjøl-ler Pedersen

Afbud:

Mødested: Danske Regioner
Dampfærgevej 22
2100 København Ø
Bestyrelseslokalet



Indholdsfortegnelse

1.	Formandens meddelelser, sagsnr. 14/580	1
2.	Godkendelse af åbent referat af skriftlig votering 07-02-2013 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 14/580	3
3.	Data og fortrolighed i sundhedsvæsenet, sagsnr. 13/2085	5
4.	Pejlemærker for bedre anvendelse af kvalitetsdata, sagsnr. 14/390	9
5.	Finansiering af forsøg med gebyr for udeblivelser, sagsnr. 14/112	11
6.	Danske Regioners EU prioriteringer 2014, sagsnr. 14/1073	15
7.	De regionale epidemikommissioner, sagsnr. 13/559	21
8.	Høring over lov om opfølgning på evaluering af kommunalreformen på det specialiserede social- og specialundervisningsområde, sagsnr. 14/800	23
9.	Høringssvar vedrørende hjælperordninger til personer med respirationsinsufficiens, sagsnr. 14/884	25
10.	Høringssvar - bekendtgørelser om praksisplanudvalg og patientinddragelsesudvalg, sagsnr. 14/929	29
11.	Orientering om aftale mellem RLTN og PLO, sagsnr. 14/96, j.nr. RLTN5510	33
12.	Ufrivillige frameldinger til livmoderhalskræftscreening, sagsnr. 14/202	37
13.	Regionernes rolle i ny sygedagpengereform, sagsnr. 14/352	41

14. Afrapportering fra Demokratiudvalget 2010-2014, sagsnr. 14/966	43
15. Orienteringer om emner på EU-dagsordenen, sagsnr. 14/580	47
16. Generelle orienteringer, sagsnr. 14/580	49
17. Næste møde, sagsnr. 14/580	53
18. Eventuelt, sagsnr. 14/580	55



1. Formandens meddelelser, sagsnr. 14/580

Maren Munk-Madsen

Resumé

Indstilling

Sagsfremstilling

Bilag

Ingen.





2. Godkendelse af åbent referat af skriftlig votering 07-02-2013 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 14/580

Maren Munk-Madsen

Resumé

Indstilling

*Det indstilles,
at bestyrelsen godkender referatet.*

Sagsfremstilling

Bilag

Åbent referat af skriftlig votering i Danske Regioners bestyrelse 07-02-2014.pdf (1125028).





3. Data og fortrolighed i sundhedsvæsenet, sagsnr. 13/2085

Martin Thor Hansen

Resumé

Informationssikkerheden i de offentlige it-systemer er genstand for et stadig større politisk fokus. Dels fordi systemernes sikkerhed i vise tilfælde reelt har været truet, og dels fordi disse tilfælde truer med at underminere borgernes tillid til at kunne afgive oplysninger til det offentlige. Det regionale sundhedsvæsen gør brug af data i stor stil. Både i selve patientbehandlingen og i forhold til kvalitetsudvikling, forskning og styring. Det indebærer, at it-systemernes informationssikkerhed er en vigtig sag for regionerne.

Bestyrelsen bad på mødet den 30. august 2013 om at få forelagt et oplæg til politisk drøftelse af problemstillingen omkring rettigheder og datasikkerhed. Danske Regioner har i samarbejde med regionerne udarbejdet et oplæg om data og fortrolighed i sundhedsvæsenet. Oplægget kan fungere som et første fælles holdepunkt for regionernes syn på de mange perspektiver, der er forbundet med brug af data i sundhedsvæsenet.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen drøfter data og fortrolighed i sundhedsvæsenet med henblik på kvalificering af grundlaget for det videre arbejde.

Sagsfremstilling

Data er helt centrale for sundhedsvæsenets virke. De er på mange måder bindeleddet i det sammenhængende patientforløb, fordi data hjælper sundhedspersoner og patienter til at få overblik over tidligere kontakter i forløbet. Samtidig bruges data som fundament for kvalitetsudvikling og forskning i sundhedsvæsenet, hvilket er med til at sikre, at forbedringer og udvikling baseres på viden og fakta – fremfor på antagelser og formodninger. Endelig er data også uundværlige for styring og planlægning af sundhedsvæsenets økonomi og aktiviteter. Det indebærer, at mange af sundhedsvæsenets nuværende arbejdsgange i vid udstrækning er bygget op om, at data kan indhentes og videregives i forbindelse med patientbehandlingen, og at data kan bruges til sekundære formål som f.eks. kvalitetsudvikling, forskning og styring.

Data om den enkelte borgers helbred er imidlertid også dybt fortrolige oplysninger, som rækker langt ind i den enkelte persons private affærer. Derfor er det afgørende vigtigt, at sundhedsvæsenet i sin brug af data formår at værne ef-



fektivt om borgernes privatliv, sådan at borgerne fortsat kan have tillid til sundhedsvæsenet og være trygge ved at afgive oplysninger om eget helbred.

Siden sommeren 2013 har der i Danmark været et stigende politisk fokus på informationssikkerheden i den offentlige sektors it-systemer. Dette fokus er blevet ansporet efter, at det i juni 2013 kom frem, at hackere i perioden april til august 2012 havde downloadet et stort antal filer fra CSCs mainframe-anlæg. Konkret drejede det sig blandt andet om oplysninger fra politiets kørekortregister, herunder CPR-numre, samt oplysninger om efterlyste personer i Schengen-registrene. Internationalt fik datasikkerhedsdiskussionerne i samme periode en yderligere dimension, da whistlebloweren Edward Snowden lækkede oplysninger til medierne om NSAs overvågningsmetoder, herunder deres brug af internettet samt aflytning af europæiske lande og institutioner.

Regionerne og Danske Regioner tager udviklingen i trusselbilledet omkring it-systemernes sikkerhed alvorligt, dels fordi regionernes egne sikkerhedsforanstaltninger skal matche trusselbilledet, og dels fordi udviklingen truer med at underminere borgernes tillid til, at man trygt kan afgive oplysninger til det offentlige. Derfor er denne udvikling på mange måder alvorlig, når det tages i betragtning, at sundhedsdata er yderst værdifulde for sundhedsvæsenet både i selve behandlingssituationen, men også for løbende at kunne udvikle behandlingstilbuddene.

På den baggrund har Danske Regioner i samarbejde med regionerne udarbejdet et overordnet oplæg om data og fortrolighed i sundhedsvæsenet. I oplægget gives konkrete bud på Danske Regioners synspunkter på brug af data i sundhedsvæsenet ud fra fem forskellige perspektiver:

- *Borgeren*, som f.eks. har krav på, at personlige data skal indsamles lovligt, behandles fortroligt og opbevares forsvarligt samt har krav på gennemsigtighed og tydelighed omkring, hvem der har set borgerens personlige oplysninger.
- *Patienten*, som f.eks. har krav på, at relevante oplysninger er tilgængelige for de sundhedspersoner, der er involveret i patientens behandlingsforløb, samt har krav på at beslutninger om behandling træffes på baggrund af korrekte oplysninger.
- *Sundhedspersoner*, som f.eks. har krav på at have adgang til relevante og tidstro data, så korrekt og sikker behandling kan iværksættes umiddelbart, samt har krav på at kunne bruge data til at understøtte sundhedsvæsenets faglige udvikling.



-
- *Sundhedsvæsenet*, som f.eks. skal bruge data til kvalitetsudvikling, forskning og optimering af ressourceanvendelsen for at sikre, at behandlingstilbuddene løbende udvikles på alle relevante parametre.
 - *Virksomhederne*, som under entydige og transparente rammer har krav på at kunne gennemføre klinisk forskning i samarbejde med sundhedsvæsenet.

I oplægget gives afslutningsvist også et oprids på nogle af de igangværende aktiviteter, som regionerne i fællesskab arbejder på for at skærpe informations-sikkerheden i de regionale it-systemer.

Oplægget kan fungere som et første fælles holdepunkt for regionernes syn på de mange perspektiver, der er forbundet med brug af data i sundhedsvæsenet. Der lægges op til en drøftelse af data og fortrolighed i sundhedsvæsenet med henblik på kvalificering af grundlaget for det videre arbejde i den nye bestyrelse.

EU-Kommissionens forordning om persondataskyttelse

I tilknytning til drøftelserne omkring informationssikkerheden i regionernes it-systemer, skal afslutningsvist nævnes en vigtig verserende sag, som potentielt kan få stor betydning for offentlige myndigheder i Europa. Det drejer sig om, EU-Kommissionens forslag til forordning om persondataskyttelse. Forordningen kan få afgørende indvirkning på den måde, hvorpå regionerne registrerer og anvender data. Det gælder f.eks. reglerne for indhentning og videregivelse af data i forbindelse med patientbehandling samt mulighederne for at bedrive kvalitetsudvikling og klinisk forskning. Kommissionens lovforslag er en opdatering af det nuværende persondatadirektiv fra 1995, som i lyset af den digitale udvikling de seneste 20 år er blevet forældet. Det nye lovforslag skal bl.a. hindre uhensigtsmæssig brug af personlige data på sociale medier som f.eks. Facebook, Google og Twitter, men får også store konsekvenser for offentlige myndigheder.

I det hidtidige forløb har udkastet til forordningen ikke skelnet mellem offentlige organer og private kommercielle virksomheder. Dette har dog været et meget debatteret emne, og Danske Regioners standpunkt er, at der bør være en skelne, fordi offentlige myndigheder som udgangspunkt varetager den registreredes interesser.



Processuelt er Ministerrådet og Europa-Parlamentet i fortsatte forhandlinger om forordningens endelige form. Realistisk forventes det ikke at være muligt at få vedtaget et nyt lovforslag inden valget til Europa-Parlamentet i slutningen af maj 2014. Dermed vurderes en eventuel vedtagelse af forordningen skudt til tidligst efteråret 2014.

Bilag

Data og fortrolighed i sundhedsvæsenet (1125478).



4. Pejlemærker for bedre anvendelse af kvalitetsdata, sagsnr. 14/390

Louise Broe

Resumé

På baggrund af en forespørgsel i Danske Regioners bestyrelse har sekretariatet i Danske Regioner udarbejdet et oplæg til pejlemærker for en bedre anvendelse af kvalitetsdata.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender de seks pejlemærker for bedre anvendelse af kvalitetsdata, som udgangspunkt for det videre arbejde.

Sagsfremstilling

Danske Regioners bestyrelse har på deres møde den 17. maj 2013 bedt om et oplæg til en styrket organisering omkring de kliniske kvalitetsdatabaser og bedre anvendelse af kvalitetsdata fra de kliniske kvalitetsdatabaser. Efterspørgslen opstod på grund af nogle konkrete sager om kvaliteten af behandlingen, hvorfor der blev rejst en drøftelse i Danske Regioners bestyrelse om, hvordan der sikres større stringens, mere retvisende data, ens fortolkning af data og en forbedret monitorering på kvalitetsområdet.

Samtidig er der en stigende efterspørgsel på kvalitetsdata til brug for såvel kvalitetsudvikling i klinikken og til forskning samt fra patienter og borgere i forhold til det frie sygehusvalg og fra politikere og administration i relation til styring og planlægning på sundhedsområdet.

Som opfølgning er udarbejdet et oplæg, som skitserer seks pejlemærker, som en styrket infrastruktur omkring de kliniske kvalitetsdatabaser skal kunne leve op til. Pejlemærkerne er følgende:

1. Fællesregional proaktivitet på baggrund af data
2. Åbenhed og synlighed omkring data
3. Datadrevet kvalitetsudvikling
4. Den politiske og administrative styring og planlægning i regionerne på baggrund af kvalitetsdata
5. Udvikling af tværsektorielle kvalitetsdata
6. Krav til nationale dataleverandører



De kliniske kvalitetsdatabaser er samlet under den faglige ledelse af RKKP, som har til formål at sikre den fornødne viden om kvaliteten på alle væsentlige og kritiske områder samt forbedre mulighederne for at foretage tværsektoriel kvalitetsudvikling. Med henblik på at sikre en infrastruktur, der kan opfylde de nævnte pejlemærker, kan det overvejes, hvordan organiseringen omkring de kliniske kvalitetsdatabaser kan styrkes.

Sekretariatets bemærkninger

Sagen har været behandlet i Sundhedsudvalget den 17. januar 2014.

Bilag

Pejlemærker for bedre anvendelse af kvalitetsdata (1117238).

Fakta om RKKP (1117256).



5. Finansiering af forsøg med gebyr for udeblivelser, sagsnr. 14/112

Andrea Grandelag

Resumé

Regionerne er via økonomiaftalen for 2013 forpligtede til at etablere et forsøg med udeblivelser fra sygehusbehandling. Projektet har været længe undervejs, men nu foreligger et projektforslag, som indebærer en medfinansiering fra regionerne.

Indstilling

Det indstilles,

*at regionerne medfinansierer et forsøg med gebyr for udeblivelser,
at medfinansieringen udgør 1,5 millioner kroner, som prioriteres indenfor de allerede fælles finansierede MTV-projekter,
at regionernes baggrundsgruppe for specialeplanlægning fungerer som følgegruppe for projektet.*

Sagsfremstilling

Regeringen har i regeringsgrundlaget fra 2011 peget på at det vil være rimeligt, at de, der udebliver fra ambulante undersøgelser, operationer m.v., opkræves et gebyr. Muligheden for at opkræve gebyrer har eksisteret siden 2010, hvor en lovbekendtgørelse tillader forsøg med opkrævning af gebyr for udeblivelse fra aftalt sygehusbehandling.

Regionerne er via økonomiaftalen for 2013 forpligtede til at etablere et forsøg med gebyr for udeblivelser. Bestyrelsen havde forud herfor drøftet sagen på mødet 30. marts 2012 og konstateret, at Region Syddanmark og Region Midtjylland ville undersøge muligheden for at stille sig til rådighed for et pilotprojekt.

Siden har Danske Regioner været i dialog med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Region Syddanmark og Region Midtjylland om, hvordan et projekt kunne etableres og finansieres.

Der har i hele forløbet været en klar forventning om, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse ville gå finansieringsmæssigt ind i projektet. Derudover har det været vægtet højt, at projektet skulle være et gedigent forskningsprojekt. Region Syddanmarks deltagelse var desuden betinget af fuld statslig finansiering.

Region Syddanmark og Region Midtjylland udarbejdede først et forslag til et projekt med to deltagende afdelinger i Region Syddanmark og to afdelinger i Region Midtjylland (og tilhørende kontrolafdelinger, altså i alt otte involverede afdelinger). Forslaget var vurderet til at koste godt 4 millioner kroner.

De to regioner blev bedt om at skære projektet til og det resulterede i et forslag med en enkelt afdeling i hver region (og tilhørende kontrolafdelinger) og en pris på 3,5 millioner kroner.

Med udgangspunkt i det nye forslag blev der i foråret 2013 afholdt et møde mellem Region Syddanmark, Region Midtjylland, Danske Regioner og Ministeriet for Sundhed- og Forebyggelse. På det møde stod det klart, at staten ikke kunne finansiere det fulde beløb. Dermed stod det også klart, at Region Syddanmark ikke kunne tage del i projektet, fordi forudsætningerne ikke var til stede.

Efterfølgende blev der arbejdet videre med en model med deltagelse af to afdelinger fra Region Midtjylland. Et projekt til 3,5 millioner kroner med samme omfang i forhold til deltagende afdelinger, men kun en region. Projektet indebærer, at der laves forsøg med gebyrer på to afdelinger med tilhørende kontrolafdelinger, og at der i forlængelse af forsøgene laves en MTV, hvor de organisatoriske, patientmæssige og økonomiske konsekvenser evalueres.

Efter en længere proces, hvor alle parter har undersøgt finansieringsmuligheder, foreligger der nu en model, hvor der fra statslig side bidrages med 1 million kroner, heraf 250.000 kroner fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og 750.000 kroner via økonomi- og indenrigsministeriets trækingsret til KO-RA. Danske Regioner forventes at bidrage med 500.000 kroner og Region Midtjylland forventes at bidrage med 500.000 kroner.

Dermed udestår en finansiering på 1,5 millioner kroner, som foreslås finansieret af regionerne. Regionerne har tidligere etableret en model, hvor der årligt igangsættes to til tre fælles regionale finansierede MTV-projekter. Gebyr projektet foreslås igangsat i dette regi, så regionerne ikke skal finde 'nye' penge til projektet.



Forslag til finansieringsmodel

<i>Finansieringskilde</i>	<i>Kroner</i>
Økonomi- og Indenrigsministeriets trækingsret ved KORA	750.000
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse	250.000
Danske Regioner	500.000
Region Midtjylland	500.000
MTV, allerede afsat finansiering af regionerne (fordelt via bloktilskudsnøglen)	1.500.000
I alt	3.500.000

Modellen tager som nævnt udgangspunkt i deltagelse fra to afdelinger i Region Midtjylland og et tæt samarbejde mellem MTV-enheden i regionen og KORA. Det foreslås endvidere, at den regionale baggrundsgruppe for specialeplanlægning og MTV, hvor alle regioner er repræsenterede og hvor MTV er forankret, fungerer som følgegruppe.

Bilag

Ingen.



6. Danske Regioners EU prioriteringer 2014, sagsnr. 14/1073

Asger Andreasen

Resumé

2014 indeholder både valg til Europa-Parlamentet og udpegning af en ny Europa-Kommission. Derfor er antallet af nye initiativer på EU-Kommissionens arbejdsprogram reduceret i forhold til tidligere år. EU-Kommissionen vil fokusere på levering og implementering. Forslaget til EU-prioriteringer i 2014 lægger op til udnyttelse af midler under Horizon 2020 programmet, implementering af EU's strukturfonde, EU-forordning om persondatabeskyttelse, elektronisk fakturering ved offentlige indkøb samt implementering af EU's regler for offentlige udbud, EU's arbejdsmiljøstrategi og EU-Kommissionens meddelelse om omkostnings-effektive sundhedssystemer.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender forslag til EU-prioriteringer for 2014.

Sagsfremstilling

2014 er et specielt år for EU og det afspejler sig både i det politiske program, som EU-kommissionen præsenterede før jul og i det detaljerede arbejdsprogram, som nu er fremlagt. Det er det sidste arbejdsprogram for Europa-Kommissionens formand, Jose Manuel Barroso, og som ventet var arbejdsprogrammet kort og med fokus på at lukke flest mulige lovgivningssager, inden Europa-Parlamentet går til valg den 25. maj og Barroso og hans hold af kommissærer fratræder den 31. oktober 2014. 2014 er ifølge Kommissionsformanden "et år med levering og implementering". Kommissionens fokus vil i høj grad ligge på EU's 2020-strategi for vækst og beskæftigelse.

Forslag til Danske Regioners EU-indsatsområder i 2014

Sekretariatet har sammenholdt EU-Kommissionens detaljerede arbejdsprogram, samt de overordnede målsætninger for EU 2020 strategien, med de nationale indsatsområder, som sekretariatet arbejder med, for at klarlægge hvor Danske Regioners interessevaretagelse kan styrkes gennem EU-indsatsen i 2014.

Nogle af indsatsområderne er emner eller sager, som foreningen i forvejen har arbejdet med, men hvor sagen er nået ind i en ny fase, som kræver et ændret fokus. Det drejer sig eksempelvis om, at EU's flerårige budget nu er vedtaget og at Danske Regioners påvirkning skifter fra at fokusere på de bedst mulige rammebetingelser til at arbejde med den bedst mulige udnyttelse eller imple-

mentering af EU-programmerne (eksempelvis EU's strukturfondsprogrammer og Horizon 2020).

Generelt er det svært at skabe interesse om lovgivningstiltag, som udspringer af EU's beslutningsproces. Netop i 2014 synes chancen dog lidt bedre, da der vil være mulighed for at knytte interessevaretagelsen på EU-sager til valget til Europa-Parlamentet og udpegning af ny Europa-Kommission. Europapolitisk Panel drøftede i december dette forhold og anbefalede, at specielt valget til Europaparlamentet skulle udnyttes til at sætte fokus på konkrete sager, der har regionernes interesse.

I slutningen af januar drøftede medlemmerne af den danske delegation i Regionsudvalget indsatsen op til Europa-Parlamentsvalget, og der var i delegationen enighed om en fælles indsats, der oplyste de opstillede kandidater til Europa-Parlamentsvalget om de konkrete sager, som var vigtige for regionerne og kommunerne og dermed for Danmark.

På den baggrund foreslår sekretariatet nedenstående indsatsområder som de væsentligste for 2014.

1. Hjemtagning af midler under Horizon 2020 programmet

Over de næste syv år bevilger EU-Kommissionen over 500 milliarder kroner til forsknings- og udviklingsprojekter gennem programmet Horizon 2020. Danske virksomheder, forskningsmiljøer på universiteter og sygehuse har hidtil været gode til at udnytte mulighederne i EU's forsknings- og udviklingsprogrammer. Hvis det niveau kan fastholdes, vil Danmark igen kunne placere sig blandt den håndfuld af EU-lande, som relativt set klarer sig bedst i konkurrencen om EU's forsknings- og udviklingsmidler.

Sekretariatet foreslår, at Danske Regioners indsats koncentrerer sig om

- Samarbejdet med regionerne, herunder regionernes kontorer i Bruxelles, om hjemtagningen af Horizon 2020-midler.
- Samarbejdet med ministeriet for Forskning, Innovation og Videregående Uddannelser om at skabe de bedst mulige rammer for dansk deltagelse i projekter under Horizon 2020.
- Aktiv deltagelse i netværket EU-DK Support, som er oprettet med henblik på at styrke den danske deltagelse i Horizon 2020-projekter, herunder hjemtagning af midler.



2. Implementering af EU's strukturfonde

De næste syv år vil regionerne investere ca. 350 millioner kroner årligt fra EU's strukturfonde. Det er en nedgang på ca. 1/3 i forhold til sidste syvårige budgetperiode. Effektiv implementering af strukturfondsmidlerne bliver derfor vigtig, ligesom det er vigtigt at midlerne understøtter udvikling i hele landet. Arbejdet med implementeringen ligger hovedsageligt i de enkelte regioner. I relation til EU anbefaler sekretariatet, at Danske Regioner specifikt fokuserer på

- Forhandling om de danske strukturfondsprogrammer, herunder partnerskabsaftale.
- Regelmæssige statusopgørelser for implementeringen af EU's strukturfonde i Danmark i relation til andre sammenlignelige medlemslande.
- Initiativer vedrørende modernisering af EU's lovgivning om statsstøtte i forhold til implementeringen af strukturfondene.

3. EU-forordning om persondatabeskyttelse

Kommissionens forslag til en forordning om persondatabeskyttelse kan få afgørende betydning for den måde, regionerne registrerer og anvender data på som myndighed. Det gælder f.eks. for reglerne for indhentning og videregivelse af data i forbindelse med patientbehandling samt mulighederne for at bedrive kvalitetsudvikling og klinisk forskning i Danmark.

Danske Regioner støtter op om den højeste persondatasikkerhed, men det er vigtigt, at den endelige lovtekst ikke kommer til at indeholde krav, der lægger hindringer i vejen for f.eks. at sikre sammenhængende patientbehandling og for den kliniske forskning på sygehusene, hvor man analyserer store mængder af data for at forbedre sygdomsbehandlingen, eller at ny lovgivning pålægger offentlige myndigheder nye og dyre administrative byrder, uden at det giver borgerne større datasikkerhed.

Sekretariatet foreslår, at den konkrete indsats fokuseres på

- Fremme Danske Regioners holdninger til Kommissionens forslag til forordning for persondatabeskyttelse, som p.t. ligger i den fælles beslutningsprocedure mellem Rådet og Europa-Parlamentet
- Følge og påvirke Parlamentets og Rådets holdning i tæt dialog med EU Repræsentationen og relevante ministerier

4. Elektronisk fakturering ved offentlige indkøb samt implementering af EU's regler for offentlige udbud

Kommissionen vil færdigforhandle direktivet om elektroniske betalinger ved offentlige udbud. Danske Regioner ser gerne, at elektroniske betalinger følger de eksisterende internationale og europæiske standarder, der anvendes i en

række medlemsstater. EU bør sikre interoperabilitet mellem disse standarder, blandt andet via det europæiske standardiseringsarbejde.

Derudover vil EU-Kommissionen følge med i implementeringen af EU's reviderede regler for offentlige indkøb. Revisionen blev afsluttet i sommeren 2013 og nu skal resultatet implementeres i dansk lovgivning.

Danske Regioner har interesse i

- At påvirke standarderne i direktivet for elektronisk fakturering i forbindelse med offentlige indkøb
- At overvåge implementeringen af udbudsdirektivet i implementeringsfasen, herunder bidrage med viden om, hvordan direktivet implementeres i andre lande.

5. EU's arbejdsmiljøstrategi

Den hidtidige EU-strategi for arbejdsmiljø var gældende i perioden 2007 til 2012. Kommissionen havde i deres arbejdsprogram for 2013 bebudet en ny strategi for perioden 2013 til 2020. Kommissionen har imidlertid ikke endnu lanceret en ny strategi, men arbejder i stedet på en revision af samtlige 23 direktiver, der på nuværende tidspunkt regulerer arbejdsmiljøområdet indenfor EU.

I relation til revisionen og en eventuel kommende strategi, har Løn- og Personalepolitisk Udvalg haft en drøftelse af en række overordnede principper for arbejdsmiljø. Udvalget lagde blandt andet vægt på forenkling og forbedring af eksisterende EU-lovgivning på området og på at understøtte de nationale prioriteringer indenfor arbejdsmiljø herunder et særligt fokus på arbejdsulykker, psykisk arbejdsmiljø og u hensigtsmæssige påvirkninger af muskler og skelet. Danske Regioner fortsætter arbejdet med arbejdsmiljø på europæisk niveau både relation til revisionen af den eksisterende EU-lovgivning og i forhold til en eventuel kommende arbejdsmiljøstrategi.

6. EU-Kommissionens meddelelse om omkostnings-effektive sundhedssystemer

Kommissionen forventer i 1. kvartal af 2014 at komme med en vejledning til, hvordan medlemsstaternes sundhedssystemer kan sammenlignes og vurderes med hensyn til de målsætninger og prioriteringer, der er fastlagt i det såkaldte Europæiske Semester, som er en ramme for koordination af EU-landenes økonomiske politikker for at imødekomme fremtidige finansielle kriser.

Kommissionens meddelelse vil indeholde et forslag til metodisk ramme, der kan bruges til at overvåge og analysere sundhedssystemerne i EU med henblik på adgang til sundhedsydelser, resultater af behandling og bæredygtighed.



Danske Regioners indsats bør i første omgang være,

- at bidrage til den metodiske ramme, gennem konsultationsprocessen i Regionsudvalget og eventuelt via CEMR, således at den tager hensyn til forskellighederne i medlemslandenes sundhedssystemer
- at gøre den danske regering opmærksom på, at Danske Regioner skal inddrages i drøftelserne på nationalt og europæisk plan i relation til metodeudviklingen og ikke mindst anvendelsen af den metodiske ramme.

Prioriteringen af de ovenstående seks sager/områder udelukker ikke en mindre indsats på andre områder. Kommissionens arbejdsprogram indeholder f.eks. initiativer vedrørende jobskabelse i en grøn økonomi, debatoplæg om digitale og mobile IT-løsninger på sundhedsområdet, infrastrukturprojekter på transportområdet, Rådets rapport om handling i forbindelse med sjældne sygdomme, Kommissionens rapport om implementering af direktivet vedr. patientretigheder på tværs af grænser, m.fl.

Desuden forholder sekretariatet sig konkret til særligt relevante sager, som dukker op på bl.a. Regionsudvalgets dagsordener eller andre europæiske fora, som Danske Regioner er repræsenteret i.

Bilag

Ingen.





7. De regionale epidemikommissioner, sagsnr. 13/559

Jane Brodthagen

Resumé

Region Midtjylland har foreslået, at der foretages en evaluering af de regionale epidemikommissioners rolle og organisering med henblik på vurdering af om den nuværende organisering af området er hensigtsmæssig.

Indstilling

Det indstilles,

at Danske Regioner retter henvendelse til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse for at få evalueret de regionale epidemikommissioners rolle og organisering.

Sagsfremstilling

Der er i hver region etableret en epidemikommission, hvis medlemmer er udpeget af Rigspolitichefen, Sundhedsstyrelsen, Fødevarestyrelsen, det lokale sygehusberedskab, SKAT, Beredskabsstyrelsen samt regionsrådet.

Region Midtjylland har i brev til Danske Regioner bedt om, at der rettes henvendelse til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse med henblik på at få gennemført en evaluering af de regionale epidemikommissionernes rolle og organisering. Det støttes af de øvrige regioner på administrativt niveau.

Baggrunden er, at epidemikommissionernes møder alene synes at have orienterende karakter, og at forhold vedrørende epidemier kræver så hurtig en reaktion, at det, hvis situationen opstår, ikke vurderes realistisk at kunne inddrage kommissionerne.

Epidemikommissionerne er nedsat i henhold til "Bekendtgørelse om lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme" (LBK nr. 814 af 27/08/2009).

Bilag

Ingen.





8. Høring over lov om opfølgning på evaluering af kommunalreformen på det specialiserede social- og specialundervisningsområde, sagsnr. 14/800

Helene Skude Jensen

Resumé

Danske Regioner modtog den 28. januar høring over forslag til lov om opfølgning på evaluering af kommunalreformen vedrørende det specialiserede socialområde og den mest specialiserede specialundervisning.

Indstilling

Social- og Psykiatriudvalget indstiller, at bestyrelsen godkender høringssvaret.

Sagsfremstilling

Et udkast til lov om opfølgning på evaluering af kommunalreformen på det specialiserede social- og specialundervisningsområde blev sendt i høring den 28. januar 2014.

Lovforslaget udmønter dele af ”Aftale om en kvalificeret indsats for grupper med særlige behov” af 13. november 2013. Aftalen er indgået mellem regeringen, Venstre, Dansk Folkeparti, Enhedslisten, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti.

Lovforslaget har fire hovedelementer, som Danske Regioner har kommenteret i høringssvaret. Elementerne er:

1. Styrket vidensopbygning og bedre samarbejde vedrørende det mest specialiserede socialområde og den mest specialiserede specialundervisning

Lovforslaget indebærer etablering af en ny koordinationsstruktur og vidensopbygning på det specialiserede område. Arbejdet forankres i Socialstyrelsen. Koordinationsstrukturen indeholder, at Socialstyrelsen skal overvåge udviklingen i målgrupper, tilbud og ydelser. Socialstyrelsen får kompetence til at udmelde målgrupper eller særlige indsatser, hvor der er behov for øget koordination eller planlægning på tværs af kommuner og regioner for at sikre og videreudvikle den mest specialiserede indsats. Kommunalbestyrelserne skal i forbindelse med de årlige rammeaftaler forholde sig til disse centrale udmeldinger. Socialstyrelsen får beføjelse til at anmode kommunalbestyrelserne om at foretage en fornyet behandling af deres tilrettelæggelse og organisering af indsatsen i forhold til de centralt udmeldte målgrupper og indsatser. Socialstyrelsen får beføjelse til at give driftspålæg. Et driftspålæg indebærer, at en kommune eller

region pålægges et driftsansvar. Dermed kan Socialstyrelsen fastlægge tilbudsstrukturen på et særligt område.

2. Øget synergi på området for den mest specialiserede specialundervisning

Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO) i Socialstyrelsen skal sørge for at tilvejebringe de specialrådgivningsydelser, der gives i henhold til folkeskoleloven eller lov om specialundervisning for voksne, som i dag hører under de lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud. Det skal ske gennem et leverandørnetværk, således at der fortsat er tilknytning til praksis.

3. Længere planlægningshorisont for de regionale tilbud

Beliggenhedskommunernes muligheder for at overtage regionale tilbud justeres, således at det kun kan ske én gang i hver valgperiode.

4. Revision af takstreglerne på det sociale område.

Lovforslaget indebærer revision af takstreglerne, således at der indføres mulighed for at finansiere indsatser gennem mere fleksible aftaleformer. F.eks. åbnes der for mulighed for at indgå abonnementsaftaler.

I høringsvaret anerkender Danske Regioner hensigten med den nationale koordinationsstruktur. Dog finder regionerne, at lovforslaget alene sikrer, at det rette og nødvendige udbud af specialiserede tilbud er til stede. Regionerne savner således tiltag, der sikrer, at tilbuddene også bliver anvendt. Danske Regioner anerkender, at ansvaret for specialrådgivningsydelser samles, samt at regionerne får en længere planlægningshorisont. Danske Regioner ser frem til arbejdet med at skabe finansieringsmodeller, der sikrer det fornødne udbud af specialiserede ydelser.

Høringsvaret er fremsendt til Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold den 25. februar med forbehold for politisk behandling. Lovforslaget har været i høring i regionerne.

Fakta om høringen findes på link nedenfor.

Høringsportalen/Details/17570

Bilag

Danske Regioners høringsvar (1126369).



9. Høringssvar vedrørende hjælperordninger til personer med respirationsinsufficiens, sagsnr. 14/884

Jane Brodthagen

Resumé

Forslag til ændring af sundhedsloven vedr. hjælperordninger til personer med respirationsinsufficiens har været i høring. Formålet med lovændringen er at skabe et bedre grundlag for tilrettelæggelse af fælles hjælperordninger mellem kommuner og regioner, at sikre borgeren størst mulig indflydelse på eget liv og at sikre behandling af høj kvalitet.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Danske Regioner har afgivet høringssvar vedrørende ”lov om ændring af sundhedsloven (Hjælperordninger til personer med respirationsinsufficiens)”. Høringssvaret er udarbejdet med bidrag fra regionerne.

Formålet med lovændringerne er bl.a. at skabe et forbedret grundlag for tilrettelæggelse af de fælles hjælperordninger mellem kommuner og regioner for borgere, der både har behov for hjælpere til respirationsbehandling og hjælp efter serviceloven.

Lovændringerne skal endvidere sikre, at borgeren får størst mulig indflydelse på eget liv og samtidig får behandling af høj kvalitet. Regionsrådenes og kommunalbestyrelsernes administration af de fælles ordninger skal samtidig forenkles og samlet set reduceres.

Hjemmeboende borgere med respirationsinsufficiens modtager oftest ydelser fra både kommunen og regionen i henhold til serviceloven og sundhedsloven. Brugerorganisationer og regionsråd har peget på, at der er behov for et bedre grundlag for koordinering af fælles hjælperordninger.

Lovforslaget er en opfølgning på rapporten fra oktober 2013 med forslag til forskellige modeller for den fremtidige organisering af fælles hjælperordninger til hjemmeboende borgere med respirationsinsufficiens. Rapporten er forelagt bestyrelsen på mødet 6. december 2013.



Lovforslag om ændring af sundhedsloven i forhold til lovforslag om ændring af serviceloven

Den nuværende retsstilling giver ikke borgere ret til at vælge individuelle behandlere efter sundhedsloven, herunder hjælpere til overvågning mv. af respirationsbehandling. Med det nye lovforslag gives der hjemmel til at borgere, der er bevilget BPA (Brugerstyret-Personlig-Assistance) efter serviceloven kan vælge, at de hjælpere som udfører hjælp efter serviceloven også kan udføre den respiratoriske overvågning efter sundhedsloven.

Forslaget skal ses i sammenhæng med, at social-, børne- og integrationsministeren den 20. december 2013 har fremsat et lovforslag, som indebærer, at borgere der modtager hjælp efter §§ 95 og 96 alene kan vælge at modtage hjælpere fra foreninger og private virksomheder, der er godkendt af Socialtilsynet. Det vil derfor også alene være godkendte foreninger og virksomheder, der kan levere hjælpere til at varetage den respiratoriske overvågning. Social-, børne- og integrationsministeren har endvidere i lovforslaget betinget borgerens mulighed for at få en BPA, at borgeren med højst tre forsøg gennemfører et kursus i varetagelse af arbejdslederfunktionerne med en afsluttende vurdering af, at borgeren er egnede.

Forslaget om ændring af sundhedsloven er i alle tilfælde betinget af, at den enkelte hjælper – herunder vikarer - er godkendt og oplært af det ansvarlige respirationscenter i henhold til Sundhedsstyrelsens specialeplan.

Overgangsordning

Lovforslaget indeholder en overgangsbestemmelse for de borgere, som i dag og frem til den 1. januar 2015, enten selv har arbejdsgiveransvaret eller har overdraget deres arbejdsgiveransvar til et ikke-godkendt firma. Overgangsbestemmelse giver disse borgere mulighed for at beholde deres nugældende ordning. Regionerne har i høringssvaret til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse anbefalet, at disse også borgere skal deltage og bestå kursus i varetagelse af arbejdslederfunktionerne.

Hjemmel for regionerne til at indgå aftaler om fælles hjælpere

Lovforslaget giver regionerne hjemmel til at indgå aftale med borgeren selv eller en nærtstående person om at varetage arbejdsgiveransvaret for hjælpere i en BPA ordning. Herved kan samme hjælpere som udfører opgaver efter serviceloven udføre den respiratoriske overvågning – under regionalt ansvar.



På tilsvarende vis er der givet hjemmel til, at regionerne kan indgå aftaler med kommunerne i regionen om, at de kommunalt ansatte medarbejdere, som udfører andre opgaver for borgerne efter serviceloven også kan yde den respiratoriske overvågning. Det kan f.eks. være hjælp til hjemmehjælp, ledsageordning eller pasning af nærtstående.

Pligt til at indgå aftale

Der er i lovforslaget bestemmelse om, at regionerne og kommunerne er forpligtet til at indgå aftale om den samlede tilrettelæggelse af opgaverne forbundet med fælles hjælperordninger til borgere, der både har hjælpere til respirationsbehandling og hjælpere efter serviceloven.

Det skal understreges, at regionsråd og kommunalbestyrelser i vidt omfang fortsat selv kan vælge, hvordan samarbejdet tilrettelægges. Det betyder, at regionsråd og kommunalbestyrelser, der har et velfungerende samarbejde om fælles hjælperordninger, kan bibeholde dette samarbejde.

En aftale skal i hovedtræk være ens for alle kommunalbestyrelser i regionen, idet der dog kan være nogle elementer i en aftale, som varierer efter lokale forhold. Lovforslaget lægger desuden op til, at ministeren for sundhed og forebyggelse efter forhandling med social-, børne- og integrationsministeren fastlægger nærmere bestemmelser om, hvilke emner aftalerne skal indeholde, herunder betaling af udgifterne til hjælperordningerne ud fra et takstsystem.

Fakta om høringen kan findes på:

<http://www.hoeringsportalen.dk/Hearing/Details/17561>

Økonomi

I lovforslaget er der hjemmel til, at der kan fastsættes nærmere regler om fordeling af udgifterne mellem regionsråd og kommunalbestyrelse herunder anvendelse af takster. Fastsættelse af takster forventes at ske mellem de centrale parter.

Sekretariatets bemærkninger

I lovforslaget er der hjemmel til, at der kan fastsættes nærmere regler om fordeling af udgifterne mellem regionsråd og kommunalbestyrelse, hvilket forventes at ske i bekendtgørelser. Der vil i den forbindelse komme en proces omkring fastsættelse af takster, hvor KL og Danske Regioner forventes at blive inddraget.



Bilag

Høringsvar vedrørende forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Hjælperordninger til personer med respirationsinsufficiens) (1122827).



10. Høringssvar - bekendtgørelser om praksisplanudvalg og patientinddragelsesudvalg, sagsnr. 14/929

Martin Grønberg Johansen

Resumé

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse sendte den 28. januar 2014 udkast til tre bekendtgørelser om almen praksis i høring. Danske Regioner har indhentet bemærkninger fra regionerne og udarbejdet et samlet høringssvar.

Indstilling

Sundhedsudvalget indstiller,
at bestyrelsen godkender høringssvar til bekendtgørelser om praksisplanudvalg og patientinddragelsesudvalg.

Sagsfremstilling

Ministeriet har den 28. januar 2014 sendt udkast til følgende bekendtgørelser om almen praksis i høring:

- Bekendtgørelse om praksisplanudvalg for almen praksis
- Bekendtgørelse om patientinddragelsesudvalg
- Bekendtgørelse om ikrafttræden af visse bestemmelser i ændring af sundhedsloven

Bekendtgørelserne om praksisplansudvalget og patientinddragelsesudvalget indeholder udelukkende formkrav til udvalgene og deres udøvelse, hvilket er i overensstemmelse med den bemyndigelse ministeriet har fået i lov om ændring af sundhedsloven.

Danske Regioner har indhentet bemærkninger fra regionerne og på den baggrund udarbejdet et samlet høringssvar. I det følgende gennemgås de væsentligste elementer i de tre udkast til bekendtgørelser. Regionernes bemærkninger til de tre bekendtgørelser kan læses i forelagte forslag til høringssvar.

Bekendtgørelse om praksisplanudvalg for almen praksis

I hver region nedsættes et praksisplanudvalg for almen praksis, som består af tre medlemmer fra regionsrådet, fem medlemmer udpeget blandt kommunalbestyrelsesmedlemmer fra kommunerne i regionen samt tre medlemmer udpeget blandt alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede personer.

Udvalget vælger sin formand blandt de regionale medlemmer.



Funktionsperioden for udvalgets medlemmer følger kommunalbestyrelsernes og regionsrådets valgperiode.

Der skal tilstræbes enighed i udvalget om den endelige udformning af praksisplanen. Hvis det på trods af store og vedvarende bestræbelser ikke er muligt at opnå enighed i udvalget, tilfalder den endelige beslutning om praksisplanens udformning regionsrådet.

Inden praksisplanen udarbejdes eller revideres, skal der ske en høring af de praksis, der yder vederlagsfri behandling til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1. De enkelte praksis skal, i forbindelse med høringen, have mulighed for at give udtryk for praksis' planer for den kommende periode, herunder i relation til det øvrige behandlende sundhedsvæsen.

Udvalget skal systematisk inddrage patientinddragelsesudvalget i regionen i emner, der ligger inden for praksisplanens emneområder.

Praksisplanen, der er en del af regionens sundhedsplan, skal inden den egentlige vedtagelse forelægges Sundhedsstyrelsen til rådgivning.

Bekendtgørelse om patientinddragelsesudvalg

Den enkelte region er forpligtet til at nedsætte et patientinddragelsesudvalg, men som forslaget til bekendtgørelsen er formuleret, har regionen ikke til opgave at sekretariatsbetjene udvalget.

Udvalget skal bestå af syv medlemmer, hvoraf tre er udpeget af Danske Patienter, tre af Danske Handicaporganisationer og et af Ældre Sagen. Regionerne og kommunerne er ikke repræsenteret i udvalget.

Funktionsperioden for udvalgets medlemmer følger kommunalbestyrelsernes og regionsrådets valgperiode. Udvalget skal holde mindst ét årligt møde, eller når mindst ét medlem ønsker dette.

Patientinddragelsesudvalget skal systematisk inddrages i drøftelsen af emner, der ligger inden for praksisplanernes og sundhedskoordinationsudvalgets emneområder. Udvalget kan endvidere drøfte og kommentere emner, som udvalget finder er relevante i sammenhængen i patientforløb mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud. Udvalget behandler dog ikke enkeltsager.



Praksisplanudvalget i regionen indkalder, inden den første praksisplan i hver valgperiode bliver udarbejdet, patientinddragelsesudvalget til et møde, hvor forventningerne til samarbejde i forbindelse med udarbejdelsen af praksisplanerne drøftes. På samme måde indkalder sundhedskoordinationsudvalget, inden der udarbejdes udkast til en sundhedsaftale, patientinddragelsesudvalget til en drøftelse om forventningerne omkring arbejdet med sundhedsaftaler. Praksisplanudvalget og sundhedskoordinationsudvalget tilrettelægger efterfølgende procedurerne for systematisk inddragelse. Som minimum skal inddragelsen omfatte, at patientinddragelsesudvalget høres forud for vedtagelse af henholdsvis praksisplaner og sundhedsaftaler og eventuelle revisioner af disse.

Bekendtgørelse om ikrafttræden af visse bestemmelser i ændring af sundhedsloven

Da ændring af lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet blev vedtaget, gav ikrafttrædelsesbestemmelsen bemyndigelse til, at ministeren kunne fastsætte, hvornår bestemmelserne skal træde i kraft.

Med denne bekendtgørelse anvender ministeren bemyndigelse til, at bestemmelserne om praksisplanudvalg og patientinddragelsesudvalg sættes i kraft den 15. marts 2014.

De tre bekendtgørelser kan findes på følgende links:

Praksisplanudvalg: [Bekendtgørelse om praksisplanudvalg for almen praksis](#)

Patientinddragelsesudvalg: [Bekendtgørelse om patientinddragelsesudvalg](#)

Ændring af sundhedsloven: [Bekendtgørelse ændring af sundhedsloven, klage- og erstatning](#)

Sekretariatets bemærkninger

Sundhedsudvalget behandlede sagen på sit møde den 28. februar 2014. Sundhedsudvalget godkendte høringssvaret på Bekendtgørelse om praksisplanudvalg for almen praksis og Bekendtgørelse om ikrafttræden af visse bestemmelser i ændring af sundhedsloven. Sundhedsudvalget godkendte høringssvaret på Bekendtgørelse om patientinddragelsesudvalg med følgende tilføjelser og præciseringer:

- Regionerne bør varetage sekretariatsbetjeningen af udvalget
- Repræsentationen i udvalget bør suppleres med ældrerådene
- Psykiatriorganisationerne bør repræsenteres direkte i udvalget
- Regionerne ønsker at kunne inddrage og bruge udvalgene bredt



Forelagte høringssvar er tilrettet efter sundhedsudvalgets bemærkninger.

Bilag

Høringssvar til bekendtgørelser om praksisplanudvalg og patientinddragelsesudvalg (1129079).



11. Orientering om aftale mellem RLTN og PLO, sagsnr. 14/96, j.nr. RLTN5510

Rikke Rønnest

Resumé

Den 1. marts 2014 indgik Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) vedlagte forhandlingsaftale. Forhandlingsaftalen betyder, at der er aftalt en treårig overenskomst, som træder i kraft den 1. september 2014.

Nedenfor er udvalgte elementer i forhandlingsaftalen uddybet. Forhandlingsaftalen i sin helhed er vedlagt som bilag.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Den 1. marts 2014 indgik RLTN og PLO en forhandlingsaftale efter et langt forhandlingsforløb. Med indgåelsen af aftalen er der skabt tryghed for patienterne efter opsigelsen af overenskomsten i foråret 2013, og samtidig er der givet et godt afsæt til den praksisplanlægning, der nu skal begynde lokalt mellem regioner, kommuner og PLO. Fremover vil udviklingen af området i højere grad ske lokalt, således at de løsninger, der findes, er tilpasset lokale behov.

Aftalen vil endvidere være med til at sikre fortsat udvikling af kvaliteten i almen praksis.

Aftalen udvides med midler til en ny systematisk efteruddannelse for almen praksis, der giver mulighed for i første omgang op til tre dages ekstra efteruddannelse fra 2015. Derudover fastlægger aftalen, at der med afsæt i Den Danske Kvalitetsmodel skal udvikles en model for kvalitetsudvikling i almen praksis, hvor brugen af datafangst og kvalitetsparametre får en central rolle. Modellen indføres i alle klinikker over en fireårig periode.

Aftalen giver fortsat budgetsikkerhed for regionerne. For lægerne er der blandt andet sikret økonomi til at håndtere udviklingen i antallet af gruppe 1 sikrede ligesom det er aftalt, at man i fællesskab vil følge udviklingen i opgaver og økonomi tæt.



I det følgende er udvalgte elementer i forhandlingsaftalen beskrevet i kort form.

Kvalitet

- Almen praksis skal indgå i og akkrediteres efter Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM).
- Kvalitetsmodellen implementeres over en fireårig periode, hvilket betyder at alle praksis skal være akkrediteret senest den 31. august 2018.
- Der er en anerkendelse af, at arbejdet med at implementere DDKM i et vist omfang vil være ressourcekrævende, hvorfor der ved første akkreditering frem til 31. august 2018 ydes et implementeringsbidrag på 10.000 kr. for hver lægekapacitet ved påbegyndelse af arbejdet med DDKM og et akkrediteringshonorar på 10.000 kr., når akkrediteringen opnås.

Efteruddannelse

- Der indføres tre dages systematisk efteruddannelse, der bidrager til, at de praktiserende lægers kompetencer målrettes udviklingen i sundhedsvæsenet og patienternes behov.
- Den systematiske efteruddannelse etableres som et supplement til den eksisterende selvvalgte efteruddannelse.

Kontrol og opfølgning

- Parterne har i fællesskab fået udarbejdet en konsulentrapport af Deloitte. Dette er gjort på baggrund af den kritik af kontrol- og opfølgningsindsatsen, som har været rejst af Rigsrevisionen og statsrevisorerne. Som følge af rapporten er det aftalt, at kravet til registrering af sundhedskort i forbindelse med konsultationer sættes op til 100 % for at sikre bedre kontrolværdi.
- Det er endvidere aftalt, at parterne i fællesskab vil arbejde videre med nogle af de øvrige anbefalinger fra rapporten, og det er desuden tilkendegivet, at regionerne vil arbejde videre med andre af anbefalingerne.
- Der indføres en automatisk højstegrænse på +25 % af den gennemsnitlige udgift pr. sikret i regionen. Dette er besluttet som en udgiftsdæmpende foranstaltning.

Honorarsystemet

- Der igangsættes en fælles kampagne, som skal sætte fokus på den rigtige brug af lægen, herunder at man som patient har mulighed for at få flere emner pr. konsultation.



-
- Det er aftalt at nedsætte en arbejdsgruppe, som skal kortlægge indtjeningen og den gennemsnitlige timehonorering i lægevagten, beskrive forholdene omkring telefonkonsultation samt evt. indførelse af en længere varende konsultation.
 - Det er aftalt at afskaffe en række mindre tillægs- og laboratorieydelse samt forløbsydelsen for diabetikere.
 - Der er ikke aftalt nye ydelser eller ændringer af konkrete ydeshonorarer.

Decentralisering

- Det er aftalt, at når der lokalt er indgået en praksisplan og i tilknytning hertil en underliggende aftale til praksisplanen mellem PLO, regionen og kommunerne i regionen, hvor indsatser omkring sygebesøg og indsatser for psykisk syge fastlægges, bortfalder ydelserne i den centrale overenskomst.
- Når de lokale aftaler er indgået, reduceres den centrale økonomiske ramme med den enkelte regions forbrug af ydelserne med det senest kendte opgjorte beløb. Hermed flyttes midler og opgaver fra den centrale overenskomst til det lokale niveau i den enkelte region.
- Styringen af den lokale økonomi aftales lokalt.

Tilretning af overenskomsten efter lovændringen

- Det er aftalt at tilpasse overenskomsten i forhold til ændringerne i sundhedsloven vedr. den fysiske planlægning samt anvendelse af data mv.

Økonomi og økonomiprotokollat

- Kvalitets- og efteruddannelsesinitiativerne finansieres via produktivtetsgevinster blandt andet som følge af nedlæggelse af ydelser og automatiske højeste grænser.
- Der er aftalt en ramme til meraktivitet på 120 mio. kr. blandt andet som følge af udviklingen i antallet af patienter.
- Der er givet et løfte om yderligere 200 mio. kr. i perioden fra kommuner og regioner som et varigt løft, der udmøntes som led i praksisplanlægningen.
- Der er aftalt en fortsat pris- og lønregulering af honorarerne i overenskomstperioden, men beregningsmetoden ændres og det er endvidere aftalt, at den økonomi som genereres via reguleringen kan anvendes til andre formål end honorarforhøjelser, sådan som det også er aftalt med Dansk Kiropraktorforening.



-
- Der er aftalt en modificering af det nuværende økonomiprotokollat, som på den ene side giver regionerne den ønskede budgetsikkerhed, og på den anden side imødekommer nogle af PLOs ønsker.
-

Bilag

Aftale med PLO 1. marts 2014 (1129558).



12. Ufrivillige frameldinger til livmoderhalskræftscrening, sagsnr. 14/202

Josefina Hindenburg
Krausing

Resumé

Danske Regioner udarbejdede i november 2013 en foreløbig redegørelse til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, som beskrev sagen om ufrivillig framelding til programmet for livmoderhalskræftscrening. Redegørelsen var foreløbig, idet der fortsat har pågået et analysearbejde.

Der er den 28. februar 2014 fremsendt en opfølgende afrapportering til ministeriet.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager orienteringen om opfølgende afrapportering om ufrivillig framelding til livmoderhalskræftscrening til efterretning.

Sagsfremstilling

Danske Regioner orienterede den 22. oktober 2013 offentligheden om, at regionerne har gentilmeldt 27.000 kvinder til screeningsprogrammet for livmoderhalskræft. Baggrunden var, at det ved en gennemgang af et IT-system, som håndterer invitationer til undersøgelse, blev konstateret, at der var usikkerhed om, hvorvidt frameldingerne var berettigede. Det drejer sig om perioden 1981-2007.

Regionerne har derfor tilmeldt samtlige 27.000 kvinder til programmet igen. Af de 27.000 kvinder har regionerne kontaktet de 19.000 med opfordring til at melde tilbage, om de ønsker at få foretaget en undersøgelse. De øvrige 8.000 kvinder har på eget initiativ fået foretaget en undersøgelse inden for de sidste 3-5 år.

Danske Regioner har i november 2013 udarbejdet en foreløbig redegørelse til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, som beskriver sagens indhold, hvad regionerne gør for at udrede de spørgsmål, som knytter sig hertil, og hvilke skridt regionerne har taget i forhold til de berørte kvinder. Redegørelsen var foreløbig, idet der fortsat har pågået et analysearbejde.



Der er nu fremsendt en opfølgende afrapportering til ministeriet. Opfølgningen omhandler primært opdelingen af kvinder i forhold til, at der er en gruppe kvinder, hvor den manglende indkaldelse måske kan have haft en betydning. Regioner, som vurderer, at der kan være sket ufrivillige frameldinger, udsender et brev til de kvinder, hvor det er vurderingen, at deres framelding kan have sammenhæng mellem en ufrivillig framelding og udviklingen af livmoderhalskræft. Der vil i brevet indgå oplysninger om, at der kan være sket en fejl, og at regionen vil være behjælpelig med at rette henvendelse til Patientforsikringen, såfremt de ønsker det.

Regional afdækning

Regionerne har konkluderet, at der kan være sket ufrivillige frameldinger i Region Midtjylland og Region Syddanmark. Region Nordjylland har ikke fundet fejl i det daværende Nordjyllands Amt, men der kan være sket fejl i det daværende Viborg Amt. Region Hovedstaden og Region Sjælland har ikke fundet forhold, der giver anledning til at tro, at der er sket utilsigtede frameldinger.

Videre arbejde med afdækning af andre screeningsprogrammer

Regionerne vil sikre, at der ikke kan ske tilsvarende fejl i de resterende screeningsprogrammer (tarmkræftscreening og brystkræftscreening). Desuden igangsættes en afdækning af muligheden for ens procedure på tværs af screeningsprogrammerne og på tværs af regionerne, så borgere kan få et overblik over til- og frameldinger til screeningsprogrammer samt ændre status.

De to opgaver er placeret i Regionernes Sundheds-it (RSI) og ventes færdig i foråret 2014.

Sekretariatets bemærkninger

Sundhedsministeren vil med en særlov sikre, at anmeldte sager om livmoderhalskræft, der efter de almindelige erstatningsregler er forældede, kan få mulighed for at søge erstatning hos Patientforsikringen. Normalt afvises sager, hvis de er over 10 år gamle. Det må forventes at betyde merudgifter for regionerne.

Ifølge foreløbige tal fra Patientforsikringen har 103 kvinder indtil nu anmeldt skader, som de mener, er opstået på grund af manglende invitation til screening, nogle af disse er mere end 10 år gamle. Derudover drejer ni af sagerne sig om skader, som er sket før 1. juli 1992, da patientforsikringsordningen trådte i kraft, og hvor der blev indført lempeligere regler i patienterstatningssager.



Bilag

Opfølgende redegørelse til SUM (1128686).





13. Regionernes rolle i ny sygedagpengereform, sagsnr. 14/352

Andrea Grandelag

Resumé

Regionerne har fået tildelt en rolle i forbindelse med kommunernes afklaring af sygedagpengeforløb. Det er sket med det nye forlig om reform af sygedagpengesystemet. Fra den 1. juli 2014 skal borgere, der har modtaget sygedagpenge i fem måneder, og hvor perioden ikke kan forlænges, i et jobafklaringsforløb. Forløbet tager udgangspunkt i den model, som blev etableret i forbindelse med reformen af førtidspension og fleksjob. Det betyder, at et tværfagligt rehabiliteringsteam skal gennemgå sygedagpengemodtagerens mulighed for at komme tilbage til arbejdsmarkedet. I det tværfaglige team deltager en regional sundhedskoordinator.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Regeringen har i december 2013 indgået et forlig om sygedagpengesystemet sammen med Venstre, Dansk Folkeparti, Det konservative Folkeparti og Liberal Alliance. Hovedformålet med reformen er at give økonomisk sikkerhed for sygemeldte samt en tidligere og bedre indsats.

Jobafklaringsforløb

Med den nye model indføres en opsamlende forlængelsesregel til personer, der har modtaget sygedagpenge i en periode på fem måneder, og som derefter ikke kan forlænges efter de gældende regler. Disse personer overgår til et jobafklaringsforløb med en tilhørende ydelse.

Jobafklaringsforløbet tager udgangspunkt i den model, som blev etableret i forbindelse med reformen af førtidspension og fleksjob. Det betyder, at en del sygedagpengesager skal vurderes af et tværfagligt rehabiliteringsteam. Teamet består af medarbejdere fra det kommunale beskæftigelses-, social- og sundheds- og uddannelsesområde. Regionen er repræsenteret i teamet ved en sundhedskoordinator. Den regionale sundhedskoordinator fungerer som indgang til den kliniske funktion i regionen. Her har kommunen adgang til rådgivning og vurdering fra relevant sundhedsfagligt personale. Således får regionerne en ny rolle i afklaring af sygedagpengesager.



Formålet med jobafklaringsforløbet er, at den sygemeldte kommer tilbage på arbejdsmarkedet. Forløbet er kendetegnet ved, at den sygemeldte skal have en individuelt tilpasset og helhedsorienteret indsats, der skal bidrage til at udvikle arbejdsevnen.

Det er sygemeldte med komplekse problemer, der skal have deres sag vurderet af rehabiliteringsteamet. Med komplekse problemer forstås sager, hvor det ikke står klart, hvornår personen kan raskmeldes, hvor der er tale om en diffus, uafklaret sygdom, der udgør en betydelig barriere for arbejdsevnen og/eller betydelig beskæftigelsesmæssig eller social udfordring udover sygdommen.

Udvidet rolle for regionens kliniske funktion

I nogle tilfælde vælger borgere ikke at tage imod et behandlingstilbud. Det kan føre til, at kommunen overvejer at stoppe sygedagpengene eller beslutter ikke at tilkende fleksjob eller førtidspension. Med den nye reform får den enkelte borger ret til at få forelagt sin sag for en klinisk funktion i regionen. Den kliniske funktion skal så vidt muligt foreslå et alternativ til det første behandlingstilbud. Hvis borgeren ikke ønsker at modtage denne behandling bortfalder kravet om at deltage i lægebehandling. Således får den regionale kliniske funktion en yderligere rolle i den nye sygedagpengereform.

Hvis borgeren ikke ønsker det andet behandlingstilbud, bortfalder det nuværende krav om at deltage i lægebehandling. Initiativet sker som et toårigt forsøg. Initiativet evalueres med henblik på en vurdering af, om det bør gøres permanent.

Bilag

Ingen.



14. Afrapportering fra Demokratiudvalget 2010-2014, sagsnr. 14/966

Eva Margrethe Weinreich-Jensen

Resumé

Demokratiudvalget blev nedsat som et midlertidigt udvalg i foråret 2010, men fik forlænget sin funktionsperiode til hele valgperioden. Borgertopmøder i alle fem regioner i 2011, inspirationskatalog til udarbejdelse af politisk kodeks, Folkemødet, samarbejde med unge fra patientforeninger, samarbejde med forskningen og Ungetænk tanken YouGlobe, og 100 ungevalgmøder. Det er nogle af de store emner, som Demokratiudvalget gennem de sidste 3½ år har arbejdet med.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Der har været holdt 17 udvalgsmøder, en workshop, og en række oplægsholdere har bidraget med viden og bidraget til faglige diskussioner om valgdeltagelse, demokratiets tilstand, regionerne som politisk styreform, politiks kodeks, demokratiet i et europæisk perspektiv og amerikansk valgkamp. Udvalget var i 2011 på en 24 timers studietur til Lyon, Frankrig, med fokus på det inddragende demokrati. Demokratiudvalget har herudover i 2012 og 2013 stået for fire arrangementer på Folkemødet.

Større initiativer og arrangementer, som Demokratiudvalget har stået i spidsen for og har arbejdet med siden dets start:

Borgertopmøder:

Alle fem regioner holdt den 5. marts 2011 borgertopmøde. 1.100 borgerne deltog. Resultaterne er samlet i et omfattende slutdokument, hvor alt om borgertopmøderne er dokumenteret: borgernes ønsker til sundhedsvæsenet, baggrunden for ønskerne, afstemningsresultater, evalueringer, postkort til politikerne, deltagerlister samt forskellige statistikker over deltagernes alder, køn og bopæl. Alle deltagerne fik en kopi af rapporten. Samtidig blev der udarbejdet en kort version af borgertopmødernes resultat: ”10 budskaber fra borgertopmøderne”.



Politisk kodeks

Demokratiudvalget udviklede i 2011/2012 et inspirationshæfte om politisk kodeks og holdt en workshop for regionale politikere. Tanken var, at give regionerne et redskab til arbejdet med at etablere deres eget politiske kodeks, eller måske blot til drøftelser om, hvordan man arbejder sammen i regionsrådet og med administrationen. Der blev udarbejdet følgende materiale, som regionerne bagefter fik og som der i forskelligt omfang er blevet arbejdet videre med:

- En inspirationspjece om formål med kodeks m.v.
- Cases eller scenarier, som kan anvendes som oplæg til diskussion
- Eksempler på kodeks

Folkemødet

Demokratiudvalget deltog på Folkemødet fra første år. Efterfølgende har det koordinerende arbejde med foreningens aktiviteter på Folkemødet været forankret i Demokratiudvalget, herunder møder med Bornholm Regionskommunes borgmester med udveksling af ideer til udvikling af konceptet for Folkemødet. Demokratiudvalget har hidtil været værter for flere arrangementer med udgangspunkt i unge og inddragelse.

Unge patienter

Demokratiudvalget fostrede ideen om at inddrage unge fra unge patientforeninger. Det resulterede i et arrangement på Folkemødet, hvor grunden til et fortsat samarbejde blev lagt. De unge patienter fra Drivkræften (Kræftens Bekæmpelse), SIND Ungdom, FNUG (Gigtforeningen), Diabetes Ungegrupper og SUMH (Sammenslutningen af Unge Med Handicap) fik efterfølgende mulighed for en skræddersyet workshop om interessevaretagelse, de har holdt oplæg for ca. 30 politikere på Det tværregionale erfaringsudvekslingsmøde i marts 2013, indgik i endnu et arrangement på Folkemødet i 2013, de har været inviteret af Venstres sundhedsordfører, og de er ved at gøre klar til et foretræde for Folketingets Sundhedsudvalg. Dermed er netværket ved at opnå anerkendelse som et talerør for de unge patienter.

Kredsen af unge patientforeninger er i år blevet udvidet. De nye organisationer, der i fremtiden vil indgå i netværket og samarbejdet er Nyreforeningens unge, Unge/voksne med medfødt hjertefejl, Unge med Epilepsi, Lungeforeningen og unge fra Landsforeningen mod spiseforstyrrelse og selvskade.



Valget 2013 - Ungevalgsmøder

Med udgangspunkt i ønsket om at øge valgdeltagelsen til regionsvalget i november 2013 og et fortsat fokus på de unge og førstegangsvælgere, har Demokratiudvalget haft ansvaret for udviklingen af et koncept for ungevalgsmøder i samarbejde med ungetænkertanken YouGlobe. Et andet fokus var også at øge kendskabet til regionernes ansvarsområder og eventuelt øge interessen for selv at blive aktiv i politik.

Alle regioner fulgte konceptet og 100 ungevalgsmøder blev holdt med start den 2. september og til den 15. november 2013. Ca. 30.000 unge deltog i møderne. Møderne foregik på ungdoms uddannelsesinstitutioner, og var valgt ud blandt erhvervsskoler, sosu-skoler og almene gymnasier. Region Midtjylland, Region Nordjylland og Region Sjællands valgsmøder indgår i et stort valgforskningsprojekt på Statskundskab, Københavns Universitet. Forskningen skal forsøge at vise, om valgsmøderne har en effekt på de unges valgdeltagelse. Forskningsresultaterne vil blive fremlagt omkring sommeren 2014.

Udvalget har også haft andre mindre emner oppe undervejs, og har blandt andet stået for et par fællesregionale uddannelseskurser om økonomi og EU.

Demokratiudvalget opfordrer til, at der også fremover etableres et Demokratiudvalg i Danske Regioner. Udvalget peger på, at følgende emner med fordel kan tages op i de kommende år:

- Kampagner der opfordrer til at deltage i valg
- Udforskning af mulighederne for nye måder at stemme på – elektroniske, apps, brug af NemID og lign.
- Kontinuerligt at gøre opmærksom på regionerne som en demokratisk institution ved et systematisk arbejde med at inddrage borgerne og gøre det tidligt i processen
- Mere aktivt bruge de input der kommer fra borgerinddragende initiativer
- Evt. udarbejde et kodeks for borgerinddragelse
- Fortsat aktiv deltagelse på Folkemødet og aktiv i indsatsen for at få færre men bedre arrangementer.

Bilag

Ingen.





15. Orienteringer om emner på EU-dagsordenen, sagsnr. 14/580

Maren Munk-Madsen

Resumé

Udover de prioriterede EU-sager for 2014, som bestyrelsen tager særskilt stilling til under et andet punkt på dagsordenen er følgende en status på aktuelle emner, der allerede er omfattet af bestyrelsens prioriteringer for foreningens europapolitiske arbejde.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Topmøde for regioner og byer i Athen 7.-8. marts, sag 14/573

Regionsudvalget fejrer sit 20 års jubilæum ved bl.a. at afholde et topmøde for regioner og byer den 7. – 8. marts i Athen sammen med Attica regionen.

På topmødets dagsorden er EU's strategi for vækst og beskæftigelse, EU2020; hvilke fremskridt er der gjort men også hvordan EU's regioner og kommuner bidrager til strategiens mål og flagskibe gennem regionale vækst- og udviklingsstrategier og derfor bør være bedre involveret på såvel nationalt som europæisk plan. Der vil være indlæg fra Regionsudvalgets formand, Valcarcel, men også fra formanden for den Europæiske Investeringsbank, Hoyer samt græske ministre, der repræsenterer EU formandskabet.

Et andet tema på topmødet er det kommende valg til Europa-Parlamentet, herunder EU's fremtid og hvordan regioner og kommuner bidrager til at synliggøre EU overfor borgerne, da en del af EU's politik har direkte eller indirekte indflydelse på borgernes hverdag.

Topmødet afsluttes med vedtagelse af en erklæring "Midtvejsevalueringen af Europa2020 strategien – en territorial vision for vækst og beskæftigelse".

Bytrafik og mobilitetsplaner på Regionsudvalgets dagsorden, sag 14/120

EU-Kommissionen peger på behovet for at se på bytrafik i et europæisk perspektiv. Det handler bl.a. om at dele erfaringer mellem EU landene med fokus på best-practice og samarbejde, sikre økonomisk støtte, og sikre forskning og innovation ift. mobilitetsløsninger. Ift. mobilitetstiltag i byer har EU dog inden direkte myndighed, da det er underlagt den nationale/lokal myndighed (subsidiaritetsprincippet).



Regionsudvalget slår fast, at effektiv transport i byerne kan bidrage væsentligt til at skabe bæredygtig økonomisk vækst og beskæftigelsesmuligheder i byerne. Det er af meget stor betydning for at nå EU 2020-målene, eftersom 70 pct. af EU's befolkning bor i byer og tegner sig for ca. 85 pct. af EU's BNP. Desuden har det stigende behov for at kunne transportere sig rundt i byerne skabt et ikke-bæredygtigt miljø i mange byområder, hvilket har ført til alvorlige trafikpropper, dårlig luftkvalitet og et højt niveau af CO₂-emissioner.

Regionsudvalget vil have fokus på, hvilke indikatorer der vil være de bedste for at forbedre beslutninger om bytrafik set i lokalt, regionalt, nationalt og på EU niveau. Hvilke midler der er mest velegnede til at understøtte indsatsen i en bæredygtig mobilitet i byerne. Hvilke initiativer kan gennemføres for at sikre Best Practice. Hvordan kan planer for bytrafik bedst understøtte brugen af struktur-fonde m.m. Og om mobilitetsplanerne skal lægge større vægt på klimapåvirkning og sundhedseffekter.

Danske Regioner støtter fuldt arbejdet med mobilitetsplaner, idet det er vigtigt, at de ikke kun omfatter byerne, men også trafikken til og fra byerne. Ofte vil trafikken til byerne, f.eks. pendlingen til arbejdspladser i byen, udgøre en væsentlig del af trafikken i byen, og manglende alternativer til bilen udenfor byen er en væsentlig begrundelse for brug af bil i byen. Bytrafik kræver derfor samarbejde mellem den lokale og den regionale og evt. den statslige myndighed (sidstnævnte i.f.t. statslige veje og jernbaner).

Det ansvarlige fagudvalg (COTER) skal stemme om forslaget den 5. maj og endelig vedtagelse på plenarforsamlingen den 25. - 26. juni.

Bilag

Ingen.



16. Generelle orienteringer, sagsnr. 14/580

Maren Munk-Madsen

Resumé

Følgende emner er til orientering:

Orientering om konference for de nye sundhedskordinationsudvalg og praksisplanudvalg, sag nr. 14/728

Helse-sagen, sag nr. 10/2485

Rigsrevisionens opfølgingsnotater i relation til undersøgelse af sygehusbyggeri II vedr. regionernes arbejde med effektivisering i projekternes tidlige faser, sag nr. 10/1808

Rigsrevisionens opfølgingsnotat i relation til beretning om DRG-systemet fra august 2011, sag. nr. 14/1198.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning

Sagsfremstilling

Orientering om konference for de nye sundhedskordinationsudvalg og praksisplanudvalg, sag nr. 14/728

Danske Regioner afholder sammen med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og KL en konference for de nye medlemmer af sundhedskordinationsudvalgene og praksisplanudvalgene. Formålet med konferencen er at bidrage til en fælles politisk platform for arbejdet med de politiske målsætninger og sammenhængende løsninger i sundhedsaftaleregi. Samtidig er konferencen anledning til at sætte fokus på politikernes rolle – og tydeliggøre både ministerens, Danske Regioners og KLs fokus og forventninger til samarbejdet. Konferencen er dermed også en opfølgning på anbefalingerne fra den sundhedscamp, der blev afholdt af Danske Regioner og KL i december 2012. Konferencen afholdes den 5. maj 2014 i København.

Helse-sagen, sag nr. 10/2485

Den 11. februar 2013 har Østre Landsret afsagt dom i erstatningssagen mod bladet Helses bestyrelse.



SKAT rejste i 2010 en erstatningssag mod Helsebladets fondsbestyrelse. Danske Regioner besluttede at yde advokatbistand til de tre medlemmer udpeget af Danske Regioner dog under forudsætning af, at såfremt byretten og landsretten tilkendte dem sagsomkostninger skulle de tilfalde Danske Regioner. Der blev afsagt dom i byretten i 2011, hvor den tidligere bestyrelse blev frifundet. Skat ankede dommen til Østre Landsret. Østre Landsret har nu stadfæstet byrettens dom.

SKAT skal i forbindelse med dommen udrede sagsomkostninger fra henholdsvis byretten og landsret, med 2 x 50.000 kr. til hvert medlem af den tidligere fondsbestyrelse, dog skal den tidligere fondsbestyrelse in solidum betale 55.000 kr. til statsautoriseret revisor Iver Haugsted.

Rigsrevisionens opfølgingsnotater i relation til undersøgelse af sygehusbyggeri II vedr. regionernes arbejde med effektivisering i projekternes tidlige faser, sag nr. 10/1808

Rigsrevisionen har netop offentliggjort opfølgingsnotat vedr. beretning nr. 2/2013 om sygehusbyggerier II. Notatet er baseret på regionernes bemærkninger til beretningen.

I Rigsrevisionens beretning offentliggjort i oktober 2013 forholder Rigsrevisionen sig kritisk til regionernes arbejde med effektivisering i projekternes tidlige faser.

Regionerne har i deres bemærkninger til Statsrevisorernes beretning nr. 2/2013 gentaget hovedpointerne i de fælles og individuelle høringssvar udarbejdet i forbindelse med undersøgelsen. Her særligt at regionerne arbejder målrettet med realisering af de forudsatte effektiviseringsgevinster, og at undersøgelsen ikke afspejler regionernes arbejde med effektivisering på en tilstrækkelig nuanceret og retvisende måde.

I opfølgingsnotatet finder Rigsrevisionen det ikke tilfredsstillende, at regionerne på baggrund af beretningens konklusioner øjensynligt ikke påtænker at iværksætte initiativer ud over dem, som beretningen behandlede. Det fremgår videre, at rigsrevisionen også fremadrettet vil følge regionernes arbejde med realisering af gevinsterne.

Der er i regionerne enighed om at der fortsat skal arbejdes på en yderligere konkretisering af effektiviseringsgevinsterne i takt med byggeriernes fremdrift, og det er aftalt med regionerne, at der skal foretages en evaluering af det fælles koncept for opfølgning på effektiviseringsgevinsterne ved udgangen af 2014.



Rigsrevisionens opfølgingsnotat i relation til beretning om DRG-systemet fra august 2011 sag. nr. 14/1198

Rigsrevisionen har netop fremsendt opfølgingsnotat vedr. beretning om DRG-systemet fra august 2011 til Statsrevisorerne. Rigsrevisionen kritiserer i særlig grad Statens Serum Institut (SSI) for ikke at have fulgt op på anbefalingerne i Rigsrevisionens beretning fra 2011, men der er også fokus på evaluering af konsekvenserne ved fremrykning af sygehusenes fordelingsregnskaber.

Regionerne og staten indgik som en del af økonomiaftalen for 2013 aftale om at evaluere konsekvenserne af en fremrykning af sygehusenes indberetning af fordelingsregnskaber. Rigsrevisionens retter i det opfølgende notat kritik af, at den aftalte evaluering endnu ikke har fundet sted. Samtidig påpeges, at fordelingsregnskaberne stadig indeholder fejl, hvilket medfører fejl i DRG taksterne.

For regionerne er det nu væsentligt, at der indledes drøftelser om den aftalte evaluering af fremrykningen af fordelingsregnskaberne, jf. økonomiaftalen for 2013. Herunder en drøftelse af, hvordan regionerne kan lave et fælles udspil til forløbet for den aftalte evaluering.

Bilag

Ingen.





17. Næste møde, sagsnr. 14/580

Maren Munk-Madsen

Resumé

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender, at næste møde holdes onsdag den 26. marts 2014 kl. 17.15 i Aalborg

Sagsfremstilling

Næste møde holdes onsdag den 26. marts 2014 kl. 17.15 i Aalborg med punktet Drøftelse af formandens tale.

Bilag

Ingen.





18. Eventuelt, sagsnr. 14/580

Maren Munk-Madsen

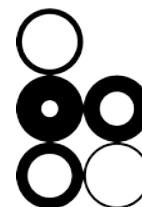
Resumé

Indstilling

Sagsfremstilling

Bilag

Ingen.



Medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl.

13-02-2014

Sagsnr. 14/355

Maren Munk-Madsen

Tel.: 3529 8165

E-mail: ma@regioner.dk

Åbent referat af skriftlig votering i Danske Regioners Bestyrelse (som følge af aflysning af mødet den 7. februar 2014)

Deltagere: Bent Hansen, Carl Holst, Ulla Astman, Steen Bach Nielsen, Vibeke Storm Rasmussen, Poul Erik Svendsen, Henrik Thorup, Per Tærsebøl, Thor Grønlykke, Poul Müller, Anne V. Kristensen, Birgitte Josefsen, Bente Lauridsen, Knud Andersen, Jens Stenbæk, Flemming Stenild, Birgitte Kjøl-ler Pedersen

1. Godkendelse af åbent referat af skriftlig votering 06-12-2013 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 14/355

Referatet blev godkendt.

2. Danske Regioners regnskab 2013, sagsnr. 14/101

Bestyrelsen godkendte Danske Regioners regnskab for 2013. Regnskab og Revisionsprotokol vil blive underskrevet på bestyrelsesmødet den 14. marts 2014.

Resumé

Danske Regioners regnskab aflægges i overensstemmelse med årsregnskabslovens regler for klasse A virksomheder. Årsregnskabet er revideret af BDO Kommunernes Revision Godkendt revisionsaktieselskab.

Danske Regioners resultatopgørelse for 2013 udviser et driftsunderskud på 24,5 millioner kroner. De finansielle poster før urealiserede kursgevinster udviser et overskud på 9,6 millioner kroner, idet der er indtægter på 18,9 millioner kroner og omkostninger på 9,2 millioner kroner. Driftsresultatet før urealiserede kursgevinster udgør dermed 14,9 millioner kroner. Dette er en forbedring på 20,2 millioner kroner i forhold til det budgetterede driftsresultat for 2013 på 35,1 millioner kroner. Med de urealiserede kapitalgevinster på 9,9 millioner kroner fås et underskud af foreningens drift på 5 millioner kroner. Hertil kommer 1,2 millioner kroner i udgifter til projekter, der er bevilget som flerårige rammebevillinger. Resultatet af foreningens drift er dermed et underskud på 6,2 millioner kroner.

Danske Regioners balance pr. 31. december 2013 balancerer med 805,2 millioner kroner. Egenkapitalen udgør ultimo 2013 420,3 millioner kroner, hvilket er et fald på 6,1 millioner kroner i forhold til primo egenkapitalen.

3. Skriftlig beretning 2013, sagsnr. 13/1679

Bestyrelsen godkendte udkast til skriftlig beretning 2013.

Efter ønske fra Carl Holst er det i afsnittet om "Patientsikkerhed" fremhævet at resultaterne i forhold til patientsikkerhed ikke kun knytter sig til "Patient-sikkert Sygehus 2013". Endvidere er det i afsnittet om "Sundheds-it/tele-medicin" fremhævet, at telemedicinske løsninger skal vurderes i forhold til kvalitet og effekt, inden de sættes i drift i stor skala.

Efter ønske fra SF er indskrevet i afsnittet om "De regionale arbejdspladser":
Alle regioner arbejder målrettet med arbejdsmiljøindsatser på forskellige niveauer. Regionerne har en bred tilgang til arbejdsmiljøindsatsen, hvor arbejdsmiljø i høj grad tænkes sammen med kerneopgaven. Eksempelvis har Danske Regioner i fællesskab med de faglige organisationer udarbejdet vejledninger om forebyggelse af vold, mobning og chikane.

Resumé

Den skriftlige beretning 2013 er skrevet af sekretariatet og er opdelt i afsnit svarende til regionernes ansvarsområder. Dertil kommer afsnit om evalueringen af kommunalreformen samt regionsvalget. Beretningen har fokus på regionernes udspil og resultater for 2013.

4. Danske Regioners generalforsamling 2014 - godkendelse af program og dagsorden, sagsnr. 14/538

Bestyrelsen godkendte program og dagsorden for Danske Regioners generalforsamling 2014.

5. Danske Regioners generalforsamling 2015 og frem, sagsnr. 14/538

Bestyrelsen godkendte, at Danske Regioners generalforsamling 2015 holdes den 16. april.

6. Høring af forslag til lov om kommunernes overtagelse af de lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud, sagsnr. 14/402

Bestyrelsen godkendte høringssvaret.

Resumé

Danske Regioner modtog den 10. december høring over lov om kommunernes overtagelse af de regionale lands- og landsdelsdækkende undervisningsinstitutioner.

7. Høring af forslag til lov om ændring af lov om trafikkselskaber, sagsnr. 14/106

Bestyrelsen godkendte høringssvaret.

Carl Holst bemærkede, at det for en god ordens skyld skal præciseres, at Region Nordjyllands overtagelse af den statslige togdrift i Nordjylland ikke medfører ændringer i bloktilskudsfordelingen.

Henrik Thorup bemærkede, at der i Østdanmark bør være to regionale trafik-selskaber til at varetage den kollektive trafik i henholdsvis Region Hovedstaden og Region Sjælland, men at der skal være en tæt koordinering af planerne fra hver side.

Resumé

De to væsentligste emner i lovforslaget set fra regionalt perspektiv er, 1) At der lægges op til at Region Nordjylland kan overtage en del af den statslige togdrift i Nordjylland, og 2) At der lægges op til en ændret model for finansiering af Movia.

Høringssvaret, som er fremsendt med forbehold for godkendelse i Danske Regioners bestyrelse, forholder sig positivt til førstnævnte, hvorimod det for så vidt angår den ændrede model for finansiering af Movia er fremhævet, at modellen er i modstrid med intentionerne bag lovændringen.

8. Høring af udkast til det danske landdistriktsprogram 2014-2020, sagsnr. 14/477

Bestyrelsen godkendte udkast til høringssvar.

Carl Holst bad om, at det til høringssvaret foreslås, at der i programmet tilføjes en såkaldt ”hvilede ordning” for regionale, vækstorienterede indsatser i landdistrikterne.

Resumé

Danske Regioners sekretariat har udarbejdet udkast til høringssvar vedrørende det danske landdistriktsprogram 2014-2020. Høringssvaret lægger især vægt på behovet for jobskabelse, vækst og samarbejde på tværs af brancher og offentlige myndigheder. Generelt finder Danske Regioner, at udkastet til landdistriktsprogram 2014-2020 har flere gode elementer, men også flere mangler. Regeringens store fokus på jobskabelse og vækst er ikke optimalt afspejlet i landdistriktsprogrammet. Her havde Danske Regioner gerne set et bredere fokus på erhvervsudvikling i landdistrikterne, end det er tilfældet i udkastet til landdistriktsprogram. Omvendt er Danske Regioner positiv over for den fortsatte prioritering af lokale aktionsgrupper og LEADER-indsatsen.

9. Landsplanredegørelse 2013 offentliggjort, sagsnr. 14/131

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

Resumé

Regeringens Landsplanredegørelse 2013 blev offentliggjort kort før jul. Landsplanredegørelsen anerkender regionerne som vigtige aktører i forhold til at skabe grøn vækst og job, stå i spidsen for samarbejde over grænserne, sætte fokus på klimatilpasning og ressourceeffektivitet, og udvikle landdistrikter. Regionernes brede indsats for regional udvikling, f.eks. i forhold til infrastruktur og mobilitet, burde have været tydeligere beskrevet.

10. Nedlæggelse af den offentlige rejsesygesikring, sagsnr. 14/494

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

Resumé

I finanslovsaftalen for 2014 er der fremsat lovforslag om nedlæggelse af den offentlige rejsesygesikring pr. 1. august 2014. Lovforslaget er i 3. og sidste høring den 6. februar 2014.

Lovforslaget indebærer, at danskere ikke længere kan få dækket udgifter ved akut opstået sygdom, ulykkestilfælde eller dødsfald under ferieophold eller studierejse i en række omfattede lande.

Nedlæggelsen af den offentlige rejsesygesikring forudsætter, at alle danskere modtager et nyt sundhedskort inden 1. august 2014. På baggrund af en markedsundersøgelse blandt potentielle leverandører er det Danske Regioners vurdering, at det vil være vanskeligt at gennemføre denne opgave inden august.

Danske Regioner har fremsendt et brev til departementschefen for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Folketingets forebyggelses- og sundhedsudvalg og orienteret om problemstillingen.

11. Generelle orienteringer, sagsnr. 14/355

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

Resumé

Følgende emner er til orientering:

Høring af Danske Regioner om inddragelse af Danske Regioner under ombudsmandens kompetence i medfør af ombudsmandslovens § 7, stk. 4, sag nr. 12/1943

Inddragelse af regionsråd ved lukning af udbud af ungdomsuddannelser, sag nr. 09/3091

Ankesag vedrørende offentlig rejsesygesikring, sag nr. 14/58

Rigsrevisionens beretning om regionernes indsats på det præhospitale område, sag nr. 14/401

Juridisk vurdering af grundlaget for en erstatningssag mod Lundbeck, sag nr. 14/653

12. Næste møde, sagsnr. 14/355

Bestyrelsen godkendte, at næste møde holdes fredag den 14. marts 2014.



26-02-2014

Sag nr. 13/2085

Dokumentnr. 10164/14

Martin Thor Hansen

Tel. 3529 8294

E-mail: mth@regioner.dk

Data og fortrolighed i sundhedsvæsenet

Oplysninger om den enkelte borgers helbred er dybt fortrolige, fordi de rækker langt ind i den enkelte persons privat affærer. Det kan f.eks. være noget så banalt som oplysninger om kost, rygning, alkohol og motion (de såkaldte KRAM-faktorer), som er standardoplysninger i mange patientforløb, og som fortæller noget grundlæggende om borgerens livsstil og eventuelle laster. De mere åbenlyse eksempler på særlig initime sundhedsdata er f.eks. oplysninger om abort og psykiatiske lidelser.

Der er blandt borgerne en naturlig og helt berettiget forventning om, at sundhedsvæsenet værner om borgernes privatliv. Dette handler bl.a. om, at sundhedspersoner skal iagttage tavshed om de helbredsoplysninger, som de får kendskab til gennem deres arbejde, og at disse oplysninger indhentes og videregives i henhold til gældende regler. Det er afgørende, at regionerne lever op til disse forventninger ved at værne om patienternes basale rettigheder, sådan at borgerne fortsat kan have tillid til sundhedsvæsenet og være trygge ved at afgive helbredsoplysninger. I forlængelse af dette skal regionerne også kunne imødekomme borgernes klare forventning om, at relevante helbredsoplysninger skal være tilgængelige for de sundhedspersoner, der deltager i et behandlingsforløb.

Lovgivningsmæssigt er kravene om tavshedspligt, fortrolighed og sikker behandling af helbredsoplysninger reguleret i Sundhedsloven, Persondataloven, Forvaltningsloven og Straffeloven. Det indebærer bl.a., at regionerne skal opbevare sundhedsdata forsvarligt herunder sikre, at der ikke gives uberettiget adgang til data. Alle regioner har med afsæt i den eksisterende lovgivning vedtaget klare politikker for informationssikkerhed. Formålet med politikerne er at etablere en ramme for beskyttelse af de data, som regionerne er dataansvarlige for, hvilket både skal sikre, at regionerne lever op til lovgivningen på området, og sikre at informationerne kan anvendes som led i patientbehandlingen på en måde, som giver høj kvalitet og pati-

entsikkerhed. Derfor bygger regionernes politikker for informationssikkerhed overordnet på tre hovedprincipper om:

- *Fortrolighed*, som fokuserer på, at helbredsoplysninger og andre fortrolige oplysninger ikke må komme uvedkommende i hænde.
- *Integritet*, som omhandler at data skal være korrekte, og at behandlingen af data ikke må forringe indholdet utilsigtet.
- *Tilgængelighed*, som vedrører at sundhedspersoner og systemer skal kunne tilgå data, når der er behov for det.

Regionernes brug af data

For regionerne er opdaterede og retvisende data en basal forudsætning for at kunne levere høj behandlingskvalitet samt for at kunne drive et effektivt sundhedsvæsen. Det indebærer, at regionerne er afhængige af data for at kunne udføre deres kerneopgaver. Regionerne anvender helt overordnet sundhedsdata til to formål.

For det første bruger sundhedspersonalet (og borgerne) sundhedsdata direkte som led i patientbehandlingen, hvilket understøtter sammenhæng og kvalitet i patientforløbet. Den digitale udvikling har betydet, at alle patienter i dag kan behandles på et væsentligt mere oplyst grundlag, fordi vi er i stand til at dele vigtig viden over afstand, mellem specialer og på tværs af sektorer. De nye digitale muligheder er en stor gevinst for patientsikkerheden, men det stiller samtidig krav til systemernes datasikkerhed, herunder hvem der har adgang til at indhente og videregive data i henhold til bestemte formål.

For det andet bruges sundhedsdata til en række sekundære formål, som ikke er direkte knyttet til det enkelte patientforløb, men som i stedet tager sigte på udvikling, styring og planlægning af sundhedsindsatsen – f.eks. forskning, kvalitetssikring, læring m.m. Til dette formål stilles data typisk til rådighed via de regionale ledelsesinformationssystemer, hvorfra man kan få adgang til ikke personhenførbare data. Udgangspunktet for sekundær brug af data er, at patienterne har krav på fortrolighed – og anvendes personhenførbare data til andet formål end patientbehandling kræver dette patientens samtykke med mindre lovgivningen eksplicit giver undtagelse til denne hovedregel.

Danske Regioner mener, at:

Sundhedsdata er værdifulde for sundhedsvæsenet både i selve behandlingssituationen, men også for at kunne udvikle og optimere behandlingstilbudene løbende til gavn for patienter, virksomheder og samfundet.

Det er dog en forudsætning, at sundhedsvæsenet og myndigheder skal opbevare og behandle patientoplysninger med respekt for patientens ret til fortrolighed vedrørende helbredsoplysninger m.v. Det er afgørende for den fortsatte udvikling af sundhedsvæsenet, at patienter føler sig trygge, når informationer registreres i forbindelse med deres behandling.

Derfor tager regionerne i forhold til håndteringen af data overordnet udgangspunkt i borgerens naturlige krav til, at sundhedsvæsenet både passer godt på de mange fortrolige oplysninger og samtidig er hurtige og effektive til at videreformidle relevante data til alle relevante aktører omkring patienten for at sikre sammenhæng i patientforløb. Regionerne tager også udgangspunkt i, at borgeren har en naturlig interesse i, at sundhedsdata bruges til forskning, udvikling og planlægning i det samlede sundhedsvæsen. Det er Danske Regioners synspunkt, at:

Borgeren

- Enhver borger har krav på og skal kunne have tillid til, at personlige data indsamles lovligt og behandles fortroligt.
- Enhver borger har krav på, at personlige data opbevares forsvarligt.
- Enhver borger har krav på gennemsigtighed og tydelighed omkring, hvem der med hvilke formål tilgår deres specifikke personoplysninger.
- Enhver borger har mulighed for digital adgang til sundhedsdata.

Patienten

- Patienten har krav på, at relevante oplysninger omkring deres behandling er tilgængelige for de sundhedspersoner, der deltager i behandlingsforløbet.
- Patienten har krav på, at der træffes beslutninger om behandling på baggrund af korrekte patientoplysninger.
- Patienten skal have mulighed for at deltage i relevante kliniske forsøg til gavn for udvikling af nye behandlingstilbud.

Sundhedspersoner

- Sundhedspersoner i fornødent omfang skal have adgang til relevante og tidstro data, så korrekt og sikker behandling kan iværksættes umiddelbart.

- Sundhedspersoners samarbejde med andre faggrupper, herunder samarbejdet på tværs af sektorer, skal understøttes med data – f.eks. for at forhindre problemer med fejlmedicinering.
- Sundhedspersoner har en forpligtelse til at udvikle sig selv og deres faglige områder og har til det formål brug for oplysninger om sygdomme, behandlinger og behandlingsresultater for at kunne gennemføre kvalitetsudvikling og forskning.

Sundhedsvæsenet

- Sundhedsvæsenet kan bruge digitalisering og data til, at skabe nye behandlingstilbud som i højere grad involverer patienten og de pårørende f.eks. via telemedicinske løsninger. Dette kan samtidig frigive vigtige ressourcer til de patienter, der er mest behandlingskrævende.
- Sundhedsvæsenet skal have adgang til data om behandlingskvaliteten og patientsikkerhed, sådan at kvaliteten løbende kan forbedres og/eller fastholdes.
- Sundhedsvæsenet skal have adgang til data om ressourceforbrug og effekt, sådan at sundhedsvæsenets organisering af behandlingstilbuddene løbende kan optimeres.
- Sundhedsvæsenet har brug for data til forskningen for løbende at kunne udvikle nye behandlingstilbud, som er mere virksomme og sikre for patienterne.

Virksomhederne

- Virksomhederne skal under entydige og transparente rammer fortsat have mulighed for at gennemføre klinisk forskning i samarbejde med sundhedsvæsenet.
- Virksomhederne skal have én indgang til klinisk forsøg i regionerne, hvilket skal sikre enkle og effektive arbejdsgange omkring opstart og gennemførelse af kliniske forsøg.

Løbende fokus på informationssikkerheden

I regionerne er der politisk og ledelsesmæssigt et løbende fokus på, at data skal behandles sikkert i takt med den øgede digitalisering. Derfor overvejer regionerne løbende mulighederne for at skærpe informationssikkerheden i og omkring de it-systemer, der anvendes i sundhedsvæsenet. Dette gør regionerne ved at udvikle en organisation, der understøtter, at ledelse og medarbejdere har et vedvarende fokus på beskyttelse og sikker behandling af personoplysninger, samt ved at have en løbende overvågning af sikkerhe-

den, herunder gøre brug af de nye teknologiske muligheder, som tilbyder sig.

Side 5

Aktuelt har Danske Regioner nedsat en arbejdsgruppe, der skal sikre, at regionerne får opdateret vejledninger og sikkerhedsprocedurer for håndtering af personfølsomme data for henholdsvis:

- Individuel patientbehandling
- Faglig kvalitetsudvikling
- Planlægning og styring
- Forskning

Arbejdet skal også afklare eventuelle gråzoner i den eksisterende lovgivning. Endvidere kan arbejdet eventuelt give anbefalinger til konkrete tiltag, som vil kunne øge sikkerhedsniveauet – f.eks. systematisk opfølgning på logdata eller borgeradgang til oversigt over sundhedspersoners opslag i data.



13-01-2014

Sag nr. 14/390

Dokumentnr.

Louise Broe

Bodil Bjerg

Tel. 3529 8398

E-mail: lbr@regioner.dkbbj@regioner.dk

Pejlemærker for bedre anvendelse af kvalitetsdata

Formål

Der er et stigende fokus på kvalitet i behandlingen, på bedre resultater for patienterne, på effektivitet og sammenhængende patientforløb. Det er i høj grad på regionernes dagsorden men også på regeringens, kommunernes og mediernes dagsorden. Det kommer eksempelvis til udtryk i regionernes kvalitetsdagsorden, hvor det for alvor er lykkedes regionerne at sætte fokus på, at det er kvalitet, der skal drive udviklingen i sundhedsvæsenet, og at regionerne har ambitiøse mål på området. Herudover ses det i regeringens 2020-plan, Sundhedsministeriets synlighedsreform og mediernes (kritiske) historier om kvaliteten af behandlingen i sundhedsvæsenet.

Centralt i alle disse udspil og i regionernes arbejde med udvikling af kvaliteten står kvalitetsdata og dokumenteret viden om effekten af behandlingen. Regionerne har en række data for kvalitet til rådighed, herunder kvalitetsdata fra de godt 60 kliniske kvalitetsdatabaser. Regionernes arbejde med udviklingen af den kliniske kvalitet er i høj grad drevet af data fra disse kvalitetsdatabaser. Med regionernes stigende anvendelse af kvalitetsdata fra databaserne stiger også behov for forbedringer af tilgængelighed og kvaliteten af data. Samtidig er der et stort eksternt pres for, at disse data bliver brugt til at understøtte et effektivt sundhedsvæsen af høj kvalitet. Herudover findes der en række andre kvalitetsdata fra fx patientsikkert sygehus, De Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser, kræftmonitorering mv., som skal tænkes sammen med anvendelsen af data fra de kliniske kvalitetsdatabaser.

Set fra regionernes synsvinkel eksisterer der altså både en intern efterspørgsel og internt behov samt et eksternt pres for at udvikle og forbedre anvendelse af data (begge forhold uddybes nedenfor). Med dette papir lægges der derfor op til en første drøftelse i Danske Regioners bestyrelse af, hvilken

udvikling der ønskes på området, og hvilke pejlemærker en infrastruktur skal kunne levere i forhold til.

Side 2

I den forbindelse er der seks overordnede pejlemærker:

1. Fællesregional proaktivitet på baggrund af data
2. Åbenhed og synlighed omkring data.
3. Datadrevet kvalitetsudvikling.
4. Den politiske og administrative styring og planlægning i regionerne på baggrund af kvalitetsdata.
5. Udvikling af tværsektorielle kvalitetsdata.
6. Krav til nationale dataleverandører

Regionernes behov for at udvikle og forbedre anvendelse af data

I regionerne er der en stadig stigende efterspørgsel på kvalitetsdata, som gør det muligt at følge op og udvikle på den kliniske kvalitet samt til styrings- og planlægningsspørgsmål mv. Efterspørgsel hænger blandt andet sammen med regionernes kvalitetsdagsorden og vil kun blive større i fremtiden.

Adgangen til tidstro og valide data er en forudsætning for kontinuerlig udvikling af behandlingskvaliteten. I regi af Regionernes Kliniske KvalitetsudviklingsProgram, RKKP, er det derfor besluttet, at alle databaser skal overgå til et generisk format, der gør det muligt at formidle kvalitetsdata månedligt, og med tiden endnu oftere, til de regionale ledelsesinformations-systemer og til de klinikere, som har registreret data.

Herudover foregår der i regi af regionerne og RKKP et stort arbejde for kontinuerligt at sikre en effektiv organisering omkring de kliniske kvalitetsdatabaser. Det omfatter et udbud af en fælles IT-plattform til understøttelse af en effektiv dataindsamling, håndtering og formidling af data fra de kliniske kvalitetsdatabaser. Formålet med den fælles IT-plattform er blandt andet at nedbringe registreringstid i klinikken, herunder reducere dobbeltregistreringer ved øget genanvendelse af data og reducere driftsudgifter til forskellige IT-systemer.

Der er altså et stor fokus på at sikre en effektiv infrastruktur omkring de kliniske kvalitetsdatabaser og kvalitetsdata i regionerne, og alle regionerne følger løbende op på udviklingen i behandlingskvaliteten på såvel klinisk niveau som ledelsesniveau i informationen til ledelsen på baggrund af data fra de kliniske kvalitetsdatabaser.

Men der er fortsat rum for videreudvikling både i forhold til behovet for bedre og mere tidstro data og på regionernes anvendelse og håndtering af data.

Eksternt pres for anvendelse af kvalitetsdata

Samtidig er der et eksternt pres, idet der gennem de seneste år fra statslig side har været en stigende interesse for de regionale kvalitetsdata og for anvendelse og synliggørelse af disse data. Der er en klar fornemmelse af, at det statslige niveau er parat til at rykke på området og sætte dagsorden med offentliggørelse og benchmarking.

Synlighedsreformen

Statens engagement i kvalitetsdata fremgår blandt andet af regeringens udspil til en synlighedsreform. Synlighedsreformen lægger op til øget kvalitet via mere åbenhed og synlighed om resultater bl.a. gennem systematiske sammenligninger.

Synlighedsreformen bygger på tre principper:

- Relevant dokumentation af sundhedsvæsenet
- Åbenhed om resultater og deling af relevant data på tværs.
- Fokus på forbedring af indsatser

I tæt sammenhæng hermed fremgår det af Økonomiaftalen for 2014, at regionerne årligt udarbejder en temarapport, der ser på tværs af resultaterne fra de kliniske kvalitetsdatabaser. Formålet er at have fokus på forbedring af indsatser på baggrund af åbenhed og deling af resultater.

Til at implementere Synlighedsreformen er der oprettet en ny enhed i Statens Serum Institut (SSI), Kontor for Sundhedsresultater, som skal sikre implementering af synlighedsreformen og udviklingen af indikatorer og løbende opfølgning. Staten opruster med andre ord på området

En indgang til sundhedsdata

Oprustningen på området kommer også til udtryk ved, at man fra statslig side er ved at etablere én indgang til nationale sundhedsdata, ved at samle alle data på sundhedsområdet i Statens Serum Institut. Det gælder også data i de kliniske kvalitetsdatabaser, som indtil nu kun har ligget i regi af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, RKKP.

I forlængelse heraf har Regeringen nedsat et stående udvalg under navnet Strategisk Alliance for Register og Sundhedsdata (STARS), ”som har til formål at sikre national dialog, gennemsigtighed og koordinering vedrørende indsamling, kvalitet, bearbejdning og formidling af data for sundhedsområdet og tilgrænsende sektorer til brug for forskning, analyse, dokumentation og drift af sundhedsvæsenet.”

Afbureaukratisering

Samtidig er der stor fokus på kvalitetsdatabaserne ud fra et afbureaukratiseringsperspektiv. Dette fokus rækker tilbage til økonomiaftalerne fra 2011 og 2012, hvor der med udgangspunkt i rapporten *Kvalitetsoplysninger i Danmark* var fokus reduktion af dobbeltregistreringer i kvalitetsdatabaserne.

Afbureaukratisering er igen et prioriteret politisk område i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Der er derfor taget initiativ til en revitalisering af afbureaukratiseringen af de kliniske kvalitetsdatabaser i samarbejde med Danske Regioner. Initiativet har fokus på minimering af dobbeltregistreringer ved at anvende eksisterende data i medicinmoduler, laboratoriedata, stråledata mv.

Regeringens 2020-Plan

Endelig er der i regeringens 2020-plan, *Danmark i Arbejde*, blandt andet fokus på at sikre en effektiv offentlig sektor ved hjælp af viden om det, der virker og giver de bedste resultater. Her spiller de kliniske kvalitetsdatabaser en afgørende rolle i forhold til viden om kvalitet i behandlingen. Ifølge 2020-planen vil regeringen i sit arbejde have fokus på følgende tre spor:

- Øget viden om effekt.
- Resultatbaseret styring.
- Fokus på benchmarking og gensidig læring.

Regeringen ønsker derfor at tilvejebringe mere og bedre viden om, hvad der virker, og at denne viden ligger til grund for prioriteringer. Mål- og rammestyring skal understøtte fokus på resultater. Regeringen vil øge den strategiske anvendelse af mål- og resultatstyring i den offentlige sektor. Fokus på resultater og effekt skal understøttes af øget brug af benchmarking, hvor metoder, indsatser og resultater sammenlignes med henblik på identificering af bedste praksis.

Pejlemærker for bedre anvendelse af kvalitetsdata

Nedenfor skitseres seks pejlemærker for, hvad en infrastruktur omkring de kliniske kvalitetsdatabaser skal kunne levere for at imødekomme det interne behov for en mere effektiv struktur omkring kvalitetsdata og det eksterne pres for mere synlighed omkring behandlingskvaliteten mv.

Første pejlemærke: Regionerne skal være proaktive på data

Formålet med dette pejlemærke er at understøtte en fællesregional proaktivitet i forhold til at kunne komme ud med de gode historier baseret på kvalitetsdata. Samt at der er den fornødne fortolkningskraft til stede i situationer, hvor der opstår en uheldig udvikling i behandlingskvaliteten. Regionerne skal med andre ord eje fortolkningen af egne data og kunne handle proaktivt og først på egne kvalitetsdata.

Det forudsætter for det første, at sygehusene registrerer til de relevante registre og databaser i umiddelbar forlængelse af patientkontakten, således at der er høj datakomplethed i såvel antal patienter som i indikatorer. Regionerne skal derfor forpligte sig på kontinuerlig fuld registreringskomplethed. I den forbindelse iværksættes en jævnlig opfølgning på færdigregistrering af patienter.

Det forudsætter desuden en infrastruktur, hvor tidstro kvalitetsdata formidles jævnlige til regionale beslutningstagere. Formidlingen skal være tilrettelagt således, at regionerne kan handle på data. Det indebærer, at der er sket en bearbejdning og fortolkning af kvalitetsdata allerede inden, regionerne får egne data tilbage. Fortolkningen af data skal blandt andet identificere, om der er områder, der kræver nærmere opfølgning, eller om der kan konstateres andre relevante trends i data.

Denne fortolkningskapacitet skal dermed skal være til stede i en infrastruktur omkring de kliniske kvalitetsdatabaser, ligesom der skal være kapacitet til at foretage løbende analyser og fortolkninger og ikke alene i forbindelse med udgivelse af årsrapporten.

Herudover skal fortolkninger og analyser af resultater på tværs af regioner, hospitaler og afdelinger formidles med henblik på at kunne identificere trends i behandlingskvaliteten på tværs af landet.

Ovenstående danner baggrund for, at regionerne i fællesskab opnår større ejerskab til kvalitetsdata, og fortolkning af resultater. Det giver mulighed

for at handle og handle som de første på kvalitetsdata og potentielt selv offentliggøre resultater.

Side 6

Andet pejlemærke: Åbenhed og synlighed om resultater

Regionerne er demokratisk styrede og står til ansvar overfor borgerne for den kvalitet og den service, sundhedsvæsenet leverer. Derudover har regionerne en forpligtelse til at stille oplysninger til rådighed, der gør det muligt for patienter at træffe et oplyst valg om, hvor de ønsker behandling under det frie sygehusvalg. Denne forpligtelse understreges desuden af mobilitetsdirektivet, som har til formål at sikre patienters frie bevægelighed på tværs af EU's grænser.

Regionerne står også til ansvar over for staten for den kvalitet og de ydelser, de leverer inden for afsatte økonomiske ramme.

Regionerne offentliggør i dag ikke i særligt stort omfang kvalitetsdata på deres regionale hjemmesider. Der offentliggøres nogle data på sundhed.dk, men tilgængeligheden og præsentationen af disse er meget varierende. Det har ofte været diskussioner om datakomplethed, validiteten og fortolkningen af data, som gør, at data ikke offentliggøres. I forlængelse af første pejlemærke skal det derfor sikres, at registreringskompletheden altid er tilstede, samt at data er valide og fortolkede.

Synlighedsreformen udgør dog et eksternt pres for øget åbenhed og synlighed omkring resultater og benchmarking af performance. Sekretariatet i Danske Regioner og regionerne skal i den sammenhæng indgå aktivt og konstruktivt i det arbejde, som er påbegyndt i relation til Synlighedsreformen ultimo 2013, for at sikre regionerne størst mulig indflydelse på definitionen af indikatorer, mål og formidling.

Dette arbejde markerer et behov for, at regionerne i højere grad er proaktive og arbejder i retning af at være åbne og transparente omkring resultater og performance overfor patienterne og borgerne generelt.

Åbenhed og transparens kan udøves lokalt ved at man på sygehusene og afdelingerne gør afdelingens resultater synlige for patienter og pårørende. Derudover er der behov for, at regionerne i højere grad stiller data til rådighed for borgerne. Det skal være data, som viser hvordan sygehusene placerer sig både med hensyn til klinisk kvalitet og andre parametre af interesse for borgerne f.eks. den patientoplevede kvalitet.

En mulighed kan være, at regionerne bliver enige om at offentliggøre visse data på deres egne hjemmesider.

Side 7

Men synligheden handler ikke kun om at gå op imod et eksternt pres for synlighed og benchmarking på data. Kvalitetsdatabaserne er en enorm kilde til viden, som regionerne skal anvende aktivt og åbent i forhold til at brande regionerne som driftsherrer af et meget effektivt dansk offentligt sundhedsvæsenet, hvor der er fortsat fokus på at forbedre kvaliteten.

En sådan tilgang indebærer, at regionerne enten selv eller i fællesskab jævnligt og systematisk offentliggør udviklingen i resultaterne på baggrund af de kliniske kvalitetsdatabaser, og at der skal være synlighed om resultaterne for alle de kliniske kvalitetsdatabaser.

Tredje pejlemærke: Datadrevet kvalitetsudvikling

Udviklingen af behandlingskvaliteten foregår i klinikken. Formålet med dette pejlemærke er at sikre, at tidstro og valide kvalitetsdata er tilgængelige på klinisk niveau. Regionernes arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling og data fra de kliniske kvalitetsdatabaser er en central kilde til udvikling og opfølgning på behandlingskvaliteten.

Data fra de kliniske kvalitetsdatabaser skal være til rådighed for det kliniske niveau - optimalt set fra dag til dag. Det vil gøre det muligt for klinikerne med det samme at følge op på den enkelte patient og sikre høj kvalitet. Samtidig skal formidlingen være målrettet det kliniske niveau og de særegne behov for data, valg af indikatorer og målopfyldelse, der er her.

De kliniske kvalitetsdatabaser er samlet under den faglige ledelse af RKKP, som har til formål at sikre den fornødne viden om kvaliteten på alle væsentlige og kritiske områder samt forbedre mulighederne for at foretage tværsektoriel kvalitetsudvikling. RKKP skaber således i dag infrastrukturen omkring de kliniske kvalitetsdatabaser med henblik på at sikre en bedre koordinering og prioritering af opgaverne, herunder indsamling, bearbejdning og præsentation af data. RKKP spiller således en afgørende rolle i forhold til at understøtte regioner, sygehuse m.fl. i arbejdet med kvalitet.

Der er i regi af RKKP vedtaget en IT-strategi, som blandt andet skal imødekomme den stigende efterspørgsel efter kvalitet og online kvalitetsdata i det danske sundhedsvæsen. Efterspørgslen bunder i såvel fokus på bedre patientbehandling i det samlede sygdomsforløb og af krav til datadreven ledelse og kliniske styring.

Herudover er det formålet med IT-strategien, at den skal gøre det nemmere for sundhedspersonerne at passe deres kerneopgaver blandt andet ved at mindske dobbeltregistreringer ved at øge genanvendelsen af data fra andre offentlige registre.

Ovenstående sikres blandt andet ved hjælp af et udbud af en fælles IT-platform, der understøtter indsamlingen af data, bearbejdningen af data og rapportering af resultater samt ensartet og effektiv sundheds-it i alle regioner. Strategien danner rammerne for driften af de enkelte databaser, og for formidlingen af resultaterne gennem en velfungerende infrastruktur med henblik på at understøtte forandringer og forbedringer i patientbehandlingen.

Der er afgørende, at de målsætninger, der er formuleret i forbindelse med IT-strategien og det fælles udbud, nås, og at strategien udmøntes.

Sigtet bør være et system, der understøtter, at viden om kvalitet løbende udvikles, og at der sker en højere grad af anvendelse af den rigdom af data, som eksisterer. Det forudsætter en stærk infrastruktur og organisation og en udvidelse af de administrative ressourcer på området.

Fjerde pejlemærke: Regional styring og ledelse

Det er velkendt, at forbedring af kvalitet kræver stærk ledelsesbevågenhed og engagement. De politiske beslutningstagere i regionsrådene og administrative beslutningstagere på alle niveauer i regionen og på sygehusene spiller derfor en væsentlig rolle i den regionale kvalitetsudvikling. Det drejer sig både om at opstille mål, men ikke mindst om at engagere sig i kvalitetsudviklingen.

Det kræver, at de relevante kvalitetsdata er til rådighed for politikere og ledelser på rette detaljeringsniveau. Dette skal infrastrukturen omkring de kliniske kvalitetsdatabaser understøtte. Ligesom det er afgørende, at den politiske og administrative ledelse har mulighed for dels af følge udviklingen i resultater, datakomplethed mv. over tid samt på tværs af afdelinger og regioner.

Der kan derfor med fordel opbygges en analysekraft omkring de kliniske kvalitetsdatabaser, som løbende kan foretage analyser, som kan understøtte den regionale ledelse i at opstille mål for udviklingen på området, og som kan give mulighed for at følge op, hvis der identificeres udfordringer.

Samtidig er det afgørende, at regionerne og sygehusene på alle ledelsesniveauer og i regionsrådene løbende op på udviklingen af kvaliteten og fastsætter mål. Det indebærer, at kvalitet er en integreret del af styringsdialogen med sygehusledelse mv. på samme plan som økonomi og aktivitet.

Femte pejlemærke: Udvikling af tværsektorielle kvalitetsdata

I modsætning til de mange data for behandlingskvalitet, som eksisterer på sygehusområdet er der stor mangel på data for både ydelser og kvalitet i den kommunale del af sundhedssektoren. Formålet med dette pejlemærke er at sætte fokus på udviklingen af effektive og sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer og aktører. Det indebærer, at den primære sundhedssektor og kommunale sundhedsområde ligeledes registrerer relevante kvalitetsdata, der gør det muligt at følge op på kvaliteten i indsatsen i det samlede patientforløb. Det har således stor betydning for det samlede resultat af en behandling, hvis kvaliteten i et led er for manglende.

Registreringskrav til kommunerne er primært relevant i forhold til de områder, hvor sygehuse og kommuner deler patienter. Det vil sige i forhold til genoptræning, ældre medicinske patienter, kroniske sygdomme og småbørn.

Der er behov for at udvikle krav til systematisk registrering og målopfyldelse i den primære sundhedssektor og på det kommunale sundhedsområde på de sygdomsområder, hvor det er relevant, og hvor der er udviklet kliniske retningslinjer, som omfatter disse aktører. Endvidere skal der stilles tilsvarende krav til aktørerne i den primære sundhedssektor og kommunerne om registreringskomplethed.

Konkret vil sekretariatet i Danske Regioner udarbejde et oplæg til, hvilke registreringer på det kommunale område, der er behov for, for at kunne sikre opfølgning på kvaliteten i det samlede patientforløb.

Temaet kan bæres med ind i økonomiforhandlingerne for 2015, hvor der stilles krav om, at den kommunale indsats på sundhedsområdet målrettes indsatsen, hvor der sker dokumentation af indsatsen, således at det er muligt at følge op på indsatsens effekt.

Sjette pejlemærke: Krav til nationale dataleverandører

Side 10

Formålet med dette pejlemærke er at sikre let adgang til nationale registre og data, der føder inde i de kliniske kvalitetsdatabaser, og som kan minimere dobbeltregistreringer ude i klinikken.

SSI spiller en vigtig rolle som dataleverandør af blandt andet Landspatientregistret, som er datakilde for de kliniske kvalitetsdatabaser. Derfor skal der stilles krav til Statens Serum Institut om faste og automatiske leverancer af Landspatientregistret mv., og at leverancerne sker dagligt inden for en kortere tid. Der skal endvidere stilles krav om, at data er valide.



09-12-2013

Sag nr. 13/1690

Dokumentnr.

Louise Broe

Tel. 3529 8398

E-mail: lbr@regioner.dk

Fakta om RKKP

RKKP blev dannet ultimo 2010, for at sikre en bedre koordinering og prioritering af opgaverne, herunder indsamling, bearbejdning og præsentation af data. Formålet var således at sikre den fornødne viden om kvaliteten på alle væsentlige og kritiske områder samt forbedre mulighederne for at foretage tværsektoriel kvalitetsudvikling.

Der er 60 kvalitetsdatabaser på lige så mange sygdoms- og indsatsområder. Databaserne er primært forankret i sygehusvæsnet og drives af tre kompetencecentre, Øst, Syd og Nord, som er under faglig ledelse af RKKP.

Regionsdirektørerne fastsætter de overordnede økonomiske rammer for drift af de kliniske databaser og udpeger formanden for styregruppen.

Styregruppen består af repræsentanter fra regionerne, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen, de Lægevidenskabelige selskaber og Danske patienter. Styregruppens primære ansvar er at prioritere indsatsen ud fra de økonomiske rammer, overordnede sundhedspolitiske målsætninger og de humane ressourcer, der er til rådighed i de kliniske miljøer, kompetencecentre og i regionerne. Formand for styregruppen er Per Busk, regionsundhedsdirektør, Region Syddanmark.

De kliniske databaser ledes af en styregruppe/bestyrelse med bred faglig og geografisk repræsentation samt en repræsentant for den dataansvarlige myndighed og en repræsentant for et kompetencecenter. RKKP er således en netværksorganisation, og lederne af de tre kompetencecentre referer også til andre ledelsessystemer i de regioner, hvor de er hjemmehørende.

Databasernes fællessekretariat og fælles faglig leder, cheflæge Paul Bartels, skal sikre opfølgning på styregruppens beslutninger. Lederne af de tre kompetencecentre indgår i den fælles ledelse. Der knyttes et sekretariat til den faglige leder og et mindre antal medarbejdere i sekretariatet.

Til Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold
Holmens Kanal 22
1060 København K

DANSKE
REGIONER



21-02-2014

Sag nr. 14/800

Danske Regioners hørings svar til lovforslag om opfølgning på evaluering af kommunalreformen vedrørende det specialiserede socialområde og den mest specialiserede specialundervisning

Danske Regioner modtog den 28. januar 2014 høring over lovforslag om opfølgning på evaluering af kommunalreformen vedrørende det specialiserede socialområde og den mest specialiserede specialundervisning. Dette er Danske Regioners hørings svar.

Hørings svaret er med forbehold for politisk behandling.

Lovforslaget indeholder fire hovedelementer. Elementerne vil blive kommenteret i det følgende.

1 Styrket vidensopbygning og bedre samarbejde vedrørende det mest specialiserede socialområde og den mest specialiserede specialundervisning

Generelt om den nationale koordinationsstruktur

Regionerne finder det positivt, at der fra national side bliver taget hånd om sikring af specialviden og tilbud på det specialiserede social- og specialundervisningsområde. Men regionerne er bekymrede for, at den nationale koordinationsstruktur kommer til at virke reaktiv frem for proaktiv, og at der først sker handling, når specialiseret viden eller tilbud allerede er ved at forsvinde. Det skyldes bl.a., at regionerne ser for sig, at processen omkring overvågning af særlige målgrupper og tilbud, vurdering af kommunernes tilrettelæggelse og herefter driftspålæg kan være en overordentlig langstrakt proces.

Regionerne ser fordele ved en mere stram styring af området. Derfor foreslår regionerne, at man så vidt muligt tænker elementer ind i den nationale

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk

koordinationsstruktur, der i højere grad vil sikre det rette og nødvendige udbud af specialiserede ydelser. Ved at gøre de nye forløbsbeskrivelser mere forpligtende ville man kunne sikre, at specialiserede tilbud ikke blot er til stede men også anvendes. Anvendelse er på lang sigt en forudsætning for, at et tilbud kan opretholdes. I tråd med dette foreslår regionerne desuden, at Socialstyrelsen får beføjelse til at pålægge en kommune at opretholde eller indgå ny driftsaftale med ikke alene private tilbud men også regionale og kommunale tilbud.

Sikring af fornødent udbud af specialiserede tilbud

Socialstyrelsen får med lovforslaget beføjelse til at gribe ind i kommunernes tilrettelæggelse og organisering af indsatsen i rammeaftaleregi. Regionerne er bekymrede for, at den indsats ikke er tilstrækkelig. Opretholdelse af det fornødne tilbud kræver en indsats dels i forhold, at udbuddet er til stede, og dels at tilbuddet bliver anvendt. De løsningsforslag, der fremsættes i lovforslaget, er alene instrumenter til at pålægge en driftsherre at drive et tilbud. Regionerne savner instrumenter til at sikre, at kommunerne anvender tilbuddene, hvilket på længere sigt vil være forudsætning for drift.

Der er på dette område tale om meget små målgrupper. Rammeaftalekonstruktionen har vist sig ikke at være tilstrækkelig til at håndtere disse problematikker. Rammeaftalerne er politiske aftaler, der ikke indebærer nogen juridisk forpligtelse for kommunerne til i fællesskab at løse de faktiske problemstillinger. Det er vigtigt, at sikringen af tilbud til de mest udsatte målgrupper bygger på et stærkt og holdbart fundament. Derfor finder regionerne det ikke hensigtsmæssigt, at indsatsen omkring at bevare det fornødent udbud af visse tilbud bygger ovenpå rammeaftalekonstruktionen.

Forløbsbeskrivelser

Forløbsbeskrivelser på det specialiserede område er et positivt tiltag, der potentielt kan flytte socialområdet mod en mere evidensbaseret kultur. Når de bliver udarbejdet, er det essentielt at samle ekspertviden på de pågældende områder. Her bemærker regionerne, at regionerne bør inddrages i udarbejdelsen af forløbsbeskrivelserne – også for de forløb, der ikke går på tværs af social- og sundhedsvæsenet. Regionerne er som leverandører af specialiserede ydelser indehavere af ekspertviden inden for mange målgrupper. Desuden driver regionerne lands- og landsdelsdækkende tilbud, og en stor andel af regionernes tilbud er VISO-leverandører.

Regionerne er bekymrede for, at forløbsbeskrivelserne ikke får nogen reel betydning for den enkelte borger. Med lovforslaget er det kommunale ser-

viceniveau fortsat det eneste afgørende for, om en borger får den rette indsats. Regionerne så gerne, at beskrivelserne fik en langt mere forpligtende karakter. I fald forløbsbeskrivelserne bliver mere forpligtende kan de samtidig anvendes til at sikre, at de tilbud, som en region eller kommune bliver pålagt at drive, rent faktisk bliver anvendt.

2 Øget synergi på området for den mest specialiserede specialundervisning

Regionerne anerkender, at man samler ansvaret for specialrådgivningsydelserne samt materialeproduktion. Men det er essentielt, at ydelserne fortsat bliver tilvejebragt decentralt via de lands- og landsdelsdækkende tilbud. Her er der kendskab til og føling med lokale behov. Regionerne noterer sig, at VISO's rolle alene begrænser sig til den nationale koordinering vedrørende vidensudvikling samt udbuddet af specialrådgivning.

3 Længere planlægningshorisont for de regionale tilbud

Regionerne anerkender, at lovforslaget giver en længere planlægningshorisont for de regionale tilbud.

4 Revision af takstreglerne på det sociale område

Regionerne finder det hensigtsmæssigt, at lovforslaget skaber mere ensartede rammer i forhold til takstreglerne. Det er positivt, at der åbnes op for mere fleksible muligheder for at aftale finansiering af ydelser via abonnementsordninger. I lovforslaget peges der på, at det skal ses i sammenhæng med den nationale koordinationsstruktur, og de muligheder den giver i forhold til sikring af de mest specialiserede tilbud. Regionerne ser frem til arbejdet omkring at skabe finansieringsmodeller, der sikrer udbud og anvendelse af de mest specialiserede tilbud.

Med venlig hilsen

Janet Samuel

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

DANSKE
REGIONER



06-02-2014

Sag nr. 14/884

Dokumentnr. 7515/14

Jane Brodthagen

Tel. 3529 2221

E-mail: Jnb@regioner.dk

Høringssvar vedrørende forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Hjælperordninger til personer med respirationsinsufficiens)

Danske Regioner har modtaget høring over forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Hjælperordninger til personer med respirationsinsufficiens).

Regionerne opfatter det som positivt, at der skabes et grundlag for, at regioner og kommuner kan tilrettelægge fælles hjælperordninger for borgere med respirationsinsufficiens på en måde, så borgerne får størst mulig indflydelse på eget liv, og der samtidig sikres en behandling af høj kvalitet.

Det opfattes endvidere for positivt, at der i lovforslaget er mulighed for at fortsætte de samarbejder mellem kommuner og regioner, som i dag er vel fungerende.

I lovforslaget gives der som en ”overgangsordning” borgere (/nærtstående), der inden 1. januar 2015 tildeles hjælp efter §§ 95-96 i serviceloven, ret til frit at vælge hvem der skal varetage arbejdsgiveransvaret for de hjælpere, der yder borgeren hjælp til respirationsbehandling.

I det allerede fremsatte lovforslag (af Social-, Børne- og Integrationsministeriet den 20. december 2013 om ændring af lov om social service og lov om socialtilsyn) indgår, at kommunens godkendelse forudsætter, at borgeren har bestået et kursus.

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk

For at give borgeren det bedste grundlag for varetagelsen af arbejdsgiverrollen skal det foreslås, at loven indeholder krav om, at de pågældende borgere omfattet af en overgangsordning ligeledes skal bestå kurset.

Det fremgår af lovforslaget § 88b, at Regionsrådet kan aftale med Kommunalbestyrelsen, at personer som yder hjælp i medfør af § 42 i Serviceloven, også yder respirationsbehandling.

Regionerne har med den nuværende lovgivning ikke erfaring med, at personkredsen af forældre, som modtager kompensation for tabt arbejdsfortjeneste som en del af dette løser respiratoriske overvågningsopgaver. Den nuværende lovgivning fastslår også, at regionerne ikke skal medfinansiere kompensation for tabt arbejdsfortjeneste i sager, selvom der også er en respiratorisk overvågningsforpligtelse.

Hvis man indfører denne bestemmelse nu i § 88b i Sundhedsloven, så vil det kunne medføre en merudgift for regionerne i forhold til i dag. Regionerne foreslår derfor at § 42 fjernes fra § 88 b.

Regionerne forslår også, at § 118 fjernes i forslaget til § 88b. Regionerne kender ikke til fortilfælde, hvor en nærtstående med hjemmel i Servicelovens § 118 varetager respiratorisk overvågning som en del af opgaveporteføljen.

Det der karakteriserer pasning af nærtstående i henhold til § 118 er, at der er tale om en midlertidig og tidsbegrænset foranstaltning af tvingende omstændigheder. Men stort set alle former for respiratorisk overvågning er permanent, og der er derfor ingen rationale i at kombinere de 2 foranstaltninger.

Det bemærkes, at der i lovforslaget er hjemmel til at fastsætte nærmere regler om fordeling af udgifterne mellem regionsråd og kommunalbestyrelse herunder anvendelse af takster. Danske Regioner ser frem til at indgå i dette arbejde og anbefaler, at der findes frem til en enkel og ensartet model, således at der så vidt muligt forebygges mod u hensigtsmæssige incitament.

Da lovforslaget er knyttet sammen med de forhold og betingelser, som er givet borgere med BPA ordninger jfr. serviceloven forudsættes det, at Socialtilsynets kriterier for godkendelse af firmaer/foreninger, der skal varetage hjælperordninger, kan tage højde for de særlige forhold der er omkring en respiratorhjælperfunktion.

Med venlig hilsen

Bent Hansen

Carl Holst



07-03-2014

Sag nr. 14/929

Høringssvar til bekendtgørelser om praksisplanudvalg og patientinddragelsesudvalg

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har den 28. januar 2014 sendt udkast til følgende tre bekendtgørelser i høring:

- Bekendtgørelse om praksisplanudvalg for almen praksis
- Bekendtgørelse om patientinddragelsesudvalg
- Bekendtgørelse om ikrafttræden af visse bestemmelser i ændring af sundhedsloven

Danske Regioner har indhentet følgende bemærkninger fra regionerne til de enkelte udkast til bekendtgørelser. Der skal tages forbehold for politisk godkendelse af høringssvaret, som sker i Danske Regioners bestyrelse den 14. marts 2014.

Overordnet set giver ændringerne til sundhedsloven (vedtaget 4. juli 2013) konstruktive muligheder for udvikling af almen praksis, som en del af et samlet sundhedsvæsen.

Bekendtgørelse om praksisplanudvalg for almen praksis

Oprettelsen af et praksisplanudvalg bestående af politiske repræsentanter fra både regionsråd og kommunalbestyrelser samt PLO er hensigtsmæssig, idet det kan medvirke til en bedre koordinering af mål og indsatser i henholdsvis regi af sundhedsaftaler og praksisplan. Lovens intention om at skabe et forpligtende samarbejde mellem region, kommune og almen praksis er væsentlig for den videre udvikling af sundhedsvæsenets ydelser.

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk

Regionerne finder, at fristen for udarbejdelse af praksisplanen pr. 1. maj 2014 er meget kort set i lyset af ambitionsniveauet i lovgivningen og veiledningen samt i lyset af, at det formelle grundlag for udarbejdelsen af planen først foreligger nu. Regionerne har på denne baggrund en forventning om, at Sundhedsstyrelsen i sin rådgivning tager hensyn til disse rammevilkår. Der må hos alle parter være en forståelse for, at indholdet i det første års praksisplan vil være begrænset. Endvidere vil det givetvis være gavnligt for processen først at få de overenskomstmæssige rammer for de praktiserende læger på plads. Det kunne overvejes, om det ville være mere hensigtsmæssigt først at lave den egentlige praksisplanlægning efter sundhedsaftalerne er indgået.

Bekendtgørelse om patientinddragelsesudvalg

Regionerne finder, at det er uklart, hvem der har til opgave at sekretariatsbetjene patientinddragelsesudvalget. Regionerne tager det for givet, at ansvaret for at sekretariatsbetjene udvalget er regionens, således at man på administrativt niveau kan understøtte udvalgets opgavevaretagelse.

Angående sammensætningen af udvalget er det regionernes ønske, at Ældrerådene får en plads i patientinddragelsesudvalget, da det er et folkevalgt organ, der repræsenterer de ældre i regionen.

Danske Regioner skal gøre opmærksom på, at Danske Patienter, der skal udpege repræsentanter til patientinddragelsesudvalget, repræsenterer et fåtal af psykiatriens brugere og pårørende-organisationer. Psykiatriorganisationerne bør derfor være repræsenteret i udvalgt.

Endelig bør det, i forbindelse med sammensætningen af udvalget, overvejes, om der skal være mulighed for, at man regionalt kan udpege 1-2 medlemmer fra organisationer, der i den pågældende region kunne være relevante af inddrage, f.eks. mindre bruger- og patientorganisationer.

Regionerne peger på, at udvalgets bemyndigelse er uklart beskrevet, da det i § 3 ikke fremgår, hvilke beslutninger udvalget kan træffe.

Regionerne ønsker, at der under § 4 indskrives, at regionsrådet kan anmode udvalget om at indgå i relevante arbejdsgrupper, kommentere på relevante emner og tage stilling til forslag, der ikke ligger inden for de nævnte opgaver i § 4 i øvrigt.

Bekendtgørelse om ikrafttræden af visse bestemmelser i ændring af sundhedsloven

Side 3

Regionerne har ingen indholdsmæssige bemærkninger til denne bekendtgørelse.

Danske Regioner skal dog gøre ministeriet opmærksom på, at der er fejl i datoen i § 1, hvor der henvises til lov nr. 904 af 4. juli 2014, hvilket retmæssigt burde være 4. juli 2013.

c/o Danske Regioner
 Dampfærgevej 22, Postbox 2593, 2100 København Ø
 Tlf. 35 29 81 00

01-03-2014
 Sag.nr. - 14/96

Tid	Lørdag kl. 05:30
Sted	Danske Regioner
Deltagere	Repræsentanter for Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn
Emne	Aftale om almen praksis

Parterne er enige om at indstille følgende til godkendelse:

Indholdsfortegnelse

Præambel	3
1 Udvikling af almen praksis herunder samspil med relevante aktører	4
1.1 Udviklingskontrakt	4
1.2 Samspil mellem sygehuse og almen praksis	5
2 Decentralisering	6
3 Rekruttering og lægedækning	10
3.1 Rekruttering og lægedækning	10
3.2 Tutorlægeaftalen	14
4 Fondsstruktur	19
5 Kvalitetsområdet	23
5.1 Kvalitet	23
5.2 Patienttilfredshedsundersøgelser	27
5.3 Forskningsenhed i Aalborg	29
6 Efteruddannelse	30
7 Kontrol og opfølging	32
7.1 Kontrol og opfølging	32
7.2 Revidering af regler om højstegrænser	34
8 Honorarsystemet	36
9 Tilrettet aftale efter lovændring	38
9.1 Tilretning af overenskomsten	38
9.2 Lokale aftaler	39
9.3 Opsigelsesvarsel	40
9.4 Andre tilknytningsformer	42

9.5	Lægedækning og orienteringspligt	43
10	Andre konkrete ændringer til overenskomsten.....	45
10.1	Deltagelse i lægevagten.....	45
10.2	Vandelsbestemmelse	47
10.3	IT i almen praksis.....	48
11	Aftalens økonomi	49
11.1	Regulering	49
11.2	Økonomistyring og budgetsikkerhed	51
11.3	Forhandlingsaftalens økonomi	53
12	Ikrafttrædelse.....	55
	Bilag 1 A Forord og udviklingskontrakt	56
	Bilag 1 B Samspil mellem sygehusvæsenet og almen praksis	66
	Bilag 3 A Ideer og initiativer til rekruttering og lægedækning	70
	Bilag 4 A Overenskomsttekst i forhold til udvalg og fonde.....	72
	Bilag 5 A Kommissorium og sammensætning af en arbejdsgruppe til konkretisering af en kvalitetsmodel for almen praksis.....	77
	Bilag 6 A Protokollat om efteruddannelse	78
	Bilag 7 A Protokollat om anvendelse af sundhedskort	88
	Bilag 8 A Kommissorium for arbejdsgruppe vedr. honorarstruktur	90
	Bilag 8 B Honorartabel for vagttid.....	92
	Bilag 11 A Økonomiprotokollat af 1. september 2014	97
	Bilag 11 B Forhandlingsaftalens økonomi (oversigt)	100

Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation har indgået en treårig aftale for vilkårene for almen praksis. Hermed er der skabt tryghed for patienterne efter opsigelsen af overenskomsten i foråret 2013.

Med aftalen er der givet et godt afsæt til den praksisplanlægning, der nu skal begynde lokalt mellem regioner, kommuner og PLO. Fremover vil udviklingen af området i højere grad ske lokalt, således at de løsninger, der findes, er tilpasset lokale behov. Udover økonomien i forhandlingsaftalen har kommuner og regioner fra 2015 afsat 200 mio. kr. årligt som et varigt løft til fortsat udvikling af almen praksis' opgaver i det nære sundhedsvæsen.

Aftalen udvides med midler til en ny systematisk efteruddannelse for almen praksis, der giver mulighed for i første omgang op til tre dages ekstra efteruddannelse fra 2015.

Derudover fastlægger aftalen, at der med afsæt i Den Danske Kvalitetsmodel skal udvikles en model for kvalitetsudvikling i almen praksis, hvor brugen af datafangst og kvalitetsparametre får en central rolle. Modellen indføres i alle klinikker over en fireårig periode. Hermed udvikles en samlet kvalitetsmodel der samler kvalitetsudvikling og akkreditering på en for almen praksis anvendelig og meningsfuld måde.

Aftalen giver fortsat budgetsikkerhed for regionerne. For lægerne er der blandt andet sikret økonomi til at håndtere udviklingen i antallet af gruppe 1 sikrede, ligesom det er aftalt, at man i fællesskab vil følge udviklingen i opgaver og økonomi tæt.

1 Udvikling af almen praksis herunder samspil med relevante aktører

Side 4

1.1 Udviklingskontrakt

Ændring af sundhedsloven i juni 2013 havde følgende hovedformål:

”at etablere en overordnet lovgivningsramme, som skal sikre, at almen praksis – uden at de grundlæggende forudsætninger for drift af privat praksis ændres – også fremover udvikler sig i takt med det øvrige sundhedsvæsen. Målet er en lovgivningsmæssig ramme, der sikrer, at patienterne oplever kvalitet og sammenhæng i indsatsen, og at den enkelte læge fortsat føler ejerskab og engagement i forhold til at bidrage til den fortsatte udvikling af sektoren i et stærkt fælles sundhedsvæsen.”

Parterne finder det på denne baggrund relevant at revidere overenskomstens kapitel 1: ”Forord og Udviklingskontrakt”, således at kapitlet afspejler lovens formål. Kapitel 1 ”Forord og Udviklingskontrakt” ses i bilag 1 A.

PLO og DSAM gennemfører i fællesskab en visionsproces om almen praksis i 2014-2015. Danske Regioner inddrages i dette arbejde med henblik på at komme med input til visionsprocessen.

1.2 Samspil mellem sygehuse og almen praksis

Side 5

I forbindelse med forberedelsen af overenskomstforhandlingerne er der nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra PLO-regionalt og regionerne. Arbejdsgruppens formål har været at udarbejde konkrete løsninger på, hvordan sygehusvæsenet kan understøtte, at almen praksis kan udføre sit arbejde på en smidig måde og med høj kvalitet. Arbejdsgruppens forslag til fokusområder samt anbefalinger fremgår af rapport af 16. december 2013.

Der er enighed om, at arbejdsgruppens forslag til fokusområder samt anbefalinger optrykkes i forhandlingsaftalen, se bilag 1 B.

Intentionerne med den nye sundhedslov om ændrede rammer for almen praksis er blandt andet at skabe mere sammenhæng og koordination i sundhedsindsatsen i feltet mellem kommuner, regioner og praktiserende læger. Et vigtigt instrument til at sikre dette er nedsættelse af de nye praksisplanudvalg, der skal udarbejde de kommende praksisplaner. Praksisplanerne bliver i sammenhæng med sundhedsaftalerne således den nye decentrale ramme, der sikrer, at der er sammenhæng og sker koordination i indsatserne.

For at understøtte at de nye praksisplanudvalg kommer godt fra start – blandt andet ift. at skabe mere sammenhæng og koordination i sundhedsindsatsen overfor ældre medicinske patienter og visse patienter med psykiske problemstillinger – er parterne enige om, at når der lokalt er indgået en praksisplan og i tilknytning hertil en underliggende aftale til praksisplanen mellem PLO, regionen og kommunerne i regionen, hvor indsatser omkring de forskellige former for sygebesøg (det som ikke omfattes af lægevagten) og visse indsatser for psykisk syge fastlægges, bortfalder ydelserne i den centrale overenskomst for sygebesøg i dagtiden (§§56¹, 71, 72 og 89) og samtalerapi (§ 59²), med tilhørende bestemmelser i § 51 stk. 4, i den pågældende region.

Når de lokale aftaler er indgået, reduceres den centrale økonomiske ramme med den enkelte regions forbrug af ydelserne med det sidst kendte opgjorte årlige beløb. Hermed flyttes midler og opgaver fra den centrale overenskomst til det lokale niveau i den enkelte region.

Styringen af den lokale økonomi aftales lokalt. Det vil være en mulighed, at det kan indgå i de lokale drøftelser, hvorvidt de emner, der er fastsat i praksisplanen, er udtryk for nye aftalte opgaver. Dette kan medføre, at den underliggende aftale vil få et output, hvor størrelsen af den samlede lokale økonomi er større end de midler der overgår fra den centrale overenskomst. Økonomien i den underliggende aftale kan omvendt ikke blive mindre, end det beløb der overgår. Aftaleparterne foretager en løbende monitorering af økonomien som følge af den underliggende aftale. Det aftales i praksisplanudvalget, hvorledes et eventuelt mindre forbrug kan anvendes.

¹ Gælder kun ydelserne 0102, 0121, 0411, 0421, 0441, 0451, 0461, 0491 og 2301

² Herunder ydelserne 6101 og 6201

Danske Regioner og KL har tilkendegivet, at regioner og kommuner – i forlængelse af udlægningen af samtaleterapi og sygebesøg – afsætter 100 mio. kr. hver, det vil sige i alt 200 mio. kr., til aftalt opgaveudvikling for at understøtte praksisplanlægningen. Der er tale om varige midler, som udmøntes i overenskomstperioden.

Regionen fremlægger årligt en økonomisk status i praksisplanudvalget. I overenskomsten indsættes følgende bestemmelse i § 136:

§ 136 Opsigelse

Nyt stk. 2:

Overenskomstens bestemmelser i §§ 51 stk. 4, 56³, 59⁴, 71, 72 og 89 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 omkring de forskellige former for sygebesøg og indsatser for visse patienter med psykisk sygdomme.

Det nuværende stk. 2 ændres til stk. 3.

Perspektiver for de lokale aftaler om sygebesøg og indsatser for visse psykiske syge

Parterne er enige om, at intentionen med de lokale aftaler er, at der skabes varige bæredygtige løsninger, der baserer sig på lægens kendskab til patienterne og de lokale behandlingstilbud. Den lokale aftale om sygebesøg og indsatser for visse psykiske syge giver mulighed for fleksible og dækkende løsninger med almen praksis, der udnytter den faglige kapacitet og den praktiserende læges helhedsorienterede tilgang til patienterne.

Vedr. implementering og gode lokale processer

Parterne konstaterer endeligt, at det næppe kan nås at flytte sygebesøg og samtaleterapi inden den første praksisplan skal foreligge 1. maj 2014.

Parterne er derfor enige om, at de lokale parter kan fastlægge en proces, hvor den første praksisplan deles op i faser, således at de lokale parter i perioden efter 1. maj og indtil et tidspunkt der fastlægges af de lokale parter, har god tid til at finde de konkrete lokale løsninger.

³ Gælder kun ydelserne 0102, 0121, 0411, 0421, 0441, 0451, 0461, 0491 og 2301

⁴ Herunder ydelserne 6101 og 6201

I arbejdet med at indgå de underliggende aftaler omkring sygebesøg og indsatser for visse psykiske syge, vil det være naturligt at de lokale parter for eksempel drøfter:

- Hvilke data regionen og evt. kommuner og læger stille til rådighed for de lokale forhandlinger,
- Overvejelser om baggrund og formål med indsatserne,
- Forhold vedrørende afgrænsning af målgrupper,
- Forhold vedrørende honorering,
- Opfølgning, herunder økonomisk status
- Forhold vedrørende fortolkning, efterlevelse, evt. sanktioner, ikrafttræden og opsigelse
- Evaluering af aftalen.

Overenskomstmæssig tydeliggørelse

Der er enighed om, at der i forhandlingsaftalen og overenskomsten sker en tydeliggørelse af den lægelige forpligtelse i forhold til: 1) tilgængelighed for kommunerne vedrørende svage borgere, der ikke selv kan henvende sig til lægen, 2) sygebesøg og 3) medicinbehandling. Konkretiseringen af disse forpligtelser sker i praksisplanen.

Dette sker ved revisionen af Udviklingskontrakten, og ved at følgende bestemmelser i overenskomsten præciseres, som følger:

§ 46 Praksisdeklarationer

Stk. 1.

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

Stk. 2 er uændret.

§ 51 Tilrettelæggelse af lægebetjeningen i dagtiden

Stk. 1, 2, 3 er uændret.

Sygebesøg

Stk. 4.

- a. Lægen er forpligtet til fra mandag til og med fredag i dagtiden at aflægge sygebesøg, hvis henvendelsen om sygebesøg efter lægens

vurdering af sygdommen og/eller forholdene i øvrigt nødvendiggør besøg, jf. § 49, stk. 1. Med mindre andet er **aftalt** gælder sygebesøgsforpligtelsen dog ikke patienter, der har fast bopæl (folkerasteradresse) mere end 15 km fra lægens klinik, og som er tilmeldt lægen efter reglen i § 11, stk. 4.

- b. Besøg aflægges som udgangspunkt ikke uden aftale.
- c. Lægen skal i sin vurdering af, om et sygebesøg er nødvendigt, tillægge det betydning, såfremt patienten er bevægelseshæmmet.

Nyt stk. 5.

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

Anmærkning § 51, stk. 4, litra a: De patienter, som før den 1. september 2014, har været tilknyttet en læge, som har praksis mere end 15 km. fra patientens bopæl kan forsat få sygebesøg jf. aftale mellem lægen og regionen. Regionen fremsender en gang årligt lister over disse patienter til de relevante læger.

3 Rekruttering og lægedækning

Side 10

3.1 Rekruttering og lægedækning

Parterne er enige om, at den primære lægedækning fortsat baseres på de alment praktiserende læger - også, når det handler om at afhjælpe problemer med lægedækningen.

Parterne er endvidere enige om vigtigheden af, at en ny aftale understøtter, at parterne på konstruktiv vis skal håndtere problemstillinger vedrørende rekruttering og lægedækning og i særlige situationer kan imødekomme en læges ønske om nedsat arbejdsmængde. Parternes forudsætning for enigheden er, at de aftalte løsninger ikke vil betyde øgede udgifter per patient i den enkelte praksis.

Parterne er således enige om følgende:

Landsdækkende forum

Med udgangspunkt i Danske Regioners og PLO's fælles politiske udmelding af 4. november 2013 er parterne enige om at oprette et landsdækkende forum, bestående af formændene for de regionale praksisplanudvalg, formændene for PLO-Regionalt samt repræsentanter for PLO og RLTN, som mødes 1-2 gange årligt, første gang i foråret 2014.

Det pågældende forum har ingen kompetencer i relation til den regionale praksisplanlægning, der nu foregår i de regionale praksisplanudvalg, som efterfølgende danner baggrund for regionsrådets placering af praksis. Det landsdækkende forum kan dog:

- udveksle erfaringer med rekrutteringstiltag
- drøfte relevante forhold omkring lægedækning og rekruttering, herunder lægeprognoser, uddannelseskapacitet mv.,
- anbefale fælles initiativer. Det kunne f.eks. være at rette fælles henvendelse til Sundhedsstyrelsen vedrørende udvidelse af antallet af uddannelsesstillinger i almen medicin. Ved enighed om fælles initiativer kan parterne i det landsdækkende forum drøfte finansiering.

Unighed eller tvister i det landsdækkende forum kan ikke indbringes for det paritetiske system beskrevet i overenskomsten §§ 118-125.

Side 11

Generationsskifte

Der indsættes i overenskomsten følgende nye bestemmelse vedrørende generationsskifte:

§ XX Generationsskifte

Stk. 1.

Med henblik på at lette praksisoverdragelse har en praktiserende læge ret til at ansætte en speciallæge i almen medicin. Efter 6 måneder skal lægerne indgå i kompagniskabspraksis i en varighed op til 5 år, hvorefter der sker fuldstændig overdragelse, samtidig med at den overdragende praktiserende læge ophører i praksis.

Stk. 2.

Generationsskiftemodellen i henhold til stk. 1 kan anvendes i områder som praksisplanen udpeger som aktuelt lægedækningstruede.

Stk. 3

Ligeledes med henblik på at lette praksisoverdragelse kan en praktiserende læge, som ikke har praksis i lægedækningstruede områder jf. stk. 2, ansøge om tilladelse til at ansætte en speciallæge i almen medicin. Efter 6 måneder skal lægerne indgå i kompagniskabspraksis i en varighed op til 5 år, hvorefter der sker fuldstændig overdragelse, samtidig med at den overdragende praktiserende læge ophører i praksis.

§ 26 Delepraksis:

§ 26 ændres som følger:

Stk. 1.

Hensynet til læger med behov for nedsat arbejdsmængde i almen praksis kan tilgodeses via delepraksis.

Ved delepraksis forstås, at der optages en ekstra læge i praksis i forhold til den eller de tildelte lægekapaciteter.

Stk. 2.

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

Stk. 3.

Tilladelse til delepraksis meddeles, hvor den praktiserende læge på grund af kronisk sygdom eller alvorlig sygdom i nær familie har brug for aflastning. Tilladelse til delepraksis kan endvidere meddeles, såfremt den praktiserende læge stiller sin arbejdskraft til rådighed for andre faglige funktioner så som undervisning, konsulentarbejde eller fagpolitisk arbejde i minimum 6 timer pr. uge.

Stk. 4.

Tilladelse til etablering af delepraksis er en personlig ordning. Når den, hvis forhold har begrundet tilladelse til delepraksis, udtræder af praksis, bortfalder delepraksistilladelsen. Tilladelsen bortfalder endvidere senest 2 år efter at forholdet, som begrundede tilladelsen ikke længere er tilstede. Ovenstående er gældende for nye tilladelser givet fra den 1. september 2014.

Note til § 26 stk. 3 og 4

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

Generelt gælder for kompagniskabspraksis, der drives som delepraksis, at de i tilfælde af opløsning maksimalt kan opdeles i et antal selvstændige praksis, svarende til det antal lægekapaciteter, som kompagniskabet rå-

dede over før opløsningen. Lægerne skal således aftale hvordan praksis videreføres, hvis lægerne i en delepraksis ikke længere ønsker at fortsætte samarbejdet.

Stk. 5

Praksis, der har fået tildelt delepraksistilladelse før 1. april 2011, kan fortsætte på de vilkår, der er fastsat for deres konkrete tilladelse, eller de kan søge om at få fastsat en nedre og øvre lukkegrænse efter reglerne i stk. 2.

Nedsat normtal

I overenskomstens § 9 stk. 3 foretages følgende ændring:

Stk. 3.

Praksis, der af særlige grunde ønsker et lavere antal tilmeldte gruppe 1-sikrede pr. lægekapacitet end 1600, kan søge samarbejdsudvalget om lukning ved et lavere antal gruppe 1-sikrede, dog ikke under 538. Ansøgning fra læger, der er fyldt 60 år, **yngre nyrekrutterede læger eller læger, som i min. 6 timer om ugen har bibeskæftigelse med undervisning/konsulentjob/fagpolitisk arbejde** bør så vidt muligt imødekommes. Hvis lukning må anses for at forringe patienternes valgmulighed urimeligt, kan samarbejdsudvalget give tilladelse til selektiv lukning.

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

Bilag vedr. ideer og initiativer til rekruttering og lægedækning

Endelig er der enighed om, at bilag vedr. ideer og initiativer til rekruttering og lægedækning, som er udarbejdet på baggrund af indhentede tilbagemeldinger fra regionerne og PLO-regionalt, optrykkes som bilag til forhandlingsaftalen. Bilaget er relevant til brug for drøftelserne i det landsdækkende forum. I denne sammenhæng kan det opdateres og videreudvikles. Se bilag 3 A.

3.2 Tutorlægeaftalen

Parterne konstaterer, at der er skærpede krav vedrørende godkendelse af tutorlæger i almen praksis, herunder til tutorernes supervision af uddannelseslæger. Kravene gælder både for nystartede tutorlæger i almen praksis og for etablerede tutorlæger, som gerne vil fortsætte som tutorlæge. Ifølge DSAM er baggrunden for de nye krav, at den nye målbeskrivelse og tutorkravene tilsammen skal sikre, at almen praksis fortsat giver kliniske basislæger og speciallæger i almen medicin en god uddannelse.

Uddannelseslæger i fase 2 og fase 3 er ansat hos tutorlægen, som dermed har arbejdsgiveransvaret overfor uddannelseslægerne.

I den hidtidige aftale har tutorlægen forestået den månedlige lønudbetaling til disse fase 2 og fase 3 læger. Parterne er enige om at lette administrationen i forhold til den enkelte tutorlæge, således at regionen fremover på tutorlægens vegne forestår disse lønudbetalinger.

På denne baggrund er der er enighed om, at tutorlægeaftalen af 21. september 2000 revideres som følger:

Tutorlægeaftalen - VEDRØRENDE ALMENT PRAKTISERENDE LÆGER, DER VIRKER SOM TUTORLÆGER – af 1. september 2014

§ 1. Aftale om tutorlæger

Aftalen vedrører alment praktiserende læger, der af det regionale råd for lægers videreuddannelse, er godkendt som tutorlæger for læger under uddannelse til speciallæge, og som i en aftale med det regionale råd for lægers videreuddannelse forpligter sig til at fungere på nedenstående vilkår.

§ 2. Tilladelse til at virke som tutorlæger

Stk. 1.

Alment praktiserende læger kan virke som tutorlæger, når det regionale råd for lægers videreuddannelse har givet tilladelse. Længden af ophold i almen praksis vil svare til de til enhver tid gældende bestemmelser i bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger

Stk. 2.

Hvilken type uddannelseslæge praksis tildeles samt frekvens i uddannelsesforløb, bestemmes af det regionale råd for lægers videreuddannelse, tutorlægen og regionen, hvori praksis er beliggende, ud fra det aktuelle behov.

Stk. 3.

Der indgås en individuel aftale mellem det regionale råd for lægers videreuddannelse, tutorlægen og den region, hvori tutorlægens praksis er beliggende. Praktiserende Lægers Organisation og RLTN udarbejder en standard herfor baseret på nærværende aftale. Den individuelle aftale løber indtil den opsiges af enten det regionale råd for lægers videreuddannelse eller tutorlæge. Der er et gensidigt opsigelsesvarsel på ét år. Opsigelse kan dog i helt ekstraordinære tilfælde ske med et kortere varsel

Stk. 4.

Det regionale råd for lægers videreuddannelse tildeler tutorlægen en uddannelsessøgende læge med et halvt års varsel. Varslet kan være kortere, såfremt tutorlægen accepterer det. Rådet skal i forbindelse med tildelingen sikre så stor en spredning af de uddannelsessøgende læger som muligt i forhold til godkendte tutorlægepraksis.

Stk. 5.

Der kan ikke i samme solopraksis samtidig være mere end én uddannelseslæge i 6-måneders forløb. I solopraksis, der er etableret som delepraksis, skal begge læger være godkendt som tutorlæge. Antallet af samtidige uddannelsessøgende læger i praksis kan ikke overstige antallet af klassificerede læger i praksis, der opfylder betingelserne som tutorlæger.

§ 3 Finansiering**Stk. 1.**

Godkendte tutorlæger er berettiget til tilskud til ansættelse af den uddannelsessøgende læge, som det regionale råd for lægers videreuddannelse har givet tilladelse til.

Regionen yder tilskud i henhold til det til enhver tid gældende Administrationsgrundlag for udbetaling af tilskud til ansættelse af uddannelsessøgende læger, som er aftalt mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation.

For at lette administrationen i forhold til den enkelte tutorlæge, udbetaler regionen på tutorlægens vegne løn direkte til den uddannelsessøgende læge i godkendte uddannelsesforløb efter overenskomst mellem PLO og Yngre Læger.

Stk. 2.

Den uddannelsessøgende læges ferie samt sygedage indberettes til regionen senest den 10. hverdag i måneden efter fraværet.

Stk. 3.

Beregning af tutorlægens andel af lønnen til den uddannelsessøgende læge efter regionalt tilskud foretages hver 6. måned. Pr. 31. december laves endvidere en årsopgørelse.

Tutorlægens beregnede lønandel trækkes direkte fra tutorlægens næste månedlige afregning med regionen og vil fremgå af honorarspecifikationen..

Senest 1 måned efter uddannelsesforløbets afslutning modtager tutorlægen meddelelse om endelig opgørelse over afregningen til den uddannelsessøgende læge og tutorlægens andel heraf, som er modregnet i sygesikringshonoraret.

Stk. 4.

Tutorlæger, der har KBU-læger, får udbetalt kr. 5850,14 (grundbeløb pr. 1/4 2009) pr. måned til dækning af meromkostningerne til faciliteter mv. samt supervision. Beløbet reguleres med den til enhver tid gældende reguleringsprocent i henhold til § 68 i overenskomst om almen praksis.

Stk. 5.

Tutorlægen er fortsat berettiget til honorar ved den uddannelsessøgende læges fravær grundet sygdom eller barsel. I tilfælde af, at fraværet varer længere end løbende måned samt fuld efterfølgende kalendermåned, bortfalder regionens honoreringspligt. Såfremt den uddannelsessøgende læge ikke påbegynder sin ansættelse, er tutorlægen berettiget til honorar for den 1. måned, såfremt meddelelse herom først er givet i den måned, der ligger forud for ansættelsestidspunktet.

Stk. 6.

Tutorlægen er fortsat berettiget til honorar ved fravær fra praksis grundet egen sygdom. I tilfælde af tutorlægens sygdom udover løbende måned

samt fuld efterfølgende kalendermåned, bortfalder regionens honoreringspligt.

Side 17

Stk. 7.

Det kan mellem parterne aftales, at der ydes et tilskud til etablering af arbejdsplads for uddannelsessøgende læger i almen praksis.

Stk. 8.

Det regionale råd for lægers videreuddannelse giver regionen besked om, hvornår og i hvilket tidsrum en tutorlæge har en uddannelsessøgende læge, og regionen udbetaler herefter beløbet månedsvis bagud uden anfordring fra tutorlægen.

§ 4 Krav til tutorlægen

Stk. 1.

Tutorlægen har det pædagogiske ansvar for uddannelseslægers uddannelse og virke i deres ansættelse i almen praksis. Tutorlægen skal opfylde de af Sundhedsstyrelsen udmeldte betingelser vedrørende pædagogiske kurser for tutorlæger, evaluering, indretning af klinikken mv., jf. http://www.dsam.dk/flx/uddannelse/videreuddannelse_i_almen_medicin/krav_til_tutorpraksis/

Stk.2.

Tutorlægen skal give det regionale råd for lægers videreuddannelse og regionen besked, såfremt den uddannelsessøgende læge udebliver eller uddannelsesforløbet afbrydes i utide.

Stk. 3.

Arbejdsgiveransvaret overfor den uddannelsessøgende læge og tredje- mand ligger hos den ansættende myndighed, som er regionen i relation til KBU-, intro- og fase 1-læger. For læger i fase 2 og 3 er ansættende myndighed tutorlægepraksis.

Tutorlægen er ansvarlig for tegning af ansvarsforsikring for læger i fase 2 og fase 3.

Tutorlægen er endvidere ansvarlig for tegning af arbejdsskadeforsikring for KBU-, intro-, fase 1-, fase 2- og fase 3 læger.

Stk.4.

KBU-, intro- og fase 1-lægers ansættelsesvilkår fastlægges i øvrigt efter aftale mellem RLTN og Yngre Læger.

Stk. 5.

Ansættelsesvilkår for fase 2 og fase 3 læger fastlægges efter aftale mellem PLO og Yngre Læger.

Stk.6.

Instruktionsbeføjelsen i den periode den uddannelsessøgende læge er i almen praksis udføres af tutorlægen i overensstemmelse med gældende love og overenskomst om almen praksis. Tutorlægen er overordnet læge i forhold til den uddannelsessøgende læge såvel i faglig henseende som i henseende til arbejdets tilrettelæggelse og i forhold til patienterne.

Stk. 7.

Samarbejdsudvalget er forpligtet til at orientere det regionale råd for lægers videreuddannelse, såfremt det finder, at der er praktiserende læger, hvis praksisforhold er så afvigende fra det sædvanlige, at det ikke er hensigtsmæssigt, at de har uddannelsessøgende læger. Tutorlægen skal orienteres herom, og kan inden 6 uger klage til Landssamarbejdsudvalget, såfremt lægen ikke finder, at samarbejdsudvalgets begrundelse er rimelig.

§ 5. Ikrafttræden

Aftalen træder i kraft 1. september 2014 og kan af hver af parterne opsiges med seks måneders varsel til et kvartals udløb, dog tidligst 1. oktober 2016.

Parterne er enige om at ændre fondsstrukturen i almen praksis for at styrke sammenhængen mellem kvalitet, faglighed, forskning og efteruddannelse. Der etableres "Fonden for Almen Praksis", som erstatter Forskningsfonden, Kvalitets- og Informatikfonden, Efteruddannelsesfonden samt Fagligt Udvalg. Fonden samler ansvaret for de overenskomstafsatte midler til forskning, efteruddannelse kvalitetsudvikling og Fagligt Udvalg.

Fonden har til opgave at styrke eksisterende udviklings- og driftsaktiviteter inden for kvalitet, faglighed, efteruddannelse og forskning. Et tættere strategisk og organisatorisk samspil forventes at initiere en synergieffekt, der vil kunne skabe en bedre anvendelse af de investerede ressourcer til drift af et sammenhængende område samt til udvikling og implementering af tiltag og løsninger. Fondens udførende enheder: De tre Forskningsenheder for almen praksis, DAK-E, KFU, Forskningsudvalget og Fagligt Efteruddannelsesudvalg (tidligere AMADEUS) vil eksistere uændret.

Fordeling af midler til kvalitet, forskning, efteruddannelse og faglig udvikling fastholdes som udgangspunkt som fordelt i overenskomsten fra april 2011. Ved enighed i fondens bestyrelse, kan der dog træffes tværgående beslutninger, der påvirker ressourcefordelingen i en afgrænset eller varig periode.

Organisering af Fonden for almen praksis

Parterne er enige om, at "Fonden for Almen Praksis" organiseres med en fondsbestyrelse, sekretariatskoordinationsgruppe og et Fagligt Råd.

Fondsbestyrelsen

Bestyrelsen har den overordnede politiske og strategiske ledelsesfunktion. Bestyrelsen fungerer som garant for varetagelse af fondens formål og målsætninger i henhold til overenskomsten og har i øvrigt en kontrollerende funktion for så vidt angår aktiviteten i fonden. Bestyrelsen træffer beslutning om udarbejdelse af og godkender styringsprodukter, der understøtter den tværgående strategiske indsats, f.eks. årsplaner, årsberetninger samt godkender fondens budget og regnskab.

Bestyrelsen består af 10 medlemmer, hvor PLO og RLTN hver udpeger 5 medlemmer. Formandsskabet deles mellem RLTN og PLO.

Sekretariatskoordinationsgruppen

Sekretariatskoordinationsgruppen skal sikre, at arbejdet i fondens udførende enheder sker i overensstemmelse med de overordnede politiske beslutninger. Sekretariatskoordinationsgruppen er sekretariatsfunktion for fondsbestyrelsen og rådgives af et Fagligt Råd.

Sekretariatskoordinationsgruppen skal sikre en koordineret tværgående sekretariatsbetjening og på et administrativt niveau varetage ansvaret for både drifts – og udviklingsopgaver samt løbende sekretariatsopgaver.

Sekretariatskoordinationsgruppen er administrativ og består af op til fire repræsentanter udpeget af PLO samt op til fire repræsentanter udpeget af Danske Regioner.

Fagligt Råd

Til at rådgive Sekretariatskoordinationsgruppen og fondsbestyrelsen etableres et Fagligt Råd. Rådet skal fungere som beslutningsstøtte og rådgivere for Sekretariatskoordinationsgruppen og fondsbestyrelsen. Rådet har til formål at være et forum for tydelig inddragelse af relevante interessenter fra de involverede faglige miljøer i fondens arbejde. Inddragelsen bidrager til at sikre legitimitet omkring bestyrelsens beslutninger og kan endvidere fremme formidling af faglig viden af relevans for konkretisering af fondens beslutninger.

Fagligt Råd består af 15 personer. PLO og RLTN udpeger hver 3 personer, de tre forskningsenheder udpeger i fællesskab 1 person, IKAS, DAK-E, DSAM, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse udpeger hver 1 person. Endvidere indgår formanden for Forskningsudvalget, formanden for KFU (Kvalitets- og Forskningsudvalget) og formanden for Fagligt Efteruddannelsesudvalg. Udvalget sekretariatsbetjenes af Sekretariatskoordinationsgruppen.

De nuværende opgaver og aktiviteter i Fagligt Udvalg videreføres i Fagligt Råd. Der skal i Fagligt Råd konkret tages stilling til, hvordan opgaverne i det nuværende Laborarieudvalg, herunder SKUP, skal varetages. I forhold til SKUP skal dette søges håndteret i regi af Dansk Institut for Ekstern Kvalitetssikring for Laboratorier i Sundhedsvæsenet (DEKS). De midler, Fagligt Udvalg i dag tildeles via overenskomstens § 111, overføres i sin helhed til Fagligt Råd.

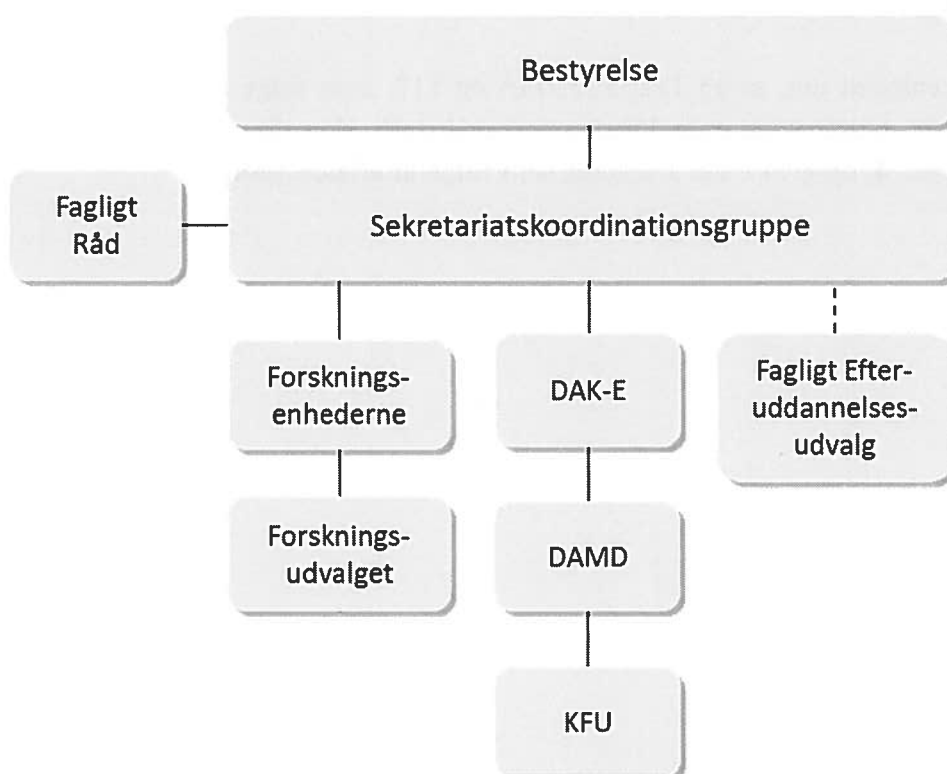
Fagligt efteruddannelsesudvalg

Til at varetage godkendelse af kurser indenfor den selvvalgte og systematiske efteruddannelse nedsætter fondsbestyrelsen et fagligt efteruddannelsesudvalg, der skal bestå af seks alment praktiserende læger. PLOs og DSAMs bestyrelser indstiller medlemmer til udvalget. DSAM varetager formandsskabet for udvalget.

Til det faglige efteruddannelsesudvalg tilknyttes to konsulenter til at varetage løbende godkendelser, der åbenlyst ligger indenfor for fondsbestyrelsens godkendelseskriterier.

PLO har ansvaret for at sekretariatsbetjene det faglige efteruddannelsesudvalg, samt varetage driftsmæssige opgaver i forbindelse med eksempelvis udbetaling af refusion og godkendelser af ansøgninger om refusion. PLOs udgifter til denne sekretariatsbetjening afholdes af fonden.

Figur 1: Oversigt over fondsstruktur for almen praksis



Aftalte ændringer

Der etableres "Fonden for Almen Praksis", som erstatter Forskningsfonden, Kvalitets- og Informatikfonden, Efteruddannelsesfonden og Fagligt Udvalg.

Fordeling af midler til kvalitet, forskning, efteruddannelse og faglig udvikling fastholdes som udgangspunkt efter bestemmelserne i gældende overenskomst fra april 2011. Ved enighed i fondens bestyrelse kan der dog træffes tværgående beslutninger, der påvirker ressourcefordelingen i en afgrænset eller varig periode.

Der er enighed om, at ovennævnte aftale medfører følgende ændringer i overenskomst om almen praksis:

- §§ 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 113 og 114 udgår.
- der indsættes nye bestemmelser, jf. bilag 4 A vedrørende udvalg og fonde.

Der er således enighed om, at §§ 112, 115, 116 og 117, som følge af ovennævnte aftale, består uden indholdsmæssige ændringer, dog tilføjes der til § 116 et stk. 4, og § 117 stk. 1 ændres som følge af aftalen vedrørende kvalitet.

Se bilag 4 A.

5.1 Kvalitet

Sikring af DAK-E

Parterne er enige om, at hovedformålet med indførelsen af datafangst i almen praksis er kvalitetsudvikling og forbedret patientbehandling. Herudover finder parterne det vigtigt, at kvalitetsdata fra almen praksis også medvirker til at styrke kvaliteten i de sundhedstilbud, der tilbydes patienterne generelt i sundhedsvæsenet, ligesom data skal give bedre mulighed for forskning.

Det er afgørende for parterne, at DAK-E sikrer den fortsatte udvikling af datafangst samt bevarer en høj og troværdig datakvalitet. DAK-E tiltænkes ligeledes en central rolle i den generelle kvalitetsudvikling i almen praksis og ikke mindst i forbindelse med den forestående opgave med at integrere anvendelsen af kvalitetsrapporter i den daglige arbejdsgang i almen praksis.

På den baggrund har parterne besluttet at afsætte yderligere 2,3 mio. kr. årligt til den fortsatte drift af DAK-E.

Parterne er enige om, at § 107 udgår og erstattes af ny § C i bilag 4 A.

En samlet kvalitetsmodel for almen praksis

Parterne er enige om, at almen praksis skal indgå i, og akkrediteres efter, en version af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), der er tilpasset forholdene i sektoren. Parterne er yderligere enige om, at DDKM i almen praksis skal være anvendelig og give mening for den enkelte praktiserende læge. En vigtig forudsætning for at den enkelte praktiserende læge finder DDKM anvendelig og meningsfuld er, at den understøtter muligheden for at kvalitetssikre patientbehandlingen ud fra konkrete oplysninger om lægens patientpopulation.

Det være sig såvel helbredsoplysninger som patientevalueringer om relevante praksisforhold. Lægens dataopsamling via datafangst, og patientens evaluering af lægen og praksis via patienttilfredshedsundersøgelser, skal integreres i DDKM. Lægens arbejde med disse patientoplysninger skal være det bærende element i forhold til kvalitetsudvikling og akkreditering. Herudover skal DDKM indeholde en række standarder for organisa-

torisk kvalitet, lægernes efteruddannelsesaktiviteter samt have fokus på patientsikkerhedsmæssige forhold.

Side 24

Implementeringen af DDKM i almen praksis vil blive understøttet på to måder. For det første af en central støttefunktion, der skal klargøre og designe skabeloner for den dokumentation, der skal indramme arbejdet med de enkelte standarder i DDKM. Dette har til formål at reducere ressourceforbruget i den enkelte praksis i forbindelse med implementering af DDKM. Samtidig vil det sikre en vis ensartethed, i den måde praksis implementerer standarderne på.

For det andet skal kvalitetskonsulentordningerne i de enkelte regioner styrkes, så de bliver i stand til at kunne facilitere implementeringen af DDKM i den enkelte praksis. Parterne afsætter 1 mio. kr. årligt til driften af en støttefunktion og 5 mio. kr. årligt til den samlede drift af en kvalitetskonsulentordning i hver af de fem regioner.

Kvalitetskonsulenterne skal lokalt facilitere implementeringen og den løbende akkreditering af DDKM. De afsatte midler til kvalitetskonsulentordningerne og støttefunktionen ophører som udgangspunkt ved overenskomstens udgang den 31. august 2017, men parterne er enige om, at man i forhandlingerne om en overenskomstfornyelse skal vurdere behovet fremadrettet. Herudover kræver driften af en akkrediteringsorganisation i IKAS en årlig driftsomkostning, bl.a. til frikøb af praktiserende læger til surveyor-ordningen. IKAS har oplyst, at der hertil skal bruges op til 12 mio. kr. årligt ved en fuld indfasning af modellen. Midler hertil afholdes løbende af regionerne. Der bør i den forbindelse indgås en aftale med IKAS om det nødvendige grundbudget samt den løbende afregning for IKAS's ydelser.

Der er enighed om, at den første akkrediteringsrunde påbegyndes fra den 1. september 2015. Alle praksis skal herefter være akkrediteret senest den 31. august 2018. Praksis der forventes at ophøre inden for et tidsrum på 5 år, grundet alder eller sygdom, er dog undtaget herfor.

Da parterne anerkender, at arbejdet med at implementere DDKM vil være ressourcekrævende i et vist omfang, ydes der et implementeringsbidrag på kr. 10.000 for hver lægekapacitet ved påbegyndelsen af arbejdet med DDKM. Endvidere gives et akkrediteringshonorar på kr. 10.000 pr. lægekapacitet, når akkrediteringen opnås. Beløbene betales kun ved før-

ste akkreditering i perioden frem til 31. august 2018. De efterfølgende akkrediteringer vil ikke være forbundet med honorarer.

Side 25

Parterne er enige om, at der skal følges op på såvel implementeringen som effekterne af DDKM. Parterne vil derfor opfordre Fonden for Almen Praksis til at beslutte, om der skal igangsættes et forskningsprojekt desangående.

Der er enighed om af den nuværende § 100 udgår og erstattes med følgende:

§ 100 Kvalitetsmodel i almen praksis

Stk. 1.

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) skal være omdrejningspunktet for kvalitetsudviklingen i almen praksis. Modellen skal understøtte og fokusere på kvalitetsudviklingen i den enkelte praksis. Kvalitetsudviklingen skal primært tage sit udgangspunkt i den dataopsamling, der sker via datafangst, samt resultaterne af patienttilfredshedsundersøgelser. DDKM skal ligeledes sikre den organisatoriske kvalitet i praksis.

Stk. 2.

DDKM i almen praksis igangsættes på baggrund af anbefalinger fra en arbejdsgruppe, jf. bilag 5 A.

Stk. 3.

Implementeringen af DDKM understøttes af lokale kvalitetskonsulenter. Kvalitetskonsulenterne skal løbende facilitere DDKM i de enkelte praksis og skal kunne yde faglig sparring, forestå undervisning, formidle best practice mv. Selve akkrediteringen foretages af IKAS. Kvalitetskonsulentordningen forankres lokalt i Kvalitets - og Efteruddannelsesudvalgene, og skal tage udgangspunkt i de eksisterende konsulentordninger og koordineres med surveyorordningen i IKAS.

Stk. 4.

I forbindelse med udrulningen af DDKM oprettes en støttefunktion. Støttefunktionen placeres i regi af DAK-E, og skal løbende yde bistand til implementeringen af DDKM i almen praksis. Støttefunktionens primære opgave er at udarbejde og mangfoldiggøre skabeloner til den dokumentation, der skal ske ved implementering af standarderne i DDKM. Opgavevaretagelsen i støttefunktionen sker i løbende samarbejde med DSAM og IKAS.

Stk. 5.

Alle praksis skal være akkrediteret senest 31. august 2018, dog under hensyn til stk. 6.

Stk. 6.

En praksis, der forventes at ophøre inden for et tidsrum på 5 år, grundet alder eller sygdom, forpligtes ikke til at implementere DDKM.

Stk. 7.

Der ydes et implementeringsbidrag på kr. 10.000 for hver lægekapacitet ved påbegyndelsen af arbejdet med DDKM samt et akkrediteringshonorar på kr. 10.000 pr. lægekapacitet når akkrediteringen gives. Beløbene betales kun ved første akkreditering i perioden frem til 31. august 2018. De efterfølgende akkrediteringer vil ikke være forbundet med honorarer.

Der er enighed om, at der til § 116 tilføjes:

Stk. 4.

De regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg skal udbygge og drive en kvalitetskonsulentordning, der løbende understøtter og faciliterer implementeringen af DDKM i almen praksis. Ordningen skal tilrettelægges med udgangspunkt i de behov, arbejdsgruppen til konkretisering af en kvalitetsmodel for almen praksis beskriver, jf. bilag 5 A.

Der er endvidere enighed om, at § 117 stk. 1 erstattes med følgende (ny tekst i *kursiv*):

Stk. 1.

Regionerne afsætter en pulje på kr. 8,30 (april 2014- niveau) pr. gruppe 1 sikret til lokal anvendelse til kvalitetsudvikling og efteruddannelse. Kr. 1,36 (april 2014- niveau) heraf afsættes særskilt til den Decentrale Gruppebaserede Efteruddannelsesordning, jf. protokollat af 16. juni 2008 om organisering af den Decentrale Gruppebaserede Efteruddannelsesordning, DGE. Midlerne afsættes til løn til vejlederne inkl. koordinatortillæg, gruppelederaktiviteter samt udgifter til administration, kontorhold mv. *Yderligere kr. 0,89 (april 2014- niveau) heraf afsættes til en udvidelse af ordningen med kvalitetskonsulenter til at understøtte og facilitere DDKM i almen praksis.*

Parterne er enige om, at patienternes vurdering af den generelle tilfredshed med almen praksis er et vigtigt parameter for at yde en god service i sektoren. Ydermere er den enkelte patients tilfredshed med den enkelte praksis og den enkelte læge vigtige elementer i den kvalitetsudvikling, en praksis løbende skal gennemføre, ikke mindst i forbindelse med en akkreditering.

Den nuværende overenskomst indeholder i § 101 en forpligtelse for de praktiserende læger til at gennemføre patienttilfredshedsundersøgelser mindst hvert tredje år. Efter den 1. september 2014 er de praktiserende læger, via sundhedsloven, forpligtet til at offentliggøre resultaterne af disse undersøgelser på praksisniveau. Parterne er enige om at udvide den nuværende aftale om patienttilfredshedsundersøgelser i almen praksis.

Der skal her igennem sikres et grundlag for at foretage patienttilfredshedsundersøgelser på en valideret og anvendelig baggrund. Det er vigtigt for parterne at kunne sammenligne tilfredshed på tværs af geografi, og at den enkelte læge kan anvende resultaterne til kvalitetsudvikling af praksis på linje med andre patientrelevante data. Patienttilfredshedsundersøgelserne skal derfor være ens for alle praksis over hele landet, og resultaterne samles i Den Almen Medicinske Database (DAMD).

Arbejdet med patienttilfredshedsundersøgelser varetages af DAK-E, der årligt tilføres kr. 0,8 mio. til formålet.

Parterne er på den baggrund enige om at erstatte den nuværende § 101 med følgende:

§ 101 Patientoplevels kvalitet i almen praksis

Stk. 1.

Med udgangspunkt i spørgsmålene fra DANPEP-undersøgelserne gennemføres der mindst hvert tredje år en patienttilfredshedsundersøgelse i almen praksis. Arbejdet er forankret i Fonden for Almen Praksis.

Stk. 2.

Patienttilfredshedsundersøgelserne gennemføres i videst muligt omfang elektronisk, men kan ske via papirskemaer til de patienter, der ikke har mulighed for at gøre dette elektronisk.

Stk. 3.

Håndtering af spørgsmålene i undersøgelsen samt, opsamling, bearbejdning og kvalificering af undersøgelseernes resultater varetages af DAK-E. DAK-E er ligeledes ansvarlig for, at resultaterne bliver gjort tilgængelige for de enkelte læger i deres kvalitetsrapporter samt offentligt på aggregeret niveau efter nærmere aftale. Regionerne har adgang til data på aggregeret niveau via DAMD-databasen.

Stk. 4.

De praktiserende læger forpligtes til at gennemføre patienttilfredshedsundersøgelser efter stk. 1 til 3.

5.3 Forskningsenhed i Aalborg

Side 29

Med baggrund i etableringen af et Sundhedsvidenskabeligt Fakultet ved Aalborg Universitet er det aftalt at etablere en Forskningsenhed for Almen Praksis i Aalborg på linje med Forskningsenhederne for Almen Praksis i København, Århus og Odense.

Etableringen og driften af Forskningsenheden for Almen Praksis i Aalborg finansieres via Forskningsfonden for Almen Praksis, idet Forskningsfonden tilføres 2 mio. kr. i første overenskomstår, 3 mio. kr. i andet overenskomstår og 5 mio. kr. i tredje overenskomstår.

6 Efteruddannelse

Rammerne for efteruddannelse

Parterne er enige om, at der er behov for at styrke efteruddannelsesområdet. På den baggrund indføres et system der, udover den nuværende selvvalgte efteruddannelse, også indeholder systematisk efteruddannelse, der finansieres i regi af Fonden for Almen Praksis.

Den systematiske efteruddannelse etableres som et supplement til den eksisterende selvvalgte efteruddannelse og skal give alle praktiserende læger adgang til deltagelse i et struktureret, kontinuerligt og planlagt, livs langt efteruddannelsesforløb indenfor aftalte temaer med fokus på evidensbaseret medicin og med relevans for patienter og samfund.

Den systematiske efteruddannelse udbydes indenfor en række emner og temaer, som parterne er enige om, og som understøtter kvalitetsudviklingen i patientbehandlingen i lyset af udviklingen i sundhedsvæsenet. Temaerne og emnerne for den systematiske efteruddannelse bestemmes af bestyrelsen, og skal som udgangspunkt ligge indenfor målbeskrivelsen for almen medicin.

Denne konstruktion skal understøtte, at alle praktiserende læger som udgangspunkt er opdaterede indenfor nyeste viden.

Den selvvalgte efteruddannelse vælges af den enkelte læge i henhold til den enkeltes kompetencebehov og skal understøtte, at den enkelte læge er fagligt opdateret.

Ved aftalens genforhandling drøfter og fastlægger parterne fremadrettet indbetalingerne til efteruddannelse herunder fordelingen mellem selvvalgt og systematisk efteruddannelse, således at indbetalingerne til fonden fremadrettet matcher forbruget af hhv. systematisk og selvvalgt efteruddannelse.

Rammerne for efteruddannelsen er beskrevet i bilag 6 A protokollat om efteruddannelse.

Parterne er som følge af ovennævnte enige om, at der i overenskomsten foretages følgende ændringer:

- Nyt bilag 6 A Protokollat om efteruddannelse tilføjes.
- § 114 udgår.
- Bilag 9: Protokollat om etablering af en efteruddannelsesfond af 27. april 1995 udgår.

- Bilag 10: Protokollat vedrørende efteruddannelse af 24. januar 2006 (afkortet) udgår. Side 31

7.1 Kontrol og opfølgning

Parterne har i forbindelse med overenskomstforhandlingerne fået udarbejdet en konsulentrapport fra Deloitte vedrørende regionernes kontrol- og opfølgningmuligheder i forhold til almen praksis. Rapporten indeholder en række anbefalinger, som kan forbedre opfølgningen og dermed imødegå den kritik af kontrol- og opfølgningsindsatsen, som har været rejst af Rigsrevisionen og statsrevisorerne.

Parterne er enige om i fællesskab at arbejde videre med nedennævnte anbefalinger i rapporten.

Regionerne arbejder i fællesskab videre med de øvrige anbefalinger i rapporten, herunder anbefalingerne om inddragelse af patienterne, større ensartethed i regionernes controllingindsats, oftere brug af indhentning af journalmateriale.

Revision af ydelsesbeskrivelserne

Der er enighed om, at sekretariatene inden overenskomstens ikrafttrædelse skal gennemgå og revidere ydelsesbeskrivelserne med henblik på at sikre bedre muligheder for validering af regninger for både lægerne og regionerne.

Der er på baggrund af Deloitte's anbefalinger ligeledes enighed om, at parterne så vidt muligt vil aftale grænseværdier for kombinationsregninger. Det vil i kontrolsammenhæng gøre det muligt at godkende regninger op til grænseværdien, hvorefter regninger umiddelbart returneres.

Standardkrav til ydernes it-systemer

Deloitte anbefaler, at der fastsættes bindende standardkrav til lægernes it-systemer med henblik på at reducere fejlmuligheder og styrke kontrolsporet.

Der er enighed om, at sekretariatene skal udarbejde en liste over åbenlyse fejlregninger, som er statiske og derfor ikke behøver kontinuerlig tilpasning af eksempelvis aldersgrupper mv. Det er hensigten, at listen i samarbejde med MedCom, søges indbygget i lægernes IT system.

P-markeringer

P-markeringen dokumenterer patientens tilstedeværelse i praksis. Den nuværende aftale om, at mindst 80 procent af antallet af konsultationer i praksis skal p-markeres, har efter Deloitte's vurdering ingen eller meget begrænset kontrolværdi.

Parterne er derfor enige om, at kravet til markering af konsultationer (ekskl. sygebesøg, telefonkonsultationer og emailkonsultationer) sættes op til 100 % for at sikre kontrolværdien. Det medfører, at sådanne regninger ikke kan indsendes uden, at der er påført en p-markering (ved elektronisk aflæsning af sundhedskortet) eller én af følgende markeringer, såfremt p-markering ikke kan anføres:

- kode "N" ved systemnedbrud/defekt sundhedskort
- kode "G" hvis sundhedskortet er glemt
- Kode "B" ved konsultation pr. brev eller konsultation ved 3. mand
- Kode "K" ved genindsendelse af returneret regning.

Hvis andelen af p-markeringer er uforholdsmæssig lav, kan sagen indbringes for samarbejdsudvalget med henblik på, at der kan fastsættes sanktioner.

Se bilag 7 A.

§ 93 Årsopgørelser og fastsættelse af højestegrænser

Stk. 1.

Regionen foretager hvert år en opgørelse over det samlede antal overenskomstmæssige ydelser⁵, der er præsteret i det foregående regnskabsår, og over det foregående regnskabsårs samlede udgifter til almen lægehjælp. Opgørelsen skal omfatte de absolutte ydelses- og udgiftstal.

Stk. 2

Årsopgørelsen afsluttes hurtigst muligt og inden den 1. april.

Stk. 3.

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

Stk. 4.

Såfremt årsopgørelsen viser, at udgiften til lægehjælp i dagtiden pr. sikret (egne sikrede) i en praksis i et år har overskredet den gennemsnitlige udgift pr. sikret inden for regionen, med 25% eller derover for basis- og ydeshonorarerne tilsammen, fastsættes højestegrænse for praksis' samlede indtægter ved ydeshonorarer fra regionen i dagtiden. Højestegrænsen kan iværksættes fra det følgende kvartals begyndelse. Højestegrænsen kan første gang iværksættes på baggrund af regnskabsåret 2014.

Stk. 5.

Varsling om iværksættelse af højestegrænsen fremsendes som et anbefalet brev til lægen. Eventuel tilbagebetaling sker ved modregning i lægens tilgodehavende hos regionen.

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

Højestegrænser administreres løbende, fx kvartalsvis. Ved årets udgang udarbejdes en årsopgørelse over lægens ydelsesforbrug pr. patient i forhold til gennemsnitligt ydelsesforbrug i samme periode i sammenligningsområdet. På baggrund af årsopgørelsen foretages endelig årsregulering. Hvis årsopgørelsen viser, at lægen er trukket for meget i årets løb, refunderes dette beløb inden 1. april.

⁵ Profylakseaftalen og lokale aftaler er ikke indeholdt i opgørelsen.

Hvis en læge med pålagt højstegrænse ophører med at praktisere inden der er gået et år efter pålægget, foretages der en samlet opgørelse for de nærmeste forudgående måneder med henblik på modregning for en samlet overskridelse i de pågældende måneder som helhed af højstegrænsen.

Stk. 6.

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

Lægevagten

Lægernes honorering er i vagttiden udelukkende baseret på omfanget af patienthenvendelser. Det betyder, at nogle vagter er mere økonomisk attraktive end andre.

Parterne er enige om, at der nedsættes en arbejdsgruppe vedrørende honorarstrukturen jævnfør bilag 8 A.

Arbejdsgruppen skal foretage en retrospektiv kortlægning af indtjeningen og den gennemsnitlige timehonorering i lægevagten. Dette arbejde skal være færdigt til oktober 2014.

Arbejdsgruppen kan på baggrund heraf udarbejde forslag til ændringer af den nuværende honorarmodel (eksempelvis en fast timehonorering eller omfordeling af honorarerne i vagttiden). Eventuelle ændringer søges aftalt inden udgangen af juni 2015, og implementeret i løbet af overenskomstperioden med et rimeligt varsel og indfasning.

Derudover skal arbejdsgruppen beskrive forholdene for omlægning af telefonkonsultation samt indførelse af en længerevarende konsultation.

Parterne er endvidere enige om at reducere antallet af mulige tillægsydelser og laboratorieundersøgelser i vagttiden, jf. vagthonorartabel, som vedlægges som bilag 8 B.

Indførelse af vagthonorartabellen medfører et provenu på 0,4 mio. kr.

Oplysningskampagne om den rigtige brug af egen læge

Parterne er enige om, at der gennemføres en oplysningskampagne for borgerne om, hvordan egen læge bruges mest hensigtsmæssigt.

Kampagnen skal blandt andet oplyse borgerne om brugen af e-konsultationer, hvad en konsultation omfatter, herunder muligheden for flere emner pr. konsultation, muligheden for sygebesøg, samt vigtigheden af at melde afbud.

Afskaffelse af ydelser

Side 37

Parterne er enige om, at nedenstående ydelser udgår af overenskomstens §§ 57 og 66:

2116	Paracentese af trommehinde
7114	Lysfelt mikroskopi
7106	Svamp dyrkning
7107	Andet, dyrkning
7168	Creatinin
7152	Fæces for blod

Provenuet fra afskaffelsen af ydelserne 2116, 7114, 7106, 7107, 7168 og 7152 beløber sig til 3,4 mio. kr., baseret på aktiviteten i 2013.

Afskaffelse af forløbsydelsen for diabetes (0107)

Parterne er enige om at afskaffe diabetesforløbsydelsen 0107 og tilhørende ydelser 0108, 0109, 0110.

Diabetesforløbsydelsen blev oprettet ved overenskomstforhandlingerne i 2006. Begrundelsen var et ønske om at introducere forløbstankegangen i forhold til kronikere i almen praksis. Der er siden blevet oprettet indikatorsæt og forpligtigelse til at ICPC-kode andre kroniske sygdomme. Der er derfor nu et ønske om at sidestille honoreringen for behandling af diabetes med honoreringen af andre kroniske sygdomme.

Dette vil ikke betyde ændringer i opgaven med behandling af diabetes patienter i almen praksis, men er udelukkende en ændring af honoreringsformen.

Parterne er enige om, at årskontrol for diabetes fremover honoreres med ydelse 0120. Mellemliggende kontroller honoreres som almindelige konsultationer.

Provenuet ved afskaffelsen af ydelse 0107 udgør 21 mio. kr. i 2013 niveau.

9.1 Tilretning af overenskomsten

Ændringen i sundhedsloven fra juni 2013 medfører en række konsekvensrettelser i overenskomst om almen praksis.

Parterne har i denne anledning gennemgået overenskomstens bestemmelser og holdt dem op mod den reviderede lov og er enige om at:

- §§ 3, 6, 11, 12, 13, 30 og 47 udgår.
- § 1 ændres til: "Denne overenskomst vedr. almen praksis, er indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO)."
- § 4 ændres til: "Praksisplaner for almen praksis udarbejdes af praksisplanudvalget i henhold til Sundhedslovens § 206 a og tilhørende bekendtgørelser/vejledninger."
- § 5 konsekvensrettes eller udgår.
- § x : der indføres en ny bestemmelse om kapacitet.
- § 8 : bestemmelsen ændrer navn til "Flytning" og stk. 1 og 2 udgår, stk. 3 ændres til "Læger, der ønsker at flytte praksis, skal indhente regionens godkendelse. Godkendelse skal i medfør af sundhedsloven meddeles, medmindre flytningen ændrer forudsætningerne for praksisplanen eller er i strid med praksisplanen."
- § 21 stk. 6 og tilføjelse af stk. 8. Bestemmelsen ændres således i stk. 6: "Almen praksis kan kun udøves i forbindelse med et konsultationssted", jf. dog stk. 8... Derudover tilføjes stk. 8: "Læger kan erhverve ledige kapaciteter af regionen og dermed eje op til 6 kapaciteter på 6 praksisadresser. For disse kapaciteter gælder det, at en kapacitet er lig med et ydernummer. Lægen som selv virker efter overenskomsten i et ydernummer kan ansætte speciallæger i almen medicin i de "andre" ydernummre ... under hensyntagen til reglerne i § 24 stk. 5".
- § 28 og 29 ændres som følge af, at kompetencen overgår til regionen.
- § 46 Udvidelse af oplysningerne i pkt. m og n, afventer bekendtgørelsen.
- Bilag 1 revideres i forhold til ændringerne i Udviklingskontrakten.
- Bilag 2 konsekvensrettes.

Parterne er enige om at ophæve § 2 i sin helhed.

Alle aftaler indgået efter § 2 i den nuværende overenskomst vil bestå i uændret, form indtil deres udløb eller opsigelse.

RLTN og PLO har hver en forbeholdt ret til at bevare § 2, såfremt parterne efterfølgende og inden overenskomstens ikrafttrædelse vurderer, at indgåelsen af overenskomstfravigende aftaler forudsætter en hjemmel i overenskomsten. § 2 vil i så fald lyde:

”Der kan indgås lokale aftaler, som fraviger eller supplerer nærværende overenskomst.”

9.3 Opsigelsesvarsel

Budgetsikkerhed er væsentlig for såvel regionerne som for lægerne.

For lægerne indebærer budgetsikkerhed, at der i praksis kan planlægges mere langsigtet, og dermed foretages de nødvendige investeringer i praksis, som udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen nødvendiggør, f.eks. investeringer i nyt apparatur. Budgetsikkerhed for lægerne er endvidere vigtigt i relation til ansat klinikpersonale og overvejelser om kapacitetsudvidelser eller nødvendige rationaliseringer.

Nuværende overenskomst indebærer en mindre grad af budgetsikkerhed for lægerne på grund af relativt korte opsigelsesvarsler i relation til overenskomstens ophør, omlægning af lægevagten, rammeaftaler mv.

Parterne er derfor enige om, at budgetsikkerheden underbygges ved at forlænge opsigelsesvarsler og foretage følgende ændringer i overenskomsten:

- § 136 stk. 1 ændres som følger: Overenskomsten kan af begge parter opsiges med mindst 6 måneders varsel til ophør den 1. i en måned.
- Bilag 3: " Protokollat om lægevagten af 21. december 2010" ændres som følger:

De enkelte regioner kan, jf. § 43, stk. 4 opsiges de nuværende bestemmelser om lægevagten med et varsel på mindst 12 måneder til den 1. i en måned.

- I relation til de mellem parterne aftalte rammeaftaler om;
 - Iværksættelse af tillægsydelser efter beslutning i regionerne og
 - Iværksættelse af laboratorieundersøgelser m.m. efter beslutning i regionerne

ændres § 5 i begge rammeaftaler på følgende måde:

- 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 til slutning til rammeaftalen med 6 måneders varsel.

Det fremgår af forslaget til den ny sundhedslov, at loven skal understøtte, ”at regionerne har den nødvendige kompetence og dermed mulighed for at leve op til deres forpligtelse til planlægning og sikring af tilbud i hele det behandlende sundhedsvæsen”.

Parterne er på baggrund af ovennævnte enige om at kompetencen til at give tilladelse til etablering af satellitpraksis som supplement til det primære konsultationssted overgår til regionen. Der er således enighed om at § 27 stk. 1 ændres som følger:

§ 27 Satellitpraksis

Stk. 1.

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

Stk. 2, 3, og er uændret.

9.5 Lægedækning og orienteringspligt

Med ændringen af sundhedsloven i sommeren 2013 blev der overdraget kompetence fra samarbejdsudvalgene til regionerne, bl.a. med hensyn til fysisk planlægning.

Parterne anerkender, at der er sammenhæng mellem lægekapacitet og udgifter. Regionerne har derfor ingen interesse i, at der etableres en lægepraksis et sted, hvor der ikke er kapacitetsproblemer.

Praksisplaner skal fremover udarbejdes i praksisplanudvalget, hvor almen praksis er repræsenteret, men regionen har den endelige beslutningskompetence. Den konkrete tildeling/salg af ydernumre til læger, herunder beslutning om placeringen af praksis, er således fremover omfattet af regionens kompetence.

Planlægningsproceduren indebærer en forudgående høring af lægerne i regionen, inden praksisplanen udarbejdes eller revideres.

Regionen skal som udgangspunkt ikke omtale enkelte eller flere konkret benævnte praksis i praksisplanen.

Hvis en region har planer om at opføre et offentligt ejet lægehus i et område, hvor der er læger, som har praksis til salg, skal regionen gå i dialog med de pågældende læger.

For at fremme dialogen mellem parterne og undgå unødige sager herom, er der enighed om følgende bestemmelser i overenskomsten:

§7 Årlig lægedækningsberegning

Stk. 1.

Formålet med den årlige fastsættelse af lægedækningen 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.

Stk. 2-5 bibeholdes

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. Samarbejdsudvalget orienteres om resultatet af lægedækningsberegningen umiddelbart efter lægedækningsberegningen forligger.

Stk. 7, 8, og 9 udgår.**§ x Regionens orienteringsforpligtigelse****Stk. 1**

Regionen giver samarbejdsudvalget en orientering om regionens planer i følgende situationer:

- a) Udløsning af alle ny ydernumre
- b) Opførelse af offentligt ejede lægehuse
- c) Udbud af drift af praksis
- d) Etablering af 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.

§ 8 Flytning**Stk. 1**

Læger, der ønsker at flytte praksis, skal indhente regionens godkendelse. Regionen skal godkende flytninger, som ikke ændrer forudsætningerne for praksisplanen eller er i strid med denne.

Stk. 2

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

10.1 Deltagelse i lægevagten

Ifølge sundhedslovens § 227 gøres det efter den 1. september 2014 muligt for en region og private aktører at drive en klinik for almen lægebetjening. Loven beskriver ikke, hvordan sådanne klinikker skal indgå i den lægevagtsbetjening, der i fire af landets regioner drives af almen praksis. De patienter, der er tilmeldt disse klinikker, samme ret til almen medicinsk lægebetjening uden for dagtiden som regionens øvrige patienter.

Parterne er på denne baggrund enige om, at §§ 43 og 44 ændres som følger:

§ 43 stk. 5: Det tilføjes, at "Klinikker drevet med hjemmel i sundhedslovens § 227 indgår ikke i lægevagtsbetjeningen. Klinikkerne bidrager dog til driften af regionens lægevagtsordning via lægevagtskontingent, på samme vilkår som regionens øvrige alment praktiserende læger."

§ 44 stk. 7: Følgende læger kan søge og få vagtydnumre og dermed deltage selvstændigt i en vagtordning uden at være tilmeldt overenskomsten om almen praksis:

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

På alle vagter, hvor vagthavende læge ikke opfylder betingelserne for at betegne sig som alment praktiserende læge, skal der være en bagvagt, der opfylder disse betingelser. De i vagtordningen deltagende læger kan aftale, at deres lægelige medhjælp deltager i vagtordningen, og at der delta-

ger vikarer. 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.

Parterne har i foregående overenskomstperiode drøftet muligheden for at indføre en egentlig vandelsbestemmelse i overenskomsten for at få en mulighed for overenskomstmæssig sanktionering ved strafbare forhold, som anses for at være af væsentlig betydning for lægernes virke under overenskomsten. Der er dog uklarheder om det juridiske grundlag for bestemmelsen, der kræver en ekstern vurdering.

På baggrund heraf vil parterne anmode Kammeradvokaten om at udarbejde et juridisk responsum, som har til formål at udrede og vurdere mulighederne for at indføre en vandelsbestemmelse i overenskomsten.

Når Kammeradvokatens vurdering foreligger, er parterne enige om hurtigst muligt at drøfte ændringer i overenskomsten med henblik på indførelse i overenskomstperioden.

Digitaliseringen af sundhedsvæsenet har skabt et komplekst landskab af aktører, hvor der stilles krav fra mange sider til såvel systemleverandører som de praktiserende læger. Der er et stærkt stigende pres på kravene til udvikling og tilpasning af it-systemerne i almen praksis.

Det er alt afgørende at få direkte indflydelse på it-løsninger og videreudviklingsopgaver, der påvirker den kliniske arbejdsgang i praksis. Samtidig bør der findes en model for, hvordan implementeringen af aftalte it-løsninger kan udrulles til hele almen praksis og hos alle systemleverandører inden for aftalte tidsrammer og vilkår i øvrigt.

Parterne er enige om at se på om, der kan etableres et samarbejdsforum, hvor PLO og Danske Regioner i fællesskab kan søge indflydelse på prioritering af nye it-initiativer, der beslutes af centrale myndigheder.

Der nedsættes en arbejdsgruppe bestående af seks personer, tre udpeget af Danske Regioner og tre udpeget af PLO. Arbejdsgruppen skal inden udgangen af 2014 fremlægge et kommissorium til et fælles samarbejdsudvalg for it i almen praksis, som parterne herefter umiddelbart kan igangsætte.

Det nuværende bilag 13: Kommissorium og sammensætning af et fælles samarbejdsudvalg for IT i almen praksis af 21. december 2010 udgår.

11.1 Regulering

Parterne er enige om at ændre beregningsmetoden for pris- og lønregulering af overenskomstens honorarbestemmelser. Således erstattes den eksisterende § 68 i overenskomsten med nedenstående.

Derudover er parterne enige om, at det er muligt at aftale, at den økonomi, der genereres af reguleringsordningen, kan anvendes til for eksempel:

- Særlige stigninger på udvalgte honorarer
- Indbetalinger til fonde
- Finansiering af nye ydelser
- Finansiering af aktivitetsstigning

For den kommende aftaleperiode er parterne enige om, at den økonomi, der genereres af reguleringsordningen, anvendes til generelle honorarstigninger, og at disse fordeles ligeligt på alle honorarer i overenskomsten.

§ 68. Regulering af honorarer

Stk. 1.

De i §§ 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 65, 66 og 102 nævnte honorarer er fastsat pr. 1. april 2014 prisniveau.

Stk. 2.

Omkostningsandelen af honorarerne reguleres

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

Nettoandelen af honorarerne og tilskud reguleres

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

Stk. 3

Side 50

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

Stk. 4

Reguleringen efter stk. 2 finder sted den 1. april og 1. oktober og sker første gang den 1. oktober 2014.

NOTE TIL § 68, stk. 2:

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

Der foretages en række justeringer i den nuværende økonomistyringsmodel:

- Profylakseaftalen, influenzavaccinationer og udtagelse af prøver af livmoder m.m. til cytologiske undersøgelser (2102) inkl. én 0101 undtages fra rammen på linje med lokale aftaler (medmindre andet aftales).
- Endvidere undtages sygebesøg og samtaleterapi samtidig med indgåelsen af lokale aftaler herom, jf. afsnit om decentralisering.
- Der indføres en "bagatelgrænse", således at modregning i reguleringsprocenten ikke iværksættes, hvis en eventuel overskridelse af den økonomiske ramme udgør mindre end ½ procent af den samlede ramme. Der gælder ikke en bagatelgrænse i det efterfølgende år, medmindre andet aftales.
- Hvis der konstateres en overskridelse af rammen ud over ½ procent, modregnes denne del af overskridelsen via den hidtidige modregningsmekanisme. Der skal dog foretages en særlig vurdering af væksten i ydelse 0120 (aftalt specifik forebyggelsesindsats). Hvis væksten i denne ydelse ligger over den samlede vækst i almen praksis, nedsættes den samlede modregning med halvdelen af væksten i 0120. Der gælder ikke en bagatelgrænse i det efterfølgende år, medmindre andet aftales. Der foretages i øvrigt revision af ydelsesbeskrivelsen, inden overenskomsten træder i kraft med henblik på en opstramning af anvendelsen af ydelsen.
- Fremover bør den økonomiske ramme teknisk korrigeres for følgende:
 - o Opsagte lokalaftaler i det omfang, aktiviteten flyttes inden for rammen.
 - o Ændringer i omfanget af andre leverandører (private klinikker og regionsklinikker)
 - o Nye ydelser som følge af lovgivning, bekendtgørelse eller lignende.
- Udviklingen i økonomien sammenholdt med den økonomiske ramme følges løbende, som minimum via kvartalsvise opgørelser.

I den forbindelse skal der ske en drøftelse af fælles tiltag, hvis der er udsigt til overskridelse af den forventede økonomi.

- PLO og Danske Regioner gennemfører i den kommende overenskomstperiode et fælles analysearbejde vedrørende udviklingen af opgavemængden i almen praksis og sammensætningen heraf, jf. de politiske udmeldinger af 4. november 2013.
- For at undgå afrundingsvanskeligheder, er der enighed om at eventuel modregning foretages med to decimaler. Der anvendes som udgangspunkt statistiske data, og der sker således ikke efterregulering ved ændret adfærd.

Der er enighed om, at det er grundlæggende vigtigt, at der er sammenhæng mellem opgaver og ressourcer således, at der følger ressourcer med, når almen praksis skal varetage nye opgaver. I det omfang regionen ønsker opgaveflytning til almen praksis, indgås lokalaftale herom.

Det forudsættes, at den løbende opgavesivning til og fra almen praksis kan håndteres inden for den fastsatte ramme. Der kan fortsat centralt aftales korrektioner af rammen som følge af ekstraordinær sygelighed og større strukturelle ændringer samt ændringer som følge af lovgivning.

De økonomiske konsekvenser af aftalen, herunder opgørelsen af den økonomiske ramme beskrives i forhandlingsaftalens afsnit 10.3.

Ændringerne er indarbejdet i protokollatet, som er vedlagt som bilag 10 A. Dette bilag erstatter det nuværende bilag 4 til overenskomsten.

11.3 Forhandlingsaftalens økonomi

Side 53

De økonomiske konsekvenser af aftalen, herunder opgørelsen af den økonomiske ramme beskrives i det følgende samt bilag 11 B.

Parterne er enige om, at den økonomiske ramme for almen praksis pr. 1. september 2014 opgøres som følger:

Rammen udgjorde 7.703,9 mio. kr. (april 2013-niveau) pr. 1. september 2013, jf. aftale af 18. september 2013.

Hertil lægges løn- og prisregulering pr. 1. oktober 2013 og 1. april 2014, hvorefter rammen udgør 7.740 mio. kr. (april 2014-niveau).

Der fratrækkes som følge af ændringer i honorarbestemmelserne (afskaffelse af ydelserne 7152, 7114, 7106, 7107, 7168 og 2116, afskaffelse af diabetesydelsen 0107 og reducerede ydelsesmuligheder i vagttiden) 25,1 mio. kr., jf. kapitel 8.

Den økonomiske ramme udgør herefter 7.714,9 mio. kr. (april 2014-niveau) pr. 1. september 2014. Parterne er enige om, at der udestår korrektion af rammen for overgangsåret for effekten af besluttede ændringer i akutbetjeningen i regionerne, jf. aftale af 18. september 2013 og aftale på partsmøde 3. oktober 2013.

Blandt andet som følge af udviklingen i gruppe 1-sikrede tillægges rammen følgende (april 2014 prisniveau):

- 43 mio. kr. pr. 1. oktober 2014,
- 78 mio. kr. pr. 1. oktober 2015 og
- 120 mio. kr. pr. 1. oktober 2015

I medfør af den nye bestemmelse om automatiske højstegrænser fratrækkes rammen følgende (april 2014 prisniveau):

- 10 mio. kr. pr. 1. oktober 2014
- 35 mio. kr. pr. 1. oktober 2015
- 40 mio. kr. pr. 1. oktober 2016

Herudover er aftalt følgende udgiftselementer som ikke påvirker økonomirammen (april 2014 prisniveau):

- Der afsættes 21 mio. kr. årligt til kvalitetsinitiativer, herunder etablering og drift af kvalitetsmodel, jf. kapitel 5.

- Regionernes indbetalinger til Fonden for almen praksis øges herudover med 6 mio. kr. i det første overenskomstår, 31 mio. kr. i det andet overenskomstår, og 56 mio. kr. i det tredje overenskomstår, jf. bilag 6A.
- Der indbetales endvidere til Fonden for almen praksis til finansiering af Forskningsenheden for Almen Praksis i Aalborg 2 mio. kr. i det første overenskomstår, 3 mio. kr. i det andet overenskomstår, og 5 mio. kr. i det tredje overenskomstår, jf. kapitel 5.3.
- Regionerne yder i forbindelse med første akkrediteringsrunde tilskud pr. lægekapacitet på 10.000 kr. ved påbegyndelse af akkreditering og 10.000 kr. ved akkrediteringens afslutning. Omkostningen herved skønnes til 7 mio. kr. i det første overenskomstår, 22 mio. kr. i det andet overenskomstår, og 22 mio. kr. i det tredje overenskomstår, jf. kapitel 5.

12 Ikrafttrædelse

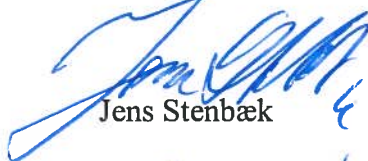
Side 55

Parterne er enige om, at aftalen om almen praksis med de ændringer, der følger af nærværende aftale⁶, træder i kraft den 1. september 2014.

Parterne er enige om, at næste forhandling af aftalen på uopsagt grundlag bør være gennemført til ikrafttræden den 1. september 2017.

København, den

For
Regionernes Lønnings- og
Takstnævn



Jens Stenbæk

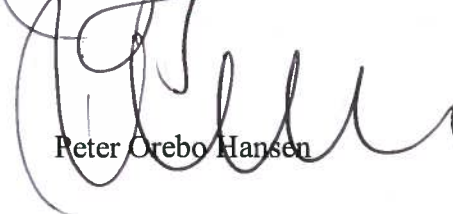


Kristian Heunicke

For
Praktiserende Lægers Organi-
sation



Bruno Melgaard Jensen



Peter Orebo Hansen

⁶ Parterne er enige om, at der i forbindelse med implementeringen af nærværende aftale i ny overenskomst foretages en teknisk gennemgang.

Bilag 1 A Forord og udviklingskontrakt

Kontrakten for almen praksis

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

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

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

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

Den udviklingsorienterede del af kontrakten for almen praksis

Indledning

Almen praksis er hovedhjørnестen i det danske sundhedsvæsen og fungerer som et attraktivt og tilgængeligt sundhedstilbud i lokalmiljøet.

I fremtidens sundhedsvæsen er almen praksis fortsat borgernes hyppigste kontakt og primære indgang til sundhedsvæsenet og udfylder roller som generalist, gatekeeper og tovholder. Almen praksis har dermed stor betydning for borgernes sundhed og for det samlede forløb på tværs af sektorgrænser.

Den generelt større efterspørgsel i befolkningen efter sundhedsydelser og sygehusenes stigende specialisering og centralisering vil ændre 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.

Side 57

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

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

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

Visioner og målsætninger for udviklingen af almen praksis

Der er tre overordnede visioner for fremtidens almene praksis:

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

-

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

1. Roller og opgaver i almen praksis

Almen praksis er oftest patienternes første møde med sundhedsvæsenet. Derfor er en af almen praksis' store styrker et kontinuert kendskab til den enkelte patient. Almen praksis' grundlæggende funktion er også i fremti-

den selvstændig varetagelse af undersøgelse, vurdering og behandling af langt størstedelen af de symptomer, sygdomme og helbredsproblemer, som borgerne henvender sig til sundhedsvæsenet med.

Almen praksis er en del af et integreret sundhedsvæsen, og almen praksis skal fortsat udvikles og tilpasses i takt med det øvrige sundhedsvæsen.

Almen praksis har fortsat en central placering som patienternes primære indgang og kontakt til sundhedsvæsenet og varetager effektivt rollerne som generalist, gatekeeper og tovholder.

Der er nogle centrale udfordringer i forhold til de opgaver, som almen praksis forventes at varetage i de kommende år, som kan give behov for en ændret tilrettelæggelse af indsatsen hos de praktiserende læger. Dette vedrører blandt andet indsatsen over for patienter med kronisk sygdom, forebyggelsesindsatsen, akutberedskab samt behovet for at målrette almen praksis' opgavevaretagelse i forhold til decentrale behov, jf. nedenfor.

Patienter med kronisk sygdom

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

Almen praksis varetager allerede i dag i vid udstrækning behandling og kontrol af patienter med kronisk sygdom. Der er faglig konsensus om, at almen praksis fortsat skal behandle denne patientgruppe i proaktive og planlagte forløb. Det indebærer bl.a., at almen praksis tager initiativ til at sikre en effektiv behandlingsindsats samt fremme af sine tilmeldte patienters sundhed. Redskaberne er bl.a. identifikation og registrering af kronikere samt brug af indkaldelser af patienterne.

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

Centrale og regionale forløbsprogrammer vil udgøre rammerne for kronikeromsorgen, og efterhånden som der udvikles forløbsprogrammer vil en større del af behandlingsindsatsen overfor patienter med kronisk sygdom blive placeret i almen praksis.

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

Almen praksis har mulighed for at understøtte proaktive og planlagte forløb på grundlag af systematisk dokumentation af de kliniske aktiviteter, kvaliteten og henvisningsadfærden i regi af den enkelte praksis og i forhold til den enkelte patient.

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

Forebyggelse

Forebyggelsesindsatsen i almen praksis målrettes.

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

Kommunerne varetager den forebyggende indsats i form af fx rygestop-tilbud, træningstilbud og generel patientuddannelse, mens almen praksis' ressourcer målrettes mod den medicinsk forebyggende indsats, identifikation af forebyggelsesbehov, indledende motiverende samtale og henvisning til kommunale sundheds- og akuttilbud.

Akutberedskab

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

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

Der arbejdes for at implementere anbefalinger fra Udvalg om det Præhospitale Akutberedskab. PLO har tilkendegivet, at dette dog ikke gælder anbefalingen vedr. fælles regional ledelse af lægevagten.

Herunder kan der blive tale om en ændret inddragelse af almen praksis.

Side 60

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

Almen praksis' opgavevaretagelse i forhold til decentrale behov

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

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

2. Samspil

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

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

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

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

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

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

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 praksiskonsulentordningerne, med henblik på at understøtte samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen og styrke implementering af de centralt og decentralt aftalte tiltag. Det er afgørende, at praksiskonsulentens opgaver, ansvar og rolle er konkret beskrevet.

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

Redskaberne er bl.a. lettilgængelige 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 sygehus behandling 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 henvise patienten til udredning på sygehuset. For de enkelte diagnostiske undersøgelser skal der aftales regionale kriterier for, hvilke og hvornår de kan rekvireres af almen praksis.

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

Regioner og kommuner sørger fx 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, fx 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.

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

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 partern. 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 solopraksis i fremtiden samtidig anerkendes.

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

4. Kvalitet, kompetenceudvikling, forskning, service og IT

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

Almen praksis arbejder systematisk med at fastholde og udvikle en høj kvalitet i ydelserne i almen praksis, og det sker i samspil med det øvrige sundhedsvæsen. Alle praksis er involveret i kvalitetsudvikling som en integreret del af det daglige arbejde i praksis. Fremadrettet skal data fra patienttilfredshedsundersøgelser anvendes i den enkelte praksis' arbejde med løbende at udvikle kvaliteten. Kvalitetsdata fra datafangst i almen praksis skal ligeledes medvirke til at styrke kvaliteten af det sundhedstilbud, der tilbydes patienterne og samtidig give forskningen mulighed for at analysere data fra hele sundhedsvæsenet. Det er vigtig viden i forhold til at kunne planlægge sammenhængende patientforløb. Kvalitetsdata fra almen praksis kan samtidig være med til at sikre en større grad af gennemsigthed i sundhedsvæsenet. Offentliggørelse af kvalitetsdata skal ikke kunne identificere den enkelte patient, læge eller praksis.

Den Danske Kvalitetsmodel introduceres i almen praksis som et redskab for den enkelte praksis 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 faglige kvalitet i patientbehandlingen i almen praksis, og efteruddannelse skal bidrage til at lægerne har opdaterede kompetencer indenfor den nyeste viden og evidens.

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

Service

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

IT

At drive en effektiv praksis i tæt samarbejde med det omgivende sundhedsvæsen og patienterne kræver, at informationsteknologi bruges aktivt. IT er også en forudsætning for, at praksis kan arbejde med databaseret kvalitetsudvikling og have adgang til opdateret faglig viden og beslutningsstøtte. IT skal bruges stadigt mere aktivt i almen praksis og i kommunikation med patienter og det øvrige sundhedsvæsen og nye teknologiske muligheder tages løbende i brug.

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

Forskning

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

Bilag 1 B Samspil mellem sygehusvæsenet og almen praksis

Side 66

I relation til samspillet mellem sygehusvæsenet og almen praksis kan der i uprioriteret rækkefølge med fordel fokuseres på følgende:

1. Formaliseret rådgivning fra sygehusvæsenet til almen praksis i forhold til udredning af de patienter, hvor almen praksis ikke har mulighed for at afslutte udredningen alene. Rådgivningen kan tilbydes på flere måder:
 - a. Telefonisk kontakt. Giver praktiserende læger mulighed for at få hurtig rådgivning af akutte og sub-akutte patienter. Skal tage højde for sygehusenes organisering og arbejds gange.
 - b. Mail-sparring. Praktiserende læge fremsender elektronisk fokuserede spørgsmål og medsender relevante oplysninger fra journalen, så patienten kan vurderes uden at møde fysisk frem på sygehuset. Forudsætter, at der kan formuleres korte klare spørgsmål, som kan besvares kort og klart. Ikke egnet i tilfælde, hvor der er behov for akut eller sub-akut specialistrådgivning.
 - c. Telekonference. Åbner mulighed for, at begge parter f.eks. kan se på samme billedmateriale.

2. Adgang for almen praksis til billeddiagnostiske undersøgelser. Giver mulighed for at almen praksis kan færdigudrede patienten i stedet for at henvise patienten til udredning på sygehuset. For de enkelte diagnostiske undersøgelser aftales regionalt kriterier for, hvilke og hvornår de kan rekvireres af almen praksis.

3. Det skal være entydigt, hvordan og hvortil den praktiserende læge skal henvise patienter. Dette kan opnås på flere måder:
 - a. Central visitationsenhed.
 - b. Specialeopdelt fælles visitation.
 - c. Andre muligheder for smidig håndtering af henvisninger, f.eks. intern fordelingsmodel for henvisninger på og mellem sygehusene.

4. Både almen praksis og patienten bør have overskuelig information om placering af de enkelte specialer på sygehusene samt adgangen til patientvejledere.
5. Almen praksis bør sende henvisninger af høj kvalitet, hvoraf relevant information til sygehusene fremgår.
 - a. MedCom-standarden ”Den gode henvisning” er grundlaget.
 - b. Fremover bør anvendes en dynamisk henvisning. Herved målrettes de informationer, der skal medsendes til sygehuset. Fokus skal være på de oplysninger, der er vigtige for det enkelte speciale. Praksiskonsulenter inddrages i dette arbejde.
6. Epikriser bør udarbejdes umiddelbart i forlængelse af udskrivning fra sygehuset.
 - a. Epikrisen skal være kort og relevant.
 - b. Der bør ske en hurtigere telefonisk kontakt til almen praksis fra sygehuset i de tilfælde, hvor der skal følges op umiddelbart efter udskrivelsen.
 - c. Der etableres tilgængelig information til brug for sygehuspersonalet om, hvordan man akut kan kontakte de enkelte almene praksis.
7. Ved udskrivning opfordres patienten til at henvende sig til egen læge for aftale om en opfølgende konsultation, hvis der er behov for dette. Det noteres også i epikrisen.
 - a. Der bør – evt. i MedCom regi – arbejdes videre med en konkret løsning, eksempelvis en pop-up funktion, der gør almen praksis opmærksom på, at en patient har undladt at kontakte sin egen læge i modstrid med en anbefaling i epikrisen.
8. I forbindelse med ferier og andet fravær i enkeltmandspraksis håndteres sygehusenes fremsendte epikriser ikke. Der bør eksempelvis i MedCom regi udarbejdes en løsning, der muliggør, at vikarierende almen praksis kan screene epikriser fra den almen praksis, som der vikarieres for, så der sikres akut og sub-akut opfølgning på patienterne.

9. Opfølgende hjemmebesøg (eller udskrivningskonsultationer) efter udskrivning fra sygehus kan minimere risikoen for genindlæggelser betragteligt. Der er på landsplan stor forskel på, hvor mange opfølgende hjemmebesøg/udskrivningskonsultationer, der gennemføres i henhold til indgåede § 2 aftaler. Det bør analyseres, hvad baggrunden for disse forskelle er, herunder organiserings betydning for aktiviteten.
10. Udgående teams fra sygehusvæsenet tilbyder specialiseret behandling og rådgivning med henblik på at forebygge (gen)indlæggelser. For alle teams er et tæt samarbejde med såvel almen praksis som hjemmeplejen relevant, herunder også systematisk samarbejde og deling af information om behandling og behov for yderligere opfølgning i almen praksis.
11. Hvis der under sygehusindlæggelse sker ændringer i patientens medicinering og dette har betydning for patientens dosispakke medicin, påhviler det ved udskrivelse sygehuset at give patientens sædvanlige apotek besked. Patientens egen læge skal ligeledes orienteres.
 - a. Der er aktuelt en praktisk udfordring for sygehusene, fordi de ikke på FMK kan se, hvilken medicin der er dosisdispenseret. Der bør snarest findes en løsning på dette.
12. Der er fortsat behov for praksiskonsulenter, der specifikt har ansvaret for at facilitere samarbejdet mellem almen praksis og sygehusvæsenet.
 - a. Der er behov for en funktion, der specifikt har ansvaret for at facilitere samarbejdet mellem almen praksis og sygehusvæsenet, da den direkte kontakt mellem almen praksis og de enkelte sygehusafdelinger er vigtig.
 - b. Det er afgørende, at praksiskonsulentens opgaver, ansvar og rolle er konkret beskrevet.
13. Forløbsprogrammer er et nyttigt redskab, og har potentiale til at give et stort fagligt løft.
 - a. Der er dog behov for forholdsvis simple udgaver af forløbsprogrammerne for at kunne benytte dem effektivt som arbejdsredskab.

- b. Implementering af mange forløbsprogrammer inden for en kort periode kan give kapacitetsproblemer, både på sygehusene og i almen praksis.

Side 69

Det er fortsat væsentlig at fokusere på, hvordan der kan etableres et gensidigt forpligtende fagligt samarbejde om patientforløbene i form af implementeringsstrategi for forløbsprogrammerne.

Bilag 3 A Ideer og initiativer til rekruttering og lægedækning

Side 70

Overenskomsten indeholder særlige muligheder i relation til rekruttering af læger til almen praksis og til at forbedre lægedækningen. Blandt andet kan regionen ifølge aftale med lægen opkøbe og nedlægge praksis (§ 8), regionen/samarbejdsudvalget (kompetencespørgsmål afventer afklaring i OK-tilpasningsgruppe) kan tillade satellitpraksis (§ 27) eller f.eks. tildele et ydernummer på licens (§ 29).

Herudover kan de lokale parter hente inspiration i følgende ideer og aktuelle regionale initiativer i det løbende arbejde med rekruttering af læger og sikring af lægedækning:

Det lokale samarbejde mellem PLO og regionen

- Parterne bør holde en tæt kontakt, f.eks. ved afholdelse af faste månedlige møder med fokus på rekruttering, fastholdelse og lægedækning (Region Nordjylland). Der kan eventuelt nedsættes en arbejdsgruppe til at arbejde med problemstillingerne (Region Sjælland),
- Der kan etableres et egentligt rekrutteringsteam med tilkoblede ressourcer (Region Syddanmark) og/eller et lokalt forskningsmiljø (Region Sjælland)
- Der samarbejdes løbende med FYAM omkring deres ønsker (Region Sjælland)
- Etabler en facebook-side (Region Nordjylland).

Medicinstuderende, uddannelseslæger og kandidater til almen praksis:

- Promovere praksis overfor medicinstuderende og basislæger (Region Syddanmark). Der kan f.eks. tilbydes sommerferiepraktik (Region Midtjylland), samt udarbejdes velkomstpakker til basislæger (Region Syddanmark). Der kan dannes grupper mellem bloklæger (Region Nordjylland),
- Afholde kurser, temadage og møder for kommende speciallæger i almen medicin, herunder lokale praksiskøbskurser og invitere til deltagelse i PLO's forårs- og efterårsmøder og f.eks. til deltagelse i den Nordiske kongres for almen medicin (Region Syddanmark/Midtjylland/Nordjylland)
- Afholde café-møde hvor køber og sælger har mulighed for at møde hinanden (Region Nordjylland)
- Der kan etableres tilbud om mentorordninger (Region Hovedstaden)

Der kan i samarbejdsudvalget indgås § 2-aftaler om f.eks.:

- At regionen yder rekrutteringstillæg (støtte til nynedsættelser og generationsskifteaftaler) (Region Nordjylland/Syddanmark),
- Individuelle vilkår, f.eks. patientantal i opstartsperioden, satellitfunktion, garanteret basishonorar (Region Sjælland),
- Startpakke til praksis i socialt truet område (Region Hovedstaden)
- Fastholdelse, herunder goodwill garantier (Region Syddanmark),
- At regionen yder tilskud til flyttehjælp (Region Syddanmark),
- Særaftaler om praksislejemål i nyetablerede lægehuse (Region Midtjylland),
- At regionen yder driftstilskud med henblik på fastholdelse eller tilskud til, at den praktiserende læge kan foretage vikaransættelser (Region Syddanmark/Sjælland),
- Tilskud til vikar under ferie og sygdom (Region Midtjylland)
- At praksis kan acceptere tilmelding af flere end 1600 patienter pr. kapacitet mod at regionen tilkøber vikar (Region Syddanmark).

Alle beløb i kapitel 4 A er grundbeløb, angivet i 1. april 2014-niveau.
Der indsættes følgende nye bestemmer i overenskomsten:

NY

§ A Fonden for Almen Praksis

Stk. 1.

Med henblik på at understøtte og finansiere landsdækkende kvalitetsinitiativer i almen praksis nedsættes Fonden for Almen Praksis, der har ansvaret for de afsatte overenskomstmidler til kvalitetsudvikling, forskning, efteruddannelse og faglig udvikling.

Stk. 2.

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

Stk. 3.

Der nedsættes en Sekretariatskoordinationsgruppe, som er en sekretariatsfunktion for fondsbestyrelsen, og som rådgives af Fagligt Råd. Sekretariatskoordinationsgruppen sammensættes af:

Op til 4 repræsentanter udpeget af PLO

Op til 4 repræsentanter udpeget af Danske Regioner.

Stk. 4.

Som rådgivende for fondens bestyrelse oprettes et Fagligt Råd, som sammensættes på følgende måde:

- 3 repræsentanter fra RLTN
- 3 repræsentanter fra PLO
- 1 repræsentant udpeget i fællesskab af de tre forskningsenheder
- 1 repræsentant fra IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet)
- 1 repræsentant fra Dansk Selskab for Almen Medicin
- 1 repræsentant fra DAK-E (Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed)
- 1 repræsentant fra Sundhedsstyrelsen
- 1 repræsentant fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Formanden for Forskningsudvalget
- Formanden for KFU (Kvalitets- og Forskningsudvalget)
- Formanden for Fagligt Efteruddannelsesudvalg

PLO og RLTN udpeger i fællesskab formanden for Fagligt Råd blandt ovenstående repræsentanter

Stk. 5.

Fonden sekretariatsbetjenes af Danske Regioner og PLO i fællesskab.

NY

§ B 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 – bl.a. initiativer som fremmer udviklingen af Den Danske Kvalitetsmodel.

Stk. 2.

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

Stk. 3.

Den overenskomstaftalte fordeling af midler til kvalitet, forskning, efteruddannelse og faglig udvikling fastholdes som udgangspunkt. Ved enighed i fondens bestyrelse kan der dog træffes tværgående beslutninger, der påvirker ressourcefordelingen i en afgrænset eller varig periode.

NY

§ C Indbetaling af midler til Fonden for Almen Praksis

Stk. 1.

Regionerne indbetaler årligt til Fonden for Almen Praksis nedenstående beløb. Beløbene er opgjort pr. gruppe 1-sikret opgjort pr. 01-10 det foregående år.

Stk. 1a.

Der indbetales beløb svarende til kr. 1,82 pr. gruppe 1-sikret til formål under den tidligere KIF-fond,

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

Stk. 1.b.

Til formål under den tidligere Forskningsfond, indbetales følgende beløb:

- Pr. 1.september 2015 kr. 4,44
- Pr. 1. september 2016 kr. 4,62
- Pr. 1. september 2017 kr. 4. 98

Stk. 1.c.

Til formål under den tidligere Efteruddannelsesfond indbetales følgende beløb:

- Pr. 1.september 2015 kr. 9,11
- Pr. 1. september 2016 kr. 13,57
- Pr. 1. september 2017 kr. 18,03

Stk. 1 d.

Der indbetales kr. 0,62 pr. gruppe 1-sikret til Fagligt Råds arbejde.

Stk. 2.

Grundbeløbene reguleres i takt med udviklingen af honorarreguleringen pr. 01-10 foregående år.

Stk. 3.

Indbetalingen til de i stk. 1 nævnte midler finder hvert år sted pr. 1. september til RLTN.

NY

§ D Sekretariatskoordinationsgruppe**Stk. 1.**

Der nedsættes en sekretariatskoordinationsgruppe, der skal sikre, at arbejdet i enhederne under "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.

Stk. 2.

Sekretariatskoordinationsgruppen er administrativ og består af op til fire repræsentanter udpeget af PLO samt op til fire repræsentanter udpeget af Danske Regioner.

NY**§ E Fagligt Råd****Stk. 1.**

Med henblik på at understøtte den faglige udvikling i almen praksis nedsættes Fagligt Råd.

Stk. 2.

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

Stk. 3.

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. 4.

Fagligt Råd sammensættes af:

- 3 repræsentanter fra RLTN
- 3 repræsentanter fra PLO
- 1 repræsentant udpeget i fællesskab af de tre forskningsenheder
- 1 repræsentant fra IKAS
- 1 repræsentant fra DAK-E
- 1 repræsentant fra DSAM
- 1 repræsentant fra 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. Rådet sekretariatsbetjenes af Sekretariatskoordinationsgruppen.

Stk. 5.

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

§ F Anvendelse af midler vedrørende Fagligt Råd

Stk. 1.

Af de kr. 0,62 pr. gruppe 1-sikret, som regionerne indbetaler, anvendes kr. 0,35 pr. gruppe 1-sikret til arbejdet med DSAMs kliniske vejledninger.

Stk. 2.

Parterne fastsætter nærmere retningslinjer for afholdelse af udgifter, regnskabsføring og adgangen til at overføre midler til næste regnskabsår for Fagligt Råd.

Bilag 5 A Kommissorium og sammensætning af en arbejdsgruppe til konkretisering af en kvalitetsmodel for almen praksis

Side 77

Arbejdsgruppens igangsætning og formål

Der nedsættes i foråret 2014 en arbejdsgruppe med det formål at få konkretiseret en kvalitetsmodel for almen praksis, der favner kvalitetsudvikling og akkreditering på en måde, der er meningsfuld og anvendelig i almen praksis.

Arbejdsgruppens opgave

Arbejdsgruppen har til opgave at:

- Færdiggøre et standardsæt for DDKM i almen praksis med vægt på kvalitetsudvikling via dataopsamling af helbredsoplysninger samt patienttilfredshed.
- Udarbejde en implementeringsplan for DDKM.
- Udarbejde en arbejdsbeskrivelse for en støttefunktion, jf. § 100 stk. 4.
- Oprette og igangsætte arbejdet i støttefunktionen hurtigst muligt i samarbejde med parterne i øvrigt.
- Udarbejde et system for løbende dokumentering af arbejdet med DDKM i den enkelte praksis.
- Beskrive de overordnede retningslinjer for det arbejde de regionale kvalitetskonsulenter skal udføre i forbindelse med facilitering af DDKM, herunder beskrive samarbejdsfladerne til vejledningsfunktionen på efteruddannelsesområdet.
- Beskrive hvordan DDKM løbende revideres og tilpasses.

Arbejdsgruppens sammensætning

Til arbejdsgruppen udpeges:

- To repræsentanter fra Danske Regioner
- To repræsentanter fra PLO
- En repræsentant fra DSAM
- En repræsentant fra DAK-E
- En repræsentant fra IKAS

Arbejdsgruppen kan herudover invitere særlige interessenter.

Arbejdsgruppen skal præsentere overenskomstens parter for en model tids nok til at implementeringen heraf kan påbegyndes senest den 1. januar 2015.

Gruppen sekretariatsbetjenes af PLO og Danske Regioner i fællesskab.

1. Indledning

I forlængelse af principaftale mellem PLO og RLTN fra 2008 har parterne et fælles ønske om mere efteruddannelse, der kan sikre, at alle praktiserende læger vedligeholder deres kompetencer. Efteruddannelse af praktiserende læger skal derfor indeholde en systematisk efteruddannelse.

Den systematiske efteruddannelse etableres som et supplement til den eksisterende selvvalgte efteruddannelse og skal give alle praktiserende læger adgang til deltagelse i et struktureret, kontinuerligt og planlagt, livslangt efteruddannelsesforløb indenfor aftalte temaer med fokus på evidensbaseret medicin og med relevans for patienter og samfund.

Den systematiske efteruddannelse skal derudover bidrage til at de praktiserende læger på en systematisk måde opbygger kompetencer, der er målrettet udviklingen i sundhedsvæsenet og patienternes behov.

Temaerne og emnerne for den systematiske efteruddannelse bestemmes af bestyrelsen for Fonden for almen praksis og skal som udgangspunkt ligge indenfor målbeskrivelsen for almen medicin.

2. Organisering

Efteruddannelse er organiseret under Fonden for almen praksis. Bestyrelsen for fonden har det overordnede ansvar for efteruddannelsesaktiviteter. Bestyrelsen udpeger et fagligt efteruddannelsesudvalg, hvortil der knyttes to lægefaglige konsulenter. PLO varetager sekretariatsbetjeningen af det faglige efteruddannelsesudvalg og konsulenterne, og løser de administrative opgaver, der er i forbindelse med godkendelse og refusion.

Desuden udbygges kvalitets- og efteruddannelseskonsulentordningen, så den omfatter rådgivning i forbindelse med lægernes efteruddannelse. Dette sker regionalt.

2.1. Fondsbestyrelsens opgaver i relation til efteruddannelse

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

- Fastlægge temaer for den systematiske efteruddannelse hvert andet år. Inden den politiske godkendelse udarbejdes et forslag til temaer fra sekretariatskoordinationsgruppen i samarbejde med det faglige efteruddannelsesudvalg.
- Følge op på den selvvalgte og systematiske efteruddannelse gennem evaluering, der bl.a. skal have fokus på graden af deltagelse

fra praktiserende læger og anvendeligheden af efteruddannelsesaktiviteterne.

Side 79

- Have adgang til samtlige informationer om efteruddannelse vedr. afviklingen af kurser, fagligt indhold og andre efteruddannelsesaktiviteter, under den selvvalgt og systematiske efteruddannelse.
- Fastsætte kriterier for godkendelse af aktiviteter, der kan modtage tilskud.
- Løbende have indsigt i hvilke kurser der er godkendt, ligesom Fondsbestyrelsen skal 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

Da der i forbindelse med efteruddannelsesområdet knytter sig en række mere konkrete driftsmæssige opgaver, som udbetaling af refusion og løbende godkendelser af efteruddannelsesaktiviteter, videreføres den sekretariatsfunktion i PLO, som tidligere betjente Efteruddannelsesfonden.

Sekretariatsfunktionen i PLO har ansvaret for at sekretariatsbetjene såvel det faglige efteruddannelsesudvalg, som de konsulenter, der varetager opgaver i forbindelse med godkendelse. Derudover skal sekretariatsfunktionen støtte sekretariatskoordinationsgruppen i spørgsmål og opgaver vedrørende efteruddannelse. Sekretariatet i PLO skal således:

- Indkalde til møder i det faglige efteruddannelsesudvalg
- Fremsende lister over godkendte kurser til Danske Regioner mindst en måned inden bestyrelsesmøderne i fonden
- Registrere tilskudsberettiget efteruddannelsesaktiviteter
- Modtage ansøgninger om tilskud til efteruddannelse
- Videre sende ansøgninger til konsulenter og fagligt efteruddannelsesudvalg
- Give besked til ansøgere om afgørelser
- Foretage udbetaling af tilskud
- Foretage stikprøvekontrol
- Udarbejde årsrapporter til sekretariatskoordinationsgruppen og Fondsbestyrelsen
- Udarbejde budget og regnskab til bestyrelsen

- Foretage evaluering af tilskudsberettiget efteruddannelse
- Bistå sekretariatskoordinationsgruppen i relation til opgaver vedrørende efteruddannelse

Til sekretariatet i PLO knyttes to alment praktiserende læger, udpeget af Fondsbestyrelsen, som konsulenter, der henholdsvis godkender kurser, der åbenlyst ligger indenfor de gældende retningslinjer, og som varetager opgaver i forbindelse med den systematiske efteruddannelse. Fondsbestyrelsen orienteres om de godkendelser der foretages af konsulenten, samtidig med at de orienteres om godkendelse fra det faglige efteruddannelsesudvalg.

2.3. Det faglige efteruddannelsesudvalgs opgaver

Fondsbestyrelsen nedsætter et fagligt efteruddannelsesudvalg, som i henhold til Fondsbestyrelsens retningslinjer bedømmer konkrete ansøgninger/kurser indenfor den selvvalgte og systematiske efteruddannelse, der ikke åbenlyst ligger indenfor fondens godkendelseskriterier.

Fondsbestyrelsen udpeger medlemmer til det faglige efteruddannelsesudvalg. Medlemmerne skal være alment praktiserende læger. Udpegningen sker efter indstilling fra bestyrelserne i PLO og DSAM. Det faglige efteruddannelsesudvalg godkender aktiviteter indenfor rammerne af fondsbestyrelsens vejledning. DSAM varetager formandskabet for det faglige efteruddannelsesudvalg. Fondsbestyrelsen orienteres om hvilke kurser, der godkendes.

2.4 Kvalitets- og efteruddannelseskonsulenternes opgaver

Kvalitets- og efteruddannelseskonsulenterne skal sikre, at den praktiserende læge kan få oplysninger om relevant efteruddannelse, der bl.a. skal ses i forlængelse af kvalitetsdata og behovet for kompetencer i den enkelte praksis. Konsulenterne har adgang til oplysninger om den enkelte læges efteruddannelse. Konsulenterne skal se på efteruddannelse i sammenhæng med kvalitetsområdet. Denne konsulentordning aftales i regionerne.

3. Indholdet i systematisk og selvvalgt efteruddannelse

Herunder beskrives indholdet i efteruddannelsen for de praktiserende læger:

3.1. Systematisk efteruddannelse

Systematisk efteruddannelse omhandler efteruddannelsesaktiviteter indenfor en række aftalte og prioriterede temaer. Temaerne skal afspejle kompetencebehovene i almen praksis i lyset af udviklingen i sundhedsvæsenet og understøtte kvaliteten i patientbehandlingen. Disse kan omfatte såvel aktuelle behov, som behov for løbende vedligeholdelse af al-

men medicinske kompetencer. Indholdet i denne type efteruddannelse kan tage afsæt i nationale indsatsområder som f.eks. kræftpakker, psykiatri, svangreomsorg mv. Temaerne bestemmes i bestyrelsen for fonden.

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

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

3.1.1 Kursusudbud

Fondsbestyrelsen skal sikres at der er et relevant kursusudbud, der kan dække fagligt og geografisk i forhold til bestyrelsens beslutning om valg af temaer og emner. Kurser indenfor den systematiske efteruddannelse kan både være eksisterende kurser, kurser udarbejdet af faglige ressourcpersoner ansat i regionerne eller kurser udbudt af andre aktører f.eks. de faglige selskaber. Der kan også være behov for at nyudvikle efteruddannelsesaktiviteter, hvis der skal efteruddannes indenfor temaer, der endnu ikke er omfattet af det eksisterende udbud.

Parterne er desuden enige om, at bestyrelsen for Fonden for almen praksis skal forelægges en projektbeskrivelse for igangsætning af et udviklingsarbejde vedr. beskrivelse af efteruddannelsesaktiviteter på baggrund af målbeskrivelsen for almen medicin. Projektet finansieres gennem fondens formue. Der forventes en udgift på 500.000 kr. til dette formål.

3.2 Selvvalgt efteruddannelse

Der vil forsat være mulighed for tilskud til den selvvalgte efteruddannelse, hvor kurserne 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.).

Op til 25 % af den enkelte læges rådighedsbeløb kan anvendes til anden godkendt efteruddannelse, som f.eks. skriftlig- eller IT-baseret efteruddannelse.

3.3 Ankemuligheder ved afslag

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

3.4 Opfølgning

Fonden for almen praksis foretager en opfølgning overfor læger der ikke deltager i systematisk efteruddannelse indenfor en 2 årig periode. Dette skal som hovedregel ske efter lægen har modtaget besøg fra en kvalitets- og efteruddannelseskonsulent. Opfølgningen skal ske gennem skriftlig henvendelse til lægen på vegne af parterne, med en opfordring om at deltage i systematisk efteruddannelse. Dette vil ske en gang årligt med opfordring til, at manglende systematisk efteruddannelse afvikles i det pågældende år.

Hvis en skriftlig henvendelse ikke medfører efteruddannelsesaktivitet, eller en plan om afvikling af systematisk efteruddannelse, skal der ske en telefonisk henvendelse til lægen et kvart år inden periodens udløb. Opfølgningen foretages af sekretariatskoordinationsgruppen.

Parterne drøfter herefter tiltag overfor læger, der fortsat ikke deltager i systematisk efteruddannelse.

Kvalitets og efteruddannelsesudvalget i regionerne orienteres om denne opfølgning, med oplysninger om 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 DAK-E.

De regionale kvalitets- og efteruddannelseskonsulenter har adgang til oplysninger på individniveau i forhold til deltagelse i efteruddannelsesaktiviteter, der modtager tilskud fra Fonden for almen praksis. Oplysningerne om aktivitet tilgår de regionale kvalitets- og efteruddannelseskonsulenter kvartalsvis.

Det estimeres, at det koster 500.000 kr. at udvikle databasen i regi af DAK-E. Udgifterne finansieres af fondens egenkapital.

4.1. Årsrapporter

Sekretariatskoordinationsgruppen udarbejder årligt en opgørelse til bestyrelsen vedrørende såvel systematisk, som selvvalgt efteruddannelse. I opgørelsen indgår som minimum oplysninger om varighed og fagligt indhold af efteruddannelsesaktiviteterne og samlet aktivitet fordelt på læger/praksistyper.

4.2. Stikprøver

Der foretages løbende en stikprøvekontrol af dokumentation for udgifter til systematisk og selvvalgt efteruddannelse. Stikprøvekontrollen gennemføres som en ugentlig stikprøvekontrol, hvor 10-15 % af alle udbetalinger udtages til stikprøvekontrol.

5. Omfanget af efteruddannelse

Alle registrerede læger kan trække på Fonden til godkendte efteruddannelsesformål op til det beløb, der er afsat, jf. § C. stk. 1c i Protokollat 4 A.

5.1 Indbetalinger til Fonden

Regionerne indbetaler 6 mio. kr. i overenskomstens 1. år, 31 mio. kr. i det andet overenskomstår og 56 mio. kr. i det tredje overenskomstår til systematisk efteruddannelse. Der forventes et træk på 80 % for systematisk efteruddannelse.

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

Fondens bestyrelse kan beslutte at justerer 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, svare til 3 dages systematisk efteruddannelse i hvert af overenskomsten 2. og 3. år.

Satser for udbetalinger af aktiviteter fra 1. september, 2014

Tabt arbejdsfortjeneste for en hel kursushverdag ved systematisk efterudd.:	4.500 kr.*
Tabt arbejdsfortjeneste for en hel kursushverdag ved selvvalgt efterudd.:	2.600 kr.
Tabt arbejdsfortjeneste for en halv kursushverdag ved selvvalgt efterudd.:	1.300 kr.
Kursusgebyr samt udgifter i forbindelse med ophold, pr. godkendt kursusdag (inkl. weekend):	max. 2.400 kr.
Transportudgifter pr. kursusaktivitet eller pr. adskilt gruppe af kursusdage:	max. 1.500 kr.**
Gruppemøde på hverdage med start kl. 15.00 eller tidligere:	1.150 kr.
Gruppemøde på hverdage med start efter kl. 15.00 eller i weekends	600 kr.
Studiemateriale:	max. 25 % af Rådighedsbeløb

* Der kan maksimalt udbetales tabt arbejdsfortjeneste for systematisk efteruddannelse for 3 dage årligt.

** 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.

5.2 Indfasning

Det aftales, at den systematiske efteruddannelse opstartes pr. 1. september 2015.

6. Økonomiske konsekvenser

I det følgende redegøres for de etablerings- og driftsomkostninger, der er forbundet med udvidelse af Fondens for almen praksis varetagelse af den samlede efteruddannelsesopgave.

6.1 Etableringsomkostninger ved systematisk efteruddannelse

Som det fremgår ovenfor, vil der være udgifter forbundet med krav om indsigt i lægernes efteruddannelsesaktiviteter.

Anskaffelse og udvikling af IT-systemer, i regi af DAK-E, anslås til at udgøre 500.000 kr. Der kan desuden opstå udgifter til udvikling af merit-system og ekstraordinært træk på det nuværende sekretariat i PLO, der varetager Fondens nuværende aktiviteter. Disse udgifter vil i givet fald blive drøftet i fondsbestyrelsen. Udgiften anslås til at udgøre 500.000 kr.

6.2. Forøgelse af driftsomkostninger (sekretariatet i PLO)

De nuværende udgifter forbundet med driften af Efteruddannelsesfonden udgør årligt 1.934.000 kr. (budget 2014). Ved implementering af systematisk efteruddannelse vil der ske en forøgelse af de løbende driftsudgifter i forbindelse med sekretariatsbetjeningen i PLO.

Udgifterne til drift og sekretariatsbetjening i PLO omfatter følgende:

- Øgede udgifter til registrering af aktiviteter
- Øgede udgifter til udbetaling af refusioner
- Øgede udgifter til stikprøvekontrol
- Evt. udgifter til håndtering af meritgodkendelser
- Evt. udgifter til håndtering af udbudsstyring
- Udgifter til håndtering af tilmeldinger og fakturering til aktiviteter under systematisk efteruddannelse
- Udgifter til håndtering af booking og tilrettelæggelse af aktiviteter under systematisk efteruddannelse
- Øgede udgifter til informationshåndtering overfor Danske Regioner/ regionale konsulenter
- Øgede udgifter til lokaler, HR, kantine m.m.
- Udgifter til løbende udvikling af aktiviteter
- Udgifter til IT-support og vedligeholdelse af systemer
- Øgede udgifter til ledelse af sekretariat i PLO

Sekretariatsbetjeningen i PLO vil det første år kræve en udvidelse af det nuværende sekretariat med 2 medarbejdere samt tilknytning af 1 lægefaglig konsulent (ca. 7 timer ugentligt).

I forbindelse med registrering forventes en årlig udgift til licens til DAK-E på 1.000.000 kr.

Der kan desuden opstå behov for at lave udbud af nye kurser knyttet til systematisk efteruddannelse, der også vil indgå i driftsomkostninger i fonden. Et sådant behov vil evt. blive drøftet i fondsbestyrelsen.

Tabel 6.2: Forøgelse af driftsudgifter per år

Lønudgifter	
- 2 medarbejdere (800.000)	
- 1 lægefaglig konsulent (310.000)	
- Ledelse (100.000)	1.210.000
Lokaler, m.v.	150.000
Drift og vedligeholdelse af database til registrering af systematisk efteruddannelse (DAK-E)	1.000.000
Forøgelse af sekretariatsbetjening og database i alt	2.360.000

Eventuelle driftsudgifter skal indføres i forhold til de reelle udgifter og aktivitetsniveau for efteruddannelsen. Det betyder, at en evt. opnormering/øgning af lønudgifterne kun skal ske, hvis der sker en øget aktivitet i Fonden over det niveau, der er forudsat at Fonden skal håndtere i dag. Dog undtaget aktivitetsuafhængige etablerings- og driftsafhængige omkostninger.

6.3 Forøgelse af udgifter til kurser

Udover etablerings- og driftsudgifterne til sekretariatet vil der være en række variable udgifter til at gennemføre aktiviteter under systematisk efteruddannelse.

Dækning af kursusudgift i forbindelse med systematisk efteruddannelse per deltager anslås til 1.500 kr. pr. kursist. Den systematiske efteruddannelse skal således være udgiftsneutral for deltagerne, fordi Fonden afholder udgifter til kursusaktiviteten. Taksten for tabt arbejdsfortjeneste er 4.500 kr. per dag for deltagelse i systematisk efteruddannelse.

Tabel 6.3: Udgifter i forbindelse med 3 dage afsat til systematisk efteruddannelse

	Faste udgifter	Variable udgifter	Forventet træk på 80 %
3 dage	2.360.000	79.380.000	65.864.000

Faste udgifter er jf. ovenstående beregning af driftsudgifterne i tabel 6.2. Årlige variable udgifter er beregnet ved tabt arbejdsfortjeneste på 4.500 kr. + transportudgifter på 1.350 kr., samt kursusudgift pr dag på 1.500 kr. for 3600 læger (7.350 x 3600).

7. Indfasning af aftalen

Side 87

7.1. Systematisk efteruddannelse

Bestyrelsen for Fonden for almen praksis skal beslutte emner og temaer for systematisk efteruddannelse på det førstkommende bestyrelsesmøde, der kan danne grundlag for, at der kan udbydes aktiviteter indenfor den systematiske efteruddannelse.

Da systematisk efteruddannelse er en ny form for efteruddannelsesaktivitet, vil der være behov for en trinvis indfasning af aktiviteter i overenskomstperioden.

Bestyrelsen for Fonden for almen praksis skal derfor i første overenskomst år have forelagt en plan for implementering af den systematiske efteruddannelse samt igangsætte og færdiggøre et konkret koncept for udmøntningen af aftalen om systematisk efteruddannelse. I planen skal det indgå, at der i overenskomstens 2. og 3. år skal udbydes efteruddannelse indenfor rammerne af systematisk efteruddannelse for læger i alle regioner. Der skal udbydes, hvad der svare til 3 dages efteruddannelse årligt.

7.2 Selvvalgt efteruddannelse

Fondsbestyrelsen skal have forelagt et forslag til nye regler for godkendelse af efteruddannelsesaktiviteter, der kan gives refusion til i regi af fonden. Kriterierne skal understøtte målsætningerne om at efteruddannelse skal medvirke til høj kvalitet i patientbehandlingen.

Det faglige efteruddannelsesudvalg har ansvaret for at indstille konkrete kriterier for godkendelser til fondsbestyrelsen i samarbejdet med sekretariatskoordinationsgruppen.

PROTOKOLLAT OM ANVENDELSE AF SUNDHEDSKORT VED ELEKTRONISK REGISTRERING AF PATIENTHENVENDELSE TIL ALMEN LÆGEPRAKSIS

1. Alment praktiserende læger installerer aflæsningsudstyr, der kan aflæse sundhedskortets stregkode eller magnetstribе. Dette anvendes som elektronisk registrering ved henvendelse til almen lægepraksis.
2. Sundhedskortet anvendes under patientens besøg hos lægen ved, at kortet føres gennem kortlæseren. Indlæsningen markeres i lægens elektronisk lagrede afregningsoplysninger med et "p" sammen med patientens stamoplysninger.
3. P-markeringen skal fremgå af felt nr. 45 i henhold til snitfladebeskrivelsen. Markeringen dokumenterer patientens tilstedeværelse i praksis. Den enkelte region tilrettelægger selv proceduren for, hvorledes p-markeringen kontrolleres.
4. Der skal være sikkerhed for, at kun brug af sundhedskort giver en p-markering, samt at det ikke efterfølgende bevidst eller ubevidst kan lade sig gøre at ændre i regningens dato, tidspunktskoder og ydelser. Endvidere skal der være sikkerhed for, at der ikke sker ændringer i koderne inden eller under transmissionen til regionen. Det forudsættes, at den enkelte lægesystemleverandør kan garantere, at systemet kan leve op til disse krav om procedurens sikkerhed.
5. Registreringen af ydelser i lægens edb-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, emailkonsultationer og sygebesøg) 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. "K" 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.

Arbejdsgruppens formål

Det er arbejdsgruppens formål at skabe grundlag for en vurdering af, om der skal ske ændringer i honorarsystemet.

Arbejdsgruppens opgaver

Arbejdsgruppen har tre opgaver:

1. Arbejdsgruppen skal foretage en retrospektiv kortlægning af indtjeningen og den gennemsnitlige timehonorering i lægevagten. Dette arbejde skal være færdigt til oktober 2014. Arbejdsgruppen kan på baggrund heraf udarbejde forslag til ændringer af den nuværende honorarmodel (eksempelvis en fast timehonorering eller omfordeling af honorarerne i vagttiden). Eventuelle ændringer søges aftalt inden udgangen af juni 2015, og implementeret i løbet af overenskomstperioden med rimelig varsel og indfasning.
2. Arbejdsgruppen skal beskrive forholdene omkring en eventuel omlægning af honoraret for telefonkonsultation, fx i form af at provenuet lægges i basishonoraret. Arbejdsgruppen skal komme med forslag til sikring af fortsat god telefonisk tilgængelighed i almen praksis. Parterne kan evt. aftale at gennemføre et pilotprojekt på baggrund af arbejdsgruppens rapport, inden ændringen evt. implementeres.
3. Arbejdsgruppen skal arbejde med at beskrive en model for indførelse og honorering af længerevarende konsultationer. Modellen skal skabe mulighed for øget fleksibilitet i forbindelse med konsultationer i praksis. Herved imødekommes talrige patienters ønske om behandling af mange problemstillinger eller varetagelse af en enkelt større problemstilling i én konsultation hos lægen.

Arbejdsgruppen afrapporterer til overenskomstens parter vedr. de tre emner senest 1. april 2015. Eventuelle ændringer i honorarsystemet søges aftalt med ikrafttrædelse senest 1. april 2016.

Arbejdsgruppen sammensættes således:

- PLO udpeger 3 personer
- Danske Regioner udpeger 3 personer

Arbejdsgruppen kan herudover beslutte at invitere andre interessenter.

Grundydelser (A og B-vagt):

Ydelse	Navn
0101	Konsultation
0501	Telefonkonsultation uden besøg/konsultation
0602	Telefonkonsultation med besøg/konsultation
0471	Besøg
2302	Tillægstakst ved besøg ud over 10 km, pr. km
1001	Vagtberedskabshonorar pr. time efter § 44, stk. 3 (små vagtordninger på øer)
0102	Behandling af 2. sikrede i samme hjem (§ 72, stk. 1)
1208	Tillæg til konsultationshonorar til 2. og følgende sikrede ved samme besøg på institution, § 72, stk. 2.

Laboratorieydelse:

Ydelse	Navn
7101	Urinundersøgelse ved stix
7108	B-hæmoglobin (fotometer)
7109	Svælg-streptokok antigen
7120	C-reaktivt protein (CRP)
7136	B-glukose (fotometer)
7156	Elektrokardiografi, inkl. prækordialafledninger
7175	Svangerskabsreaktion, urin choriongonadotropin
7183	Lungefunktionsundersøgelse (peak flow)

Tillægsydelse:

Ydelse	Navn
2104	Blærekateterisation (ekskl. udgift til kateter)
2105	Fjernelse af fremmedlegemer fra øje, øregang, næse og svælg
2107	Fjernelse af fremmedlegeme under hud eller negl
2108	Næsetamponade, standsning af blødning efter tandudtrækning
2109	Anlæggelse af immobiliserende bandage
2111	Første behandling af mindre knoglebrud og reposition af skred i mindre led
2112	Første behandling af større sår
2115	Fjernelse af negl
2118	Operation for dybereliggende betændelse
2119	Tapning af væskesamling fra større led i terapeutisk øjemed
2122	Første behandling af brud på skinneben, lår, over- eller underarm
2123	Reposition af store ledscred, nemlig fod, knæ, hofte, albue eller

	skulder
2124	Behandling af store udbredte læsioner og forbrændinger
2125	Oplivningsforsøg, herunder iltbehandling ved livstruende tilstande
2131, 2134, 2135	Ligsyn med udstedelse af dødsattest (side 1 og 2) Ligsyn kun med udfyldelse af dødsattestens side 1 Udfyldelse af dødsattestens side 2, inkl. forsendelse til Sundhedsstyrelsen
2136	Anoskopi
2137	Udtagning og forsendelse af implanterede stimulatorer og pumper
2133	Forsendelse af biologisk materiale ekskl. blodprøver (omfatter også indsendelse af urin til undersøgelse for mikroalbuminuri og podning)
2161	Tillæg til ydelse af lægehjælp (konsultation, samtaleterapi, eller aftalt specifik forebyggelsesindsats), hvor der anvendes kvalificeret tolk

Tillæg for patientledsagelse i ambulance og rejsetillæg til øer, hvor der ikke er bosat læge

Ydelse	Navn
2502	Pr. påbegyndt ½ time ved rejser/patientledsagelse begæret i A-vagten/B-vagten

Tillæg ved behandling af personer, der ikke er tilmeldt en læge

Ydelse	Navn
2401	Anvendes når en person <ul style="list-style-type: none"> - 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 - foreviser et United Kingdom pas, hvor personen er beteg-

	<p>net som 'British citizen'</p> <ul style="list-style-type: none"> - er udenlandsk statsborger og foreviser en blanket S3 - er færing på midlertidigt ophold i Danmark og foreviser færøsk sygekassebevis A eller B - er grønlander og opholder sig midlertidigt i Danmark
2402	<p>Anvendes når en person</p> <ul style="list-style-type: none"> - er dansk statsborger og foreviser EU sygesikringsbevis udstedt i Danmark - er dansk statsborger og foreviser et særligt sundhedskort - er dansk statsborger og foreviser blanket S3 - Gruppe-1 sikrede på øer, hvor der ikke er etableret lægepraksis

Attester

Ydelse	Navn
5001	1. indlæggelse på institutioner for sindslidende (på røde eller gule papirer)
5002	Genindlæggelse på samme institution (på røde eller gule papirer)
5003	Tvangsindlæggelse (+ altid 5001 eller 5002) (på røde eller gule papirer)
5004	Nervesanatorier
5005	Alkoholklivikker

Kørselsgodtgørelse

Ydelse	Navn
9001	For de første 20.000 km pr. år, pr. km (for alle kørte kilometer)
9002	For hver efterfølgende km (for alle kørte kilometer)

Honorartabel for vagttid – ydelser, der udgår

Side 95

Ydelse	Navn
7115	Maskinel leococyt- og differentialtælling
7126	PP-INR (koagulationsfaktorer)
7152	3 undersøgelser for blod i fæces
7168	Se-kreatinin
7177	Sænkingsreaktion
7114	Lysfeltmikroskopi inklusiv fremstilling (farvning) af præparat
7116	Fasekontrastmikroskopi af biologisk materiale, eksklusiv urin
7122	Fasekontrastmikroskopi af urin
7105	Bakterier
7106	Svamp
7107	Andet
7189	Urin til resistensbestemmelse
7112	Audiometriundersøgelse
7113	Udvidet lungefunktionsundersøgelse ved spirometri
7121	Dobbelt lungefunktionsundersøgelse for anstrengelsesprovokeret astma eller reversibilitetstest ved spirometri i samme konsultation
7117	Tympanometri
7402	Allergiudredning i forbindelse med priktest
7403	HbA1c-undersøgelse
2601	Blodprøvetagning fra åre inkl. præparation og centrifugering pr. forsendelse
2101	Blodtagning fra blodåre pr. forsendelse
2102	Udtagning af prøve af livmoder, - mund og - hals til cytologisk undersøgelse inkl. for-

	sendelse
2113	Biopsi med efterfølgende mikroskopisk us. hos patolog inkl. forsendelse
2116	Paracentese af trommehinde
2117	Fjernelse af subcutane eller dybereliggende svulster inkl. evt. forsendelse
2120	Venesectio tilrådet af hospital eller speciallæge samt ved livstruende tilstande
2121	Andre betydelige operationer
2138	Instruktion og udlevering af væske- og vandladningsskema
2141	Fortsat kontrol af benyttelse af svangerskabsforebyggende teknik
2142	Vejledning i svangerskabsforebyggende metoder ved første henvendelse fra patienten eller ved overgang til anden svangerskabsforebyggende teknik
2143	Vejledning og undersøgelse i forbindelse med anmodning om svangerskabsafbrydelse og/eller sterilisation
2144	Vejledning i benyttelse af svangerskabsforebyggende metoder ved indlæggelse af spiral eller indsættelse af implanon (ekskl. udgifter til spiral og implanon)
2145	Fjernelse af implanon
2146	Udlån af og instruktion i anvendelse af apparatur til hjemmeblodtryksmåling
2149	Diagnostik, udredning og opfølgning ved anvendelse af fagligt anerkendte psykometriske tests

Økonomiprotokollat af 01-09-2014

Den økonomiske ramme for almen praksis er opgjort i forhandlingsaftalen og udgør 7.714,9 mio. kr. (april 2014-niveau).⁷ Rammen omfatter alle udgifter i dag- og vagttiden, inkl. basishonorering.

Rammen skal reduceres for udgifter vedr. profylaktiske ydelser, influenzavaccinationer og udtagelse af prøver af livmoder m.m. til cytologiske undersøgelser (2102) inkl. én 0101.

Den økonomiske ramme reduceres endvidere for udgifter vedr. sygebesøg og 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 omkring de forskellige former for sygebesøg og indsatsen for visse patienter med psykiske problemstillinger fastlægges. Rammen reduceres med et beløb svarende til den enkelte regions udgifter til ydelserne vedrørende sygebesøg og samtaleterapi de forudgående 12 måneder.

Til rammen lægges:

- Løn- og prisregulering af honorarerne i henhold til § 68 i overenskomsten.
- 43 mio. kr. pr. 1. oktober 2014, 78 mio. kr. pr. 1. oktober 2015 og 120 mio. kr. pr. 1. oktober 2016 blandt andet som følge af udviklingen i gruppe 1-sikrede (april 2014 prisniveau).

Fra rammen trækkes:

- 10 mio. kr. pr. 1. oktober 2014, 35 mio. kr. pr. 1. oktober 2015 og 40 mio. kr. pr. 1. oktober 2016 i medfør af den nye bestemmelse om automatiske højstegrænser (april 2014 prisniveau).

Udviklingen i økonomien sammenholdt med den økonomiske ramme følges løbende, som minimum via kvartalsvise opgørelser. I den forbindelse skal der ske en drøftelse af fælles tiltag, hvis der er udsigt til overskridelse af den forventede økonomi. Den første opgørelse udarbejdes, når udgiftstallene for december 2014 foreligger.

⁷ Ekskl. korrektion for akutbetjening.

Hvis de årlige udgifter til almen praksis overstiger den aftalte ramme, er parterne enige om, at der med virkning fra 1. oktober efter opgørelsen foreligger, sker en modregning efter følgende principper:

1. Ved overskridelser af den økonomiske ramme på mindre end $\frac{1}{2}$ procent af den samlede ramme, iværksættes ikke modregning. Eventuelle overskridelser af den økonomiske ramme det efterfølgende år på mindre end $\frac{1}{2}$ procent undtages ikke fra modregning i reguleringsprocenten som beskrevet i punkt 2, medmindre andet aftales.
2. Ved overskridelser af den økonomiske rammen ud over $\frac{1}{2}$ procent sker en modregning i reguleringsprocenten, der skal give compensation svarende til forskellen mellem den økonomiske ramme plus $\frac{1}{2}$ pct. og de faktiske udgifter. Der kan dog ikke blive tale om nedsættelse af honorarer. I tilfælde af, at overskridelsen ikke fuldt ud kan modregnes i reguleringen pr. 1. oktober, overføres den manglende modregning til efterfølgende reguleringer. Eventuelle overskridelser af den økonomiske ramme det efterfølgende år på mindre end $\frac{1}{2}$ procent undtages ikke fra modregning i reguleringsprocenten.

2a. I forbindelse med beregningen af modregningen skal der foretages en særlig vurdering af væksten i ydelse 0120 (aftalt specifik forebyggelsesindsats). Hvis væksten i denne ydelse ligger over den gennemsnitlige vækst samlet set, nedsættes den samlede modregning med halvdelen af værdien af væksten i 0120.

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

Den økonomiske ramme korrigeres teknisk for følgende:

- Opsagte lokalaftaler i det omfang, aktiviteten flyttes inden for rammen.
- Ændringer i omfanget af andre leverandører (private klinikker og regionsklinikker)
- Nye ydelser som følge af lovgivning, bekendtgørelse eller lignende.

I helt særlige tilfælde kan der herudover mellem de centrale parter aftales en korrektion af rammen. Det kan eksempelvis skyldes ekstraordinær sy-

gelighed og større strukturelle ændringer samt ændringer som følge af lovgivning.

Side 99

Der er ikke fastsat nogen økonomisk ramme for perioden efter 1. september 2017.

Rammen	år 1	år 2	år 3
Rammeforbedring (vækst i antal patienter mv.)	43,0	78,0	120,0
Rammereduktion (automatisk § 93)	-10,0	-35,0	-40,0
Omprioritering af udvalgte ydelser	-25,1	-25,1	-25,1
Årlig rammeforbedring	7,9	17,9	54,9
Nye tiltag			
Ny kvalitetsmodel DDKM	18,0	18,0	18,0
Tilskud til akkreditering (engangsbeløb)	7,0	22,2	22,2
Sikret drift af DAK-E	2,3	2,3	2,3
Patienttilfredshedsundersøgelser	0,8	0,8	0,8
Forskningsenheden for almen praksis i Aalborg	2,0	3,0	5,0
Øget indbetaling til efteruddannelse	6,0	31,0	56,0
Sum	36,1	77,3	104,3



Til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Opfølgning på tidligere redegørelse vedr. ufrivillig afmelding til livmoderhalskræftscreening

Danske Regioner orienterede den 22. oktober 2013 offentligheden om, at regionerne har gentilmeldt 27.000 kvinder til screeningsprogrammet for livmoderhalskræft. Baggrunden var, at det ved en gennemgang af et IT-system, som håndterer invitationer til undersøgelse, blev konstateret, at der for et stort antal af de kvinder, som var blevet frameldt screeningsprogrammet for livmoderhalskræft i perioden 1981-2007, var usikkerhed om, hvorvidt frameldingerne stadig var berettigede.

Regionerne har derfor tilmeldt samtlige 27.000 kvinder til programmet igen. Af de 27.000 kvinder har regionerne kontaktet de 19.000 med opfordring til, at melde tilbage om de ønsker at få foretaget en undersøgelse, fordi de i modsætning til de øvrige 8.000 kvinder, ikke på eget initiativ har fået foretaget en undersøgelse inden for de sidste 3-5 år.

Danske Regioner har i november 2013 udarbejdet en foreløbig redegørelse til ministeriet, som beskriver sagens indhold, hvad regionerne gør for at udrede de spørgsmål, som knytter sig til hertil, og hvilke skridt regionerne har taget i forhold til de berørte kvinder. Redegørelsen var foreløbig, idet der fortsat har pågået et analysearbejde.

Regionerne har koordineret arbejdet tæt, og har efterfølgende i arbejdet identificeret frameldte kvinder, som har fået livmoderhalskræft. Fejlene er imidlertid begrænset til enkelte tidligere amter, og regionerne arbejder fremadrettet i forhold til opfølgningen ud fra forskellige forudsætninger.

Analysearbejdet er nu afsluttet med nedenstående yderligere konkretiseringer af følgende:

- Regional afdækning
- Opdeling af kvinder i forhold til klagevejledning
- Tilbud om HPV undersøgelse til kvinder over 65 år som kan være ufrivilligt frameldte
- Gentilmelding af de kvinder under 65 år som ikke i første omgang blev gentilmeldt screeningsprogrammet

28-02-2014

Sag nr. 14/202

Dokumentnr. 9661/14

Josefina Hindenburg Krausing

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk

- Sondringen mellem CIS og CCU: om begge områder skal gennemgås med henblik på brev
- Videre arbejde med afdækning af andre screeningsprogrammer

Der pågår i nogle regioner bl.a. nu et arbejde med at udsende breve til de kvinder, hvor der kan være sandsynlig sammenhæng mellem ufrivillig framelding til screeningsprogrammet og efterfølgende udvikling af livmoderhalskræft.

Regional afdækning

Regionernes indsats i forhold til afdækningen af sagen viser konkluderende, at der kan være sket ufrivillige frameldinger i Region Midtjylland og Region Syddanmark. Region Nordjylland har i deres frafaldsanalyse ikke fundet forhold der viser, at der skulle være sket ufrivillige frameldinger. Region Nordjylland kan dog ikke som følge af Region Midtjyllands analyse konkludere, at dette er tilfældet for det gamle Viborg Amt eller dele af den tidligere Mariager Kommune.

Region Hovedstaden og Region Sjælland har ikke fundet forhold, der giver anledning til at tro, at der er sket utilsigtede frameldinger.

Regionerne har gjort følgende for, at nå frem til konklusioner, om hvorvidt der er sket ufrivillige frameldinger i egen region eller ej:

Region Hovedstaden

Region Hovedstaden har gennemgået data for de kvinder, der ifølge Region Midtjyllands redegørelse står anført som VM-frameldte med bopæl i Region Hovedstaden. Data er blevet gennemgået for at belyse, om der fx er sammenfald ift. tidspunkter/tidsperioder, bopælskommuner, it-systemer eller lign, som kan indikere, at der kan være sket uberettigede frameldinger. Der er ved gennemgangen af data ikke er fundet forhold, der giver anledning til at tro, at kvinder, som i perioden har været bosat i Region Hovedstaden, utilsigtet er blevet frameldt screeningsprogrammet.

Region Sjælland

Region Sjælland har gennemgået de forskellige sager, som der er modtaget meddelelse om fra Region Midtjylland. Der har kunnet identificeres ét tilfælde, hvor en kvinde er blevet uretmæssigt frameldt. Dette er imidlertid sket i en periode, hvor kvinden var bosiddende i Region Syddanmark. I alle øvrige tilfælde har det ikke kunnet konstateres, at der er noget, der tyder på, at kvinderne er blevet frameldt screeningsprogrammet ufrivilligt.

Region Midtjylland

Side 3

I Region Midtjylland er der foretaget en frafaldsanalyse af de ”wm-frameldte” kvinder.

I Region Midtjylland har arbejdet med frameldingerne taget udgangspunkt tre tidligere amter (Århus, Viborg og Ringkøbing), der nu udgør størstedelen af Region Midtjylland. For hvert af amterne er antallet af frameldinger opgjort pr år. Udsving er gennemgået og forklaret med udgangspunkt i historikken omkring screeningsprogrammets opstart, it-systemer og datakonverteringer for hvert amt.

Konklusionen er, at der er særlig opmærksomhed på et af de tidligere amter (Århus Amt) både ved overgangen mellem to invitationssystemer og ved en senere opdatering af systemet. I disse to perioder forekommer der en betydelig mængde af tilsyneladende uforklarlige frameldinger. De uforklarlige frameldinger udgør i størrelsesordenen 3400.

Region Nordjylland

Region Nordjylland har udarbejdet en frafaldsanalyse på baggrund af sagen vedrørende mistanke om uberettiget framelding fra livmoderhalskræftscreeningsprogrammet. Konklusionen er, at der ikke er fundet forhold, der giver anledning til at tro, at kvinder i det daværende Nordjyllands Amt, utilsigtet er blevet frameldt screeningsprogrammet som følge af it- eller konverteringsfejl.

Ved Kommunalreformen blev dele af det daværende Viborg Amt til en del af det nye Region Nordjylland. Jf. Region Midtjyllands redegørelse, har det ikke været muligt at konstatere, hvorvidt der er sket fejl i forbindelse med en datakonvertering den 21.4.1998, hvorfor det ej heller er muligt at konkludere noget endeligt for de dele af det daværende Viborg Amt, der i dag tilhører Region Nordjylland.

Regionen mener ikke, at der er sket fejl i det daværende Nordjyllands Amt, men at det ikke med sikkerhed kan konkluderes, at der ikke er sket fejl i det daværende Viborg Amt. Regionen vil derfor give tilbud til disse kvinder. Det skal dog bemærkes, at der i Region Nordjylland altid auditeres på fund af celleforandringer samt i sager, hvor der ved indsendelse af smear bemærkes, at kvinden ikke mener at være blevet indkaldt. Ved denne auditproces er der på intet tidspunkt fundet fejl.

Region Syddanmark

Side 4

Det af Region Midtjylland udarbejdede datasæt over eventuelt VM - framelde kvinder i Region Syddanmark er blevet analyseret, dels m.h.t. hvorvidt der findes "klumper" af data i forhold til frameldingstidspunkt, geografiske område, indkaldesystemer, datakonverteringer, frameldingsårsag m.m., dels sammenholdt med de administrative rutiner omkring først og fremmest håndtering af permanente/midlertidige frameldinger.

Vedrørende sidstnævnte forhold (administrative rutiner), så er det konklusionen, at disse ikke kan afvises. Dog er det vurderingen – som også Region Midtjylland nåede frem til - at der er tale om et begrænset omfang.

3/4 af de VM – framelde kvinder i datasættet er i dag bosat i det tidligere Fyns Amt. Endvidere er der også en lille overrepræsentation af framelde kvinder i det tidligere Ribe Amt.

Ligesom det var tilfældet i Region Midtjylland, så er der flere store "klumper" af frameldinger i forbindelse med overgang til et nyt invitationssystem. For det gamle Fyns Amt vedkommende er der tale om en stor "klump" på 1.297 frameldinger i forbindelse med en datakonvertering den 11. oktober 1999. Herudover 2 mindre "klumper" på henholdsvis 207 og 126 frameldinger i 2007 og 2008. Sidstnævnte "klump" er der efterfølgende fundet en forklaring på, idet Fyns Amt den 1. januar 2008 foretog en oprydning af indkaldesystemet med hensyn til hysterektomerede kvinder.

Endvidere er der taget flere stikprøver i det gamle Fyns Amts (gamle) datasæt. Dette har ikke umiddelbart ført til påvisning af ufrivillige frameldinger. I det gamle Ribe Amt er der en gruppe på 519 frameldinger i 1999. Det er oplyst, at der var problemer med konvertering af de gamle data som bevirkede, at der ikke kunne indkaldes i et halvt år. Hvad der konkret var galt vides ikke.

I de tidligere Vejle – og Sønderjyllands amter er der intet som tyder på, at der er frameldt kvinder som følge af it – eller konverteringsfejl.

Region Syddanmark vil – når de sidste rykkerbreve er udsendt – foretage en nærmere analyse af de gentilmeldte kvinder, som har fået taget en smear med henblik på at vurdere, om der tegner sig nogle bestemte mønstre.

Tilbud om HPV undersøgelse til kvinder over 65 år som kan være ufrivilligt frameldte

Det er kun i de regioner, hvor det er vurderingen, at der kan være fejl, der gives et tilbud, som gælder hele eller dele af regionen. Indstillingen er således, at de regioner, hvor det er vurderingen, at der kan være sket ufrivillige frameldinger, tilbyder kvinder over 65 år, som vurderes at kunne være ufrivilligt frameldt, en afsluttende HPV-test.

Gentilmelding af de kvinder under 65 år som ikke i første omgang blev gentilmeldt screeningsprogrammet

Regionerne har besluttet, at de regioner, hvor der vurderes, at der kan være sket ufrivillige frameldinger, gentilmelder de kvinder under 65 år, som ikke i første omgang blev gentilmeldt screeningsprogrammet, fordi de har haft forstadier og derfor skulle have et andet brev end standardbrevet, forudsat de vurderes at kunne være ufrivilligt frameldt. Kvinder som er blevet behandlet for en invasiv cancer, skal ikke gentilmeldes screeningsprogrammet, da de i forvejen går i et kontrol forløb.

Sondringen mellem CIS og CCU - skal begge områder gennemgås med henblik på brev?

Det har været drøftet i regionerne, hvorvidt der skulle gennemføres audit på kvinder som har haft forstadier (CIS) eller en cancer (CCU).

I regionerne er der faglig enighed om, at CIS ikke er kræft og udvikler sig ikke nødvendigvis til det. Derfor er det kun patientsager med CCU, der gennemgås. Det gælder de regioner, hvor der er sket fejl.

Opdeling af kvinder i forhold til klagevejledning

Regioner, som vurderer, at der kan være sket ufrivillige frameldinger, udsender et brev til de kvinder, hvor det er vurderingen, at deres framelding kan have sammenhæng mellem en ufrivillig framelding og udviklingen af livmoderhalskræft. Der vil i brevet indgå oplysninger om, at der kan være sket en fejl, og regionen vil være behjælpelig med at rette henvendelse til Patientforsikringen, såfremt de ønsker det. Derudover er der gængs regional klagevejledningsmulighed til stede for alle kvinder.

Videre arbejde med afdækning af andre screeningsprogrammer

I forbindelse med den igangværende sag vedr. livmoderhalskræftscreening skal de resterende screeningsprogrammer dvs. tarmkræftscreening og brystkræftscreening sikres, således at der ikke sker uberettigede frameldinger i til- og frameldingssystemerne for disse screeningsprogrammer.

Ligeledes skal der igangsættes en afdækning af muligheden for ens procedure på tværs af screeningsprogrammerne og på tværs af regionerne, så borgere kan få et overblik over til- og frameldinger til screeningsprogrammer samt ændre status.

De to opgaver er placeret i RSI-styregruppen (Regionernes Sundheds-it).

Da screeningsprogrammerne både er forskelligt organiseret, og der anvendes forskellige tekniske løsninger er der behov for, at regionerne hver især laver en afdækning af de anvendte systemer. Det gælder særligt for brystkræftscreeningsprogrammet, da der er lavet et nationalt indkaldelses- og administrationsmodul for det kommende tarmkræftscreeningsprogram.

Arbejdet vil både omfatte en afdækning af de anvendte it-løsninger, samt en afdækning af arbejdsgange i forbindelse med til- og framelding. Det drejer sig bl.a. om følgende:

- Beskrivelse af it-løsninger til- og framelding (herunder om der anvendes flere systemer i hver region)
- Afdækning af systemintegrationer til fx EPJ
- Dokumentation af arbejdsgange i forbindelse med til- og framelding, herunder interne kontrolprocedurer
- Logning af data (logges data eller bliver de overskrevet, så der ikke er mulighed for at se historik for til- og framelding)

Danske Regioner planlægger, at kunne sende en redegørelse til ministeriet om sikring af andre programmer m.m. ultimo april 2014.