

SYGESIKRINGENS
FORHANDLINGSUDVALG

PRAKTISERENDE LÆGERS
ORGANISATION

LANDSOVERENSKOMST
om
almen lægegerning

Af 03-06-1991,
senest ændret ved aftale af
24-01-2006

KAPITEL I. INDLEDENDE BESTEMMELSER	12
§ 1. OVERENSKOMSTENS PARTER.....	12
§ 2. ØVRIGE AFTALER VEDRØRENDE ALMEN PRAKSIS	12
§ 3. UDGÅET	12
§ 4. OVERENSKOMSTOMRÅDET	12
KAPITEL II. UDVALG	13
§ 5. SAMARBEJDSUDVALG (GÆLDENDE FRA 01-01-2007).....	13
§ 6. SAMARBEJDSUDVALGETS OPGAVER OG BEFØJELSER	14
§ 7. UDGÅET	15
§ 8. LANDSSAMARBEJDSUDVALGET (GÆLDENDE FRA 01-01-2007). 15	
§ 9. LANDSSAMARBEJDSUDVALGETS OPGAVER OG BEFØJELSER . 16	
§ 10. LANDSSAMARBEJDSUDVALGETS SANKTIONSMULIGHEDER 17	
§ 11. OPMAND	17
§ 12. OPMANDENS OPGAVER	18
§ 12A. FONDEN FOR KVALITETSUDVIKLING OG INFORMATIK OG KVALITETSFAGLIGT UDVALG	18
§ 12B. OPGAVER OG BEFØJELSER FOR FONDEN FOR KVALITETSUDVIKLING OG INFORMATIK.....	19
§ 12C. DE REGIONALE KVALITETS- OG EFTERUDDANNELSESUDVALG	20
§ 12D. OPGAVER FOR DE REGIONALE KVALITETS- OG EFTERUDDANNELSESUDVALG (GÆLDENDE FRA 01-01-2007)	21
§ 12E. UDVALG VEDRØRENDE FAGLIG UDVIKLING I ALMEN PRAKSIS.....	22
§ 12F. FAGLIGT UDVALGS OPGAVER	23
§ 12G. IMPLEMENTERING AF FAGLIGT UDVALGS FORSLAG.....	24

KAPITEL III. PRAKSISPLANLÆGNING OG -REGULERING	25
§ 13. PRAKSISPLANLÆGNING	25
§ 13A. REKRUTTERING OG FASTHOLDELSE	25
§ 14. PLANLÆGNINGSFORUDSÆTNINGER.....	26
§ 14A. SAMORDNING MED ØVRIGT SUNDHEDSPERSONALES VIRKSOMHED	27
§ 15. ÅRLIG FASTSÆTTELSE AF LÆGEDÆKNINGEN	28
§ 15A. FLYTNING OG NEDLÆGGELSE AF PRAKSIS	30
§ 16. DELEPRAKSIS OG ANTAGELSE AF AMANUENSIS	30
§ 17. PRAKSISSTØRRELSE	32
§ 18. AUTOMATISK LUKNING FOR TILMELDING TIL PRAKSIS.....	34
§§ 19-24. UDGÅET	34
 KAPITEL IV. LÆGERS ADGANG TIL PRAKSIS EFTER OVERENSKOMSTEN.....	 34
§ 25. AUTORISATIONSKRAV FOR ALMENT PRAKTISERENDE LÆGER	34
§ 26. NEDSÆTTELSE I ALMEN PRAKSIS	34
 KAPITEL V. BESTEMMELSER VEDRØRENDE SIKREDE	 37
§ 27. VALG AF LÆGE	37
§ 28. BESTEMMELSER I FORBINDELSE MED VALG AF LÆGE.....	38
§ 28A. INFORMATION TIL BRUG FOR LÆGEVALG (PRAKSISDEKLARATIONER)	39
§ 29. ADGANG TIL LÆGEHJÆLP EFTER OVERENSKOMSTEN	41
§ 30. LEGITIMATION.....	43
§ 31. UDGÅET.....	44
§ 32. FRASIGELSE AF PATIENT	44
§ 33. LÆGESKIFTE	44

§ 34. VOLDELIGE ELLER TRUENDE PATIENTER	44
KAPITEL VI. PRAKSISOPHØR OG ANDRE ÆNDRINGER	46
§ 35. MEDDELELSE VED DØDSFALD, OPLØSNING AF PRAKSIS OG ANDRE ÆNDRINGER	46
§ 35A. PRAKSISOPHØR, NÅR PRAKSIS IKKE OVERTAGES AF EN ANDEN LÆGE.....	46
KAPITEL VII. TILRETTELÆGGELSE AF ALMEN PRAKSIS	48
§ 36. PRAKSISFORMER.....	48
§ 36A. ALMEN PRAKSIS I SELSKABSFORM	49
§ 36B. ALMEN PRAKSIS VED UNIVERSITETERNE (APU)	51
§ 37. VILKÅR FOR LÆGEHJÆLP	51
§ 38. DAGTIDEN.....	52
§ 39. TILRETTELÆGGELSE AF LÆGEBETJENINGEN I DAGTIDEN	52
§ 39A. ANVENDELSE AF IT I ALMEN PRAKSIS	54
§ 40. ADGANGS- OG INDRETNINGSFORHOLD VEDRØRENDE LÆGENS KONSULTATION.....	57
§ 41. INDLÆGGELSE PÅ SYGEHUSE	57
§ 42. HENVISNING TIL SPECIALLÆGEUNDERSØGELSE OG – BEHANDLING	57
§ 43. DIAGNOSTISKE UNDERSØGELSER PÅ STATENS SERUMINSTITUT	58
§ 44. HENVISNING TIL BEHANDLING VED FYSIOTERAPEUT	59
§ 45. HENVISNING TIL BEHANDLING VED PSYKOLOG	59
§ 46. HENVISNING TIL BEHANDLING VED FODTERAPEUT	60
§ 47. ORDINATION AF LÆGEMIDLER.....	60
§ 48. ORDINATION/REKVISITION AF ILTBEHANDLING	61
§ 49. VAGTTIDENS OMFANG OG OPDELING.....	61

§ 50. TILRETTELÆGGELSE AF LÆGEBETJENINGEN I VAGTTIDEN ..	61
§ 50A. LÆGEBETJENINGEN I VAGTTIDEN	62
§ 51. VISITATION I VAGTTIDEN	64
 KAPITEL VIII. REKVISITION AF LÆGEMIDLER OG FORBINDSSTOFFER TIL GRUPPE 1-SIKREDE OG GRUPPE 2-SIKREDE PÅ REGIONERNES REGNING	 65
§ 52. REKVISITION AF IMMUNGLOBULINER OG VACCINER	65
§ 53. REKVISITION AF LÆGEMIDLER I ØVRIGT.....	65
§ 54. REKVISITION AF FORBINDSSTOFFER M.V.	66
 KAPITEL IX. BESTEMMELSER VEDRØRENDE FRAVÆR	 67
§ 55. LÆGERS FRAVÆR FRA PRAKSIS.....	67
 KAPITEL X. SAMARBEJDE MELLEM ALMEN PRAKSIS OG KOMMUNERNE.....	 68
§ 56. SOCIALMEDICINSK SAMARBEJDE MELLEM DEN ENKELTE LÆGE OG KOMMUNEN I INDIVIDUELLE SAGER	 68
§ 56A. ELEKTRONISK KOMMUNIKATION MELLEM LÆGEN OG KOMMUNENS PLEJEPERSONALE.	 69
§ 57. GENERELT SAMARBEJDE MELLEM KOMMUNEN OG DE PRAKTISERENDE LÆGER.....	 70
§ 57A. KOMMUNALT-LÆGELIGE UDVALG MELLEM KOMMUNERNE OG DE PRAKTISERENDE LÆGER.....	 70
 KAPITEL XI. KLAGEREGLER	 72
§ 58. KLAGEREGLERNES OMFANG	72
§ 59. FREMSÆTTELSE AF KLAGER	72
§ 60. BEHANDLING AF KLAGER FRA SIKREDE	72
§ 61. BEHANDLING AF KLAGER FRA LÆGER.....	73
§ 62. BEHANDLING AF KLAGER FRA KOMMUNER.....	73

§ 63. FÆLLES REGLER FOR BEHANDLING AF KLAGER	73
§ 64. AFGØRELSE AF KLAGESAGER OG ANKE.....	74
KAPITEL XII. HONORARER OG REGULERING.....	75
§ 65. BASISHONORAR (GRUNDHONORAR)	75
§ 66. PRAKSISOMKOSTNINGSHONORAR (GRUNDHONORAR)	75
§ 67. UDGÅET.....	75
§ 68. GRUNDYDELSER I DAGTIDEN (GRUNDHONORAR).....	75
§ 69. INSTITUTIONSSTILLÆG, DAG- OG VAGTTID (GRUNDHONORAR)	76
§ 70. TILLÆGSYDELSER (GRUNDHONORAR).....	76
§ 70A. SAMTALETERAPI (GRUNDHONORAR)	79
§ 71. TILLÆG FOR PATIENTLEDSAGELSE I AMBULANCE OG REJSETILLÆG TIL ØER, HVOR DER IKKE ER BOSAT LÆGER (GRUNDHONORAR)	80
§ 71A. TILLÆG VED BEHANDLING AF PERSONER, DER IKKE ER TILMELDT EN LÆGE (GRUNDHONORAR).....	80
§ 72. GRUNDYDELSER I VAGTTIDEN (GRUNDHONORAR)	80
§ 72A. VAGTBEREDSKABSHONORAR (GRUNDHONORAR).....	81
§ 73. ATTESTTAKST	81
§ 73A. ANSØGNING OM TILSKUD TIL LÆGEMIDLER TIL KRONIKERE OG TERMINALPATIENTER (GRUNDHONORARER)	82
§ 74. TANDUDTRÆKNING	83
§ 75. LABORATORIEUNDERSØGELSER (GRUNDHONORAR).....	83
§ 76. KØRSELSGODTGØRELSE	86
§§ 77, 77A, 78 OG 79. UDGÅET	86
§ 80. REGULERING AF HONORARER.....	86
§ 80A. TAKSTANVENDELSE VED ÆNDRING I REGULERINGSPROCENTEN	88

KAPITEL XIII. AFGRÆNSNING AF DE ALMINDELIGE YDELSER OG BESTEMMELSER OM HONORERING	89
§ 81. AFGRÆNSNING, TELEFONKONSULTATION/KONSULTATION, RECEPTFORNYELSE	89
§ 82. AFGRÆNSNING, SYGEBESØG/BESØG PÅ RUTEN	89
§82A. AFGRÆNSNING, BEHANDLING AF FLERE SIKREDE I SAMME HJEM	89
§ 83. ALMINDELIGE BESTEMMELSER OM HONORERING.....	90
§ 83A. VEJLEDNING OM ANVENDELSE AF LANDSOVERENSKOMSTENS YDELSER	90
§ 84. BASISHONORERING	91
§ 85. HONORERING AF GRUNDYDELSER I DAGTIDEN OG DEN SENE KONSULTATION.....	91
§ 86. HONORERING AF YDELSER I VAGTTIDEN.....	91
§ 87. TILLÆGSYDELSESHONORERING	93
§ 88. HONORERING AF LÆGEHJÆLP TIL SIKREDE PÅ ØER, HVOR DER IKKE ER ETABLERET LÆGEPRAKSIS	93
§ 89. VAGTBEREDSKABSHONORERING.....	93
§ 90. HONORERING AF LABORATORIEUNDERSØGELSER.....	94
§ 91. HONORERING OG AFHOLDELSE AF UDGIFTERNE TIL KØRSEL	94
§ 92. BASISHONORERING VED EN LÆGES DØD	95
KAPITEL XIV. AFREGNING.....	96
§ 93. BASISHONORARAFREGNING	96
§ 94. AFREGNING AF PRAKSISOMKOSTNINGSHONORAR	96
§ 95. UDGÅET.....	97
§ 96. AFREGNING AF YDELSESHONORARER	97
§ 97. UDGÅET.....	98

§ 98. YDELSESHONORARAFREGNING VEDRØRENDE SOCIALMEDICINSK SAMARBEJDE.....	98
§ 99. AFREGNING AF VAGTBEREDSKABSHONORAR.....	98
 KAPITEL XV. ALMINDELIGE ORDENS- OG KONTROLBESTEMMELSER	100
§ 100. ÅRSOPGØRELSER OG FASTSÆTTELSE AF HØJESTEGRÆNSER.....	100
§ 101. BORTFALD AF HØJESTEGRÆNSER	103
§ 101A. ØKONOMISK LÆGEMIDDELORDINATION	104
§ 102. FORTOLKNINGSBIDRAG	104
§ 103. BLANKETTER, HERUNDER ELEKTRONISKE BLANKETTER.	105
§ 103A. UDGIFTER TIL UDSKIFTNING AF LEGITIMATIONSBEVISER TIL SIKREDE	105
 KAPITEL XVI. INDBETALING AF PENSIONSBIIDRAG, INDBETALING TIL ADMINISTRATIONSUDVALGET OG INDBETALING TIL FONDE M.V.	106
§ 105. INDBETALING AF PENSIONSBIIDRAG	106
§ 106. INDBETALING TIL ADMINISTRATIONSUDVALGET	106
§ 107. INDBETALING TIL UDDANNELSESAMANUENSISFONDEN..	107
§ 108. INDBETALING TIL FORSKNINGSFOND.....	107
§ 108A. INDBETALING TIL EFTERUDDANNELSESFOND	108
§ 108B. INDBETALING AF MIDLER VEDRØRENDE FAGLIGT UDVALG.....	108
§ 108C. INDBETALING AF MIDLER VEDRØRENDE KVALITETSUDVIKLING.....	108
 KAPITEL XVII. AFSLUTTENDE BESTEMMELSER.....	110
§ 109. ADGANG TIL ÆNDRINGER I OVERENSKOMSTEN	110
§ 110. IKRAFTTRÆDEN OG OVERGANGSBESTEMMELSER.....	110

§ 111. OPSIGELSE.....	110
PROTOKOLLATER TIL LANDSOVERENSKOMST OM ALMEN LÆGEGERNING	112
1) PROTOKOLLAT AF 24-01-2006 VEDRØRENDE FORBEREDENDE REGIONALE SAMARBEJDSUDVALG.....	112
2) PROTOKOLLAT AF 24-01-2006 OM HANDICAPVENLIGE LOKALER TIL ALMEN PRAKSIS.....	113
3) PROTOKOLLAT AF 24-01-2006 VEDRØRENDE EFTERUDDANNELSE.....	114
4) PROTOKOLLAT AF 24-01-2006 VEDRØRENDE KVALITETSUDVIKLING I ALMEN PRAKSIS.	116
5) PROTOKOLLAT AF 24-01-2006 VEDR. FORSKNINGSFONDENS ØKONOMI	117
6) PROTOKOLLAT AF 24-01-2006 OM AMANUENSISFONDEN	117
7) PROTOKOLLAT AF 24-01-2006 OM RATIONEL FARMAKOTERAPI	118
8) PROTOKOLLAT AF 24-01-2006 OM FORLØBSYDELSE FOR DIABETESPATIENTER I ALMEN PRAKSIS	118
9) PROTOKOLLAT AF 24-01-2006 VEDRØRENDE UDVIKLINGEN I ANTAL FOREBYGGELSESYDELSER	123
10) PROTOKOLLAT AF 24-01-2006 OM ANVENDELSE AF KLINIKPERSONALE.....	123
11) PROTOKOLLAT AF 24-01-2006 OM VOLDGIFTSRET	123
12) PROTOKOLLAT AF 24-01-2006 VEDRØRENDE FREMTIDENS AKUTBETJENING	124

13) PROTOKOLLAT AF 13-10-2002 OM UNDERSTØTTELSE AF IT I ALMEN PRAKSIS	125
14) PROTOKOLLAT AF 13-10-2002 TIL § 36 VEDRØRENDE LOKALEMÆSSIGE HINDRINGER.....	126
15) PROTOKOLLAT AF 13-10-2002 TIL § 68 VEDRØRENDE DEN SAMLEDE HONORERING	126
16) PROTOKOLLAT AF 16-04-1999 OM DE ALMENT PRAKTISERENDE LÆGERS ANVENDELSE AF YDELSERNE I LANDSOVERENSKOMSTEN OG SAMMENHÆNGEN TIL DET ALMENMEDICINSKE ARBEJDSOMRÅDE.....	127
17) PROTOKOLLAT AF 16-04-1999 OM VIDEREGIVELSE AF OPLYSNINGER, DER ER NØDVENDIGE FOR ADMINISTRATION AF F.EKS. VEDERLAGSFRI FYSIOTERAPI	128
18) PROTOKOLLAT TIL § 96 OM ANVENDELSE AF LEGITIMATIONSBEVIS VED ELEKTRONISK REGISTRERING AF PATIENTHENVENDELSE TIL ALMEN LÆGEPRAKSIS	128
19) PROTOKOLLAT TIL § 108A OM ETABLERING AF EN EFTERUDDANNELSESFOND.....	130
20) PROTOKOLLAT AF 27-04-1995 TIL § 12 OM OPMANDSFUNKTIONEN OG ORGANISATIONSANSVAR.....	131
RAMMEAFTALE OM IVÆRKSÆTTELSE AF TILLÆGSYDELSER EFTER BESLUTNING I REGIONERNE	132
RAMMEAFTALE OM IVÆRKSÆTTELSE AF LABORATORIEUNDERSØGELSER M.M. EFTER BESLUTNING I REGIONERNE.....	134
TILLÆGSOVERENSKOMST TIL LANDSOVERENSKOMSTEN OM ALMEN LÆGEGERNING VEDRØRENDE FOREBYGGENDE OG/ELLER SUNDHEDSPÆDAGOGISKE YDELSER SAMT FORSØGSAFTALER EFTER BESLUTNING I REGIONERNE	136

TILLÆGSOVERENSKOMST OM NETTOAFREGNING TIL LANDSOVERENSKOMSTEN OM ALMEN LÆGEGERNING MELLEM PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION OG SYGESIKRINGENS FORHANDLINGSUDVALG.....	139
PROTOKOLLAT TIL TILLÆGSOVERENSKOMST OM NETTOAFREGNING	141
AFTALE MELLEM SYGESIKRINGENS FORHANDLINGSUDVALG OG PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION VEDRØRENDE PROFYLAKTISKE HELBREDSUNDERSØGELSER AF GRAVIDE OG BØRN SAMT VACCINATIONER	142
AFTALE MELLEM SYGESIKRINGENS FORHANDLINGSUDVALG OG PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION OM HONORERING AF ALMENT PRAKTISERENDE LÆGER FOR VEJLEDNING OM ANVENDELSE AF SVANGERSKABSFOREBYGGENDE METODER	155
AFTALE MELLEM PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION OG SYGESIKRINGENS FORHANDLINGSUDVALG VEDRØRENDE ALMENT PRAKTISERENDE LÆGER, DER VIRKER SOM TUTORLÆGER	158
AFTALE MELLEM RL TN OG PRAKTISERNEDE LÆGERS ORGANISATION VEDR. DÆKNING AF OMKOSTNINGER VED OVERFØRELSE AF PATIENTJOURNALER TIL SUNDHEDSSTYRELSEN VED EMBEDSLÆGEINSTITUTIONEN I FORBINDELSE MED PRAKSISLUKNING	162
STIKORDSREGISTER TIL LANDSOVERENSKOMSTEN MED TILLÆGSAFTALER	164
VEJLEDNING I ANVENDELSE AF LANDSOVERENSKOMSTENS YDELSER.....	181

§ 1. OVERENSKOMSTENS PARTER

Stk. 1.

Denne overenskomst, som omhandler almen praksis, er indgået mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO).

ANMÆRKNING TIL § 1:

Der er ved affattelsen af overenskomsten taget højde for at Sygesikringens Forhandlingsudvalg pr. 01-01-2007 erstattes af Regionernes Lønnings- og Takstnævn (herefter kaldet Lønnings- og Takstnævnet), ligesom amterne pr. samme dato erstattes af regioner.

§ 2. ØVRIGE AFTALER VEDRØRENDE ALMEN PRAKSIS

Mellem en region og et praksisudvalg kan indgås lokale aftaler, som supplerer eller fraviger nærværende overenskomst. Sådanne aftaler skal indberettes til overenskomstens parter.

§ 3. UDGÅET

§ 4. OVERENSKOMSTOMRÅDET

Stk. 1.

Overenskomsten vedrører gruppe 1-sikrede og omfatter vederlagsfri sygdomsbehandling og forebyggende arbejde i henhold til Sundhedsloven.

Stk. 2.

Overenskomsten omfatter, i det omfang det er fastsat i de enkelte bestemmelser, behandling af andre personer end de i stk. 1 nævnte.

KAPITEL II. UDVALG

§ 5. SAMARBEJDSUDVALG (GÆLDENDE FRA 01-01-2007)

Stk. 1.

I hver region nedsættes et samarbejdsudvalg på 8-12 medlemmer.

Stk. 2.

Regionsrådet og kommunerne i regionen (Kommunekontaktrådet) udpeger til sammen mindst 4 og højst 6 medlemmer, hvoraf kommunerne i regionen udpeger 1-2 medlemmer og regionen udpeger 3-5 medlemmer. Mindst 4 og højst 6 medlemmer udpeges af praksisudvalget i regionen.

Stk. 3.

Samarbejdsudvalget holder møde 4 gange om året, og i øvrigt når en parterne stiller krav herom.

Stk. 4.

Samarbejdsudvalget fastlægger en forretningsorden for sit arbejde med udgangspunkt i en af Landssamarbejdsudvalget udarbejdet vejledende forretningsorden.

Stk. 5.

Samarbejdsudvalget kan kun træffe afgørelser i enighed. I andre tilfælde skal sagen forelægges Landssamarbejdsudvalget.

Stk. 6.

Samarbejdsudvalgets afgørelser skal fremsendes skriftligt til de parter som afgørelsen vedrører. En af sagens parter kan inden seks uger fra modtagelsen af afgørelsen kræve samarbejdsudvalgets afgørelse forelagt for Landssamarbejdsudvalget.

Stk. 7.

I det omfang samarbejdsudvalget finder det relevant, kan udvalget nedsætte faste eller ad hoc underudvalg. Et underudvalg kan varetage bestemte opgaver, f.eks. have ansvar for lægevagten eller for de årlige §100 statistikker. Samarbejdsudvalget fastsætter underudvalgets opgaver og kompetencer.

ANMÆRKNING TIL § 5:

De hidtil gældende regler om amtslige samarbejdsudvalg følges indtil udløbet af 2006.

PROTOKOLLAT TIL § 5, STK. 1 OG 2:

Parterne er enige om, at man ved de næste overenskomstforhandlinger vil vurdere sammensætningen af de regionale samarbejdsudvalg.

ANMÆRKNING TIL § 5, STK. 4:

Fra 1. januar 2007 gælder følgende bestemmelse i Sundhedsloven, som vil have umiddelbar konsekvens for behandlingen af sager i samarbejdsudvalgene:

Sundhedsloven § 127 stk. 8: Ved behandling af sager i paritetiske organer nedsat i henhold til overenskomster, indgået i medfør af stk. 1, skal en sundhedsperson, som er part i sagen, og som ikke er medlem af en forening, som er repræsenteret i det paritetiske organ, gives ret til at møde, evt. ved bisidder, når en klage over den pågældende eller en sag, som evt. vil kunne give anledning til fastsættelse af sanktioner over for den pågældende, behandles.

§ 6. SAMARBEJDSUDVALGETS OPGAVER OG BEFØJELSER

Stk. 1.

Samarbejdsudvalget vejleder med hensyn til forståelse og praktisering af overenskomstens enkelte bestemmelser.

Stk. 2.

Samarbejdsudvalget behandler klager over lægebetjeningen, jf. kapitel XI.

Stk. 3.

Samarbejdsudvalget har pligt til at behandle henvendelser i anledning af, at lægehjælpsudgifter i et område afviger væsentligt fra udgifter i tilsvarende områder. Tilsvarende gælder sygehjælpsudgifter, der er afhængige af lægernes ordinationer.

Stk. 4.

Samarbejdsudvalget varetager i øvrigt de opgaver, der er henlagt til udvalget i kapitel III og fremefter.

Stk. 5.

Sager af principiel karakter skal af samarbejdsudvalget forelægges for Landsamarbejdsudvalget. Fastsættelse af højstegrænser, jf. § 100, skal inden 1 måned indberettes til Landssamarbejdsudvalget med begrundelse for den trufne afgørelse.

Stk. 6.

Samarbejdsudvalget har ved en læges misligholdelse eller overtrædelse af overenskomsten adgang til:

A. At tildele advarsel eller udtale misbilligelse

B. At indstille til Landssamarbejdsudvalget:

a) at lægen til regionen skal betale/tilbagebetale et af samarbejdsudvalget foreslået beløb,

- b) at lægen pålægges en bod, der stilles til rådighed for velgørende formål,
- c) at lægen udelukkes fra at praktisere efter overenskomsten.

Afgørelse efter A skal indberettes til Landssamarbejdsudvalget.

§ 7. UDGÅET

§ 8. LANDSSAMARBEJDSUDVALGET (GÆLDENDE FRA 01-01-2007)

Stk. 1.

Der nedsættes et Landssamarbejdsudvalg (LSU) bestående af medlemmer udpeget af Lønnings- og Takstnævnet og medlemmer udpeget af Praktiserende Lægers Organisation. Hver part udpeger op til 6 medlemmer.

Stk. 2.

Landssamarbejdsudvalget holder ordinært møde hvert kvartal, og i øvrigt når mindst 4 medlemmer stiller krav herom.

Stk. 3.

Landssamarbejdsudvalget fastsætter selv sin forretningsorden.

ANMÆRKNING TIL § 8:

De hidtil gældende regler om Landssamarbejdsudvalget følges indtil udløbet af 2006.

PROTOKOLLAT TIL § 8, STK. 1:

Parterne er enige om, at man ved de næste overenskomstforhandlinger vil vurdere sammensætningen i Landssamarbejdsudvalget.

ANMÆRKNING TIL § 8, STK. 3:

Fra 1. januar 2007 gælder følgende bestemmelse i Sundhedsloven, som vil have umiddelbar konsekvens for behandlingen af sager i Landssamarbejdsudvalget:

Sundhedsloven § 127, stk. 8: Ved behandling af sager i paritetiske organer nedsat i henhold til overenskomster, indgået i medfør af stk. 1, skal en sundhedsperson, som er part i sagen, og som ikke er medlem af en forening, som er repræsenteret i det paritetiske organ, gives ret til at møde, evt. ved bisidder, når en klage over den pågældende eller en sag, som evt. vil kunne give anledning til fastsættelse af sanktioner over for den pågældende, behandles.

Stk. 1.

Landssamarbejdsudvalget skal til fremme af samarbejdet mellem parterne og til brug for udvikling eller ændring af de overenskomstomfattede opgaver på eget initiativ foretage fornødne undersøgelser og kan udarbejde vejledninger til forståelse og praktisering af overenskomstens bestemmelser.

Stk. 2.

Landssamarbejdsudvalget behandler henvendelser om fortolkning af overenskomsten fra praksisudvalgene, regionerne, samarbejdsudvalgene samt andre, f.eks. centrale myndigheder. Landssamarbejdsudvalget fungerer som ankeinstans i klagesager, jf. kapitel XI.

Stk. 3.

Landssamarbejdsudvalget har pligt til at føre effektiv kontrol med udgifterne til lægehjælp ydet i henhold til denne overenskomst, herunder udgifter, der er afhængige af lægernes ordination, jf. kapitel XV.

Stk. 4.

Landssamarbejdsudvalget kan træffe foranstaltninger til nedbringelse af en læges regningskrav over for regionen og herunder fastsætte en højestegrænse for en praksis' indtægter ved ydelseshonorarer fra en region, jf. § 100, stk. 9.

Stk. 5.

Såvel regioner som læger er pligtige at meddele statistiske oplysninger, som er nødvendige for udvalgets virksomhed. Landssamarbejdsudvalget fastlægger retningslinier for, hvilket statistisk materiale der på grundlag af yderregisteret og afregningssystemet skal udarbejdes til brug for udvalget, og tager stilling til afholdelse af de udgifter, der er forbundet med udarbejdelsen af det statistiske materiale.

Stk. 6.

Landssamarbejdsudvalget kan ved indberetning af højestegrænser, fastsat af samarbejdsudvalget, jf. § 100, stk. 9, og ved indberetning af oplysning om tildeling af advarsel eller udtalelse af misbilligelse, jf. § 6, stk. 6, tiltræde afgørelsen, ændre afgørelsen eller tilbagesende sagen til fornyet behandling.

Stk. 7.

Landssamarbejdsudvalget skal orienteres om landsdækkende statistisk materiale vedrørende overenskomsten, som hver af overenskomstens parter måtte udarbejde. Materialet skal videregives i anonymiseret form, såfremt hensynet til enkeltpersoner taler herfor.

Stk. 8.

Landssamarbejdsudvalget udarbejder vejledende forretningsorden for samarbejdsudvalgene.

§ 10. LANDSSAMARBEJDSUDVALGETS SANKTIONSMULIGHEDER

Stk. 1.

Landssamarbejdsudvalget har, for så vidt det drejer sig om en region, adgang til:

- a) at tildele advarsel eller udtale misbilligelse med eller uden tilkendegivelse af gentagelsesvirkning,
- b) at pålægge regionen at efterbetale lægen et af Landssamarbejdsudvalget fastsat beløb,
- c) at pålægge regionen en bod, der stilles til rådighed for velgørende formål.

Stk. 2.

Landssamarbejdsudvalget har, for så vidt det drejer sig om en læge, adgang til:

- a) at tildele advarsel eller udtale misbilligelse med eller uden tilkendegivelse af gentagelsesvirkning,
- b) at beslutte, at lægen til regionen skal betale/tilbagebetale et af Landssamarbejdsudvalget fastsat beløb,
- c) at pålægge lægen en bod, der stilles til rådighed for velgørende formål,
- d) at udelukke lægen fra at praktisere efter overenskomsten.

Beslutninger efter b) og c) kan af regionen effektueres ved modregning i lægens tilgodehavende.

Stk. 3.

Landssamarbejdsudvalget kan bestemme, at en af dette afsagt kendelse skal offentliggøres efter udvalgets nærmere bestemmelse.

Stk. 4.

Afgørelser indeholdende en af de i stk. 1 og 2 nævnte sanktioner skal fremsendes i anbefalet brev.

Stk. 5.

I mangel af enighed i Landssamarbejdsudvalget om iværksættelse af en sanktion, kan sagen af hver af overenskomstens parter indbringes for en opmand, jf. §§ 11 og 12.

§ 11. OPMAND

Stk. 1.

Parterne udpeger en uafhængig opmand.

Stk. 2.

I tilfælde af uenighed mellem parterne om udpegning af opmand udpeges denne af Indenrigs- og sundhedsministeren.

Stk. 3.

Udgifterne til opmandens virksomhed fordeles ligeligt mellem overenskomstens parter.

Stk. 4.

Ved en sags behandling af opmanden er sagens parter Praktiserende Lægers Organisation og Lønnings- og Takstnævnet.

ANMÆRKNING TIL § 11, STK. 4:

Indtil udløbet af 2006 er sagens parter Praktiserende Lægers Organisation og Sygesikringens Forhandlingsudvalg.

§ 12. OPMANDENS OPGAVER

Stk. 1.

Sager om fortolkning og anvendelse af en overenskomst samt klagesager, hvorom der ikke kan opnås enighed i Landssamarbejdsudvalget, kan af hver af overenskomstens parter indbringes for opmanden. Såfremt en af parterne ønsker at opmanden skal mægle mellem parterne, indkaldes der, forinden sagen indbringes for opmanden, til møde mellem opmanden og Landssamarbejdsudvalget, hvor opmanden undersøger muligheden for et forlig og om muligt fremsætter et forligsforslag. Sager om idømmelse af organisationsansvar kan ligeledes indbringes for opmanden. Også i sager om organisationsansvar gælder bestemmelserne om mægling.

Stk. 2.

Landssamarbejdsudvalget fastsætter regler for behandling af sager ved opmanden.

Stk. 3.

Opmandens kendelser er bindende for parterne. I sager om idømmelse af organisationsansvar kan der pålægges en af parterne en bod.

§ 12A. FONDEN FOR KVALITETSUDVIKLING OG INFORMATIK OG KVALITETSFAGLIGT UDVALG

Stk. 1.

Med henblik på at understøtte og finansiere landsdækkende kvalitets- og informatikinitiativer i almen praksis oprettes en Kvalitets- og Informatikfond for almen praksis.

Stk. 2.

Fondens formand udpeges af Lønnings- og Takstnævnet og næstformanden af Praktiserende Lægers Organisation. Fonden består derudover af 2-3 medlemmer udpeget af Praktiserende Lægers Organisation og Dansk Selskab for Almen Medicin i fællesskab samt 2-3 medlemmer udpeget af Lønnings- og Takstnævnet.

Stk. 3.

Som rådgivende for fondens bestyrelse oprettes et Kvalitetsfagligt Udvalg, som sammensættes på følgende måde:

- to repræsentanter (en fra hver side) fra hvert af de fem regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg
- en repræsentant fra Lønnings- og Takstnævnet
- en repræsentant fra Praktiserende Lægers Organisation
- en repræsentant fra IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet)
- en repræsentant fra Dansk Selskab for Almen Medicin
- en repræsentant fra Sundhedsstyrelsen
- en formand for Kvalitetsfaglig Udvalg som udpeges af Praktiserende Lægers Organisation og Lønnings- og Takstnævnet i fællesskab.

Stk. 4.

Fonden sekretariatsbetjenes af Lønnings- og Takstnævnet og Praktiserende Lægers Organisation i fællesskab.

Stk. 5.

Udgifter forbundet med Kvalitets- og Informatikfondens virksomhed finansieres af de midler, der indbetales i henhold til § 108 C, stk. 1.

ANMÆRKNING TIL § 12A, STK. 3:

Parterne er enige om, at formanden for det Kvalitetsfaglige Udvalg skal have et godt fagligt kendskab til almen praksis, ligesom det vil være en fordel, at vedkommende har indsigt i forsknings- og kvalitetsudviklingsmæssige forhold.

ANMÆRKNING TIL § 12A:

Frem til udgangen af 2006 udpeges Lønnings- og Takstnævnets repræsentanter af Sygesikringens Forhandlingsudvalg.

§ 12B. OPGAVER OG BEFØJELSER FOR FONDEN FOR KVALITETSUDVIKLING OG INFORMATIK

Stk. 1.

Fonden tager i sit arbejde udgangspunkt i Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet samt det nationale arbejde for kvalitet i sundhedsvæsenet, der arbejdes med i andre fora. Fonden har som formål at understøtte kvalitetsudvikling i almen praksis med henblik på at forbedre kvaliteten i almen praksis. Fonden støt-

ter 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 har endvidere til opgave at understøtte it-anvendelsen i almen praksis samt den elektroniske kommunikation i forhold til det øvrige sundhedsvæsen og i forhold til patienter.

Stk. 3.

Fonden baserer sit arbejde på rådgivning fra Kvalitetsfagligt Udvalg.

På baggrund af indstillinger fra Fondens bestyrelse kan parterne aftale overenskomstmæssige konsekvenser af forslag til udvikling af kvalitet, herunder eventuelle økonomiske konsekvenser.

§ 12C. DE REGIONALE KVALITETS- OG EFTERUDDANNELSESUDVALG

Stk. 1.

I hver region nedsættes et regionalt kvalitets- og efteruddannelsesudvalg som et underudvalg under samarbejdsudvalget.

Stk. 2.

Regionsrådet udpeger mindst 4 og højst 6 medlemmer. Mindst 4 og højst 6 medlemmer udpeges af praksisudvalget i regionen.

Stk. 3.

Udgifter forbundet med udvalgenes arbejde finansieres af midler afsat af den enkelte region, jf. § 108 C stk. 2.

stk. 4.

Samarbejdsudvalget træffer aftale om fordelingen af midlerne, men kan delegere bevillingskompetence til kvalitets- og efteruddannelsesudvalget. Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget træffer afgørelser i enighed.

Stk. 5.

Evt. uforbrugte midler overføres til efterfølgende regnskabsår til de formål, der er beskrevet ovenfor.

ANMÆRKNING TIL § 12C, STK. 5:

I forbindelse med regionsdannelsen overføres evt. uforbrugte amtslige midler pr. 31.12.2006 til de nye regioner.

§ 12D. OPGAVER FOR DE REGIONALE KVALITETS- OG EFTERUDDANNELSESUDVALG (GÆLDENDE FRA 01-01-2007)

Stk. 1.

De regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg efter § 12 C, skal fremme arbejdet med kvalitetsudvikling og efteruddannelse blandt de praktiserende læger i regionen. Udvalgene skal herunder bidrage til implementering af nye faglige ydelser og andre tiltag aftalt af overenskomstens parter.

Stk. 2.

De regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg inddrages i Kvalitets- og Informatikfondens arbejde med kvalitet med henblik på, at der kan ske den fornødne koordinering af kvalitetsarbejdet på landsplan. Udvalgene støtter gennem deres arbejde og anvendelse af deres midler implementering af Fondens arbejde, herunder i relation til Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet.

Stk. 3.

Udvalgene orienterer Fonden for Kvalitetsudvikling og Informatik om regionale kvalitetsudviklings- og efteruddannelsesinitiativer. Endvidere bidrager udvalgene til formidling af kvalitetsinitiativer og – projekter igangsat af Fonden eller af udvalgene selv.

ANMÆRKNING I TIL § 12D:

Indtil udgangen af 2006 gælder de hidtidige regler om amtslige kvalitetsudviklingsudvalg.

ANMÆRKNING II TIL § 12D:

Parterne er enige om at det er væsentligt, at de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg understøtter alment praktiserende lægers arbejde med at vurdere, sikre og udvikle kvalitet i lægemiddelanvendelsen, herunder rationel farmakoterapi.

Arbejdet kan fremmes ved at kvalitets- og efteruddannelsesudvalget og evt. regionale konsulenter inden for lægemiddelområdet (lægemiddelkonsulenter) understøtter tiltag som fx:

- *udarbejdelse af statistik om lægemiddelanvendelse*
- *opfølgende konsulentbesøg hos lægerne*
- *løbende efteruddannelse om lægemiddelanvendelse, herunder afholdelse af temamøder om særlige emner*

Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget og evt. regionale konsulenter inden for lægemiddelområdet kan medvirke ved udarbejdelse af forslag til en regional rekommandationsliste, eller – i det omfang, der udarbejdes en national rekommandationsliste - medvirke til en lokal tilpasning. Det bør tilstræbes, at en rekommandationsliste indeholder

fælles rekommandationer for sygehussektor og primær sektor eller indeholder en stillingtagen til ændringer i ordinationer ved patientens overgang fra sygehussektor til primærsektor. I det omfang udvalgets og lægemiddelkonsulentens arbejde fører til forslag, som ønskes aftalt med de praktiserende læger, kan aftale indgås mellem regionen og praksisudvalget. Som eksempel kan nævnes aftale om at benytte en regional rekommandationsliste.

§ 12E. UDVALG VEDRØRENDE FAGLIG UDVIKLING I ALMEN PRAKSIS

Stk. 1.

Med henblik på at understøtte den faglige udvikling i almen praksis nedsættes et udvalg kaldet Fagligt Udvalg.

Stk. 2.

Udvalget skal analysere og belyse faglige områder inden for almen medicin til brug for overenskomstens parter overvejelser vedrørende den faglige udvikling i almen praksis, der afspejles i landsoverenskomsten eller andre aftaler mellem parterne. Ved et fagligt område forstås f.eks. en konkret sygdomsgruppe, en specifik ydelse eller en konkret behandlings- eller forebyggelsesform.

Stk. 3. (gældende fra 01-01-2007)

Parterne udpeger en formand for Fagligt Udvalg. Udvalget består derudover af 3-4 medlemmer udpeget af Praktiserende Lægers Organisation og 3-4 medlemmer udpeget af Lønnings- og Takstnævnet, hvoraf 1 medlem udpeges efter indstilling fra Kommunernes Landsforening. Herudover anmodes Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Sundhedsstyrelsen om at udpege hver 1 medlem til udvalget. Udvalget sekretariatsbetjenes af Lønnings- og Takstnævnets og Praktiserende Lægers Organisations sekretariater.

Stk. 4.

Udvalget kan beslutte i fornøden udstrækning at benytte faglige sekretærer eller faglig ad hoc bistand til varetagelse af udvalgets opgaver. Udvalget kan nedsætte underudvalg med henblik på belysning af særlige faglige områder. Udvalget skal herunder tage stilling til nedsættelse af et underudvalg vedrørende kvalitetssikring af laboratorieydelser, der kan fremme kvalitetssikringen i de regionale ordninger.

Stk. 5.

Udgifter forbundet med Fagligt Udvalgs virksomhed finansieres af de midler, regionerne årligt indbetaler vedrørende Fagligt Udvalgs virksomhed, jf. § 108B.

ANMÆRKNING TIL § 12E, STK. 3:

Indtil udgangen af 2006 følges de hidtil gældende regler om Fagligt Udvalgs sammensætning.

Parterne er enige om, at formanden for Fagligt Udvalg skal have et godt fagligt kendskab til almen praksis, ligesom det vil være en fordel, at vedkommende har indsigt i forsknings- og kvalitetsudviklingsmæssige forhold.

§ 12F. FAGLIGT UDVALGS OPGAVER

Stk. 1.

Udvalget kan på eget initiativ eller efter anmodning fra parterne analysere og belyse faglige områder, som fordrer en gennemgang af mulighederne for at levere kvalitetsmæssige ydelser i almen praksis efter landsoverenskomsten eller andre aftaler mellem parterne. I grundlaget for udvalgets arbejde indgår 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. 2.

Udvalget udarbejder en beskrivelse af landsoverenskomstens ydelser, herunder laboratorieundersøgelser og tillægsydelsers indhold og anvendelsesområde, med henblik på at parterne kan udgive en vejledning til alment praktiserende læger og regionerne. Udvalget skal løbende revidere vejledningen, når der som følge af udvalgets øvrige virksomhed eller efter anmodning fra parterne er behov herfor.

Stk. 3.

I forbindelse med analyse og belysning af et fagligt område kan udvalget stille forslag om optagelse af nye ydelser, bortfald af eller ændring af eksisterende ydelser. I analysen skal inddrages:

- a) behov for ydelser,
- b) indikation, teknik, sikkerhed, kvalitetssikring, omkostninger samt organisatoriske aspekter,
- c) behov for efteruddannelse eller andre initiativer med henblik på kvalitetssikring af det faglige område,
- d) samordningsmæssige aspekter.

Stk. 4.

Udvalgets forslag om nye/ændrede ydelser skal være ledsaget af begrundede forslag til honorarer.

Stk. 5.

Fagligt Udvalg udarbejder en gang årligt inden 01-01 en beretning for sin virksomhed. Beretningen tilsendes parterne. Fagligt Udvalg kan i den forbindelse fremkomme med indstilling om ændringer i landsoverenskomstens § 75 (laboratorieundersøgelser), § 70 (tillægsydelser) og de dertil knyttede rammeaftaler om

iværksættelse af henholdsvis laboratorieundersøgelser og tillægsydelser efter beslutning i regionerne eller om andre ydelser.

Stk. 6.

Fagligt Udvalg kan fremkomme med indstilling til parterne uafhængig af den årlige beretning.

§ 12G. IMPLEMENTERING AF FAGLIGT UDVALGS FORSLAG

Stk. 1.

På baggrund af indstilling fra Fagligt Udvalg, jf. § 12F, stk. 5 og 6, aftaler parterne de overenskomstmæssige konsekvenser heraf, herunder honorarer for nye ydelser.

Stk. 2.

Forslag om udvidelser i ydelsessortimentet i rammeaftalerne vedrørende henholdsvis laboratorieundersøgelser og tillægsydelser implementeres umiddelbart i disse, når parterne har aftalt honorarerne for de pågældende ydelser. Forslag om bortfald af ydelser i rammeaftalerne implementeres umiddelbart.

Stk. 3.

På baggrund af forslag om indgåelse af (ramme)aftale om indførelse af andre ydelsestyper end laboratorieundersøgelser og tillægsydelser indgår parterne de fornødne aftaler.

Stk. 4.

Forslag om ændringer i landsoverenskomstens generelle ydelsessortiment implementeres i det omfang, der er enighed herom mellem parterne. Såfremt parterne ikke finder, at en ydelse bør indarbejdes i landsoverenskomsten, indføres den i stedet i den relevante rammeaftale. Forslag om bortfald af ydelser i landsoverenskomstens generelle ydelsessortiment implementeres umiddelbart, medmindre der er en sammenhæng med forslag om nye ydelser.

ANMÆRKNING TIL § 12G:

Parterne er enige om, at hensigten med den aftalte metode til implementering af nye ydelser i landsoverenskomsten/rammeaftalerne/andre aftaler er at sikre, at den faglige udvikling af almen lægeområdet sker løbende og ikke forsinkes af, at spørgsmålet om ændringer i det faglige indhold inddrages i de generelle overenskomstforhandlinger.

KAPITEL III. PRAKSISPLANLÆGNING OG -REGULERING

§ 13. PRAKSISPLANLÆGNING

Stk. 1.

Samarbejdsudvalget udarbejder en plan for almen praksis.

Stk. 2.

Praksisplanen udarbejdes med henblik på at sikre en rimelig lægedækning, herunder at praksissektoren udvikles under hensyntagen til andre sociale og sundhedsmæssige foranstaltninger, herunder sygehusvæsenet. I planen skal der forholdes til spørgsmålet om rekruttering og fastholdelse af alment praktiserende læger jf. § 13A. I planen indgår ligeledes en stillingtagen til de forskellige praksisformer, jf. § 36, herunder om visse praksisformer ønskes fremmet og om der med henblik herpå iværksættes særlige tiltag. Endvidere udarbejdes planen med henblik på at sikre en rimelig fordeling af arbejdsbyrden samt et rimeligt driftsunderlag for de enkelte læger.

Stk. 3.

Praksisplanen udarbejdes for en nærmere fastsat årrække, og udarbejdes som minimum hvert 4. år, første gang for regionen inden den 01-04-2008.

Stk. 4.

Praksisplanen skal revideres i perioden, når der sker ændringer i dens forudsætninger.

Stk. 5.

Inden praksisplanen udarbejdes/revideres skal der ske en høring af regionens læger vedrørende deres ønsker til og behov i planlægningsperioden. Det kan f.eks. dreje sig om ønsker/behov vedrørende udvidelse af antallet af læger, sammenlægning af praksis, flytning af praksis m.v. Endvidere kan lægerne give oplysninger om anden lægelig beskæftigelse til vurdering af arbejdsmængden i almen praksis.

Stk. 6.

Praksisplanen fremsendes til Landssamarbejdsudvalget, som har adgang til at anmode om yderligere oplysninger.

§ 13A. REKRUTTERING OG FASTHOLDELSE

Stk. 1.

Den del af praksisplanen, der vedrører rekruttering og fastholdelse, tages op til fornyet vurdering i samarbejdsudvalget en gang om året i forbindelse med drøftelse af lægedækningen, jf. § 15.

Stk. 2.

Praksisplanen skal sikre, at samarbejdsudvalget i god tid identificerer de områder, hvor der kan forventes at opstå mangler i lægedækningen. Planen skal indeholde redskaber til at modvirke mangler i lægedækningen ved at motivere ældre læger til at udskyde deres pensioneringstidspunkt og motivere kommende samt færdiguddannede speciallæger til hurtigt at nedsætte sig som praktiserende læger. Endvidere skal planen indeholde redskaber for, hvordan samarbejdsudvalget skal håndtere situationer, hvor en læge ophører uden at praksis overtages af en anden læge.

Stk. 3.

Til brug for planlægningen kortlægger samarbejdsudvalget aldersprofilen blandt regionens praktiserende læger og den forventede afgang og/eller pensionering de kommende 5 år.

Stk. 4.

I planen skal indgå om regionen og/eller en kommune kan stille velegnede lejemål til rådighed for grupper af praktiserende læge med henblik på at understøtte en udvikling mod flerlægepraksis og om der er behov for særlige incitamenter for at motivere læger til at etablere sig i flerlægepraksis. Planen skal endvidere afdekke, om der i kommunernes lokalplaner og byplanvedtægter er forhold, der er til hinder for, at alment praktiserende læger kan etablere sig i større praksisfællesskaber i lejemål i gadeplan og i boligområder.

Stk. 5.

Samarbejdsudvalget orienterer Landssamarbejdsudvalget om resultatet af den årlige vurdering, jf. stk. 1.

ANMÆRKNING TIL § 13A:

Parterne har udarbejdet en vejledning til samarbejdsudvalgene til brug for rekruttering og fastholdelse af praktiserende læger, herunder løsninger ved praksislukning. Vejledningen kan indgå i samarbejdsudvalgenes overvejelser i forbindelse med udarbejdelsen af den del af praksisplanen, der vedrører rekruttering og fastholdelse. Ud over konkrete forslag til at fastholde og rekruttere praktiserende læger, indeholder vejledningen forslag til, hvordan praktiserende læger kan kompenseres for at påtage sig flere patienter i forbindelse med at en praktiserende læge ophører, jf. § 35A, stk. 2. Vejledningen indeholder endvidere en omtale af de forskellige konsulentformer, som regionen kan benytte sig af for at sikre fokus på behovene, dels hos de ældre læger (fastholdelseskonsulent), dels hos læger under uddannelse til almen praksis (DYNAMU) og dels hos færdiguddannede speciallæger i almen medicin, som endnu ikke har nedsat sig i praksis.

§ 14. PLANLÆGNINGSFORUDSÆTNINGER

Stk. 1.

Udarbejdelsen af praksisplanen baseres på de planlægningsforudsætninger, der i øvrigt anvendes ved regionens sundhedsvæsen, herunder arbejdsopgaver, arbejdsdeling og serviceniveau.

Stk. 2.

Praksisplanen udarbejdes herefter på grundlag af faktiske oplysninger bl.a. vedrørende antallet af indbyggere, befolkningens alders-, køns- og erhvervsfordeling, geografisk udstrækning, trafikale forhold, erhvervs- og handelsmønstre og placering af sociale og sundhedsmæssige foranstaltninger.

Stk. 3.

Praksisplanen udarbejdes endvidere på grundlag af generelle prognoser for befolkningsudviklingen m.v. inden for regionen, og under hensyntagen til øvrig planlægning i regionen.

Stk. 4.

Endvidere indgår arbejdsmængden i almen praksis i grundlaget for praksisplanen, herunder en fremskrivning af det forventede antal læger, der udmøntes som følge af udviklingen i antallet af gruppe 1-sikrede tilmeldt lægerne i regionen.

Stk. 5.

Et element i planen er, at de sikrede så vidt muligt skal kunne vælge mellem mindst 2 praksis inden for en afstand af 15 km ad nærmeste offentlige vej fra sikredes bopæl.

§ 14A. SAMORDNING MED ØVRIGT SUNDHEDSPERSONALES VIRKSOMHED

Stk. 1.

Det drøftes mindst én gang årligt i samarbejdsudvalget, hvordan almen praksis mest hensigtsmæssigt samordnes med øvrigt sundhedspersonales virksomhed, herunder sygehussektoren og speciallægepraksis, med henblik på en effektivisering af samspillet mellem de alment praktiserende læger og øvrige dele af sundhedsvæsenet.

Stk. 2.

I drøftelserne kan eksempelvis indgå anvendelsen af alment praktiserende læger som koordinatore mellem almen praksis og sygehussektoren, arbejdsopgaverne i almen praksis sammenholdt med det øvrige sundhedsvæsen, behovet for eventuel etablering af et særligt præhospitalt beredskab i forbindelse med første behandling ved ulykker m.v.

Stk. 3.

Aftaler om konkrete foranstaltninger vedrørende samordningen med det øvrige sundhedsvæsen vil - afhængig af arten - kunne træffes i samarbejdsudvalget (§ 2-

aftaler), eller i henhold til tillægsoverenskomst vedrørende forebyggende og/eller sundhedspædagogiske ydelser samt forsøgsaftaler efter beslutning i regionerne.

§ 15. ÅRLIG FASTSÆTTELSE AF LÆGEDÆKNINGEN

Stk. 1.

Regionen træffer efter drøftelse i samarbejdsudvalget en gang årligt inden udgangen af december beslutning om antallet af læger i regionen. Beslutningen træffes på baggrund af praksisplanen, udviklingen i antallet af gruppe 1-sikrede tilmeldt lægerne i regionen, udviklingen i antallet af gruppe 2-sikrede i regionen, en vurdering af udviklingen i arbejdsmængden i almen praksis og andre relevante forhold, der influerer på behovet for alment praktiserende læger.

Stk. 2.

Samarbejdsudvalget vurderer udviklingen i arbejdsmængden. Udviklingen i arbejdsmængden i almen praksis vurderes blandt andet ved en opgørelse af ydelsesudgifter efter kapitel XII, udgifter i henhold til Profylakseaftalen, udgifter i henhold til tillægsoverenskomst vedrørende forebyggende og/eller sundhedspædagogiske ydelser m.v. samt udgifter til ydelser i henhold til § 2-aftaler og rammeaftaler. Ved vurderingen af udviklingen i arbejdsmængden bør endvidere indgå de praktiserende lægers beskæftigelse ved andet lægeligt arbejde for det offentlige. Endvidere bør forhold vedrørende f.eks. anvendelse af læger under uddannelse, vikarer og klinikpersonale, samt rationalisering i praksisdriften indgå i vurderingen af arbejdsmængden. Overenskomstens parter udarbejder en vejledning til brug for opgørelse og vurdering af arbejdsmængden.

Stk. 3.

Ved den årlige beslutning om antallet af praktiserende læger i regionen tages udgangspunkt i antallet af læger i henhold til lægedækningsberegningen gældende pr. 01-04-2006. Det opgøres hvert år pr. 01-10, hvilken ændring der har været i antallet af gruppe 1-sikrede tilmeldt lægerne i regionen i forhold til den 01-10-2005. Endvidere opgøres hvert år pr. 01-10, hvor mange nye læger, der er givet adgang til at nedsætte i regionen efter den 01-04-2006. Der skal som minimum gives adgang til nynedsættelse af et antal læger, svarende til stigningen i forhold til den 01-10-2005 i antallet af gruppe 1-sikrede tilmeldt lægerne i regionen divideret med 1600, dog således at det antal nye læger, der er givet adgang til at nedsætte efter den 01-04-2006, modregnes. Der stilles et eksempel til belysning af metoden til rådighed for samarbejdsudvalgene. Ved fastsættelsen af minimumsantallet af nynedsættelser rundes altid op til nærmeste hele antal læger. Hvis det beregnede minimumsantal er negativt sker der ingen ændringer i antallet af læger, med mindre samarbejdsudvalget træffer afgørelse herom i henhold til § 15A.

Stk. 4.

Det i stk. 3 nævnte antal sikrede er fastsat under hensyn til, at der i regionen som udgangspunkt skal være en læge for hver 1600 gruppe 1-sikrede, såfremt 100% af de sikrede er gruppe 1-sikrede. Såfremt det procentvise antal sikrede i regio-

nen afviger herfra, ændres de 1600 forholdsmæssigt. De øvrige i kapitel III anførte antal sikrede ændres tilsvarende, såfremt det procentvise antal gruppe 1-sikrede i regionen afviger fra 100%.

Stk. 5.
Udgået.

Stk. 6.
Når regionen i henhold til stk. 1 har truffet afgørelse om antallet af læger i regionen, træffer samarbejdsudvalget afgørelse om, hvor nedsættelserne skal ske i henhold til praksisplanen. Beslutningen har virkning fra 01-04 det efterfølgende år.

Stk. 7.
Når samarbejdsudvalget i henhold til stk. 6 har truffet afgørelse om, hvor der er mulighed for nedsættelse, orienteres lægerne i de pågældende områder herom. Er der praksis i området der ønsker en udvidelse, træffer samarbejdsudvalget på baggrund af praksisplanen afgørelse om tilladelse til udvidelse af praksis.

Såfremt der ikke er praksis, der ønsker udvidelse, annoncerer samarbejdsudvalget, hvor i regionen der er åbent for nedsættelse i 0-praksis, og hvor mange læger der kan nedsætte sig.

Efter annoncering bestemmer samarbejdsudvalget, hvilken læge (læger) der kan få adgang til nedsættelse. Finder samarbejdsudvalget det nødvendigt, kan annoncering gentages 1 gang, forinden tilladelse til nedsættelse meddeles.

Stk. 8.
Samarbejdsudvalget indsender resultatet af de årlige opgørelser, vurderinger og beslutninger vedrørende antallet af læger i regionen til Landssamarbejdsudvalget til orientering inden den 01-04.

Stk. 9.
Nedsættelse i praksis sker i henhold til § 26.

ANMÆRKNING TIL § 15, STK. 3:

Antal læger i regionen pr. 01-04-2006 opgøres som antal læger i henhold til lægedækningsberegningen, gældende for de amter og kommuner der indgår i de nye regioner. Antal læger i regionerne pr. 01-04-2006:

Region Hovedstaden: 1060

Region Sjælland: 517

Region Syddanmark: 768

Region Midtjylland: 799

Region Nordjylland: 388

Stk. 1.

Det kan indgå i praksisplanlægningen, at der skal flyttes eller nedlægges praksis. Endvidere kan der efter konkret vurdering træffes beslutning herom i planperioden. Dette kan ske ved naturlig afgang eller efter nærmere aftale mellem samarbejdsudvalget og lægen.

Stk. 2.

Ved flytning eller nedlæggelse af praksis, der er besluttet af samarbejdsudvalget, yder regionen lægen en erstatning for det tab, der påføres ved flytningen eller ved, at praksis ikke kan videreføres eller overdrages efter overenskomstens regler.

Stk. 3.

Læger, der ønsker at flytte praksis, skal indhente samarbejdsudvalgets godkendelse. Godkendelse skal meddeles, medmindre flytningen ændrer forudsætningerne for praksisplanen eller er i strid med praksisplanen. Godkendelse af flytning skal ligeledes meddeles, hvis flytningen er begrundet i manglende arbejdsmængde eller driftsunderlag for praksis.

§ 16. DELEPRAKSIS OG ANTAGELSE AF AMANUENSIS

Stk. 1.

Ved delepraksis forstås, at der i en praksis optages en ekstra læge, der ikke tæller med ved den årlige opgørelse af læger i regionen, jf. § 15, eller ved vurdering af praksisstørrelse, jf. §§ 17 og 18. Overenskomstens øvrige bestemmelser er gældende for den ekstra kompagnon.

Stk. 2.

Delepraksis kan etableres, hvis samarbejdsudvalget giver sin tilladelse hertil. Delepraksistilladelse kan gives til eksisterende praksis eller til læger, som ønsker at erhverve en praksis med henblik på at drive denne som delepraksis, herunder i forbindelse med nedsættelse i 0-praksis. Såfremt en læge udtræder af delepraksis, skal praksis, hvis delepraksis fortsat ønskes, søge samarbejdsudvalgets tilladelse hertil. Samarbejdsudvalget skal meddele tilladelsen, hvor de forhold, som begrundede den oprindelige tilladelse fortsat er til stede.

Stk. 3.

Adgangen til delepraksis er en overenskomstmæssig mulighed for, at læger kan tilrettelægge deres arbejdssituation mere fleksibelt. De omstændigheder, der kan begrunde tilladelse til delepraksis, kan være familiemæssige årsager, ønsket om at stille sin arbejdskraft til rådighed for andre funktioner, lægens alder eller sva- gelighed, rekrutterings- eller fastholdelseshensyn eller andre årsager, der er af betydning for den enkelte læge. Der er ikke krav om, at der skal anføres en flerhed af årsager for at ansøgning om delepraksis kan imødekommes.

Stk. 4.

Det er en forudsætning for delepraksis, at praksis lykkes for patienttilgang. Lukkegrænsen er det højeste patientantal af følgende:

a) Enten 1600 gruppe 1-sikrede gange antallet af læger i praksis, der indgår i lægedækningsberegningen. Hertil lægges 91 gruppe 1-sikrede.

b) Eller det antal gruppe 1-sikrede, der faktisk er tilmeldt praksis på tidspunktet for ordningens etablering. Hertil lægges 91 gruppe 1-sikrede.

Åbning for patienttilgang sker, når patientantallet igen er reduceret med 91. Herefter kan tilmeldes 91 gruppe 1-sikrede inden praksis påny lykkes for patienttilgang. Samarbejdsudvalget kan dog imødekomme en ansøgning om at lukkegrænsen fastsættes til et andet antal patienter, hvis det findes hensigtsmæssigt efter en samlet vurdering af lægedækningen i området og andre relevante hensyn.

Stk. 5.

Samarbejdsudvalget kan efter indstilling fra praksisudvalget give en praksis tilladelse til at ansætte en amanuensis, hvis den pågældende praksis ved siden af arbejdet i almen praksis stiller arbejdskraft til rådighed for de almenmedicinske institutter ved universiteterne, for funktionen som bedriftslæge, kommunallæge, praksiskoordinator, praksiskonsulent, kvalitetssikringskoordinator, efteruddannelsesvejleder eller tilsvarende, eller for fagpolitisk arbejde. For undervisere i tidsubegrænsede stillinger ved institutterne (professorer, lektorer) gælder, at de efter 5 år med amanuensisforhold har ret til at etablere delepraksis. Såfremt en læge udtræder af delepraksis, skal praksis, hvis delepraksis fortsat ønskes, søge samarbejdsudvalgets tilladelse hertil.

Stk. 6.

En praksis kan ikke uden samarbejdsudvalgets godkendelse ansætte en amanuensis, jf. dog stk. 7. Såfremt ansættelsen af amanuensis sker med henblik på indgåelse af kompagniskab, skal pågældende amanuensis medregnes som læge ved beregningen af lægedækningen i regionen efter § 15, jf. dog stk. 1 vedrørende delepraksis.

Stk. 7.

En praksis har ret til at ansætte amanuensis med henblik på kompagniskab i en periode på ét år, hvis der på grund af en læges praksisophør eller på grund af samarbejdsudvalgets tilladelse til udvidelse af praksis, er en ledig plads i praksis i forhold til, hvad praksisplanlægningen giver adgang til. Endvidere kan der ansættes amanuensis, når samarbejdsudvalget har givet tilladelse til delepraksis, jf. stk. 2. Senest efter et år med amanuensisforhold skal den ledige praksisdel eller delepraksisdel overdrages til en læge, der tilmeldes denne overenskomst i overensstemmelse med reglerne i § 26. Fristen på et år gælder tilsvarende i situationer, hvor en praksisdel har været ledig uden at amanuensis har været ansat.

Stk. 8.

Samarbejdsudvalget kan give en praksis tilladelse til, at der i de i stk. 7 nævnte situationer kan ansættes amanuensis med henblik på kompagniskab i en periode på op til 5 år. Senest efter 5 år med amanuensisforhold skal den ledige praksisdel

eller delepraksisdel overdrages til en læge, der tilmeldes denne overenskomst i overensstemmelse med reglerne i § 26. Samarbejdsudvalgets tilladelser efter denne bestemmelse indberettes til Landssamarbejdsudvalget til orientering.

ANMÆRKNING TIL § 16, STK. 1 og 2:

Aftale om hvordan, der skal forholdes ved opløsning af praksis.

De læger, der etablerer delepraksis, skal aftale, hvordan der skal forholdes ved opløsning af praksis. Denne aftale tilsendes Praktiserende Lægers Organisation 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 to-mandspraksis, der drives som delepraksis af tre læger, kan tilsvarende ikke opdeles i tre selvstændige praksis – her er der mulighed for opdeling i to enkeltmandspraksis, 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 så mange selvstændige praksis, som indgår i lægedækningsberegningen, jf. § 15. Den i første punktum nævnte aftale skal anvise en metode til at løse problemstillingen om, hvordan praksis videreføres, hvis lægerne i en delepraksis ikke længere ønsker at fortsætte samarbejdet.

Tilladelser givet før 01-10-1999

De tilladelser, der er givet til at optage en aflastningskompagnon eller etablere delepraksis før 01-10-1999, er givet under forudsætning af, at den læge, der aflastes, ikke kan erstattes af yderligere en læge ved sin afgang fra praksis, som skal finde sted senest 10 år efter samarbejdsudvalgets tilladelse. Såfremt en sådan praksis i stedet ønsker at fortsætte delepraksis under de nugældende regler, har praksis, uanset hvor længe den tidligere delepraksis har eksisteret, adgang til at søge samarbejdsudvalgets tilladelse hertil. Samarbejdsudvalget meddeler tilladelsen, hvor de forhold, som begrundede den oprindelige tilladelse, stadig er gældende. Parterne er enige om, at samarbejdsudvalget, hvor der i øvrigt findes en rimelig begrundelse, bør give tilladelse til delepraksis efter de nugældende regler.

ANMÆRKNING TIL § 16, STK. 7 OG 8:

De anførte frister på henholdsvis 1 og 5 år regnes fra den dato, pr. hvilken en læge har meddelt praksisophør til regionen, eller den dato pr. hvilken samarbejdsudvalget har givet tilladelse til udvidelse af praksis eller tilladelse til delepraksis.

§ 17. PRAKSISSTØRRELSE

Stk. 1.

En praksis, der har mere end 1600 gruppe 1-sikrede tilmeldt pr. læge, har ret til efter skriftlig meddelelse til regionen at få lukket for tilgangen af gruppe 1-sikrede.

Såfremt de sikredes mulighed for et frit lægevalg må antages at ville blive urimeligt forringet ved lukningen, kan regionen gøre spørgsmålet om tilladelse til lukning for tilgang af gruppe 1-sikrede til genstand for forhandling i samarbejdsudvalget.

Stk. 2.

Praksis, som har færre end 1600 tilmeldte gruppe 1-sikrede pr. læge, men hvis praksisarbejde som følge af mængden af gruppe 2-sikrede, beskæftigelse som bedriftslæge, kommunallæge eller tilsvarende af samarbejdsudvalget bedømmes til at svare til en normal praksis med mere end 1600 tilmeldte gruppe 1-sikrede pr. læge, ligestilles med de i stk. 1 nævnte praksis.

Stk. 3.

Praksis, der af særlige grunde ønsker et lavere antal tilmeldte gruppe 1-sikrede pr. læge 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, bør så vidt muligt imødekommes. Hvis lukning må anses for at forringe patienternes valgmulighed urimeligt, kan samarbejdsudvalget give tilladelse til selektiv lukning.

Stk. 4.

Regionen og praksisudvalget kan, hvor der foreligger særlige grunde, tage spørgsmålet om lukning for tilgang til praksis op til afgørelse i samarbejdsudvalget.

Stk. 5.

Praksis, der har lukket for tilgang af gruppe 1-sikrede, får automatisk på ny åbnet for tilgang, når antal tilmeldte gruppe 1-sikrede falder til under 1475 eller det andet antal, der i de i stk. 1-3 nævnte tilfælde måtte være fastsat. En praksis, der har lukket for tilgang efter stk. 1-3, kan på ny få åbnet for tilgang med virkning fra den 1. i den efterfølgende måned, såfremt dette er meddelt regionen skriftligt senest den 15. i en måned. I forbindelse med åbning for tilgang kan det tilkendes, hvor mange nye gruppe 1-sikrede praksis ønsker tilmeldt, før praksis igen lukkes for tilgang. Der skal sædvanligvis som minimum åbnes for tilmelding af 100 nye gruppe 1-sikrede.

ANMÆRKNING TIL § 17, STK. 3:

Ved urimelig forringelse forstås bl.a., at sikrede, der flytter til et område, 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 sikrede fra et nærmere defineret geografisk område, eller sikrede der flytter til området, men at praksis i øvrigt er lukket for patienttilgang.

§ 18. AUTOMATISK LUKNING FOR TILMELDING TIL PRAKSIS

Stk. 1.

En praksis, der har mere end 2542 gruppe 1-sikrede tilmeldt pr. læge, får lukket for tilgang af sikrede, medmindre de sikredes mulighed for et frit lægevalg vil blive urimeligt forringet.

Stk. 2.

Praksis, der har lukket for tilgang i medfør af stk. 1, får automatisk på ny åbnet for tilgang, når antallet af tilmeldte sikrede falder til under 2411.

§§ 19-24. UDGÅET

KAPITEL IV. LÆGERS ADGANG TIL PRAKSIS EFTER OVERENSKOMSTEN

§ 25. AUTORISATIONSKRAV FOR ALMENT PRAKTISERENDE LÆGER

Ret til at påtage sig praksis i henhold til denne overenskomst har læger, der har Sundhedsstyrelsens tilladelse til at betegne sig som speciallæge i almen medicin i henhold til Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 560 af 10-07-2003.

ANMÆRKNING I TIL § 25:

Læger, der allerede praktiserer efter overenskomsten, uden at være speciallæger i almen medicin, er berettiget til at fortsætte hermed.

ANMÆRKNING II TIL § 25:

I overensstemmelse med hidtidig praksis skal autorisationskravene som hovedregel også være opfyldt for vikarer i almen praksis. Lægen skal så vidt muligt sørge for, at en antaget vikar opfylder betingelserne for at betegne sig som alment praktiserende læge. Vikarer ansat udover 2 måneders varighed skal altid opfylde disse betingelser, medmindre vikaren er eller har været amanuensis i pågældende praksis.

§ 26. NEDSÆTTELSE I ALMEN PRAKSIS

Stk. 1.

En læge, som opfylder de i § 25 nævnte krav, kan gennem Praktiserende Lægers Organisation over for regionen på en af overenskomstparterne udarbejdet blanket meddele, at vedkommende ønsker at påtage sig almen praksis på de i nærværende overenskomst fastsatte vilkår. Lægen skal overfor Praktiserende Lægers Organisation dokumentere, at pågældende enten har overtaget en eksisterende prak-

sis/praksisdel eller af samarbejdsudvalget har fået tildelt ret til nedsættelse. Sammen med blanketten skal der indsendes dokumentation for, at lægen opfylder betingelserne i § 25.

Stk. 2.

Læger, der ønsker at tilmelde sig overenskomsten, kan forinden søge vejledning hos praksisudvalget om nedsættelsesmulighederne i regionen.

Stk. 3.

Læger, der tilmelder sig overenskomsten, har pligt til at holde sig orienteret om overenskomstens bestemmelser og administrationen heraf. Der tilbydes efter behov kurser og lignende vedrørende overenskomstens bestemmelser og administrationen heraf. Nye læger har pligt til at deltage i et kursus. Samarbejdsudvalget aftaler, hvorledes tilbuddet skal sikres. Kurserne er omfattet af Efteruddannelsesfondens bestemmelser om a priori godkendelse.

Stk. 4.

Læger, der har ansættelse ved sygehus, klinikker, laboratorier eller lignende, kan ikke drive almen praksis efter denne overenskomst, medmindre der foreligger dispensation fra samarbejdsudvalget.

Stk. 5.

En læge, der ønsker at overdrage sin praksis/praksisdel har ret til at overdrage praksis/praksisdelen til en af ham valgt læge, der opfylder de i § 25 anførte autorisationskrav. Det samme gælder, hvis lægen har fået tilladelse til udvidelse eller delepraksis.

Stk. 6.

Regionen skal afvise nedsættelser, der er i strid med praksisplanlægningen.

Stk. 7.

Regionen skal umiddelbart bekræfte nedsættelser, der opfylder betingelserne i stk. 1-5. Nedsættelsen får virkning i forhold til regionen, når denne skriftligt over for lægen og Praktiserende Lægers Organisation har godkendt den. Nedsættelsen skal så vidt muligt ske med virkning fra den 1. i et kvartal.

Stk. 8.

Læger, der indgår kompagniskab, i samarbejdspraksis, i netværkspraksis eller antager amanuensis, skal gennem Praktiserende Lægers Organisation meddele dette til den region, hvor konsultationsstedet er beliggende. Lægerne skal endvidere gennem Praktiserende Lægers Organisation give meddelelse om ændringer i kompagniskabets sammensætning samt når en amanuensis fratræder.

Stk. 9.

Når en læge dør, kan dennes praksis/praksisdel/anparter ejes af boet i maksimalt et år fra dødsfaldet under forudsætning af, at boet sørger for en stedfortræder for afdøde. Samarbejdsudvalget kan efter ansøgning tillade, at boets ejerperiode for-

længes, hvis der foreligger en rimelig begrundelse for, at et-årsfristen for afståelse af den ledige praksis/praksisdel/anparter ikke kan overholdes.

Stk. 10.

Hvis en læge har fraskrevet sig sin autorisation eller er blevet frataget sin autorisation ved en endelig domstolsafgørelse eller ved dom for strafbart forhold er blevet frakendt retten til at udøve virksomhed som læge kan denne eje sin praksis/praksisdel/anparter i maksimalt et år under forudsætning af, at den pågældende sørger for en stedfortræder. Et-års-fristen gælder fra tidspunktet for autorisationsfraskrivelsen, henholdsvis tidspunktet for domsafsigelsen. Samarbejdsudvalget kan efter ansøgning tillade, at ejerperioden forlænges, hvis der foreligger en rimelig begrundelse for, at et-års-fristen for afståelse af den ledige praksis/praksisdel/anparter ikke kan overholdes.

Stk. 11.

Læger, der udfører lægearbejde efter denne overenskomst, har pligt til at tegne en lægeansvarsforsikring. Læger, der deltager i en vagtordning med et vagtydernummer, jf. § 50A, stk. 7, skal tilsvarende have tegnet en lægeansvarsforsikring.

ANMÆRKNING TIL § 26, STK. 1:

Indtil udgangen af 2006 kan kun læger, der er medlem af Praktiserende Lægers Organisation, praktisere efter denne overenskomst.

KAPITEL V. BESTEMMELSER VEDRØRENDE SIKREDE

§ 27. VALG AF LÆGE

Stk. 1.

Gruppe 1-sikrede, der er fyldt 15 år, vælger læge (praksis), der har åbent for tilgang. Børn (plejebørn), der ikke er fyldt 15 år, følger forældrene (plejeforældrene). Har forældrene valgt hver sin læge, følger børnene moderen, medmindre andet aftales. En læge, hvis praksis er tilrettelagt som enkeltmandspraksis, jf. § 36, kan ikke vælge sig selv som læge.

Stk. 2.

Såfremt afstanden mellem sikredes bopæl og praksis er større end 15 km ad nærmeste offentlige vej, kan lægen afvise at få tilmeldt den sikrede.

Stk. 3

Den sikrede har ret til at vælge mellem to praksis. I det omfang, der ikke inden for en afstand af 15 km fra den sikredes bopæl er mindst to åbne praksis at vælge imellem, er samarbejdsudvalget snarest muligt efter anmodning herom forpligtet til at anvise den sikrede lægevalgsmuligheder. Dette kan også omfatte praksis, der er lukket for tilgang eller praksis som ligger mere end 15 km fra sikredes bopæl. Samarbejdsudvalget skal om nødvendigt anvende særlige incitamenter overfor de pågældende praksis for at skaffe den fornødne valgmulighed for de sikrede.

Stk. 4

Bevægelseshæmmede, som i forvejen oppebærer en kommunal bevilling til et ganghjälpemiddel, har ret til at vælge mellem mindst to praksis, der har en beliggenhed og indretning, der gør klinikken anvendelig for den pågældende. I det omfang, der ikke inden for en afstand af 15 km fra den sikredes bopæl er mindst to åbne praksis med en sådan indretning at vælge imellem, er samarbejdsudvalget snarest muligt efter anmodning herom forpligtet til at anvise den sikrede lægevalgsmuligheder. Dette kan også omfatte praksis, der er lukket for tilgang eller praksis, der ligger mere end 15 km fra sikredes bopæl. Samarbejdsudvalget skal om nødvendigt anvende særlige incitamenter overfor de pågældende praksis for at skaffe den fornødne valgmulighed for de sikrede.

Stk. 5.

Uanset lukning for tilgang til praksis kan følgende gruppe 1-sikrede tilmeldes lægen, medmindre denne beder sig fritaget herfor:

- a) børn af sikrede tilmeldt lægen, når børnene fylder 15 år og børnene hidtil har været tilmeldt den anden forælders læge,
- b) ægtefæller og samlevende til sikrede tilmeldt lægen,
- c) sikrede, der overgår fra gruppe 2- eller hvilende sygesikringsstatus, når lægen er sikredes hidtidige læge,

- d) sikrede, der efter en midlertidig flytning (højskoleophold, værnepligt m.v.) flytter tilbage, når lægen er sikredes hidtidige læge på stedet,
- e) sikrede, der ved flytning ikke har mulighed for at vælge mellem mindst 2 praksis inden for en afstand af 15 km ad nærmeste offentlige vej fra deres bopæl.

Stk. 6.

I kompagniskabspraksis eller anpartsselskab kan de sikrede kun vælge kompagniskabet eller anpartsselskabet som sådan, men lægerne i kompagniskabet eller anpartsselskabet har pligt til at give de sikrede oplysning om, hvilken eller hvilke læge(r), der kan træffes den pågældende dag.

ANMÆRKNING TIL § 27, STK. 2 OG § 28, STK. 1:

For Københavns, Frederiksberg, Tårnby og Dragør kommuner kan lægen afvise at få tilmeldt den sikrede, såfremt afstanden mellem sikredes bopæl og praksis er større end 5 km ad nærmeste offentlige vej.

ANMÆRKNING TIL § 27, STK. 3:

Denne bestemmelse kan ikke anvendes i situationer, hvor årsagen til lægeskift er, at den sikredes tidligere læge har lukket sin praksis uden at denne er blevet overdraget til en ny læge. I sådanne situationer følges den fremgangsmåde, som er beskrevet i § 35A, stk. 2 og 3.

PROTOKOLLAT AF 12-10-2002 TIL § 27, STK. 2:

Samarbejdsudvalget kan aftale supplerende ordninger, der yderligere fremmer borgerens frie valg af læge. Eksempelvis kan der aftales en afstand på mere end 15 km vedrørende lægens ret til at afvise at få tilmeldt den sikrede. En anden mulighed er, at det aftales, at læger, der har praksis tættere på patienten, skal tage sygebesøg.

PROTOKOLLAT AF 24-01-2006 TIL § 27:

Parterne er enige om, at effekten af de pr. den 01-04-2003 ændrede regler vedrørende lægevalg skal evalueres med henblik på, at der kan tages stilling til, om der skal aftales yderligere frihedsgrader vedrørende lægevalg. Evalueringen skal foreligge 01-01-2007 med henblik på parternes drøftelse af eventuelle overenskomstændringer i løbet af overenskomstperioden.

§ 28. BESTEMMELSER I FORBINDELSE MED VALG AF LÆGE

Stk. 1.

Enhver nytilkommet sikret skal hos kommunen have oplyst, at det er muligt at vælge en læge, der har åbent for tilgang. Endvidere skal den sikrede have oplyst, at lægen kan afvise at få tilmeldt den sikrede, såfremt afstanden fra praksis til den sikredes bopæl er større end 15 km. Den sikrede skal hos kommunen have oplyst,

hvilke læger der findes inden for en afstand af 15 km, og spørges om hvilken læge den pågældende ønsker at vælge.

Stk. 2.

Af kommunens lægevalgsliste skal fremgå de i § 28A, stk. 2 a) – i) anførte oplysninger. Endvidere skal de sikrede oplyses om muligheden for at gøre sig bekendt med lægernes praksisdeklarationer, jf. § 28A.

Stk. 3.

Kommunen har pligt til at sørge for, at samtlige gruppe 1-sikrede i kommunen er tilmeldt en læge og indgår i afregningen med lægerne. Dette gælder dog ikke gruppe 1-sikrede med bopæl på øer, hvor der ikke er etableret lægepraksis.

Stk. 4.

Det skal i samarbejdsudvalget aftales, hvordan der skal forholdes ved placering af sikrede, der trods opfordring hertil ikke har valgt læge. Børn, der efter § 27, stk. 1, har fulgt forældrene, og som ikke vælger anden læge når de fylder 15 år, forbliver tilmeldt hos forældrenes læge.

ANMÆRKNING TIL § 28, STK. 1:

De administrative procedurer udformes sådan, at det i de situationer, hvor sikrede har udtrykt ønske om enten at blive tilmeldt en læge eller bibeholde hidtidig læge, men hvor afstanden til sikrede er større end den i § 27, stk. 2 anførte, sikres at lægen har haft adgang til at tage stilling til hvorvidt lægen vil imødekomme den sikredes ønske. Lokalt kan det i særligt tæt befolkede områder aftales, hvordan der kan gives den sikrede en overskuelig information om, hvilke læger der kan vælges imellem.

§ 28A. INFORMATION TIL BRUG FOR LÆGEVALG (PRAKSISDEKLARATIONER)

Stk. 1.

Med henblik på at tilvejebringe uddybende information til brug for patientens lægevalg, skal lægen udarbejde en praksisdeklaration som offentliggøres på Den fælles offentlige sundhedsportal, sundhed.dk.

Stk. 2.

Af praksisdeklarationen skal fremgå følgende:

- a) praksisnavn, lægens navn, køn, alder, konsultationsadresse, telefonnummer, eventuel hjemmesideadresse samt, om praksis er åben eller lukket for tilgang,
- b) antallet af og navne på læger, herunder amanuenser tilknyttet praksis (dog ikke uddannelsesamanuenser og vikarer),

- c) hvorvidt der er ansat klinikpersonale og i så fald, hvilke funktioner klinikpersonalet varetager,
- d) om praksis varetager uddannelse af læger, om der er tale om enkeltmands-, kompagniskabs-, samarbejds- eller netværkspraksis,
- e) om praksis tilbyder elektronisk kommunikation med patienterne, jf. § 39, stk. 3. I så fald skal det nærmere oplyses hvilke ydelser, der er omfattet, herunder elektronisk tidsbestilling, elektronisk receptfornyelse og e-mailkonsultation tillige med oplysning om, hvordan man som patient får adgang til at anvende elektronisk kommunikation ved udlevering af password,
- f) hvornår lægen kan træffes med henblik på telefonkonsultation. Hvis lægen har åben konsultation, skal tidsrummet for den åbne konsultation fremgå. Hvis lægen har tidsbestilling, skal det fremgå, hvornår tidsbestilling kan finde sted,
- g) i hvilket omfang de adgangs- og indretningsmæssige forhold vedrørende konsultationslokalerne tilgodeser bevægelseshæmmede patienter,
- h) lægevagts telefonnummer og åbningstider,
- i) fra hvilket år, lægen har været nedsat som praktiserende læge, samt så fremt lægen er speciallæge i almen medicin,
- j) lægens eventuelle interesseområder angivet ved medlemskab af faglige selskaber, samt endelig
- k) oplysning om ferie og (længerevarende) fravær samt oplysninger om navn, telefonnummer og eventuel hjemmeside vedrørende stedfortrædere. Med ferie og længerevarende fravær menes fravær, som rækker ud over tre på hinanden følgende hverdage.

Stk. 3.

Herudover kan den enkelte lægepraksis efter eget ønske meddele supplerende oplysninger af saglig og relevant karakter, eksempelvis nærmere beskrivelse af geografisk beliggenhed, herunder adgang til offentlige transportmidler, og relevante links.

Stk. 4.

De i stk. 2 k) nævnte obligatoriske og stk. 3 nævnte supplerende oplysninger indtastes og vedligeholdes af den enkelte læge i en snitflade stillet til rådighed via sundhed.dk.

ANMÆRKNING I TIL § 28A:

De i § 28A, stk. 2 a) - j) nævnte oplysninger samt klinikkens CVR-nummer skal af lægen meddeles regionen på en af parterne udarbejdet blanket eller ved anvendelse af en af parterne udarbejdet snitflade for elektronisk indberetning og opdatering.

Parterne er enige om, at de oplysninger der meddeles om personalets funktioner skal være relevante, eksempelvis: Visitation i forbindelse med telefonbestilling, mindre undersøgelser (f.eks. blodtryksmåling,

vægtkontrol, blodprøvetagning og kontrol af urin, EKG,) ukompliceret diagnostik (f.eks. halspodninger, urinstix og mikroskopi) mindre behandlinger (f.eks. suturfjernelse, sårskift, kontrol af blodfortyndingsbehandling, fodvortebehandling) forebyggelse (f.eks. diætvejledning og hjælp til rygeophør).

ANMÆRKNING II TIL § 28A:

PLO har stillet en række betingelser for at acceptere den i § 28A, stk. 2 k) nævnte pligt for lægerne til at indtaste og vedligeholde oplysninger om ferie og fravær: Det er en forudsætning for 2 k), at der er udviklet mulighed for at linke direkte til vikarierende lægers praksisdeklarationer. Endvidere er det en forudsætning, at sundhed.dk etablerer sikkerhed for at der ikke gives adgang til lægens hemmelige telefonnummer uden særlig aftale. Endelig er det en forudsætning, at der gives adgang for lægen til at rette egne data via digital signatur. Disse ændringer kan tidligst gennemføres pr. 01-01-2007, hvorfor pligten til at indberette de i stk. 2 k) nævnte oplysninger tidligst indtræder pr. denne dato.

ANMÆRKNING III TIL § 28A:

Parterne er enige om, at der er behov for at udvikle og implementere en mere avanceret søgning i praksisdeklarationerne på sundhed.dk. En avanceret søgning kan gøre det muligt at søge læger frem på andre parametre end navn og adresse. Andre parametre kan f.eks. være handicapegnet adgang, mulighed for e-kommunikation (e-mailkonsultation samt elektronisk tidsbestilling og receptfornyelse) samt, hvorvidt praksis er åben eller lukket for tilgang. Parterne er endvidere enige om, at logontiden for læger bør forlænges og at det bør gøres nemmere for læger at finde ind til og redigere kontaktinformation. Endelig bør der gives mulighed for at vise billeder.

§ 29. ADGANG TIL LÆGEHJÆLP EFTER OVERENSKOMSTEN

Stk. 1.

Gruppe 1-sikrede har adgang til vederlagsfri lægehjælp efter denne overenskomst hos den læge, de er tilmeldt, eller dennes stedfortræder. Ved stedfortræder forstås en læge, der under en alment praktiserende læges fravær fra praksis, passer dennes tilmeldte patienter. Gruppe 1-sikrede på øer, hvor der ikke er etableret lægepraksis, har adgang til at søge enhver læge, der er tilmeldt overenskomsten.

Stk. 2.

Under midlertidigt ophold, hvor afstanden til lægens praksis er større end 15 km, har de sikrede adgang til at søge anden læge ved pludselig opstået eller forværret sygdom, ulykkestilfælde eller lignende, hvor lægehjælp ikke kan afvente muligheden for at søge egen læge i dennes sædvanlige træffetid.

Stk. 3.

De sikrede har adgang til lægehjælp ved anden end den valgte læge i tilfælde af pludselig opstået eller forværret sygdom, ulykkestilfælde og lignende, hvor det er en anden person end den sikrede, der skaffer adgangen til læge.

Stk. 4.

Nedenstående persongrupper har i henhold til internationale regler helt eller delvis ret til ydelser efter denne overenskomst. De pågældende kan opdeles i 3 forskellige rettighedsgrupper:

1. *rettighedsgruppe* har ret til behovsbestemt sygehjælp, hvorved forstås de ydelser, som fra et medicinsk synspunkt bliver nødvendige under et ophold i Danmark, idet der tages hensyn til ydelsernes art og opholdets forventede varighed.

Følgende personer er omfattet af 1. rettighedsgruppe:

- Personer, der er sygesikret i et andet EU/EØS-land + Schweiz (legitimeres ved EU-sygesikringsbevis eller den særlige blanket, der midlertidigt erstatter EU-beviset)
- Personer, der er sygesikret i et andet nordisk land¹ (personen skal erklære at være sikret i et andet nordisk land, dokumentation herfor kræves ikke)
- British Citizens (legitimeres ved United Kingdom-pas, hvor indehaveren er betegnet som "British Citizen")

2. *rettighedsgruppe* har ret til alle ydelser efter denne overenskomst.

Personer i denne rettighedsgruppe har af kommunen fået udstedt et særligt legitimationsbevis².

Det drejer sig om personer, der ifølge EF-retten er dansk socialt sikrede, fx:

- Grænsearbejdere, dvs. personer der arbejder i Danmark, men bor i udlandet
- Udstationerede arbejdstagere

Endvidere omfattes EU/EØS-diplomater mv. i Danmark

Yderligere omfattes færinger og grønlandere, der opholder sig i Danmark på skoleophold eller i uddannelsesøjemed.

¹ Norden omfatter Sverige, Norge, Finland og Island

² Det fremgår af det særlige legitimationsbevis, om pågældende er gruppe 1-sikret eller gruppe 2-sikret.

3. *rettighedsgruppe* har ret til akut nødvendig sygehjælp.

Følgende personer er omfattet af 3. rettighedsgruppe:

- Familiemedlemmer til grænsearbejdere (personen skal erklære at være familiemedlem til en grænsearbejder, dokumentation herfor kræves ikke)
- Færinger på midlertidigt ophold i Danmark, bortset fra skoleophold eller i uddannelsesøjemed (legitimeres ved færøsk sygekassebevis A eller B³)
- Grønlændere på midlertidigt ophold i Danmark, bortset fra skoleophold eller i uddannelsesøjemed (intet dokumentationskrav).

Stk. 5.

Lægen kan til enhver tid, enten direkte eller gennem praksisudvalget, over for kommunen rejse spørgsmål om en persons ret til vederlagsfri lægehjælp.

Stk. 6.

Hvor der i denne overenskomst er givet adgang til lægehjælp ved anden læge end den valgte læge, er det en forudsætning, at lægen er tilmeldt overenskomsten om almen lægegerning.

Stk. 7.

Hvis den sikrede fremsætter ønske herom, skal der udstedes dokumentation for den sikredes lægebesøg. Dokumentationen kan gives i form af en kopi af læge-regningen eller eventuelt i form af en manuelt udstedt dokumentation, hvis lægen foretrækker dette.

§ 30. LEGITIMATION

Stk. 1.

Enhver sikret, der søger lægehjælp, skal over for lægen legitimere sig som berettiget til den søgte lægehjælp ved forevisning af gyldigt bevis, jf. Sundhedsloven § 12, eller ved forevisning af den legitimation, som er nævnt i § 29, stk. 4.

Stk. 2.

I tilfælde, hvor det ikke har været muligt straks at fremskaffe den omhandlede legitimation, f.eks. de i § 29, stk. 2 og 3, nævnte situationer, skal legitimationen snarest tilvejebringes og forevises lægen. Regionen skal dog honorere denne første lægehjælp, hvis vedkommende er sikret.

Stk. 3.

Såfremt den sikrede ikke på den anførte måde legitimerer sig, er lægen berettiget til at afkræve den pågældende betaling, som om pågældende ikke var sikret.

³ Personer med færøsk sygekassebevis B behandles på samme vilkår som gruppe 2-sikrede

§ 32. FRASIGELSE AF PATIENT

Stk. 1.

Mener en læge, at en af lægen behandlet sikret misbruger sygesikringen, skal lægen underrette den region, hvor konsultationsstedet er beliggende.

Stk. 2.

Hvis en sikret ikke følger lægens anvisninger, kan lægen frasige sig behandlingen af patienten, idet lægen samtidig giver regionen underretning herom. For så vidt angår frasigelse af voldelige eller truende patienter henvises til § 34.

§ 33. LÆGESKIFTE

Stk. 1.

Lægeskifte kan få virkning 14 dage efter kommunen har modtaget skriftlig anmodning herom. Reglerne i § 28, stk. 1 og 2 om valg af læge finder tilsvarende anvendelse ved lægeskifte.

Stk. 2.

Den i stk. 1 anførte tidsfrist gælder ikke i de i § 26, stk. 9 og 10 anførte tilfælde, hvis der ikke er draget omsorg for tilstedeværelsen af en stedfortræder. Lægeskifte gennemføres hurtigst muligt efter, at patienterne har givet besked om valg af anden læge.

Stk. 3.

Ved nedlæggelse af en praksis eller opløsning af et kompagniskab skal lægeskifte finde sted med virkning fra dagen efter praksisnedlæggelsen/opløsningen.

§ 34. VOLDELIGE ELLER TRUENDE PATIENTER

Stk. 1.

En læge kan ved henvendelse til regionen frasige sig en patient, som har optrådt truende eller voldeligt over for lægen eller praksispersonalet.

Stk. 2.

Regionen skal underrette samarbejdsudvalget, såfremt en læge fraskriver sig en patient i medfør af stk. 1.

Stk. 3.

Regionen skal underrette patienten om, at lægen på grund af patientens truende eller voldelige adfærd har frasagt sig patienten samt meddele, at patienten ved henvendelse til kommunen skal vælge ny læge inden en nærmere angiven frist.

Regionen skal samtidig meddele patienten, at patienten fremover kun kan opsøge den ny læge og kun efter forudgående telefonisk aftale om konsultation, og at lægen efter eget skøn vil kunne anmode om politiets tilstedeværelse ved konsultation. Regionen skal vejlede patienten om patientens muligheder for at påklage afgørelsen, jf. kapitel XI.

Stk. 4.

Såfremt patienten ikke inden en nærmere angiven frist, jf. stk. 3, har valgt ny læge, vil patienten blive tildelt en ny læge, jf. § 28, stk. 4.

Stk. 5.

Såfremt alle læger, som patienten har mulighed for at vælge, har frasagt sig patienten efter stk. 1, aftaler samarbejdsudvalget, hvordan der forholdes med hensyn til lægeskift. Samarbejdsudvalget kan beslutte at iværksætte en turnusordning, som kan omfatte både åbne og lukkede praksis inden for 15 km fra patientens bopæl. Hvis omstændighederne taler for det kan en turnusordning iværksættes på et tidligere tidspunkt end anført i 1. punktum. Samarbejdsudvalget kan i særlige tilfælde friholde en praksis fra at deltage i turnusordningen.

Stk. 6.

Når patienten har valgt/er blevet tildelt en ny læge, skal den pågældende læge underrettes om baggrunden for patientens lægeskift.

Stk. 7.

Samarbejdsudvalget skal, hvis patienten anmoder herom, vurdere, om den i stk. 3, 2. pkt. anførte fremgangsmåde stadig er påkrævet. En vurdering kan tidligst foretages efter 2 år. Vurderingen skal ske på baggrund af oplysninger indhentet fra patienten og lægen.

PROTOKOLLAT TIL § 34:

Parterne er enige om, at regionen og praksisudvalget skal søge at træffe aftale med de lokale politimyndigheder om politiets assistance i de i § 34 omhandlede tilfælde. Justitsministeriet har overfor parterne udtrykt imødekommethed over for politiets deltagelse i løsning af problemerne med voldelige patienter.

§ 35. MEDDELELSE VED DØDSFALD, OPLØSNING AF PRAKSIS OG ANDRE ÆNDRINGER

Stk. 1.

Når en læge dør, meddeler boet snarest muligt regionen, om boet sørger for en stedfortræder for den afdøde, samt om praksis søges videreført ved salg eller bringes til ophør.

Stk. 2.

Ved opløsning af et kompagniskab eller ændringer i sammensætningen heraf, ved nedlæggelse eller overdragelse af en praksis, og ved andre ændringer giver praksis gennem Praktiserende Lægers Organisation regionen besked herom i rimelig tid, inden ændringen træder i kraft, således at regionen kan gennemføre de fornødne administrative procedurer

Stk. 3.

Regionen skal orientere de sikrede i de situationer, hvor de skal tilbydes lægeskifte.

ANMÆRKNING TIL § 35, STK. 3:

Regionerne aftaler med kommunerne i regionen, at kommunerne bistår regionen med administrative opgaver, herunder information af de sikrede i forbindelse med ændringer i praksis.

§ 35A. PRAKSISOPHØR, NÅR PRAKSIS IKKE OVERTAGES AF EN ANDEN LÆGE

Stk. 1.

Såfremt en læge agter at ophøre med praksis, uden at der er udsigt til at praksis overtages af en anden læge, har lægen pligt til at varsle dette over for regionen 6 måneder før ophørsdatoen. 3 måneder inden den varslede ophørsdato skal lægen endeligt meddele regionen, om han/hun ophører. Lægen fremsender kopi til Praktiserende Lægers Organisation.

Stk. 2.

Når en læge har afgivet varsel om, at han/hun agter at ophøre, skal samarbejdsudvalget snarest muligt etablere en handlingsplan med henblik på at sikre, at den ophørende læges patienter vil kunne tilmeldes en ny læge. Det skal herunder ved henvendelse til områdets øvrige læger kortlægges, om der er ledig kapacitet til at fordele den ophørende læges patienter, eventuelt under anvendelse af økonomisk kompensation eller andre tilbud, der kan gøre det muligt at etablere ekstra kapacitet i praksis. Det skal endvidere kortlægges, om der er læger, der ønsker at udvide deres praksis med den ledige plads, der vil fremkomme i lægedækningen,

hvis lægen endeligt ophører. Hvis der ikke er praksis, der ønsker at udvide, skal samarbejdsudvalget udarbejde en strategi for, hvordan den ledige plads i lægedækningsberegningen kan besættes.

Stk. 3.

Når lægen har givet endelig meddelelse om ophør, skal samarbejdsudvalget straks søge at besætte den ledige plads ved at følge tilsvarende fremgangsmåde som er beskrevet i § 15, stk. 6 og 7. Hvis dette ikke fører til, at den ledige plads bliver besat, skal samarbejdsudvalget iværksætte den i stk. 2 nævnte strategi for, hvordan den ledige plads i lægedækningsberegningen kan besættes.

Stk. 4.

Hvis en læges ophør skyldes, at lægen dør eller bliver alvorligt syg, gælder fristerne i stk. 1 ikke. I sådanne tilfælde har lægen eller dennes bo pligt til at give meddelelse om ophør til regionen med en måneds varsel.

Stk. 5.

En læges ophør kan kun ske ved udløbet af en måned.

Stk. 6.

Reglerne i § 35A, stk. 1 – 4 finder ikke anvendelse, hvis den læge der ophører uden at overdrage sin praksisdel til en ny læge, driver praksis i kompagniskab, herunder delepraksis. I så fald anses den/de tilbageværende læge(r) for at overtage den ledige plads i lægedækningsberegningen med henblik på besættelse med en ny læge i henhold til reglerne i § 16, stk. 5 og 6. Hvis den/de tilbageværende læge(r) ikke ser sig i stand til at passe alle tilmeldte patienter, skal samarbejdsudvalget indgå i dialog med praksis om, hvordan problemstillingen løses. Eksempelvis kan praksis gives tilladelse til at frasi sig et nærmere angivet antal patienter, hvilket indebærer at regionen skal tilbyde de senest tilmeldte patienter lægeskifte. Andre løsningsmuligheder skal undersøges, herunder om der er mulighed for at etablere ekstra kapacitet i praksis ved tilskud til ansættelse af konsultationssygeplejerske eller lignende.

§ 36. PRAKSISFORMER

Stk. 1.

Almen praksis kan drives som enkeltmandspraksis eller kompagniskabspraksis. Begge praksisformer kan fungere i samarbejdsp praksis eller netværkspraksis.

a) Ved enkeltmandspraksis forstås:

Praksis, der drives af én læge eller ét alment lægeselskab uden fællesskab med andre læger om patienter og økonomi.

b) Ved kompagniskabspraksis forstås:

Praksis, der drives af 2 eller flere læger og/eller almene lægeselskaber, der har fælles patientkreds, økonomi, lokaler og personale.

c) Ved samarbejdsp praksis forstås:

Praksis, der drives i samarbejde mellem flere enkeltmands- og/eller kompagniskabspraksis og/eller almene lægeselskaber med hver deres patientkreds, hvorom der dog findes et vist samarbejde og med fællesskab om lokaler og helt eller delvist om personale.

d) Ved netværkspraksis forstås:

Praksis, der drives i samarbejde mellem flere enkeltmands- og/eller kompagniskabspraksis og/eller almene lægeselskaber med hver deres patientkreds, hvorom der dog findes et vist samarbejde. Der er ikke lokalefællesskab. Der er helt eller delvist fællesskab om klinikpersonale og/eller fællesskab om klinikudstyr/instrumenter. De læger, der indgår i en netværkspraksis, fungerer som stedfortræder for hinanden i tilfælde af sygdom, ferie og andet fravær.

Stk. 2.

Den enkelte læge/praksis vælger selv, om praksis drives som personligt ejet virksomhed eller som alment lægeselskab.

Stk. 3.

Ved alment lægeselskab forstås praksis, der drives af en eller flere læger, der har tiltrådt landsoverenskomsten, jf. § 26, og som er ansat i et anpartsselskab, aktieselskab eller andet selskab. Selskabets vedtægter skal være godkendt af Praktiserende Lægers Organisation, jf. § 36A.

Stk. 4.

Anparterne/aktierne i et alment lægeselskab kan ejes af et holdingselskab. Holdingselskabets vedtægter skal være godkendt af Praktiserende Lægers Organisation, jf. § 36A.

Stk. 5.

I alle former for praksis kan medvirke lægelig medhjælp i form af læger i uddannelsesstillinger og derudover som amanuenser på andre vilkår, jf. § 16.

Stk. 6.

Almen praksis kan kun udøves i forbindelse med ét konsultationssted. Dog drives de praksis, der indgår i netværkspraksis, jf. stk. 1 d., fra hver sit konsultationssted. Endvidere kan samarbejdsudvalget af hensyn til en hensigtsmæssig lægedækning indgå aftaler med praksis, der indebærer undtagelse fra bestemmelsen om, at praksis kun kan udøves fra ét konsultationssted. Lægen er forpligtet efter overenskomstens bestemmelser, uanset hvor praksis udøves.

ANMÆRKNING TIL § 36:

En enkeltmandspraksis råder over én plads i praksisplanen, jf. § 15. Hvis praksis har tilladelse til delepraksis, jf. § 16, stk. 1 og 2, kan en enkeltmandspraksis drives af 2 læger eller 2 almene lægeselskaber eller en læge og et alment lægeselskab.

En kompagniskabspraksis råder over 2 eller flere pladser i praksisplanen, jf. § 15.

ANMÆRKNING TIL § 36, STK. 1 D):

Læger i en netværkspraksis er ikke afskåret fra tillige at indgå aftaler med læger uden for netværket om at være stedfortræder, eksempelvis hvis der i et konkret tilfælde ikke er en læge inden for netværket, som har mulighed for at passe den fraværende læges patienter.

§ 36A. ALMEN PRAKSIS I SELSKABSFORM

Stk. 1.

Læger, der udøver almen praksis i selskabsform, er personligt forpligtede efter overenskomstens almindelige bestemmelser, ligesom det er den enkelte praktiserende læge, der personligt skal til- eller fratræde overenskomsten.

Stk. 2.

Ved et alment lægeselskab forstås i det følgende et selskab, der har til formål at drive almen praksis. Ved et holdingselskab forstås i det følgende et selskab, der har til formål at eje anparterne/aktierne i et alment lægeselskab.

Stk. 3.

Praktiserende Lægers Organisation kan kun godkende vedtægter for almene lægeselskaber og holdingselskaber, der opfylder de nedenfor under pkt. 1-8 anførte krav. Såfremt andet ikke fremgår, gælder kravene både for almene lægeselskaber og holdingselskaber.

1. Et alment lægeselskab skal indeholde betegnelsen ”alment praktiserende læge(r)”.

2. Et alment lægeselskabs formål skal beskrives som drift af almen lægepraksis. Et holdingselskabs formål skal beskrives som at eje anparter/aktier i et alment lægeselskab.
3. Hele indskudskapitalen i et alment lægeselskab skal tilhøre:
 - a) læger, der er ansat i selskabet og tilmeldt overenskomst om almen lægegering i overensstemmelse med reglerne i § 26, stk. 1 eller
 - b) et eller flere holdingselskaber.
4. I et holdingselskab skal indskudskapitalen ejes 100% af en eller flere læger, der er tilmeldt overenskomsten i overensstemmelse med reglerne i § 26, stk. 1 og som er ansat i det almene lægeselskab, som holdingselskabet ejer anparter/aktier i.
5. I tilfælde af en læges død kan dennes andel af indskudskapitalen dog ejes af boet i den periode, der er nævnt i § 26, stk. 9.
6. Den stemmeret, der er knyttet til indskudskapitalen, kan kun udøves af ejeren personligt eller ved fuldmægtig. En pant- eller udlægshaver kan ikke udøve stemmeret.
7. Kun læger, der er ansat i selskabet og tilmeldt overenskomsten i overensstemmelse med reglerne i § 26, stk. 1, kan være medlemmer af selskabets bestyrelse eller direktion.
8. Et alment lægeselskab skal respektere de ansatte lægers personlige ansvar for at overholde overenskomstens almindelige bestemmelser, jf. stk. 1. Der gøres herved ingen indskrænkninger i de forpligtelser, der måtte påhvile selskabet.

Stk. 4.

Selskabets vedtægter skal være tilgængelige for Praktiserende Lægers Organisation og Lønnings- og Takstnævnet samt vedkommende region, og der skal til enhver tid kunne forlanges attestation fra selskabet om dets ejerforhold.

Stk. 5.

Et alment lægeselskab skal være uberettiget til at afkræve eller modtage honorar, der baseres på overenskomsten, medmindre selskabets vedtægter samt vedtægterne for et eventuelt holdingselskab er godkendt af Praktiserende Lægers Organisation. Regionen har krav på tilbagebetaling af honorarer, der modtages i strid hermed.

Stk. 6.

Praktiserende Lægers Organisation meddeler vedkommende region, for hvilke praksis man har godkendt vedtægter vedrørende alment lægeselskab og eventuelt holdingselskab.

ANMÆRKNING TIL § 36A, STK. 3, PKT. 7:

I enkeltmandspraksis kan generalforsamlingen dog i en periode på maksimalt 12 måneder, efter en direktør er fratrådt på grund af alvorlig sygdom, ansætte en direktør, der ikke opfylder de anførte krav. I tilfælde af at direktøren i et enkeltmandsselskab afgår ved døden, kan der i den periode, hvor boet i henhold til § 26, stk. 9 kan eje indskuds-

kapitalen, ansættes en direktør, der ikke opfylder de anførte krav. Den samlede periode, hvor der på grund af sygdom og dødsfald ansættes en direktør, der ikke opfylder de anførte krav, kan ikke overstige 18 måneder.

§ 36B. ALMEN PRAKSIS VED UNIVERSITETERNE (APU)

Stk. 1.

Parterne har den 20-06-2002 stiftet Fonden for Almen Praksis ved Universiteterne (APU-Fonden) med det formål at etablere almene praksis i anpartsselskabsform ved universiteterne i Århus, København og Odense.

Stk. 2.

Indskudskapitalen i de APU-anpartsselskaber, der stiftes, skal ejes 100% af APU-Fonden.

Stk. 3.

Bestyrelsen i APU-anpartsselskaberne bør - udover repræsentanter for APU-Fonden - så vidt muligt sammensættes med repræsentanter for det lokale praksisudvalg, universitetets almenmedicinske enheder og selskabets lægelige medarbejdere.

Stk. 4.

En almen praksis ved et universitet (APU) indgår i beregningen af lægedækningen i regionen, jf. § 15.

Stk. 5.

Ud over det antal læger, der indgår i regionens lægedækningsberegning, er APU - uden ansøgning til samarbejdsudvalget – berettiget til at ansætte et tilsvarende antal læger, der ikke tæller med ved den årlige opgørelse af antal læger i regionen, jf. § 15. Der gælder i den forbindelse samme vilkår som ved etablering af delepraksis, jf. § 16.

Stk. 6.

De læger, der ansættes i en APU (bortset fra uddannelseslæger og vikarer) skal personligt til- eller fratræde landsoverenskomsten.

Stk. 7.

Landsoverenskomstens almindelige bestemmelser finder i øvrigt anvendelse for APU og de tilknyttede læger med de modifikationer, der måtte følge af den særlige konstruktion.

§ 37. VILKÅR FOR LÆGEHJÆLP

Stk. 1.

Undersøgelse og behandling bør foregå i lægens konsultation, medmindre sygdommen eller forholdene i øvrigt efter lægens skøn nødvendiggør besøg.

Stk. 2.

Dette forhold bør fremhæves over for de sikrede af både læger og regioner.

Stk. 3.

Sikrede, der har en tidsaftale, er forpligtet til at overholde denne eller melde afbud, og må acceptere de ventetider, der kan opstå, bl.a. som følge af lægens forpligtelse til at varetage den enkelte sygdomsbehandling.

§ 38. DAGTIDEN

Ved dagtid forstås tidsrummet kl. 8.00-16.00 på hverdage (mandag til fredag), bortset fra grundlovsdag, juleaftensdag og nytårsaftensdag, der falder på hverdage (mandag til fredag).

§ 39. TILRETTELÆGGELSE AF LÆGEBETJENINGEN I DAGTIDEN

Konsultationer

Stk. 1.

- a. Lægen holder mandag til fredag hver dag konsultation uden tidsbestilling (åben konsultation) og/eller konsultation med tidsbestilling.
- b. Lægen skal mindst 1 gang pr. uge have konsultation efter kl. 16. Konsultation efter kl. 16 er fortrinsvis en service for de sikrede, hvis arbejde forhindrer dem i at benytte konsultationen i dagtiden. Hvis lægen kun har sen konsultation én gang om ugen, må dette ikke være om mandagen. Åben konsultation må gerne være sammenfaldende med den sene konsultationstid. Dagkonsultationen kan bortfalde den dag, lægen eventuelt har sen åbningstid. Lægen kan endvidere give mulighed for ikke akutte konsultationer på andre tidspunkter til almindelig dagtidshonorering.
- c. Lægen skal tilrettelægge sin konsultation og tidsbestilling således, at de sikrede sædvanligvis kan få konsultation senest 5. hverdag efter tidsbestillingen.
- d. Ved akut opstået behov for lægehjælp i dagtiden skal patienten have adgang til lægehjælp telefonisk eller på anden vis inden kl. 16.00 samme dag hos egen læge eller en eller flere over for lægen navngivne stedfortrædere, som lægen har indgået aftale med.
- e. Hvis en læge i sin sene konsultationstid efter kl. 16 søges af en patient, der ikke er tilmeldt lægen, men har et akut behandlingsbehov, der ikke kan afvises, er lægen berettiget til at udfærdige regning på et vagthonorar. Ved ikke-akutte tilfælde henvises patienten til egen læge.

Telefoniske henvendelser

Stk. 2.

- a. Lægen eller dennes personale skal kunne træffes telefonisk i dagtiden, eller der skal gives henvisning til eller omstilling til et telefonnummer, hvor lægen eller en eller flere overfor lægen navngivne stedfortrædere, som lægen har indgået aftale med, kan træffes. Henvisninger m.v. ved hjælp af telefonsvarer skal være præcise og aktuelle.
- b. Lægen er hver dag fra mandag til fredag i et eller flere tidsrum, dog samlet mindst en time dagligt, tilgængelig for telefonkonsultationer og andre telefoniske henvendelser end tidsbestilling, afhængig af patienternes muligheder og behov for at henvende sig med henblik på telefonisk rådgivning. Lægen kan give mulighed for telefoniske henvendelser på andre tidspunkter.
- c. Telefontiden eller en del heraf kan være den samme som tiden for anmodning om sygebesøg.
- d. Læger, der afholder konsultation med tidsbestilling, skal i et fast tidsrum hver dag fra mandag til fredag give mulighed for tidsbestilling. Tidsrummet for tidsbestilling skal være forskelligt fra tidsrummet for telefonkonsultation, såfremt sammenfald af de to funktioner forhindrer en rimelig adgang til at komme i kontakt med lægen eller klinikpersonalet.

Elektronisk kommunikation

Stk. 3.

- a. Elektronisk kommunikation med patienten skal være en del af praksis' tilbud til patienterne senest fra den 01-01-2009. Lægen skal således tilbyde elektronisk tidsbestilling, elektronisk receptfornyelse og e-mailkonsultation. Samarbejdsudvalget kan dog efter konkret ansøgning meddele dispensation fra denne tidsfrist.
- b. Ved e-mail konsultationer skal der være tale om enkle, konkrete forespørgsler af ikke-hastende karakter, som ikke kræver supplerende spørgsmål fra lægens side. E-mail konsultation omfatter også svar på laboratorieundersøgelser, der sendes efter aftale med patienten.
- c. Der honoreres ikke for lægens svar på patientens eventuelle supplerende spørgsmål eller for lægens afvisning af patientens anmodning om e-mail konsultation. Der honoreres heller ikke for tidsbestilling eller receptfornyelse.

Sygebesøg

Stk. 4.

- a. Lægen er forpligtet til fra mandag til og med fredag i dagtiden at aflægge sygebesøg, hvis henvendelsen om sygebesøg efter lægens vurdering af sygdommen og/eller forholdene i øvrigt nødvendiggør besøg, jf. § 37, stk. 1.
- 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.

PROTOKOLLAT TIL § 39:

Parterne er enige om at iværksætte et arbejde med henblik på inden 01-07-2007 at udarbejde relevante servicemål på patienternes kontakt til den alment praktiserende læge, herunder konsultationer, telefoniske henvendelser, sygebesøg og elektronisk kommunikation. Endvidere skal parterne beslutte, hvorledes der skal ske en målopfylldning på servicemålene samt offentliggørelse. I forbindelse med arbejdet med servicemål er parterne enige om at iværksætte fornødne analyser og undersøgelser af f.eks. tilgængeligheden i praksis. Endelig er parterne enige om at drøfte, hvorledes arbejdets resultater kan implementeres i overenskomsten.

§ 39A. ANVENDELSE AF IT I ALMEN PRAKSIS

Stk. 1.

Alle læger skal opfylde de i stk. 2-5 anførte krav om anvendelse af IT. Hvis ikke andre frister er anført i de enkelte bestemmelser, gælder kravene fra den 01-04-2006.

Stk. 2.

Lægens IT system skal understøtte de MedCom standarder, som fremgår af stk. 3. Lægen er forpligtet til at benytte MedCom standarderne til al kommunikation, der omfattes af disse, medmindre andet er anført. Pligten vedrører den udgave af MedCom standarderne, som foreligger den 01-10-2005. En forudsætning for lægens forpligtelse er, at de samarbejdsparter, som kommunikationen vedrører, kan levere og sikkert modtage de i stk. 3 nævnte meddelellestyper via MedCom standarder.

Stk. 3.

Pligterne i stk. 2 vedrører følgende MedCom standarder:

Den gode korrespondance: Denne meddelelse kan anvendes, hvor lægen finder det relevant.

Den gode epikrise:

- Udskrivningsepikrise
- Ambulantepikrise
- Skadestueepikrise
- Billeddiagnostisk epikrise
- Lægevagtsepikrise
- Speciallægeepikrise
- Bookingsvar
- Fysioterapiepikrise
- Den gode psykologepikrise.

Den gode henvisning:

- Sygehushenvisning. Denne henvisning skal benyttes i takt med at sygehusene kan modtage.
- Billeddiagnostisk henvisning. Denne henvisning skal benyttes i takt med at sygehusene kan modtage.
- Speciallægehenviisning. Denne henvisning skal benyttes, når der er etableret et henvisningshotel og alle speciallæger er forpligtede til at modtage.
- Den gode fysioterapihenvisning. Denne henvisning skal benyttes, når der er etableret et henvisningshotel.
- Den gode psykologhenvisning. Denne henvisning skal benyttes, når der er etableret et henvisningshotel, dog tidligst 01-01-2007.

Laboratorieområdet:

- Det gode KKA/KIA laboratoriesvar
- Det gode patologisvar
- Det gode mikrobiologisvar
- Den gode KKA/KIA rekvisition
- Den gode mikrobiologirekvisition
- Den gode patologirekvisition

Pligten til at anvende standarderne vedrørende rekvisitioner på laboratorieområdet gælder fra 01-08-2007.

Binære filer:

Den gode MEDBIN. Denne standard kan anvendes, hvor lægen finder det relevant.

Den gode sygesikringsafregning:

Der afregnes elektronisk efter MedRuc standarden.

Apoteksområdet:

Den gode recept

Kvittering:

Den gode CONTRL

Stk. 4.

Lægen kan i tilfælde, hvor henvisning til sygehuse kræver særlige bilag vedlagt, undlade at benytte elektronisk henvisning og i stedet sende henvisningen og bilag med papirpost eller fax. I tilfælde, hvor henvisning til speciallæge, fysioterapeut eller psykolog kræver særlige bilag, skal patienten have henvisning og bilag med som papirhenvisning.

Stk. 5.

Lægen skal pr. 01-01-2007 have internetadgang med firewall og virusbeskyttelse, der løbende opdateres. Lægen skal endvidere fra samme dato have digital signatur.

Dispensationer fra kravene om anskaffelse og anvendelse af IT givet til læger pga. eksempelvis alder eller sygdom af samarbejdsudvalgene i henhold til tidligere overenskomst kan højst gælde til den 31-12-2006. I ganske særlige tilfælde kan en dispensation dog forlænges af samarbejdsudvalget med yderligere op til et år.

ANMÆRKNING TIL § 39A, STK. 3:

Lægens forpligtelse til at sende henvisninger til speciallæger, fysioterapeuter og psykologer træder først i kraft, når der i løbet af overenskomstperioden er etableret et såkaldt Henvisningshotel.

I perioden indtil henvisningshotellet er etableret kan lægen vælge at sende den elektroniske henvisning direkte til en fysioterapeut eller psykolog, hvis denne kan modtage efter MedCom standarder. Fysioterapeuter er forpligtede til at modtage elektroniske henvisninger fra 01-01-2006, med mindre der dispenseres herfra. Psykologer er forpligtede til at modtage elektroniske henvisninger fra 01-01-2007, med mindre der dispenseres herfra.

Speciallæger er ikke forpligtede til at modtage elektroniske henvisninger, medmindre der lokalt er indgået såkaldt § 3 aftale herom.

Om fremgangsmåde og Henvisningshotellets funktionalitet er aftalt følgende: Henvisningen udarbejdes på normal vis af den praktiserende læge og sendes som almindelig EDIFACT til henvisningshotellets lokationsnummer. Der sender positiv kvittering tilbage om, at henvisningen er modtaget i Henvisningshotellet.

Patienten skal således ikke selv medbringe henvisningen. Herefter er det patientens ansvar at vælge en specialist og anmode om en tid for behandling. Specialisten logger sig på henvisningshotellet og henter den givne henvisning, når patienten møder op til behandling. Specialisten har dog mulighed for at se henvisningen, straks patienten henvender sig for tidsbestilling, for på den måde at forberede behandlingen.

I særlige tilfælde kan lægen kontakte en given specialist og eventuelt bestille en tid for patienten. Også i disse situationer skal lægen sende henvisningen til henvisningshotellet, hvorefter specialisten henter henvisningen som beskrevet ovenfor.

Der er mellem parterne enighed om, at de praktiserende læger skal friholdes fra at betale transmissionsudgifter i forbindelse med elektronisk forsendelse af henvisninger til Henvisningshotellet.

§ 40. ADGANGS- OG INDRETNINGSFORHOLD VEDRØRENDE LÆGENS KONSULTATION

Stk. 1.

Alle læger skal tilstræbe, at deres konsultationslokaler er tilgængelige for bevægelseshæmmede og at der er handicapegnede toiletfaciliteter. Endvidere skal alle læger, hvor det er muligt, tilstræbe at der er adgang til handicap parkering i nærheden af praksis.

Stk. 2.

Lægen skal på sin praksisdeklaration, jf. § 28A, give oplysning om parkeringsforhold, udvendige og indvendige adgangsforhold samt toiletfaciliteter, så bevægelseshæmmede har mulighed for at vælge en læge, hvor adgangsforhold og indretning passer til patientens behov.

Stk. 3.

Ved nybygning og væsentlig ombygning af praksis er det et krav, at der i overensstemmelse med byggelovgivningens regler etableres niveaufri adgang og indrettes handicaptilet.

ANMÆRKNING TIL § 40, STK. 2:

Parterne lægger sig ikke på forhånd fast på et bestemt antal indikatorer. Parterne er enige om, at søge relevant rådgivning i forbindelse med udvælgelsen af de indikatorer, som sikrer patienten den tilstrækkelige men nødvendige information.

§ 41. INDLÆGGELSE PÅ SYGEHUSE

Stk. 1.

Lægen kan indlægge de sikrede på sygehusene efter de i sundhedslovgivningen gældende regler.

Stk. 2.

Indlæggelse sker uden særskilt honorar, hvor ingen særlig lægeerklæring er en forudsætning, jf. § 73.

§ 42. HENVISNING TIL SPECIALLÆGEUNDERSØGELSE OG –BEHANDLING

Stk. 1.

Lægen kan henvise de sikrede til speciallægeundersøgelse og –behandling, jf. dog stk. 3 og 4. Lægen har pligt til at gøre sig bekendt med den seneste fremsendte fortegnelse over speciallæger, der er tilmeldt overenskomsten om speciallægehjælp.

Stk. 2.

Såfremt lægen henviser til speciallæge, som han ved ikke er tilmeldt overenskomsten om speciallægehjælp, skal patienten gøres opmærksom på de betalingsmæssige konsekvenser heraf.

Stk. 3.

I det omfang, der ikke er fastsat begrænsning herfor, jf. stk. 4, kan lægen henvise til privatpraktiserende patologer, og for så vidt angår laboratorieundersøgelser henvise til private laboratorier.

Stk. 4.

Regionen kan beslutte, at laboratorieundersøgelser og/eller patologiske undersøgelser skal finde sted i regionens sygehusvæsen, og at lægen ikke kan henvise til private laboratorier eller privatpraktiserende patologer på regionens regning. Såfremt lægen i den situation henviser til private laboratorier eller privatpraktiserende patolog, skal patienten gøres opmærksom på de betalingsmæssige konsekvenser heraf. Regionen kan fastsætte regler om henvisning til laboratorier, hvormed regionen har særlig overenskomst.

Stk. 5.

Henvisningen udstedes uden særligt vederlag på en af overenskomstens parter og Foreningen af Speciallæger aftalt henvisningsblanket, der angiver det i stk. 2 nævnte forhold. Tilsvarende gælder ved elektronisk henvisning. Med henvisningen skal følge relevante anamnesticke oplysninger og meddelelser om resultatet af allerede foretagne undersøgelser.

§ 43. DIAGNOSTISKE UNDERSØGELSER PÅ STATENS SERUMINSTITUT

Stk. 1.

I det omfang, der ikke er fastsat begrænsning herfor, jf. stk. 2, kan lægen rekvirere undersøgelser på Statens Seruminstitut.

Stk. 2.

Regionen kan træffe bestemmelse om, at kapaciteten for så vidt angår laboratorieundersøgelser skal udnyttes, således at alment praktiserende læger i regionen foretager henvisning til sygehusvæsenet i regionen og ikke henviser til Statens Seruminstitut på regionens regning.

Stk. 3.

Rekvisationen sker efter retningslinier aftalt mellem Lønnings- og Takstnævnet og Statens Seruminstitut.

Stk. 4.

Bestemmelser truffet efter stk. 2 og retningslinier efter stk. 3 skal meddeles de praktiserende læger.

§ 44. HENVISNING TIL BEHANDLING VED FYSIOTERAPEUT

Stk. 1.

Lægen kan ordinere behandling ved fysioterapeut.

Stk. 2.

Henvisningen udstedes uden særligt vederlag på en af overenskomstens parter og Danske Fysioterapeuter aftalt henvisningsblanket.

ANMÆRKNING TIL § 44:

Praktiserende læger kan henvise til behandling med tilskud ved fysioterapeut i henhold til aftale af den 15-09-2004 mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Danske Fysioterapeuter. Praktiserende læger kan endvidere henvise varigt svært fysisk handicappede personer til vederlagsfri fysioterapi. Berettiget til vederlagsfri fysioterapi er følgende personer, jf. Sundhedsstyrelsens retningslinier fra 01-10-2005 om fysisk handicappede personers adgang til vederlagsfri fysioterapi:

Personer med

- *Medfødte eller arvelige sygdomme*
- *Erhvervede neurologiske sygdomme*
- *Fysiske handicap som følge af ulykke*
- *Nedsættelse af led og/eller muskelfunktion som følge af inflammatoriske gigtsygdomme.*

Endelig kan praktiserende læger henvise til ridefysioterapeutisk behandling med tilskud. Berettiget til ridefysioterapi er blinde og svagtsende m.fl. samt efter regionens særskilte beslutning personer med Downs syndrom, autisme, muskelsvind m.fl. Berettiget til vederlagsfri ridefysioterapi er samme persongruppe, som er berettiget til vederlagsfri fysioterapi, jf. ovenfor.

§ 45. HENVISNING TIL BEHANDLING VED PSYKOLOG

Stk. 1.

Lægen kan ordinere behandling ved psykolog.

Stk. 2.

Henvisningen udstedes uden særligt vederlag på en af overenskomstens parter og Dansk Psykolog Forening aftalt henvisningsblanket.

ANMÆRKNING TIL § 45:

Praktiserende læger kan henvise til psykologhjælp efter overenskomst om psykologhjælp mellem Lønnings- og Takstnævnet og Dansk Psykolog Forening. Berettiget til psykologhjælp efter overenskomsten er:

1. røveri-, volds- eller voldtægtsofre,
2. trafik og ulykkesofre,
3. pårørende til alvorligt psykisk syge personer,
4. personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom,
5. pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom,
6. pårørende ved dødsfald,
7. personer, der har forsøgt selvmord,
8. kvinder, der får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge og
9. personer, der inden de fyldte 18 år har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb.

Henviſning til de ovenfor nævnte personkategorier mellem 1-8 kan normalt ikke udstedes senere end 6 måneder efter den begivenhed, der er årsag til henviſningen, indtrådte, og kan ikke under nogen omstændigheder udstedes senere end 12 måneder efter begivenheden.

Henviſning til personer, der er omfattet af kategori 9 (incestofre m.fl.) kan ske uden tidsbegrænsning.

Der ydes tilskud til indtil 12 konsultationer pr. behandlingsforløb.

§ 46. HENVISNING TIL BEHANDLING VED FODTERAPEUT

Stk. 1.

Praktiserende læger kan ordinere behandling ved fodterapeut.

Stk. 2.

Henviſningen udstedes uden særligt vederlag på en af Lønnings- og Takstnævnet, Landsforeningen af statsautoriserede Fodterapeuter, Praktiserende Lægers Organisation og Foreningen af Speciallæger aftalt henviſningsblanket.

ANMÆRKNING TIL § 46:

Berettiget til fodbehandling er personer med diabetes, personer med symptomgivende unguis incarnatus (ortonyxi-behandling) samt personer med arvæv efter strålebehandling.

§ 47. ORDINATION AF LÆGEMIDLER

Ved ordination af lægemidler, hvortil der ydes tilskud, anvendes recepter, som regionerne stiller til rådighed, jf. § 103, stk. 2. Recepten udfyldes med sikredes personnummer, navn og adresse og lægens ydernummer. Recepternes fremstilling aftales mellem parterne.

§ 48. ORDINATION/REKVISITION AF ILTBEHANDLING

Praktiserende lægers ordination/rekvisation af iltbehandling på sygehusvæsenets regning finder sted i overensstemmelse med de retningslinier, der er fastsat herom i den region, hvor sikrede har bopæl.

§ 49. VAGTTIDENS OMFANG OG OPDELING

Stk. 1.

Ved vagttid forstås tidsrummet kl. 16.00–8.00 på hverdage (mandag til fredag) samt kl. 0.00–24.00 på grundlovsdag, juleaftensdag, nytårsaftensdag, lørdage og søn- og helligdage.

Stk. 2.

Ved A-vagten forstås tidsrummet kl. 16.00–22.00 på hverdage (mandag til fredag), kl. 8.00–20.00 på lørdage, samt kl. 8.00–20.00 på grundlovsdag, juleaftensdag og nytårsaftensdag, der ikke falder på søn- og helligdage.

Stk. 3.

Ved B-vagten forstås alle tidsrum, der ikke er omfattet af A-vagten, jf. stk. 2, eller af dagtiden, jf. § 38; det vil sige alle dage kl. 0.00–8.00, hverdage (mandag til fredag) kl. 22.00–24.00, grundlovsdag, juleaftensdag, nytårsaftensdag og lørdage kl. 20.00–24.00, samt søn- og helligdage kl. 8.00–24.00.

§ 50. TILRETTELÆGGELSE AF LÆGEBETJENINGEN I VAGTTIDEN

Stk. 1.

Regionen er ansvarlig for tilrettelæggelsen af lægebetjeningen uden for de alment praktiserende lægers dagarbejdstid.

Stk. 2.

Lægebetjeningen tilrettelægges således, at det sikres at patienter, der har behov for (almen) lægehjælp i vagttiden, på rimelig måde kan få adgang til denne lægehjælp.

Stk. 3.

Tilrettelæggelsen sker samordnet med øvrigt sundhedsmæssigt beredskab uden for dagtiden og i fornødent omfang samordnet med andre regioner.

Stk. 4.

Regionen kan efter drøftelse i samarbejdsudvalget beslutte, at tilrettelæggelsen af lægebetjeningen uden for dagtiden for hele eller dele af regionen finder sted på anden måde end efter §§ 50A og 51. Alment praktiserende lægers deltagelse i sådanne vagtordninger kan ske ved indgåelse af § 2-aftaler herom. Drøftelse og beslutning i henhold til 1. punktum foretages på grundlag af præcis beskrivelse af forslag til tilrettelæggelse af lægebetjeningen uden for dagtiden, herunder med præcis beskrivelse af virkningerne for den overenskomstmæssige lægebetjening uden for dagtiden, og der skal ved tilrettelæggelsen efter 1. punktum sikres en hensigtsmæssig gennemførelse, herunder med fastsættelse af rimelige frister for, hvornår en nyordning kan iværksættes. Såfremt regionen beslutter at tilrettelægge lægebetjeningen på anden måde, kan de alment praktiserende læger inden for samme frist frasi­ge sig ansvaret for lægebetjeningen i vagttiden, jf. i øvrigt §§ 49 til 51.

Stk. 5.

De alment praktiserende læger har ansvaret for lægebetjeningen i vagttiden efter §§ 50A og 51.

§ 50A. LÆGEBETJENINGEN I VAGTTIDEN

Stk. 1.

Til varetagelse af lægebetjeningen uden for dagtiden etablerer de alment praktiserende læger vagtordninger. Regionen træffer efter drøftelse i samarbejdsudvalget beslutning om, på hvilke vilkår vagtordninger kan tilrettelægges af de alment praktiserende læger. Den endelige tilrettelæggelse sker ved aftale mellem regionen og de omfattede læger. Medmindre der ikke er grundlag herfor, etableres vagtordningerne som visitationsvagtordninger, jf. § 51. Samarbejdsudvalget beslutter, hvorvidt der i en eller flere vagtordninger ikke er grundlag for etablering af visitation. Visitationsvagtordninger forudsætter, at vagtordningen i den tid, der er visitation, har en sådan størrelse, at der er en effektiv anvendelse af visitorator.

Stk. 2.

Vagtordninger skal tilrettelægges, så det sikres, at vagtbelastningen for lægerne i området ikke bliver urimelig. Det skal derfor tilstræbes, at vagtordningerne omfatter et så stort antal læger, at vagtbelastningen i almindelighed ikke bliver under 15-skiftet i A-vagten og under 35-skiftet i B-vagten. Det skal tilstræbes, at alle læger får mulighed for, at deres praksis er med i en vagtordning.

Stk. 3.

På øer, hvor antallet af læger gør det umuligt at tilrettelægge en vagtordning som nævnt i stk. 2, honoreres lægerne med et vagtberedskabshonorar på kr. 120,08 pr. time i grundbeløb udover ydelseshonorarer i henhold til § 72. Ingen enkeltlæge kan dog få mere end kr. 320.188 i grundbeløb i vagtberedskabshonorar på et år, medmindre der i samarbejdsudvalget er enighed herom.

Stk. 4.

Såfremt en region ønsker etableret en eller flere vagtordninger, der er mindre end 10-skiftet i A-vagten og 25-skiftet i B-vagten, kan sådanne vagtordninger etableres under forudsætning af betaling af et vagtberedskabshonorar, hvis størrelse aftales i samarbejdsudvalget.

Stk. 5.

Enhver vagtordning skal tilrettelægges, så den er velfungerende samt arbejdsmæssigt og økonomisk effektiv. Ved tilrettelæggelsen af vagtordninger skal der ved aftale mellem regionen og de omfattede læger træffes bestemmelse om løsning af de praktiske problemer, som vagtlægeordningen giver anledning til.

Stk. 6.

I enhver vagtordning skal en af områdets alment praktiserende læger have tilsyn med, at ordningen fungerer, og drage omsorg for, at der gives de sikrede den fornødne oplysning om vagtordningens tilrettelæggelse og benyttelse.

Stk. 7.

Læger, der deltager selvstændigt i en vagtordning uden i øvrigt at have tilmeldt sig overenskomsten om almen lægegerning skal, medmindre arbejdet er et led i lægens uddannelse, opfylde betingelserne for at betegne sig som alment praktiserende læge. Læger, der ikke opfylder betingelserne i 1. punktum, kan søge samarbejdsudvalget om dispensation for de nævnte betingelser. På vagter, hvor vagthavende læge ikke opfylder betingelserne for at betegne sig som alment praktiserende læge, skal der være en bagvagt, der opfylder betingelserne for betegnelsen som alment praktiserende læge. Funktionen som visitator kan varetages af speciallæger i almen medicin og – såfremt det beslutes i samarbejdsudvalget – af uddannelsesamanuenser i fase III. Læger, der hidtil har arbejdet i vagtordninger med selvstændigt vagtydnummer, kan fortsat deltage i vagtordningen. De i vagtordningen deltagende læger kan aftale, at deres lægelige medhjælp deltager i vagtordningen, og at der deltager vikarer. Regionen og praksisudvalget kan gøre spørgsmålet om det rimelige i omfanget af en læges anvendelse af vikar i vagten til genstand for drøftelse i samarbejdsudvalget.

Stk. 8.

En læge, der er fyldt 60 år, skal fritages for at deltage i vagtordningen, hvis han kan anvise en anden læge, der er indstillet på at overtage hans vagtforpligtelse. Det er en forudsætning, at den læge, der overtager vagtforpligtelsen, enten er praktiserende læge i den pågældende region eller opfylder betingelserne for at få udstedt et vagtydnummer, jf. stk. 7.

ANMÆRKNING TIL § 50A, STK. 8:

Bestemmelsen ændrer ikke ved forholdene i de regioner, hvor deltagelsen i vagtordningen er frivillig.

§ 51. VISITATION I VAGTTIDEN

Stk. 1.

Vagtordninger tilrettelægges for hele eller dele af vagttiden som visitationsvagtordninger, jf. dog § 50A, stk. 1, hvor der er mindst 2 læger på vagt, således at en eller flere læger er til rådighed for telefonisk visitation af henvendelser om lægehjælp i det tidsrum, vagtordningen fungerer som visitationsvagtordning. Vagtområdet for telefonvisiterende læger kan omfatte en eller flere vagtordninger.

Stk. 2.

Honorering sker som nævnt i § 72 og afregning finder sted som nævnt i § 96.

Stk. 3.

Regionen kan beslutte at stille de nødvendige faciliteter i form af lokaler, telefon m.v. til rådighed for de telefonvisiterende læger.

Stk. 4.

Sygehusansatte læger eller sygeplejersker kan, når en patient henvender sig på en skadestue eller –klinik, på patientens vegne kontakte lægevagten med henblik på, at patienten visiteres af lægevagten. De nærmere procedurer herfor aftales lokalt.

ANMÆRKNING TIL § 51:

Parterne har udarbejdet vejledning af 24-01-2006 ”Omstilling af Lægevagten – fra amtslig til regional organisation”.

KAPITEL VIII. REKVISITION AF LÆGEMIDLER OG FORBINDSSTOFFER TIL GRUPPE 1-SIKREDE OG GRUPPE 2-SIKREDE PÅ REGIONERNES REGNING

§ 52. REKVISITION AF IMMUNGLOBULINER OG VACCINER

Stk. 1.

Lægen kan fra Statens Serum Institut eller fra apotek rekvirere følgende til anvendelse i forbindelse med konkret udsættelse for smitte:

1. Immunglobulin mod mæslinger, stivkrampe, hepatitis A og rabies.
2. Vaccine mod difteri, stivkrampe, polio, mæslinger, røde hunde, fåresyge, rabies og meningokoksygdom.

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

Stk. 2.

Ajourføring af de under stk. 1 nævnte immunglobuliner og vacciner kan ske efter forhandling mellem Lønnings- og Takstnævnet og Statens Seruminstitut.

Stk. 3.

Rekvosition sker efter særlige retningslinier aftalt mellem Lønnings- og Takstnævnet og Statens Seruminstitut. Retningslinierne meddeles de praktiserende læger.

ANMÆRKNING TIL § 52:

Afregningen mellem Statens Seruminstitut og regionen sker på basis af aftale indgået mellem Lønnings- og Takstnævnet og Statens Seruminstitut. Præparater, der udleveres vederlagsfrit fra Statens Seruminstitut, betales ikke af regionerne.

§ 53. REKVISITION AF LÆGEMIDLER I ØVRIGT

Stk. 1.

Lægen kan til brug i praksis og under vagttjeneste rekvirere de i henhold til stk. 2 fastsatte tilskudsberettigede lægemidler, der anvendes i umiddelbar tilknytning til behandlingen.

Stk. 2.

Samarbejdsudvalget udarbejder en oversigt over tilskudsberettigede lægemiddelgrupper, som kan rekvireres i umiddelbar tilknytning til behandlingen.

Stk. 3.

Til patienternes egen anvendelse kan lægen rekvirere og udlevere lægemidler i en mængde, der svarer til patientens behov, indtil lægemidlet kan fremskaffes eller

forsendes fra apotek. Udlleveringen sker i henhold til de af Sundhedsstyrelsen angivne regler herfor, jf. Sundhedsstyrelsens seneste cirkulære om ikke-distribuerende lægers udl levering af lægemidler.

Stk. 4.

Rekvisitionen af lægemidler sker på en aftalt blanket, der stilles til rådighed for lægen.

Stk. 5.

Regionen fastsætter, efter drøftelse i samarbejdsudvalget, regler for rekvisitionens praktiske gennemførelse.

§ 54. REKVISITION AF FORBINDSSTOFFER M.V.

Stk. 1.

Til brug i første behandling kan rekvireres de i henhold til stk. 2 nævnte artikler.

Stk. 2.

Samarbejdsudvalget udarbejder en oversigt over grupper af forbindsstoffer m.v., der kan rekvireres til brug i første behandling. Samarbejdsudvalget fastsætter, hvilke artikler der kan rekvireres inden for de enkelte grupper. Det pålægges samarbejdsudvalgene i forbindelse med fastsættelsen af, hvilke artikler der kan rekvireres, at tage økonomiske hensyn.

Stk. 3.

Rekvisitionen af forbindsstoffer m.v. sker på en blanket, der stilles til rådighed for lægen. Regioner fastsætter, efter drøftelse i samarbejdsudvalget, regler for rekvisitionen praktiske gennemførelse.

ANMÆRKNING TIL § 54:

Afregningen for de rekvirerede forbindsstoffer sker ifølge særlige aftaler indgået mellem regionerne og de berørte sygeplejeartikelfirmaer og/eller afregningsaftale indgået mellem Danmarks Apotekerforening og Danske Regioner.

KAPITEL IX. BESTEMMELSER VEDRØRENDE FRAVÆR

§ 55. LÆGERS FRAVÆR FRA PRAKSIS

Stk. 1.

Når lægen (i kompagniskab lægerne) som følge af fravær fra praksis er forhindret i at yde de til praksis tilmeldte sikrede fornøden lægehjælp, skal praksis sørge for, at nødvendig lægehjælp kan ydes af nabolæger, der har indvilget heri, eller af vikar.

Stk. 2.

Regionen og praksisudvalget kan gøre spørgsmålet om det rimelige i omfanget af en læges fravær fra praksis til genstand for drøftelse i samarbejdsudvalget.

§ 56. SOCIALMEDICINSK SAMARBEJDE MELLEM DEN ENKELTE LÆGE OG KOMMUNEN I INDIVIDUELLE SAGER

Stk. 1

Såvel administrativt personale som plejepersonale i kommuner (og regioner), der varetager sociale og sundhedsmæssige opgaver kan henvende sig til den praktiserende læge i forbindelse med socialmedicinske problemstillinger. Det er en forudsætning, at der er tale om en konkret patient tilmeldt lægen. Henvendelser om sygdomsmæssige problemer, hvor en kommunalt ansat plejeperson optræder på vegne af patienten, honoreres som om patienten selv har henvendt sig og ikke efter dette kapitel.

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

Stk. 2.

For socialmedicinsk samarbejde er fastsat følgende honorar (grundhonorar):

a)	3201.	Telefoniske henvendelser til og fra kommunernes social- og sundhedsforvaltninger	59,94
b)		Social- og sundhedsforvaltningens deltagelse i møder hos lægen, lægens deltagelse i møder i social- og sundhedsforvaltningen samt lægens og social- og sundhedsforvaltningens deltagelse i møder på den sikredes arbejdsplads honoreres med 120,05 kr. (grundhonorar) pr. påbegyndt 10 min. (moduler).	
	3301.	1 modul	120,05
	3302.	2 moduler	240,10
	3303.	3 moduler	360,16
	3304.	Pr. påbegyndt modul udover 3	120,05
c)		I forbindelse med ydelser, der ikke finder sted i lægens konsultation, honoreres lægens tidsforbrug til mødestedet med følgende satser:	
	3410.	Indtil 4 km	73,86
	3420.	Fra 4 indtil 8 km	107,56
	3430.	Fra 8 indtil 12 km	139,27
	3440.	Fra 12 indtil 16 km	171,17
	3450.	Fra 16 indtil 20 km	203,32

3460.	Udover 20 km	223,20
3701.	+ pr. påbegyndt km udover 21 km	7,96

Der ydes kørselsgodtgørelse i henhold til § 76.

Stk. 3.

Telefoniske henvendelser kan anvendes til at afklare enkle socialmedicinske problemstillinger eller som indledende orienteringer forud for en egentlig sagsbehandling, hvori der eventuelt kan indgå indhentning af attestationsmateriale fra lægen. Telefoniske henvendelser kan ikke anvendes til indhentning af oplysninger, der normalt indhentes via attester aftalt i det sociallægelige samarbejde.

ANMÆRKNING TIL § 56:

Lægen har ikke pligt til at deltage i socialmedicinsk arbejde, men lægen tilstræber deltagelse. Det socialmedicinske samarbejde skal i videst mulig udstrækning tilrettelægges under hensyntagen til lægens mulighed for fremmøde og den tidsmæssige belastning af lægen.

§ 56A. ELEKTRONISK KOMMUNIKATION MELLEM LÆGEN OG KOMMUNENS PLEJEPERSONALE.

Stk. 1.

Lægen kan vælge at kommunikere elektronisk med kommunens plejepersonale (hjemmepleje, plejehjem mv.), der handler på patientens vegne. Den elektroniske kommunikationsform betegnes som e-mail konsultation. E-mail konsultationer honoreres med ydelse 0105, jf. § 68.

Stk. 2.

Elektronisk kommunikation med hjemmepleje og plejehjem skal foregå efter MedCom-standards og kan tages i anvendelse i takt med, at lægens EDB-system og de enkelte kommuners omsorgssystemer understøtter MedComs meddelellesstandarder. Den enkelte læge vælger, om elektronisk kommunikation med hjemmeplejen/plejehjem, helt eller delvis, skal være en del af praksis' tilbud.

Stk. 3.

E-mail konsultation omfatter enkle, konkrete forespørgsler af ikke-hastende karakter, som ikke kræver supplerende spørgsmål fra lægens side. E-mail konsultation omfatter også elektronisk meddelelse til hjemmeplejen/plejehjemmet med svar på laboratorieprøver eller undersøgelser samt eventuel behandlingsplan. Endvidere omfattes situationer, hvor hjemmeplejen/plejehjemmet sender elektronisk meddelelse med observationer vedrørende patienten, og lægen svarer med behandlingsplan.

Stk. 4.

Der honoreres ikke for lægens svar på hjemmeplejens/plejehjemmets eventuelle supplerende spørgsmål eller for lægens afvisning af hjemmeple-

jens/plejehjemmets anmodning om e-mail konsultation. Der honoreres heller ikke for tidsbestilling eller for receptfornyelse, der ikke kræver en fornyet lægelig vurdering. Der honoreres ej heller for lægens modtagelse af meddelelser fra hjemmeplejen/plejehjemmet af rent orienterende karakter, som ikke kræver handling eller svar fra lægen.

PROTOKOLLAT TIL § 56A, STK. 3 VEDR. E-KOMMUNIKATION:

Parterne er enige om, at hvis hjemmeplejen/plejehjemmet ønsker dokumentation tilsendt elektronisk eller på anden måde efter at patienten har modtaget en ydelse efter Landsoverenskomsten (telefonkonsultation, konsultation eller besøg), er det en ydelse, der ikke er omfattet af lægens forpligtelse. Parterne er enige om, at det kan være et element i kvalitetssikringen af samarbejdet, at skriftlig dokumentation kan tilvejebringes ekstra fra lægen. Parterne samt KL vil i overenskomstperioden søge at udrede behovet for og indholdet i en sådan ydelse, med henblik på at den eventuelt kan indgå i de muligheder for kommunikation, der er aftalt.

Det har indgået i forhandlingerne, at der kan være behov for at honorere for en e-mail konsultation i situationer, hvor lægen efter en ydelse (telefonkonsultation, konsultation eller besøg) vurderer, at hjemmeplejen/plejehjemmet skal informeres om behandlingsplan. Parterne samt KL vil udrede problemstillingen med henblik på at en sådan honorering for e-mail konsultation eventuelt kan implementeres i overenskomstperioden.

§ 57. GENERELT SAMARBEJDE MELLEM KOMMUNEN OG DE PRAKTISERENDE LÆGER

Generel rådgivning til kommunerne fra praktiserende læger er ikke omfattet af denne overenskomst. Praktiserende Lægers Organisation og KL har indgået aftale om Vejledende takster, når kommuner indgår aftale med læger om at yde generel rådgivning omkring udvikling af kommunale sundhedstilbud mv.

§ 57A. KOMMUNALT-LÆGELIGE UDVALG MELLEM KOMMUNERNE OG DE PRAKTISERENDE LÆGER

Stk. 1.

I kommunerne kan der nedsættes rådgivende udvalg (kommunalt-lægelige udvalg) bestående af lokale praktiserende læger og repræsentanter for kommunen. Udvalgene kan være nedsat som permanente udvalg eller som ad hoc udvalg.

Stk. 2.

De kommunalt-lægelige udvalg kan beskæftige sig med emner af fælles interesse, med henblik på at styrke samarbejdsrelationerne mellem de praktiserende læger og kommunen. Udvalgene skal medvirke til at nyttiggøre de praktiserende

lægers indsigt i de lokale social- og sundhedsmæssige problemer og deres særlige muligheder for at bidrage til løsning af sådanne problemer.

Stk. 3.

Udvalget kan udarbejde vejledende retningslinier for den fremtidige procedure inden for relevante samarbejdsområder med henblik på at sikre, at indsatsen over for den enkelte borger optimeres, f.eks. indsatsen overfor særlige befolkningsgrupper, forebyggelse af indlæggelser, psykiske patienter med sociale problemer, behandlingsprogrammer i hjemmeplejen, forsøgsprojekter m.v.

Stk. 4.

I det omfang udvalgets arbejde medfører behov for aftaler med de praktiserende læger om indsatsen, herunder om særlig honorering, der ikke er omfattet af denne overenskomst, kan honoreringsspørgsmålet løses ved enten - såfremt regionen er enig heri - at der indgås en aftale herom i henhold til tillægsaftalen om sundhedspædagogiske ydelser m.v., eller ved at kommunen indgår en tilsvarende aftale med praksisudvalget. Sådanne aftaler skal indberettes til regionssamarbejdsudvalget, jf. i øvrigt bilag om Vejledende takster for samarbejdet mellem kommunen og de praktiserende læger.

Stk. 5.

De kommunalt-lægelige udvalg afholder møder efter behov. De deltagende læger honoreres for deltagelse med et honorar pr. time svarende til § 3 i tillægsoverenskomst vedrørende iværksættelse af forebyggende ydelser m.m. Udgiften afholdes af kommunen.

Stk. 6.

Sekretariatsfunktionen varetages af kommunen. Kommunen skal informere samarbejdsudvalget, jf. § 5, om timeforbruget.

ANMÆRKNING TIL § 57A, STK. 1

Udvalgets lægelige medlemmer bør praktisere i kommunen.

§ 58. KLAGEREGLERNES OMFANG

Stk. 1.

Klagereglerne omfatter regioner, kommuner, alle sikrede og alle overenskomst-omfattede læger.

Stk. 2.

Klagereglerne omfatter de forhold, der er omhandlet i overenskomsten.

Stk. 3.

Spørgsmål om overtrædelse af lov om autorisation af sundhedspersoner, straffelovgivning m.v. omfattes ikke af klagereglerne.

§ 59. FREMSÆTTELSE AF KLAGER

Stk. 1.

Klager fra sikrede fremsættes i den kommune, hvor sikrede er bosat, eller direkte over for regionen.

Stk. 2.

Klager fra læger fremsættes over for praksisudvalget.

Stk. 3.

Klager fra kommuner fremsættes over for regionen.

Stk. 4.

Klager, der fremsættes over for regionen, skal fremsættes skriftligt. Alle klager skal fremsættes inden 6 uger efter, at det forhold, der giver anledning til klagen, er kommet til klagerens kundskab.

§ 60. BEHANDLING AF KLAGER FRA SIKREDE

Stk. 1.

Klagen forelægges den region, hvor lægen har sit konsultationssted.

Stk. 2.

Regionen indhenter en udtalelse fra den part, der er klaget over, eller afgiver selv en udtalelse til Landssamarbejdsudvalget, jf. stk. 5, såfremt det er regionen, der er klaget over.

Stk. 3.

Vedrører klagen en læge, indbringes klagen for samarbejdsudvalget.

Stk. 4.

Vedrører klagen en kommune, indbringes klagen for samarbejdsudvalget.

Stk. 5.

Klager over regionen forelægges for Landssamarbejdsudvalget.

§ 61. BEHANDLING AF KLAGER FRA LÆGER

Stk. 1.

Praksisudvalget indhenter en udtalelse fra den part, der er klaget over, dog for så vidt angår klager over sikrede, en udtalelse gennem regionen.

Stk. 2.

Vedrører klagen en sikret indbringes klagen, såfremt praksisudvalget ikke mener at kunne afvise klagen, for samarbejdsudvalget.

Stk. 3.

Vedrører klagen en kommune indbringes klagen for samarbejdsudvalget.

Stk. 4.

Vedrører klagen en region, indbringes klagen for samarbejdsudvalget.

§ 62. BEHANDLING AF KLAGER FRA KOMMUNER

Stk. 1.

Klagen forelægges den region, hvor lægen har sit konsultationssted.

Stk. 2.

Regionen indhenter en udtalelse fra den part, der er klaget over, eller afgiver selv en udtalelse til Landssamarbejdsudvalget, jf. stk. 4, såfremt det er regionen, der er klaget over.

Stk. 3.

Vedrører klagen en læge, indbringes klagen for samarbejdsudvalget.

Stk. 4.

Vedrører klagen en region, forelægges klagen for Landssamarbejdsudvalget

§ 63. FÆLLES REGLER FOR BEHANDLING AF KLAGER

Stk. 1.

Ved klager, der ikke omfattes af klagereglerne, skal klageren oplyses herom og vejledes med hensyn til andre klagemuligheder.

Stk. 2.

Klager kan ikke afgøres ved forhandling med den part, der klages over, og den, der behandler klagen.

Stk. 3.

Parterne i klagesager er forpligtet til at afgive fuld oplysning om alle sagen vedrørende forhold til den, der har sagen til behandling.

Stk. 4.

I forbindelse med behandling af sager efter dette kapitel finder principperne i lov nr. 571 af 19-12-1985 (forvaltningsloven) § 3, stk. 1, 1), 2), 3) og 5) og stk. 2, § 4, § 9, § 10, stk. 1, 1), § 12, 1), § 14, § 15, § 16, stk. 1, § 17, § 19, § 22, § 23, § 25, stk. 1, § 27 og § 28 og § 30 tilsvarende anvendelse.

Stk. 5.

Klagesager skal behandles som fortrolige. Offentliggørelse kan kun finde sted efter særlig vedtagelse i Landssamarbejdsudvalget.

Stk. 6.

I sager, der behandles efter dette kapitel, er parterne pligtige at rette sig efter den trufne afgørelse.

§ 64. AFGØRELSE AF KLAGESAGER OG ANKE

Stk. 1.

Der kan kun træffes afgørelse i klagesager, når der er enighed om afgørelsen i klageorganet.

Stk. 2.

Er der ikke enighed i samarbejdsudvalget, indbringes sagen for Landssamarbejdsudvalget til afgørelse.

Stk. 3.

Samarbejdsudvalgets afgørelser kan inden 6 uger af klageren eller af den indklagede indbringes for Landssamarbejdsudvalget.

KAPITEL XII. HONORARER OG REGULERING

§ 65. BASISHONORAR (GRUNDHONORAR)

Basishonorar udgør pr. gruppe 1-sikret 71,29 kr. for et kvartal.

§ 66. PRAKSISOMKOSTNINGSHONORAR (GRUNDHONORAR)

Praksisomkostningshonoraret pr. læge udgør årligt kr. 13.542.

§ 67. UDGÅET

****NYT** Med virkning fra 01-04-2007**

§ 68. GRUNDYDELSER I DAGTIDEN (GRUNDHONORAR)

0101.	Konsultation	111,78
0105.	E-mail konsultation	49,68
0106.	Aftalt forebyggelseskonsultation	211,14
0107.	Forløbsydelse for diabetespatienter	1.099,17
0108.	Konsultation i forbindelse med forløbsydelsen for diabetespatienter	0,00
0109	Telefonkonsultation i forbindelse med forløbsydelsen for diabetespatienter	0,00
0110	E-kommunikation i forbindelse med forløbsydelsen for diabetespatienter	0,00
0201.	Telefonkonsultation	24,84
0411.	Sygebesøg indtil 4 km (zone I)	176,95
0421.	Sygebesøg fra påbeg. 5 km indtil 8 km (zone II)	210,64
0431.	Sygebesøg fra påbeg. 9 km indtil 12 km (zone III)	242,35
0441.	Sygebesøg fra påbeg. 13 km indtil 16 km (zone IV)	274,26
0451.	Sygebesøg fra påbeg. 17 km indtil 20 km (zone V)	306,40
0461.	Sygebesøg fra påbeg. 21 km:	326,29
2301.	For hver påbegyndt km udover 21 km	7,96
0491.	Sygebesøg på ruten	176,95
0102.	Behandling af 2. og følgende sikrede i samme hjem jf. § 82A, stk. 1	111,78

ANMÆRKNING TIL § 68 VEDRØRENDE YDELSE NR. 0101:

Honoraret for ydelse 0101 stiger i overenskomstperioden til følgende beløb (grundhonorarer):

01-04-2007: kr. 113,02

01-01-2009: kr. 114,26

*ANMÆRKNING TIL § 68 VEDRØRENDE YDELSE NR. 0107:
Ydelse 0107, forløbsydelse for diabetespatienter, træder i kraft efter
parternes nærmere bestemmelse i løbet af første halvår 2007.*

*ANMÆRKNING TIL § 68 VEDRØRENDE YDELSE NR. 0411, 0421,
0431, 0441, 0451, 0461 og 0491:*

*Honoraret for nedenstående ydelser stiger pr. 01-04-2007 til følgende
beløb (grundhonorarer):*

Ydelse 0411: kr. 195,58

Ydelse 0421: kr. 229,27

Ydelse 0431: kr. 260,98

Ydelse 0441: kr. 292,89

Ydelse 0451: kr. 325,03

Ydelse 0461: kr. 344,92

Ydelse 0491: kr. 195,58

§ 69. INSTITUTIONSSTILLÆG, DAG- OG VAGTTID (GRUNDHONORAR)

- | | | |
|-------|---|-------|
| 1208. | Tillæg til ydelse til 2., 3. og følgende sikrede ved besøg på
andre institutioner end plejehjem, jf. § 82A, stk. 2 | 30,24 |
|-------|---|-------|

§ 70. TILLÆGSYDELSER (GRUNDHONORAR)

- | | | |
|-------|--|--------|
| 2101. | Blodtagning fra blodåre pr. forsendelse (skal blodprøven
sendes flere steder hen, er ydelsen pr. forsendelse) | 43,47 |
| 2102. | Udtagning af prøve af livmodermund og -hals til cytolo-
gisk undersøgelse, inkl. forsendelse ¹⁾ | 31,05 |
| 2104. | Blærekateterisation (ekskl. udgifter til kateter) | 130,41 |
| 2105. | Fjernelse af fremmedlegeme(r) fra øje, øregang, næse og
svælg (kun én ydelse uanset om der i samme konsultation
fjernes et eller flere fremmedlegemer) | 86,94 |
| 2107. | Fjernelse af fremmedlegeme under hud eller negl (uanset
antal under negl eller under hud fra samme legemsdel.
Ydelsen gælder ikke suturfjernelse) | 86,94 |
| 2108. | Næsetamponade, standsning af blødning efter tandudtræk | 86,94 |

2109.	Anlæggelse af immobiliserende bandager	86,94
2136.	Anoskopi	86,94
2111.	Første behandling af mindre knoglebrud og reposition af skred i mindre led	173,88
2112.	Første behandling af større sår	173,88
2113.	Biopsi med efterfølgende mikroskopisk undersøgelse hos patolog, inkl. forsendelse	173,88
2115.	Fjernelse af negl	260,82
2116.	Paracentese af trommehinde	260,82
2117.	Fjernelse af subkutane eller dybereliggende svulster, inkl. evt. forsendelse til patologisk undersøgelse (ekskl. vorte)	260,82
2118.	Operation for dybereliggende betændelse (eksempelvis åbning af byld)	260,82
2119.	Tapning af væskeansamling fra større led i terapeutisk øjemed, og ikke i diagnostisk øjemed eller ved indsprøjtning	260,82
2120.	Venesectio tilrådet af hospital eller speciallæge samt ved livstruende tilstande	260,82
2121.	Andre betydelige operationer (eksempelvis vabratio eller tilsvarende indgreb)	347,76
2122.	Første behandling af brud på skinneben, lår, over- eller underarm	347,76
2123.	Reposition af store ledscred, nemlig fod, knæ, hofte, albue eller skulder	347,76
2124.	Behandling af store udbredte læsioner og forbrændinger	347,76
2125.	Oplivningsforsøg, herunder iltbehandling ved livstruende tilstande	347,76
2131.	Ligsyn med udstedelse af dødsattest (side 1 og 2)	130,41
2133.	Forsendelse af biologisk materiale ekskl. blodprøver	31,05

2134.	Ligsyn med udfyldelse af dødsattestens side 1	93,15
2135.	Udfyldelse af dødsattestens side 2, inkl. forsendelse til Sundhedsstyrelsen	37,26
2137.	Udtagelse og forsendelse af pacemaker (forsendelse efter nærmere aftale med regionen)	260,82
2138.	Instruktion og udlevering af væske- og vandladnings-skema	86,94
2141.	Fortsat kontrol af svangerskabsforebyggende teknik	43,47
2142.	Vejledning i svangerskabsforebyggende metoder ved første henvendelse fra den sikrede eller ved overgang til anden svangerskabsforebyggende teknik	86,94
2143.	Vejledning og undersøgelse i forbindelse med anmodning om svangerskabsafbrydelse og/eller sterilisation	130,41
2144.	Vejledning i benyttelse af svangerskabsforebyggende metoder ved indlæggelse af spiral eller indsættelse af implanon (ekskl. udgifter til spiral og implanon)	173,88
2145.	Fjernelse af implanon	260,82
2146.	Udlån af og instruktion i anvendelse af apparatur til hjemmeblodtryksmåling	130,41
2149	Diagnosticering, udredning og opfølgning ved anvendelse af fagligt anerkendte psykometriske tests	190,03
2161.	Tillæg til ydelse af lægehjælp (konsultation eller forebyggelseskonsultation), hvor der anvendes kvalificeret tolk ²⁾	120,05
Følgende tillægsydelser kan kun anvendes sammen med ydelse 0106, aftalt forebyggelseskonsultation:		
2304	Supplerende specifik forebyggelsesindsats	130,41
2305	Opsøgende hjemmebesøg (skrøbelige ældre, normalt over 75 år) ³⁾	509,22

- 1) Såfremt det besluttet i regionen, at man ønsker iværksat særlig tilrettelagt undersøgelse mod livmoderhalskræft (generelt forebyggende undersøgelser), kan ydelse 2102 anvendes inden for denne overenskomst og tillægsoverenskomst om nettoafregning. Samarbejdsudvalget træffer beslutning om den nærmere realisering, herunder vedrørende eventuelle informationskampagner over for kvinderne, vedrørende eventuelle indkaldelsesprocedurer og procedurer vedrørende meddelelse af undersøgelsesresultat samt vedrørende særlige blanketter til brug ved registrering af undersøgelserne, idet det forudsættes, at dette ikke påfører lægerne særskilt merarbejde. Merudgifterne til administrationen, herunder indkaldelse af patienter, afholdes af regionen.
- 2) Regionen meddeler lægerne, hvilke tolke/tolkebureauer der betragtes som kvalificerede.
- 3) I forbindelse med ydelse 2305, opsøgende hjemmebesøg, ydes kørselsgodtgørelse efter § 76 og tidsforbrugstillæg svarende til § 56, stk. 2 c).

§ 70A. SAMTALETERAPI (GRUNDHONORAR)

Stk. 1.

6101.	Samtaleterapi	360,16
6201.	Tillæg pr. ekstra person, maks. 3 (afregnes på cpr-nummeret for den/de ekstra person(er))	89,42

Stk. 2.

Samtaleterapi efter stk. 1 anses honoreringsmæssigt for en grundydelse, hvortil der kan knyttes relevante tillægsydelser, jf. den i § 83A nævnte vejledning.

Stk. 3.

Der kan højst ydes 7 samtaleterapi konsultationer pr. sikret pr. år.

PROTOKOLLAT TIL § 70A:

Parterne er enige om, at læger, der yder samtaleterapi, i relevant omfang deltager i supervisionsmøder enten internt mellem alment praktiserende læger eller eksternt med psykolog eller psykiater. Der ydes ikke særskilt honorering for deltagelse i supervisionsmøder. Der henvises i øvrigt til Vejledning om anvendelse af Landsoverenskomstens ydelser vedrørende ydelse 6101.

Parterne er endvidere enige om, at såfremt en region ikke ønsker at tilbyde borgerne bosat i regionen samtaleterapi på de i § 70A nævnte vilkår, eller såfremt regionen finder, at udgifterne til samtaleterapi udvikler sig uhensigtsmæssigt, kan regionen ved meddelelse herom til lægerne i regionen med 3 måneders varsel opsige denne adgang.

Meddelelse om opsigelse af adgangen til samtaleterapi i henhold til § 70A indsendes til Praktiserende Lægers Organisation og Lønnings- og Takstnævnet samtidig med, at de alment praktiserende læger i regionen orienteres.

§ 71. TILLÆG FOR PATIENTLEDSAGELSE I AMBULANCE OG REJSE-
TILLÆG TIL ØER, HVOR DER IKKE ER BOSAT LÆGER (GRUNDHONORAR)

2201.	Pr. påbegyndt halve time ved rejser/patientledsagelse begæret i dagtiden	116,96
2502.	Pr. påbegyndt halve time ved rejser/patientledsagelse begæret i A-vagten	185,19
2502.	Pr. påbegyndt halve time ved rejser/patientledsagelse begæret i B-vagten	228,09

§ 71A. TILLÆG VED BEHANDLING AF PERSONER, DER IKKE ER TIL-
MELDT EN LÆGE (GRUNDHONORAR)

2401.	Tillæg til overenskomstens sædvanlige honorarer ved ydelse af behovsbestemt sygehjælp til personer, der er sygesikret i et andet EU/EØS-land + Schweiz, Norden samt British Citizens (se 1. rettighedsgruppe, § 29, stk. 4). Endvidere ved ydelse af lægehjælp efter denne overenskomst til udenlandske statsborgere med særligt legitimationsbevis (se 2. rettighedsgruppe, § 29, stk. 4) samt ved ydelse af akut nødvendig sygehjælp til personer, der er omfattet af 3. rettighedsgruppe, § 29, stk. 4.	173,88
2402.	Tillæg til overenskomstens sædvanlige honorarer i dagtiden ved ydelse af lægehjælp til gruppe 1-sikrede på øer, hvor der ikke er etableret lægepraksis. Endvidere ved ydelse af lægehjælp efter denne overenskomst til danske statsborgere med særligt legitimationsbevis, se 2. rettighedsgruppe, § 29, stk. 4.	55,89
2403.	Tillæg til ydelse af telefonkonsultation i dagtiden til gruppe 1-sikrede på øer, hvor der ikke er etableret lægepraksis, samt til danske statsborgere med særligt legitimationsbevis, se 2. rettighedsgruppe, § 29, stk. 4.	31,05

§ 72. GRUNDYDELSER I VAGTTIDEN (GRUNDHONORAR)

Stk. 1.

		A- vagten	B- vagten
0101.	Konsultation	175,93	218,43
0501.	Telefonkonsultation uden besøg/konsultation	86,17	108,87
0602.	Telefonkonsultation med besøg/konsultation	37,26	46,10
0471.	Besøg	244,43	298,95
2302.	Tillægstakst udover 10 km, pr. km	13,10	15,91
0102.	Behandling af 2. og følgende sikrede i samme hjem, jf. § 82A, stk. 1	175,93	218,43

ANMÆRKNING TIL § 72 VEDRØRENDE YDELSE NR. 2302:

Honoraret for ydelse 2302 stiger pr. 01-04-2007 til følgende beløb (grundhonorarer):

Ydelse 2302, A-vagt: kr. 15,07

Ydelse 2302, B-vagt: kr. 18,30

§ 72A. VAGTBEREDSKABSHONORAR (GRUNDHONORAR)

Stk. 1.

		A-vagten	B-vagten
1001.	Vagtberedskabshonorar efter § 50A, stk. 3 (små vagtordninger på øer), pr. time	120,08	120,08

Stk. 2.

Vagtberedskabshonoraret efter § 50A, stk. 3, kan max. pr. læge udgøre 320.188 kr. pr. år (grundbeløb), medmindre der aftales andet i samarbejdsudvalget.

§ 73. ATTESTTAKST

Stk. 1.

Attester til brug ved indlæggelse på institutioner for sindslidende, forsorgscentre, Nationalforeningens sanatorier, nervesanatorier og alkoholklivnikker betales efter den takst, som er fastsat af det offentlige og ellers efter Lægeforeningens attesttakst.

Stk. 2.

Andre attester, herunder attester i forbindelse med sygemeldinger, som er regionen uvedkommende, betales af den sikrede selv, ligesom et eventuelt honorar for den undersøgelse, der ligger til grund for attestudstedelsen, er regionen uvedkommende, medmindre den sikrede samtidig har modtaget sygdomsbehandling i henhold til denne overenskomst.

Stk. 3.

Attesttaksterne er pr. den 01-04-2006 fastsat til:

Institutioner for sindslidende

5001.	1. indlæggelse	630,00
5002.	Genindlæggelse på samme institution	234,00
5003.	Tvangsindlæggelse	345,00
5004.	Nervesanatorier	317,00
5005.	Alkoholklinikker	258,00

Stk. 4.

De i stk. 3 anførte takster er tillægsydelser der knytter sig til grundtydelser.

§ 73A. ANSØGNING OM TILSKUD TIL LÆGEMIDLER TIL KRONIKERE OG TERMINALPATIENTER (GRUNDHONORARER)

Stk. 1.

Ansøgning om tilskud til lægemidler til kronikere i henhold til sundhedslovens § 147, og til terminalpatienter i henhold til sundhedslovens § 148, indsendes til Lægemiddelstyrelsen og honoreres med de i stk. 2 fastsatte honorarer.

Stk. 2.

Ansøgning om tilskud til kronikere

5091.	Ikke-momspligtigt attestarbejde i forbindelse med konsultation ¹⁾	63,58
5092.	Ikke-momspligtigt attestarbejde uden patienten er til stede ²⁾	166,66
5991.	Momspligtigt attestarbejde i forbindelse med konsultation ¹⁾	79,48
5992.	Momspligtigt attestarbejde uden patienten er til stede ²⁾	208,33

Ansøgning om tilskud til terminalpatienter

5093.	Ikke-momspligtigt attestarbejde ³⁾	93,15
5993.	Momspligtigt attestarbejde ³⁾	116,44

Momspligten afhænger af, om lægen er momsregistreret.

Stk. 3.

Ved ansøgning anvendes de af Lægemiddelstyrelsen udarbejdede ansøgningskemaer.

ANMÆRKNING TIL § 73A, STK. 2:

- 1) *Honoraret afregnes sammen med et konsultationshonorar i dagtiden (0101). Hvis sikrede samtidig modtager sygdomsbehandling i henhold til denne overenskomst, afregnes der yderligere særskilt konsultationshonorar herfor. Afregning sker i så fald på to regninger for henholdsvis attestarbejde (0101 samt 5091/5991) samt for konsultation i forbindelse med sygdomsbehandling i henhold til landsoverenskomsten (0101).*
- 2) *Honoraret afregnes ikke sammen med et konsultationshonorar.*
- 3) *Attesthonoraret afregnes ikke sammen med et konsultationshonorar. Hvis sikrede samtidig modtager sygdomsbehandling i henhold til landsoverenskomsten ved en konsultation eller et sygebesøg, afregnes der for den pågældende grundydelse samt attesthonoraret på to forskellige regninger.*

§ 74. TANDUDTRÆKNING

Stk. 1.

Udtrækning af syge tænder betales efter den til enhver tid gældende overenskomst mellem Lønnings- og Takstnævnet og Dansk Tandlægeforening. I påkommende tilfælde søges nærmere oplysning hos regionen.

§ 75. LABORATORIEUNDERSØGELSER (GRUNDHONORAR)

Stk. 1.

De i nedenstående fortegnelse anførte laboratorieundersøgelser henholdsvis udtagning af prøver honoreres, når de bedømmes af lægen selv. Honoraret udgør pr. enhed kr. 11,86 (grundhonorar).

Nr.		Antal enheder
7101.	Urinundersøgelse ved stix	1
7109	Svælg-streptokok antigen	4
7115	Maskinel leukocyt- og differentialtæl-	3
7120	ling	5
7126	C-reaktiv protein (CRP)	9
7152	PP-INR (koagulationsfaktorer)	5
7168	3 undersøgelser for blod i fæces	5
7175	Se-kreatinin	4
	Svangerskabsreaktion, urin choriongo-	
7177	nadotropin	2
	Sænkingsreaktion (SR)	

Mikroskopi af biologisk materiale (lysfeltmikroskopi):

7114	Lysfeltmikroskopi inklusiv fremstilling (farvning) af præparat	9
------	---	---

Mikroskopi af biologisk materiale (fasekontrastmikroskopi):

7116	Fasekontrastmikroskopi af biologisk materiale, eksklusiv urin	5
7122	Fasekontrastmikroskopi af urin	4

Dyrkning af biologisk materiale i eget laboratorium:

7105.	Bakterier	3
7106.	Svampe	3
7107.	Andet	3
7189.	Urin til resistensbestemmelse ⁴	6

Blodundersøgelse ved fotometri:

7108.	B-hæmoglobin (fotometer)	4
7136.	B-glukose (fotometer)	4

Diverse undersøgelser:

7112.	Audiometriundersøgelse	10
7113.	Udvidet lungefunktionsundersøgelse ved spirometri	9
7121.	Dobbelt lungefunktionsundersøgelse for an- strengelsesprovokeret astma eller reversibi- litetstest ved spirometri i samme konsul- tation	18
7117.	Tympanometri	8
7156.	Elektrokardiografi, inkl. prækordialafled- ninger	9
7183.	Lungefunktionsundersøgelse (peak flow)	3

Stk. 2.

Ændring af det i stk. 1 nævnte honorar pr. enhed eller ændringer i enhedstallet kan til enhver tid foretages efter forhandling mellem overenskomstens parter.

Stk. 3.

⁴ Det er ikke rutinemæssigt indiceret i almen praksis at foretage resistensbestemmelse, medmindre der er tale om recidiverende infektion og i nogle tilfælde for gravide, børn eller andre situationer.

Vedrørende honorering for blodtagning fra blodåre til særlige prøver samt udtagning af prøver til cytologiske undersøgelser henvises til § 70, tillægsydelser, ydelse 2101 og 2102.

ANMÆRKNING TIL § 75, YDELSE NR. 7120, C-REAKTIV PROTEIN (CRP):

Der kan honoreres for ydelse 7120 ved anvendelse af CRP i forbindelse med de med + markerede tentative diagnoser:

<i>Sinuitis acuta</i>	<i>+</i>	<i>Relevant i kombination med SR</i>
<i>Pneumoni</i>	<i>+</i>	
<i>Inflammatoriske tarmsygdomme</i>	<i>+</i>	
<i>Otitis media acuta</i>	<i>+</i>	
<i>Bronchitis</i>	<i>+</i>	
<i>Tonsilia acuta</i>	<i>-</i>	<i>Ikke relevant, anbefaler Strep-A-test</i>
<i>Cancer</i>	<i>+</i>	<i>Kan være relevant med alle kendte forbehold</i>
<i>Gynækologiske infektioner</i>	<i>+</i>	<i>Relevant ved mistanke om salpingitis</i>
<i>Urinvejsinfektion</i>	<i>(+)</i>	<i>Ved mistanke om pyelonephritis, ellers ikke</i>
<i>Antibiotika Monoterering</i>	<i>+</i>	<i>Relevant</i>
<i>Løbende klinisk vurdering</i>	<i>+</i>	<i>Særdeles relevant, og bør benyttes inden antibiotisk behandling iværksættes</i>

Der henvises i øvrigt til Pjece fra DSAM og PLO 2000 vedrørende CRP og SR i almen praksis. Pjecen er ved trykning af landsoverenskomsten juni 2006 under redigering.

PROTOKOLLAT TIL § 75:

Der er mellem parterne enighed om, at der med henblik på at sikre såvel den tekniske som faglige kvalitet af de laboratorieundersøgelser, der udføres i almen praksis, indføres kvalitetssikringsordninger i alle regioner.

Det aftales i samarbejdsudvalget, hvilke laboratorieundersøgelser i henhold til § 75 der skal omfattes af regionens kvalitetssikringsordning, og hvorledes den skal gennemføres. De laboratorieundersøgelser, som en region måtte have truffet beslutning om at iværksætte, jf. rammeaftale vedrørende laboratorieundersøgelser, omfattes ligeledes af kvalitetssikringsordningen i det omfang, det fremgår af regionens beslutning.

Der oprettes en laboratoriekonsulentordning, f.eks. med tilknytning til sygehusvæsenets laboratorium/klinisk-kemiske afdeling eller andre medicinske laboratorier. Læger, der i egen klinik ønsker at udføre laboratorieundersøgelser omfattet af kvalitetssikringsordningen, skal tilmeldes ordningen for at kunne udføre laboratorieundersøgelser for regionens regning. Indtil samarbejdsudvalget har aftalt, hvilke laboratorieundersøgelser der skal omfattes af regionens kvalitetssikringsordning, er lægerne berettiget til at udføre samtlige de i § 75 angivne laboratorieundersøgelser på sædvanlig vis.

Betaling af de med kvalitetssikringsordningen forbundne udgifter aftales i samarbejdsudvalget.

Samarbejdsudvalget kan nedsætte en styregruppe, der rådgiver samarbejdsudvalget på laboratorieområdet, herunder om konsulentfunktionen. Der skal i styregruppen være den fornødne faglige ekspertise.

§ 76. KØRSELSGODTGØRELSE

Godtgørelse for benyttelse af eget befordringsmiddel, jf. § 91, er den samme godtgørelse pr. påbegyndt km, som til enhver tid af staten er fastsat for benyttelse af eget befordringsmiddel på tjenesterejser. Til denne godtgørelse ydes et tillæg på 15%, forhøjet til nærmeste hele ørebeløb.

§§ 77, 77A, 78 OG 79. UDGÅET

§ 80. REGULERING AF HONORARER

Stk. 1.

Det i § 66 nævnte praksisomkostningshonorar er grundhonorar. Honoraret reguleres med 0,901 procentpoint for hvert udsving i nettoprisindekset (juli 2000 = 100) udover 111. Ved udsving mindre end et procentpoint i nettoprisindekset reguleres med forholdsmæssig andel af 0,901 procentpoint.

Stk. 2.

De i §§ 56, 65, 68, 69, 70, 70A, 71, 71A, 72, 73A, og 75 nævnte honorarer er grundhonorarer, hvortil lægges regulering efter stk. 3-6.

Stk. 3.

Omkostningsandelen af honorarerne efter stk. 2 (25 % af honorarerne) reguleres med 0,225 procentpoint for hvert udsving i nettoprisindekset (juli 2000 = 100) udover 111. Ved udsving mindre end et procentpoint i nettoprisindekset reguleres med forholdsmæssig andel af 0,225 procentpoint.

Stk. 4.

Nettoandelen af honorarerne efter stk. 2 (75 pct. af honorarerne): Ved ændring i indekset for den særlige reguleringsprocent for regioner og kommuner i forhold til det pr. den 01-10-2005 gældende (112,4454) reguleres honorarerne med 0,667 procentpoint for hver procentpoints ændring (og tilsvarende for dele af 1 procentpoint).

Stk. 5.

Ved beregning af den samlede reguleringsprocent for honorarerne efter stk. 2 sammenlægges procenterne beregnet efter stk. 3 og 4, og den endelige reguleringsprocent angives med én decimal.

Stk. 6.

Reguleringerne efter stk. 1- 5 finder sted pr. 01-04 og 01-10.

Stk. 7.

Ved eventuelle ændringer af de i §§ 56, 65, 66, 68, 69, 70, 70A, 71, 71A, 72, 73A og 75 nævnte grundhonorarer eller ved ændringer i den særlige reguleringsprocent for regioner og kommuner i forhold til forudsætningerne for bestemmelserne i denne paragraf, tages den i stk. 1-5 fastsatte regulering op til overvejelse.

ANMÆRKNING TIL § 80, STK. 4:

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

ANMÆRKNING TIL § 80, STK. 5:

Den merøkonomi, der påbegyndes udløst via den automatiske reguleringsordning (ekskl. reguleringen af efteruddannelsesfonden, fagligt udvalg, CKI, forskningsfonden og puljer til amtslige kvalitetsudviklingsaktiviteter) fra og med den 01-04-2006 og til og med den 01-10-2008 målrettes med 55 pct. mod basishonoraret og finansiering af forløbshonorar for kronikere, og 45 pct. mod konsultationshonoraret i dagtid. Fra den 01-04-2009 genindføres sædvanlig regulering af alle ydelser med mindre andet aftales, og fra dette tidspunkt sker finansiering af forløbshonorar ikke længere via provenuet fra reguleringsordningen. Såfremt antallet af forløbsydelser efter den 01-04-2009 overstiger 66.000 skal der indgås aftale om finansiering af det overskydende antal.

Merøkonomien pr. den 01-04 og den 01-10 (hvor der udløses økonomi via reguleringsordningen) beregnes løbende ud fra det senest kendte årlige regnskab fra sygesikringen i grundhonorarniveau, således at der tages højde for realudviklingen i aktiviteten. Den løbende forhøjelse af basishonoraret beregnes ud fra det senest kendte antal gruppe 1-sikrede, og den løbende forhøjelse af konsultationshonoraret beregnes

ud fra det senest kendte antal konsultationer i en periode på et år. Metoden skal være økonomisk neutral.

Parterne er enige om, at basishonorarerne udgjorde 1.363 mio. kr. (26,48 pct.) og ydelseshonorarerne 3.784 mio. kr. (73,52 pct.) i 2004.

§ 80A. TAKSTANVENDELSE VED ÆNDRING I REGULERINGSPRO- CENTEN

Såfremt tillægget i henhold til § 80 ved et kvartalsskifte ændres i relation til indsendelse af regninger for ydelseshonorarer for en uge, anvendes de nye takster i denne uge, såfremt ændringen finder sted søndag-onsdag, medens de gamle takster anvendes, hvis ændringen finder sted torsdag-lørdag.

KAPITEL XIII. AFGRÆNSNING AF DE ALMINDELIGE YDELSER OG BESTEMMELSER OM HONORERING

§ 81. AFGRÆNSNING, TELEFONKONSULTATION/KONSULTATION, RECEPTFORNYELSE

Stk. 1.

En telefonisk henvendelse i dagtiden takseres som telefonkonsultation, hvis der er ydet lægelig behandling, rådgivning eller vejledning som imødekommer patientens behov for lægehjælp på det pågældende tidspunkt. Hvis den telefoniske henvendelse resulterer i en aftale om at patienten ses af lægen senere i konsultationen eller ved besøg, anses den telefoniske henvendelse som en uhonoreret tidsbestilling, medmindre samtalen har medført en sådan stillingtagen, at et behov for foreløbig akut lægehjælp er imødekommet.

Stk. 2.

Almindelige receptfornyelser uden rådgivning kan aldrig takseres hverken som telefonkonsultation eller konsultation.

§ 82. AFGRÆNSNING, SYGEBESØG/BESØG PÅ RUTEN

Stk. 1.

Afstande ved sygebesøg regnes fra lægens konsultationssted.

Stk. 2.

Ved afgørelse af, om der er tale om besøg eller besøg på ruten i forbindelse med flere besøg på samme tur, hvor lægen ikke på grund af de geografiske forhold må passere sit konsultationssted, regnes besøget hos den sikrede, der bor længst borte, som et besøg, medens øvrige besøg på turen betragtes som besøg på ruten.

§82A. AFGRÆNSNING, BEHANDLING AF FLERE SIKREDE I SAMME HJEM

Stk. 1.

Behandler en læge flere sikrede i samme hjem, beregnes der kun besøgshonorar for én sikret. For den næste og de følgende sikrede beregnes ydelsen til konsultationstakst. Ved besøg i vagttiden honoreres med det konsultationshonorar, som i øvrigt gælder i henholdsvis A-vagten og B-vagten.

Stk. 2.

Ved "samme hjem" forstås hjem med samme husførelse. Hvis der er tale om institutioner med samme husførelse, honoreres der, ud over det i stk. 1 anførte konsultationshonorar, med institutionstillæg i henhold til § 69, ydelse 1208.

Stk. 3.

Plejehjemsboliger og boliger på andre institutioner for ældre er altid at betragte som egen bolig og derfor ikke omfattet af stk. 2.

§ 83. ALMINDELIGE BESTEMMELSER OM HONORERING

Stk. 1.

Lægen får intet ydelseshonorar for ydelse af lægehjælp til sig selv, til ægtefælle eller hjemmeboende børn.

Stk. 2.

Overenskomstmæssige ydelser, for hvilke der ikke i overenskomsten er fastsat et særskilt honorar, omfattes af de almindelige ydelseshonorarer. Indsprøjtning med de i § 52 nævnte immunglobuliner og vacciner honoreres ikke særskilt. Ydelsen omfattes af konsultations- eller besøgshonoraret. Indsprøjtning af gammaglobulin, sera og vacciner i forbindelse med en sikrets rejse til udlandet betales af den sikrede selv.

Stk. 3.

Lægen er forpligtet til at bistå regionen i gennemførelse af en forsvarlig økonomi med hensyn til de sygehjælpsudgifter, som er afhængige af lægens ordinationer. For så vidt angår forsvarlig økonomi med hensyn til de udgifter, som er afhængige af lægens lægemiddelordinationer gælder bestemmelserne i § 101A.

Stk. 4.

Såfremt en læge har påført regionen unødvendige sygehjælpsudgifter, kan lægen tildeles en advarsel, der kan udtales misbilligelse, lægen kan pålægges at betale et af samarbejdsudvalget foreslået beløb til regionen, lægen kan pålægges en bod, eller i gentagelsestilfælde kan lægen udelukkes fra at praktisere efter overenskomsten, jf. § 6, stk. 7 og § 10, stk. 2.

ANMÆRKNING TIL § 83:

Ved lægens ordinationer forstås bl.a. ordination af medicin, henvisning til andre behandlergrupper, herunder speciallæge, fysioterapeut, fodterapeut og psykolog, samt henvisning til sygehuse, laboratorier og billeddiagnostiske afdelinger. Endvidere forstås rekvisition af lægemidler og forbindsstoffer m.v.

§ 83A. VEJLEDNING OM ANVENDELSE AF LANDSOVERENSKOMSTENS YDELSER

Den faglige og honoreringsmæssige anvendelse af de i §§ 68, 70, 70A og 75 anførte ydelser er nærmere beskrevet i en af parterne udarbejdet vejledning.

§ 84. BASISHONORERING

Stk. 1.

For hver gruppe 1-sikret, der den 1. i et kvartals anden måned faktisk er tilmeldt lægen, honoreres denne med et fast basishonorar, der udgør det i § 65 anførte beløb.

Stk. 2.

For sikrede på øer, hvor der ikke er etableret lægepraksis, og for de i § 29, stk. 4, nævnte personer betales ikke basishonorar, da der ikke finder valg af læge sted.

Stk. 3.

I de tilfælde, hvor sikrede flytter til en anden læge, foretager regionen ingen fordeling af basishonorarer lægerne imellem, idet basishonoraret fuldt ud betales til den praksis, de sikrede var tilmeldt på opgørelsestidspunktet efter stk. 1.

Stk. 4.

Fradrag i basishonorar foretages i de tilfælde, der er nævnt i § 93, stk. 5 og 6.

Stk. 5.

Regionen skal påse, at der til enhver tid udbetales basishonorar for samtlige gruppe 1-sikrede, jf. dog stk. 2.

§ 85. HONORERING AF GRUNDYDELSER I DAGTIDEN OG DEN SENE KONSULTATION

Grundydelse i dagtiden og den sene konsultation honoreres med de i § 68 og § 70A nævnte honorarer.

§ 86. HONORERING AF YDELSER I VAGTTIDEN

Stk. 1.

Grundydelse i vagttiden, jf. § 49, bortset fra ydelser i den sene konsultation, honoreres med de i § 72 nævnte honorarer.

Stk. 2.

Ved sygebesøg der er begæret i dagtiden, afregnes der med dagtidshonorar selv om besøget først aflægges efter dagtids udløb. Dog kan der afregnes med vagthonorar hvis det drejer sig om pludselig opstået eller forværret sygdom eller ulykkestilfælde, der nødvendiggør at lægen aflægger sygebesøg umiddelbart, og hvis dette indebærer at besøget aflægges efter dagtids udløb.

Stk. 3.

Læger kan, selv om de ikke har vagt, aflægge sygebesøg i vagttiden til terminal-patienter og i forbindelse med hjemmefødsler. I sådanne situationer afregnes med vagthonorar.

Stk. 4.

I øvrigt skal læger, der ikke er på vagt, normalt afvise patienter, der henvender sig med akutte problemstillinger uden for dagtiden. Sådanne patienter henvises til lægevagten.

§ 87. TILLÆGSYDELSESHONORERING

Tillægsydelser som nævnt i § 70 honoreres sammen med en grundydelse, jf. §§ 68, 70A og 72.

§ 88. HONORERING AF LÆGEHJÆLP TIL SIKREDE PÅ ØER, HVOR DER IKKE ER ETABLERET LÆGEPRAKSIS

Stk. 1.

Ydelser i dagtiden honoreres med overenskomstens sædvanlige honorarer. Hertil lægges tillægsydelse nr. 2402 eller 2403, jf. § 71A.

Stk. 2.

Ydelser uden for dagtiden honoreres med de i § 72 nævnte honorarer.

Stk. 3.

Ved sygebesøg på øer, hvor der ikke er etableret lægepraksis, beregnes zonen i dagtiden, jf. § 68, som afstanden mellem lægens konsultationssted og patientens bopæl, ekskl. sejlafstanden. Ved sygebesøg i vagttiden beregnes besøgshonoraret svarende til afstanden mellem udgangspunktet for sygebesøget og patientens bopæl, ekskl. sejlafstanden. For rejsen til øen betales et grundhonorar pr. påbegyndt halve time for selve overfartstiden, jf. § 71, stk. 4.

For så vidt angår kørselsgodtgørelse og betaling for sørejser henvises i øvrigt til § 91, stk. 6.

§ 89. VAGTBEREDSKABSHONORERING

Stk. 1.

Læger, der deltager i vagtordninger i henhold til § 50A, stk. 3 og 4, har ret til vagtberedskabshonorar.

Stk. 2.

Vagtberedskabstiden, der indgår i beregningen af vagtberedskabshonoraret, omfatter hele vagttiden, jf. § 49. På dage, hvor vagthavende læge har sen konsultation, begynder vagtberedskabstiden kl. 18.00.

Stk. 3.

Vagtberedskabshonorarer beregnes på grundlag af det af lægen holdte antal vagtimer (inkl. egentlige arbejdstimer) inden for vagtberedskabstiden.

Stk. 4.

For så vidt angår vagtordninger i henhold til § 50A, stk. 3, udgør vagtberedskabshonoraret pr. vagttime (inkl. egentlige arbejdstimer) som grundhonorar det i

§ 72A anførte honorar. Øvrige vagtberedskabshonorarers størrelse aftales i samarbejdsudvalget.

Stk. 5.

For samme vagttidsrum kan der inden for samme vagtordning kun ydes vagtberedskabshonorar til én læge. Vagtberedskabshonoraret udbetales uafhængigt af, om vagten varetages af en vikar.

§ 90. HONORERING AF LABORATORIEUNDERSØGELSER

Stk. 1.

Såfremt en laboratorieundersøgelse som nævnt i § 75 finder sted i forbindelse med konsultation, forebyggelseskonsultation, telefonkonsultation eller besøg, honoreres der for både grundydelsen og for laboratorieundersøgelsen.

Stk. 2.

I alle andre tilfælde end nævnt i stk. 1 honoreres alene laboratorieundersøgelsen.

§ 91. HONORERING OG AFHOLDELSE AF UDGIFTERNE TIL KØRSEL

Stk. 1.

Tilkaldes en læge til en sikret eller til møde i en socialforvaltning, har lægen ret til kørselsgodtgørelse.

Stk. 2.

Lægen har valget mellem at benytte eget befordringsmiddel eller blive befordret af andre, men er i almindelighed uberettiget til at veksle mellem disse muligheder, således at han en del af året benytter eget befordringsmiddel og i øvrigt vognmand. Dog er en læge, der benytter eget befordringsmiddel, berettiget til, under særlige omstændigheder, at anvende hyrevogn. Ved særlige omstændigheder forstås eksempelvis den tid, der medgår til reparation af lægens bil, i særligt vanskeligt føre eller i andre situationer, hvor lægen midlertidigt er forhindret i at benytte eget befordringsmiddel. Læger, der er fyldt 60 år, er berettiget til at benytte hyrevogn under kørevagt, selv om de benytter eget befordringsmiddel i dagtiden. Såfremt regionen har indgået aftale med en vognmand, skal lægen benytte denne. Ved valg af vognmand skal lægen tage skyldigt hensyn til vedkommende regions økonomiske interesse i at anvende nærmestboende vognmand.

Stk. 3.

Godtgørelse for benyttelse af eget befordringsmiddel er den i § 76 nævnte godtgørelse.

Stk. 4.

Godtgørelsens størrelse er uafhængig af, om der benyttes bil eller andet befordringsmiddel.

Stk. 5.

Såfremt lægen ikke anvender eget befordringsmiddel, afleverer lægen til vedkommende vognmand eller hvem, der sørger for transporten, en af regionen udarbejdet rekvisition for hver sikret, der besøges. Rekvisitionen påføres lægens ydernummer, navn og konsultationssted samt den sikredes personnummer, navn og bopæl.

Stk. 6.

For så vidt angår læger, der betjener småøer, kan der ved forhandling mellem vedkommende region og praksisudvalget med pågældende lægers samtykke træffes aftale om afvigelser fra foranstående bestemmelser om kørselsgodtgørelse med henblik på at opnå en for begge parter rimelig vederlagsordning. Det samme gælder betaling for sørejser.

§ 92. BASISHONORERING VED EN LÆGES DØD

Når en læge dør, har afdøde læges bo ret til basishonorar i den periode, hvor praksis videreføres, jf. § 26, stk. 9 og § 35, stk. 1.

§ 93. BASISHONORARAFREGNING

Stk. 1.

Basishonoraret beregnes efter antallet af gruppe 1-sikrede, der den 1. i kvartalets anden måned er tilmeldt lægen.

Stk. 2.

Basishonoraret erlægges uden regning fra lægen med et a conto beløb på en anslået 1/3 i hvert kvartals 2 første måneder, og med resten inden det pågældende kvartals udgang.

Stk. 3.

Regionen giver sammen med basishonorarafregningen lægen en fortegnelse over af- og tilgang af de lægen tilmeldte gruppe 1-sikrede enten i form af en udskrift eller på diskette efter lægens valg. Aftale om anden form for elektronisk fremsendelse af fortegnelsen kan indgås. Regionen kan, efter aftale med lægen, fremsende fortegnelsen mindre hyppigt end kvartalsvis.

Stk. 4.

Regionen giver hvert kvartal lægen en fortegnelse over samtlige tilmeldte gruppe 1-sikrede enten i form af en udskrift eller på diskette efter lægens valg. Aftale om anden form for elektronisk fremsendelse af fortegnelsen kan indgås. Regionen kan, efter aftale med lægen, fremsende fortegnelsen mindre hyppigt end kvartalsvis.

Stk. 5.

Til praksis, der i medfør af § 18 har lukket for tilgang, finder der ikke udbetaling sted af basishonorar for det antal gruppe 1-sikrede, der overstiger 2.542 pr. læge eller det hertil i medfør af § 15, stk. 4 svarende tal. Indbetaling sker i stedet til Administrationsudvalget til dette udvalgs formål samtidig med betaling af basishonorar til praksis.

Stk. 6.

For praksis, der i medfør af undtagelsesbestemmelsen i § 18, stk. 1, ikke får lukket for tilmelding af gruppe 1-sikrede, udbetales basishonorar for samtlige gruppe 1-sikrede. For kompagniskabspraksis, hvor antallet af læger reduceres, eller som overgår til at være enkeltmandspraksis, og som derved får mere end 2.542 gruppe 1-sikrede tilmeldt pr. læge, udbetales basishonorar for samtlige gruppe 1-sikrede indtil praksis har haft lukket for tilgang i otte sammenhængende kvartaler.

§ 94. AFREGNING AF PRAKSISOMKOSTNINGSHONORAR

Praksisomkostningshonorar, jf. § 66, udbetales forholdsmæssigt i forbindelse med den ydelseshonorarafregning, som finder sted i januar, april, juli og oktober.

§ 95. UDGÅET

§ 96. AFREGNING AF YDELSESHONORARER

Stk. 1.

I forbindelse med hver enkelt overenskomstmæssig ydelse udarbejder lægen en regning. Afregning sker elektronisk efter MedRuc standarden. Regionerne udarbejder en snitfladebeskrivelse, som udgør det tekniske grundlag for afregningen. Ændringer i snitfladebeskrivelsen aftales med lægen.

Stk. 2.

Af regningen skal fremgå: Den sikredes personnummer, navn, bopæl, dato for ydelsen og dennes ydelsesnummer. For ydelser uden for dagtiden skal anføres det klokkeslæt, ved hvilket ydelsen er begæret.

Stk. 3.

På regningen kan noteres flere tillægs- og laboratorieydelser i forbindelse med enten konsultation eller besøg. Der må ikke noteres konsultation og besøg på samme regning, ligesom der ikke må noteres flere konsultationer eller flere besøg på samme regning. Lægens edb-system skal afgive et advis, hvis der registreres 2 eller flere regninger på samme person på samme dag. Lægen skal positivt bekræfte, at registreringen er korrekt.

Stk. 4.

Lægens regninger for hver uge (til og med lørdag) indsendes, således at de er regionen i hænde senest følgende onsdag. Regionen og lægen kan aftale, at regningerne fremsendes månedsvis, omfattende periodens afregningsuger i henhold til tidsplan for alment praktiserende lægers regningsindsendelse.

Stk. 5.

De således i løbet af en måned fremsendte regninger betales senest den 15. i den følgende måned. Hvis en læge anmoder om det, leverer regionen i forbindelse med afregningen en oversigt over samtlige ydelsesafregninger i det pågældende regnskabsår.

Stk. 6.

Ved forskelle på indtil 1% mellem lægens regninger og regionens beregninger betragtes regionens beregninger som gældende. I tilfælde af væsentligere afvigelser har begge parter krav på at få foretaget en nærmere opgørelse.

Stk. 7.

Betalingen af de lægen tilkommende honorarbeløb erlægges til lægen på hans egen giro- eller pengeinstitutkonto. Transport i lægens tilgodehavender kan ikke finde sted.

Stk. 8.

Regionens betalingspligt bortfalder principielt, såfremt reglerne i stk. 1-4 ikke er overholdt.

ANMÆRKNING TIL § 96:

Regninger med ufuldstændigt personnummer returneres kun 1 gang fra regionen til lægen. Lægen skal herefter søge at fremskaffe personnummer, hvad han altid kan få fra egen patient. Kan lægen ikke fremskaffe personnummer på fremmede patienter, betales regningen alligevel af regionen.

ANMÆRKNING TIL § 96, STK. 3:

Lægen skal på anmodning over for regionen dokumentere, at lægens edb-system lever op til kravet om advis. Systematisk tilbagesendelse til lægen af dobbeltregninger forudsættes at ophøre. Returnering af regninger kan fortsat finde sted som led i den almindelige kontrol.

§ 97. UDGÅET

§ 98. YDELSESHONORARAFREGNING VEDRØRENDE SOCIALMEDICINSK SAMARBEJDE

Stk. 1.

I forbindelse med hver ydelse efter § 56 udfylder lægen en regning, jf. § 96.

Stk. 2.

På regninger vedrørende socialmedicinske ydelser må ikke anføres andre ydelser, og der må kun anføres ydelser for én sikret på hver regning.

Stk. 3.

Afregning foretages i øvrigt som afregning i medfør af § 96, stk. 4-8.

§ 99. AFREGNING AF VAGTBEREDSKABSHONORAR

Stk. 1.

Læger, der vil gøre krav på honorering af vagtberedskab, indsender ved udgangen af hver måned og senest den 10. i den følgende måned oplysning om holdte vagter.

Stk. 2.

Oplysningerne indsendes til den region, hvor konsultationsstedet er beliggende, på et af regionen udarbejdet vagtberedskabsskema.

Stk. 3.

Regionen afregner vagtberedskabshonoraret med lægen senest den 15. i den næstfølgende måned.

§ 99A. AFREGNING AF KØRSELSGODTGØRELSE

Stk. 1.

På sædvanlig regning i forbindelse med sygebesøg påfører lægen det antal kørte kilometer. Ved et besøg på ruten påføres regningen henholdsvis det antal kørte kilometer fra lægens konsultationssted til første patient, fra første patient til næste patient osv. På regning vedrørende sidste patient tillægges afstanden fra denne til lægens konsultationssted. Såfremt der ved besøg på ruten aflægges besøg hos patienter, der ikke er sikrede efter overenskomsten, påføres regningen vedrørende den næste sikrede, der besøges på ruten, alene den direkte afstand fra den forrige sikrede, der blev besøgt på ruten. Såfremt der efter et besøg hos en ikke-sikret på ruten ikke aflægges besøg hos en sikret, påføres regningen for den sidst besøgte sikrede afstanden fra denne til lægens konsultationssted.

Stk. 2.

Regionen sammentæller de kørte antal kilometer i løbet af et regnskabsår og afregner automatisk efter den lavere takst, når de 20.000 kilometer er kørt. Ved første afregning, efter at 20.000 kilometer er kørt, skal lægen underrettes om den ændrede takst.

§ 100. ÅRSOPGØRELSER OG FASTSÆTTELSE AF HØJESTEGRÆNSER

Regionen foretager hvert år en opgørelse over det samlede antal overenskomst-mæssige ydelser, 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.

A. Den samlede ydelsesopgørelse må indeholde oplysning om

- 1) antal læger i regionen
- 2) antal sikrede i regionen
- 3) ydelsesnes fordeling på
 - a) ydelser i dagtiden for de lægen tilmeldte sikrede
 - b) ydelser i dagtiden til sikrede, der ikke er tilmeldt lægen, og
 - c) ydelser uden for dagtiden,

og inden for denne fordeling ydelsesnes fordeling på

- d) konsultationer
- e) forebyggelseskonsultationer
- f) forløbsydelse for diabetespatienter
- g) e-mail konsultationer
- h) telefonkonsultationer
- i) telefonkonsultation uden besøg
- j) telefonkonsultation med besøg
- k) de forskellige besøgs kategorier
- l) samtaleterapi
- m) socialmedicinsk samarbejde
- n) afstandstakst
- o) tillægsydelser
- p) laboratorieundersøgelser
- q) attestudstedelser og tandudtrækninger

- 4) det samlede gennemsnitlige antal ydelser i regionen.

B. Den samlede beløbsopgørelse må indeholde oplysninger om

- 1) antal sikrede i regionen
- 2) antal læger i regionen
- 3) det samlede ydelseshonorar vedrørende ydelser i dagtiden til de tilmeldte sikrede, ydelser i dagtiden til ikke-tilmeldte sikrede, ydelser uden for dagtiden, laboratorieundersøgelser og attesthonorarer
- 4) det samlede basishonorar
- 5) den gennemsnitlige udgift i regionen fordelt på de enkelte ydelser, nævnt under A.3).

Stk. 2.

Regionen foretager endvidere hvert år en opgørelse over antal ydelser og udgifter til almen lægehjælp fordelt på de enkelte praksis samt antal henvisninger til speciallæge og, i det omfang det er muligt, til sygehuse, laboratorier og billeddiagnostiske afdelinger samt nøgletal for medicinordinationer for den enkelte praksis.

Opgørelsen kan indeholde oplysning om antal henvendelser til lægevagtordningen fra de gruppe 1-sikrede tilmeldt den enkelte praksis sammenholdt med det gennemsnitlige antal henvendelser i regionen, f.eks. opgjort pr. 1000 sikrede.

Opgørelsen skal omfatte de absolutte ydelses- og udgiftstal samt de tilsvarende oplysninger standardiseret for køns- og alderssammensætningen blandt de gruppe 1-sikrede tilmeldt den enkelte praksis i forhold til regionen som helhed. Endvidere skal opgørelsen til brug for den enkelte praksis indeholde oplysninger om det gennemsnitlige antal konsultationer, forebyggelseskonsultationer, forløbsydelser for diabetespatienter, e-mailkonsultationer, telefonkonsultationer og sygebesøg i dagtiden kønsopdelt i 10-års aldersgrupper i den enkelte praksis sammenholdt med de tilsvarende tal for regionen som helhed.

- A. Ydelsesopgørelsen vedrørende den enkelte praksis må indeholde samme oplysninger som de under stk. 1 A nævnte, herunder antal sikrede pr. praksis og antal læger i praksis og må derudover indeholde oplysninger om det gennemsnitlige antal ydelser i regionen og i de områder, som praksis sammenlignes med.
- B. Udgiftsopgørelsen vedrørende den enkelte praksis må indeholde oplysninger om
- 1) antal sikrede
 - 2) antal læger i praksis
 - 3) udgifternes fordeling på
 - a) basishonorar
 - b) ydelser i dagtiden til sikrede tilmeldt lægen
 - c) ydelser i dagtiden til sikrede, der ikke er tilmeldt lægen
 - d) ydelser uden for dagtiden
 - e) laboratorieundersøgelser
 - f) attesthonorarer
 - 4) den gennemsnitlige udgift.

Udgiftsopgørelsen må indeholde oplysninger om udgifternes fordeling på de i stk. 1 A nævnte ydelser.

Stk. 3.

Landssamarbejdsudvalget fastsætter regler for udarbejdelse m.v. af årsopgørelsen efter denne bestemmelse samt for hvem, der skal have opgørelsen tilsendt.

Stk. 4.

Samarbejdsudvalget vurderer senest et halvt år efter regnskabsårets afslutning eller senest en af Landssamarbejdsudvalget tidligere fastsat dato udgifterne til lægehjælp vedrørende de enkelte praksis og vurderer væsentlige afvigelser lægerne indbyrdes i udgifterne til lægehjælp, herunder udgifter der er afhængige af lægernes ordinationer.

Stk. 5.

Samarbejdsudvalget kan på baggrund af gennemgangen efter stk. 4 rette henvendelse til en eller flere læger og eventuelt henstille, at aktivitetsniveauet i praksis tilpasses i forhold til gennemsnittet inden for de områder, som praksis sammenlignes med. Dette gælder afvigelser fra gennemsnittet i såvel opadgående som nedadgående retning.

Såfremt det ved gennemgangen efter stk. 4 viser sig, at udgiften til lægehjælp i dagtiden pr. sikret i en praksis i et år har overskredet den gennemsnitlige udgift pr. sikret inden for de områder, som praksis sammenlignes med, jf. stk. 2, med 25% eller derover for basis- og ydelseshonorarerne tilsammen eller med 40% eller derover for henholdsvis konsultationer (ydelse 0101) og laboratorieundersøgelser vedrørende egne tilmeldte, skal der foretages en undersøgelse af årsagen til de høje udgifter.

Stk. 6.

De i regionen virkende praksis, som ligger over gennemsnittet med mere end nævnt i stk. 5, skal høres af praksisudvalget, idet der ved undersøgelsen skal tages hensyn til alle forhold, som kan have indflydelse på regionens høje udgifter. Til brug ved høringen anvender praksisudvalget de i stk. 1 og stk. 2 nævnte oplysninger. Endvidere kan inddrages supplerende statistiske oplysninger. Lægen (lægerne) skal efter skriftlig henvendelse fra praksisudvalget have adgang til skriftligt - eller hvis det ønskes - også mundtligt at fremsætte sine (deres) synspunkter for praksisudvalget.

Stk. 7.

Undersøgelsen kan også iværksættes over for en eller flere læger, inden stk. 5-grænsen er overskredet. Samarbejdsudvalget kan i denne forbindelse iværksætte en undersøgelse og eventuelt fastsætte en højestegrænse vedrørende en eller flere ydelser, herunder vedrørende enkelte tillægsydelser og tillægsydelser i alt, og vedrørende enkelte ydelser eller ydelser i alt uden for dagtiden. Fremgangsmåden ved undersøgelsen efter denne bestemmelse fastsættes af samarbejdsudvalget.

Stk. 8.

Det af praksisudvalget indhentede materiale forelægges samarbejdsudvalget til vurdering. Samarbejdsudvalget kan ved vurderingen af det af praksisudvalget indhentede materiale endvidere inddrage supplerende oplysninger, der er tilvejebragt statistisk.

Stk. 9.

For så vidt en foretaget undersøgelse efter samarbejdsudvalgets opfattelse giver anledning til det, skal lægen gøres bekendt med forholdet, og der kan derudover fastsættes højstegrænse for praksis' samlede indtægter ved ydeshonorarer fra regionen i dagtiden eller for enkelte ydelseskategorier. Højstegrænser kan iværksættes fra følgende kvartals begyndelse.

ANMÆRKNING TIL § 100, STK. 2, 3. AFSNIT:

Hvert år udregnes det gennemsnitlige ydelses- og udgiftsniveau det foregående kalenderår kønsopdelt i 10-års aldersgrupper i regionen. Disse gennemsnit anvendes som grundlag for den efterfølgende køns- og aldersstandardisering af ydelses- og udgiftsniveauet i den enkelte praksis.

Med udgangspunkt i patientsammensætningen i den enkelte praksis, ganges de ovenfor beskrevne køns- og aldersfordelte ydelses- og udgiftsgennemsnit med antal patienter i hver tilsvarende køns- og aldersgruppe i den enkelte praksis. De herved opnåede tal summeres for hver ydelse, hvorved opnås et samlet tal for ydelses- og udgiftsniveauet i den enkelte praksis, såfremt patienterne havde et forbrug svarende til gennemsnittet i regionen.

Formålet med disse oplysninger er at kunne vurdere, hvorvidt afvigelserne for de praksis, der i henhold til § 100, stk. 5, er udtaget til vurdering, kan forklares ved køns- og alderssammensætningen af de tilmeldte sikrede.

§ 101. BORTFALD AF HØJESTEGRÆNSER

Stk. 1.

Højstegrænser fastsat af samarbejdsudvalget eller af Landssamarbejdsudvalget bortfalder, når udgiften i mere end 2 år har ligget under den aftalte højde, men kan af det udvalg, der har fastsat højstegrænsen, forlænges for et år ad gangen.

Stk. 2.

Samarbejdsudvalgets beslutning om forlængelse af højstegrænsen skal inden 1 måned fra afgørelsen indberettes til Landssamarbejdsudvalget med motivering for den trufne afgørelse.

Stk. 3.

En højstegrænse, der er bortfaldet, kan umiddelbart sættes i kraft igen, hvis det inden for det følgende år viser sig, at udgiftsniveauet igen stiger til over højstegrænsens niveau. Lægens udgiftsniveau må i det første år følges kvartalsvist, og genindførelsen af højstegrænsen bør have virkning for dette år således, at der i forbindelse med årsopgørelsen kan foretages tilbageholdelse af det overskredne beløb for det første år.

Ikrafttræden kan ske administrativt efter drøftelse med praksisudvalgsformanden, det vil sige uden egentlig behandling i samarbejdsudvalget, der dog bør underrettes om sagen.

Praksis skal have mulighed for at klage til samarbejdsudvalget, hvis en højestegrænse administrativt sættes i kraft igen. Lægens klage har ikke opsættende virkning.

§ 101A. ØKONOMISK LÆGEMIDDELDORDINATION

Stk. 1.

Lægen er forpligtet til at bistå regionen i gennemførelse af en forsvarlig økonomi med hensyn til de udgifter, som er afhængige af lægens lægemiddelordinationer.

Stk. 2.

Samarbejdsudvalget iværksætter af egen drift eller på begæring af praksisudvalget eller regionen en undersøgelse, såfremt en læges/praksis ordinationsmønster vurderes at give anledning til det. Såfremt regionen har ansat en lægemiddelkonsulent kan samarbejdsudvalget inddrage denne i vurderingen af, om der er grundlag for at iværksætte en undersøgelse.

Stk. 3.

Der skal ved undersøgelsen tages hensyn til alle forhold, som kan have indflydelse på et højt ordinationsmønster. Lægen/lægerne skal efter skriftlig henvendelse fra samarbejdsudvalget have adgang til at fremkomme med en udtalelse. Til brug ved høringen af lægen/lægerne, skal den/de pågældende have forelagt de oplysninger, som har givet anledning til samarbejdsudvalgets beslutning om at iværksætte en undersøgelse.

Stk. 4.

Samarbejdsudvalget kan på baggrund af undersøgelsen efter stk. 3 henstille, at ordinationsmønsteret i praksis ændres.

Stk. 5.

Såfremt en læge har påført regionen unødvendige lægemiddeludgifter, kan samarbejdsudvalget tildele lægen en advarsel eller udtale misbilligelse, eller samarbejdsudvalget kan indstille til Landssamarbejdsudvalget at lægen skal betale et af samarbejdsudvalget foreslået beløb til regionen, pålægges en bod, eller i gentagelsestilfælde udelukkes fra at praktisere efter overenskomsten jf. § 6, stk. 6 og § 10, stk. 2.

§ 102. FORTOLKNINGSBIDRAG

Afgørelser truffet af Landssamarbejdsudvalget efter den tidligere landsoverenskomst gælder som fortolkningsbidrag i den nye overenskomst.

§ 103. BLANKETTER, HERUNDER ELEKTRONISKE BLANKETTER

Stk. 1.

Samtlige blanketter og formularer skal for at kunne benyttes i forholdet mellem regioner og læger være fremstillet efter aftale mellem parterne, medmindre andet fremgår af nærværende overenskomst.

Stk. 2.

Regionerne stiller - i det omfang det er nødvendigt med papirblanketter - receptblanketter, indlægssedler, henvisningsblanketter og lignende til rådighed for lægen.

§ 103A. UDGIFTER TIL UDSKIFTNING AF LEGITIMATIONSBEVISER TIL SIKREDE

Stk. 1.

Såfremt en læge har påført regionen unødvendige udgifter til udskiftning af legitimationsbeviser i forbindelse med ændring af oplysninger om lægens/praksis navn eller adresse flere gange inden for et kort tidsrum, kan lægen af samarbejdsudvalget tilpligtes at betale et beløb, der står i rimeligt forhold til den unødvendige udgift.

Stk. 2.

Med henblik på at reducere udgifterne til udskiftning af legitimationsbeviser i forbindelse med ændring af oplysninger om lægens/praksis navn eller adresse kan regionen for så vidt angår kompagniskabspraksis beslutte, at oplysning om læge/praksis på legitimationsbeviset så vidt muligt gøres neutral. Ved neutral forstås, at de enkelte læger ikke anføres på legitimationsbeviset, men at praksis i stedet f.eks. betegnes som et lægehus.

KAPITEL XVI. INDBETALING AF PENSIONS BIDRAG, INDBETALING TIL ADMINISTRATIONSUDVALGET OG INDBETALING TIL FONDE M.V.

§ 105. INDBETALING AF PENSIONS BIDRAG

Stk. 1.

Af det lægen tilkommende basishonorar indbetaler den region, hvor konsultationsstedet er beliggende, direkte til Lægernes Pensionskasse det til enhver tid for den enkelte læge i henhold til pensionskassens vedtægter for alment praktiserende læger gældende pensionsbidrag, dog ikke over 30% af basishonoraret. Den resterende del af honorarbeløbet udbetales lægerne efter de i § 93 fastsatte regler.

Stk. 2.

Indbetaling af pensionsbidrag skal ske kvartalsvis samtidig med udbetaling til lægen, og det skal af kvartalsopgørelsen til lægerne fremgå, hvor stort honorarbeløbet er, og hvor meget af dette, der er tilstillet pensionskassen.

§ 106. INDBETALING TIL ADMINISTRATIONSUDVALGET

Stk. 1.

Regionen har pligt til inden hvert års 31-03 til Administrationsudvalget at indbetale et beløb svarende til en nærmere fastsat procent, for tiden 1,21 %, af de samlede udgifter til almen lægehjælp til de sikrede i det foregående regnskabsår. Til de samlede udgifter medregnes også udgifter til honorering af socialmedicinske ydelser (§ 56) og af vagtberedskab (§ 72A) og beløb indbetalt til Administrationsudvalget i medfør af § 93, stk. 5, men ikke indbetalinger til Administrationsudvalget i øvrigt.

Stk. 2.

De i stk. 1 nævnte midler, der indbetales til Administrationsudvalget, anvendes til sygehjælps- og efteruddannelsesformål samt hjælp til pensionerede alment praktiserende læger og hjælp ved fravær i forbindelse med graviditet og barsel eller adoption til fordel for de læger, som virker henholdsvis har virket i almen praksis inden for overenskomstens område. Midlerne kan endvidere anvendes til plejevederlag i forbindelse med pasning af døende i den nærmeste familie. For så vidt angår hjælp til pensionerede alment praktiserende læger kan midlerne også anvendes til de nævnte lægers efterladte.

Stk. 3.

Administrationsudvalgets statutter og årsregnskab skal fremsendes til Landssamarbejdsudvalget. Lønnings- og Takstnævnet udpeger en kommitteret til Administrationsudvalget.

§ 107. INDBETALING TIL UDDANNELSESAMANUENSISFONDEN

Stk. 1.

Regionerne indbetaler årligt et af parterne fastsat beløb pr. gruppe 1-sikret opgjort pr. 01-10 foregående år, til den ved overenskomstindgåelsen i 1981 etablerede fond vedrørende delvis finansiering af uddannelsesamanuenser i praksis under landsoverenskomsten. Ved parternes fastsættelse af det årlige grundbeløb til Amanuensisfonden skal tilsikres, at fonden kan yde tilskud efter de af fonden til enhver tid fastsatte regler, til ansættelse af uddannelseslæger i almen praksis efter den til enhver tid gældende specialuddannelse i almen medicin.

Stk. 2.

Indbetaling sker i tolvtedelsrater hver den 1. i måneden.

§ 108. INDBETALING TIL FORSKNINGSFOND

Stk. 1.

Regionerne indbetaler årligt kr. 2,53 (grundbeløb) pr. gruppe 1-sikret opgjort pr. 01-10 foregående år til den mellem parterne ved aftale af 05-01-1984 etablerede fond til finansiering af forskning i almen praksis m.v.

Stk. 2.

Staten indbetaler i henhold til "Hovedpunkter i aftalen på almen lægeområdet" af 30-05-1991, pkt. 17, årligt kr. 6.575.000 (grundbeløb) til den i stk. 1 nævnte fond.

Stk. 3.

Grundbeløbene i stk. 1 og 2 reguleres i takt med udviklingen i honorarreguleringen pr. 01-10 foregående år.

Stk. 4.

Indbetalingerne efter stk. 1 og 2 finder sted pr. 01-01.

Stk. 5.

Forskningsfonden bevilger honorarer til alment praktiserende lægers medvirken til indsamling af data til forsknings- og kvalitetsudviklingsprojekter efter indstilling fra det af Praktiserende Lægers Organisation og Dansk selskab for almen medicin nedsatte Multipraksisundersøgelsesudvalg.

ANMÆRKNING TIL § 108, STK. 1:

Pr 01-01-2009 forhøjes grundbeløbet pr. gruppe 1-sikret med kr. 1,01 til i alt kr. 3,54, ifølge aftale af 24-01-2006, svarende til 5,4 mio. kr. i 01-10-2005 niveau.

§ 108A. INDBETALING TIL EFTERUDDANNELSESFOND

Stk. 1.

Regionerne indbetaler årligt kr. 8,16 (grundbeløb) pr. gruppe 1-sikret opgjort den 01-10 foregående år til den mellem parterne ved aftale af 27-04-1995 etablerede fond til finansiering af efteruddannelse for almen praktiserende læger efter lands-overenskomsten om almen lægegerning.

Stk. 2.

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

Stk. 3.

Indbetaling sker i tolvtedelsrater hver den 1. i måneden.

ANMÆRKNING TIL § 108A:

Det i bestemmelsen anførte grundbeløb pr. gruppe 1-sikret gælder første gang ved indbetaling pr. 01-01-2007. Indtil da følges de hidtil gældende regler. Se også anmærkning til §§ 108, 108A, 108B og 108C.

§ 108B. INDBETALING AF MIDLER VEDRØRENDE FAGLIGT UDVALG

Stk. 1.

Regionerne indbetaler et beløb på kr. 0,54 (grundbeløb) pr. gruppe 1-sikret opgjort pr. 1-10 det foregående år til dækning af udgifter ved Fagligt Udvalgs virksomhed.

Stk. 2.

Af det indbetalte beløb anvendes kr. 0,29 (grundbeløb) pr. gruppe 1- sikret til arbejdet med DSAMs kliniske vejledninger.

Stk. 3.

Grundbeløbet reguleres i takt med udviklingen i honorarreguleringen pr 1-10 foregående år.

Stk. 4.

Indbetalingen finder sted pr. 01-01 til Praktiserende Lægers Organisation.

Stk. 5.

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

§ 108C. INDBETALING AF MIDLER VEDRØRENDE KVALITETSUDVIKLING

Stk. 1.

Regionerne indbetaler et beløb på kr. 0,94 (grundbeløb) pr. gruppe 1- sikret opgjort pr. 01-10 det foregående år til den af parterne etablerede fond for Kvalitetsudvikling og Informatik.

Stk. 2.

Regionerne afsætter en pulje på kr. 5,24 (grundhonorar) pr. gruppe 1 sikret til lokal anvendelse til kvalitetsudvikling og efteruddannelse.

Stk. 3.

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

Stk. 4.

Indbetalingen af de i stk. 1 nævnte midler finder sted pr. 01-01 til Lønnings- og Takstnævnet. Midler efter stk. 2 er tilsvarende til rådighed i regionerne pr. 01-01.

ANMÆRKNING TIL §§ 108, 108A, 108B og 108C:

Med virkning pr. 01-01-2007 ændres det antal gruppe 1-sikrede, der lægges til grund for indbetalingerne, fra gruppe 1-sikrede (ekskl. børn) til gruppe 1-sikrede (inkl. børn) pr. 01-10 det foregående år. Som følge heraf er de i §§ 108, 108A, 108B og 108C anførte grundbeløb ændret, så omlægningen er udgiftsneutral.

§ 109. ADGANG TIL ÆNDRINGER I OVERENSKOMSTEN

Under overenskomstens løbetid kan parterne foretage ændringer i overenskomstens bestemmelser uden opsigelse af overenskomsten.

§ 110. IKRAFTTRÆDEN OG OVERGANGSBESTEMMELSER

Ændringer aftalt den 24-01-2006 træder i kraft den 01-04-2006, medmindre andet fremgår af de enkelte bestemmelser. Der er ved affattelsen af overenskomsten taget højde for, at Sygesikringens Forhandlingsudvalg pr. 01-01-2007 erstattes af Lønnings- og Takstnævnet, ligesom amterne pr. samme dato erstattes af regioner. Hvor det er fundet nødvendigt, er der i de enkelte paragraffer anført hvordan der forholdes i perioden 01-04-2006 til 31-12-2006.

§ 111. OPSIGELSE

Stk. 1.

Overenskomsten kan af begge parter opsiges med mindst 3 måneders varsel til ophør den 1. i en måned.

Stk. 2.

Såfremt der ved ændring af lovgivningen om priser eller avancer eller lovgivningen, der regulerer arbejdsmarkedets forhold, gribes ind i honorarfastsættelsen efter overenskomsten, kan overenskomsten opsiges med 2 måneders varsel til ophør den 1. i en måned, uanset stk. 1. Dette er også tilfældet, hvis der ved lovgivning pålægges lægerne væsentligt øgede praksisomkostninger. Forinden skal der foregå forhandlinger mellem parterne.

ANMÆRKNING TIL § 111:

Parterne er enige om, at næste forhandling af overenskomsten på uopsagt grundlag skal være tilendebragt senest den 01-10-2008. Med henblik på at sikre et hensigtsmæssigt forhandlingsforløb er det aftalt, at parterne udveksler krav inden den 01-04-2008 med henblik på, at ny aftale kan træde i kraft den 01-04-2009.

København, den 24-01-2006

For SYGESIKRINGENS FORHANDLINGSUDVALG:
Hans Jørgen Holm

/

Signe Friberg Nielsen

For PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION:
Michael Dupont

/

Bente Hyldahl Fogh

1) PROTOKOLLAT AF 24-01-2006 VEDRØRENDE FORBEREDENDE REGIONALE SAMARBEJDSUDVALG

Parterne er enige om, at der – parallelt med de jf. § 5 nedsatte samarbejdsudvalg – skal nedsættes forberedende regionale samarbejdsudvalg for hver af de kommende 5 regioner.

Funktionsperiode

De forberedende regionale samarbejdsudvalg skal nedsættes 1. april 2006 og fungere indtil strukturreformens ikrafttræden den 1. januar 2007.

Opgaver

Udvalgene skal forberede etableringen af de fremtidige samarbejdsstrukturer, fungere som mellemlid mellem de kommende regionale samarbejdsudvalg og de eksisterende amtslige samarbejdsudvalg og varetage de særlige opgaver, der vil være forbundet med overgangen til de nye regioner, herunder forholde sig til en samordning af lokale aftaler, (f.eks. § 2 aftaler) vedrørende almen praksis.

Herunder skal udvalgene drage omsorg for, at de amtslige vagtordninger omstilles til regionale vagtordninger pr. 1. januar 2007.

En række af opgaverne for udvalgene er af planlægningsmæssig karakter. Herunder skal de forberedende regionale udvalg i 2006 – som 1. led i den samlede plan for almen praksis i regionen – udarbejde den del af planen, der vedrører rekruttering og fastholdelse, jf. § 13, stk. 2. Denne del af praksisplanen skal forelægges for det regionale samarbejdsudvalg til godkendelse senest den 01-04-2007.

De eksisterende amtslige samarbejdsudvalg varetager i 2006 fortsat de løbende overenskomstmæssige driftsopgaver, som er henlagt til udvalgene. De forberedende regionale samarbejdsudvalg vil modsat skulle forholde sig til de fremtidige opgaver samt varetage opgaver, der kræver et lidt længere sigte, og som er betinget af koordinering mellem de fremtidige parter. Den konkrete opgavefordeling mellem de amtslige samarbejdsudvalg og de forberedende regionale samarbejdsudvalg fremgår af Vejledning om arbejdet i de forberedende regionale samarbejdsudvalg.

Kultur

Med strukturreformen står man over for en omfattende omstillingsproces. Der vil være behov for, at alle samarbejder om at møde udfordringerne og gennemføre reformen på en tilfredsstillende måde.

Parterne er enige om, at der skal skabes rum for en åben og fordomsfri dialog mellem parterne, når der tages hul på opgaverne med at samordne de forskellige amtsligt forankrede aftaler og forberede planlægningen i de nye regioner.

Alle parter bør indstille sig på, at der formentlig vil ske ændringer og justeringer af de nuværende forhold. Alle skal derfor hjælpe med til at reducere de eventuelle barrierer, der kan være forbundet hermed.

Sammensætning

De forberedende regionale samarbejdsudvalg skal være paritetisk sammensat med politisk repræsentation. Udvalgene skal bestå af medlemmer, udpeget af repræsentanter for de praktiserende læger i den kommende region og medlemmer udpeget af de regionale forberedelsesudvalg, som er hjemlet i § 42 i Regionsloven. Hver af en regions amter (herunder Københavns og Frederiksberg Kommuner samt Bornholms Regionskommune) samt de tilhørende praksisudvalg skal være repræsenteret. Herudover udpeger kommunerne i hver af de kommende regioner i fællesskab en observatør til det forberedende regionale samarbejdsudvalg.

Mødefrekvens og sekretariatsbetjening

De forberedende regionale samarbejdsudvalg skal mødes minimum 4 gange i løbet af 2006.

Sekretariatsbetjeningen af de forberedende regionale samarbejdsudvalg varetages af amterne i dialog med praksisudvalgene.

Orientering af Landssamarbejdsudvalget

Såfremt de forberedende regionale samarbejdsudvalg udarbejder praksisplaner for 2007, skal disse indsendes til Landssamarbejdsudvalget. Tilsvarende skal Landssamarbejdsudvalget orienteres om delplaner vedrørende rekruttering og fastholdelse og om beslutninger vedrørende højestegrænser mv.

Vejledninger

Parterne har udarbejdet følgende vejledninger, som har betydning for arbejdet i de forberedende regionale samarbejdsudvalg: Vejledning om arbejdet i de forberedende regionale samarbejdsudvalg, Vejledning om omstilling af lægevagten fra amtslig til regional organisation samt Vejledning til brug for rekruttering og fastholdelse, herunder løsninger ved praksislukning.

2) PROTOKOLLAT AF 24-01-2006 OM HANDICAPVENLIGE LOKALER TIL ALMEN PRAKSIS

Parterne er enige om, at der er behov for en målrettet indsats for at sikre alle medborgere adgang til almen praksis. Parterne er derfor enige om at rette en fælles henvendelse til indenrigs- og sundhedsministeren med henblik på, at ministeren går i dialog med kommunerne, således at regler der forhindrer de praktiserende læger i at etablere sig i gadeplan søges afskaffet, og at ministeren opfordrer kommunerne til at være behjælpelige med at skaffe handicapvenlige lokaler til almen praksis. Kommunerne bør endvidere opfordres til at være behjælpelige med at sikre handicap parkering i nærheden af lægepraksis.

Parterne anerkender, at etablering af handicapvenlige adgangs- og indretningsforhold i eksisterende lægepraksis har betydelige økonomiske implikationer. Med henblik på at understøtte en proces, der kan føre til større handicapvenlighed i eksisterende lægepraksis, er parterne enige om i fællesskab at rette en henvendelse til skatteministeren med en opfordring til at ændre reglerne for afskrivninger i forbindelse med bygningsmæssige ændringer i lægepraksis.

Parterne finder det vigtigt, at bevægelseshæmmede i forbindelse med lægevalg får et bedre grundlag for at vurdere handicapvenligheden i de enkelte lægepraksis. Parterne vil derfor udbygge de oplysninger om handicapvenlighed, som findes på sundhed.dk og etablere en søgemulighed, hvor borgere kan søge på læger ud fra kriterier om handicapvenlighed.

Herudover vil parterne i den kommende overenskomstperiode udarbejde en plan for, hvad parterne hver for sig og i fællesskab kan gøre for at fremme processen mod bedre fysisk tilgængelighed i de bestående praksislokaler.

3) PROTOKOLLAT AF 24-01-2006 VEDRØRENDE EFTERUDDANNELSE

Målet med efteruddannelse af de praktiserende læger er at vedligeholde og øge lægernes indsigt i eksisterende og nye emner og dermed optimere patientbehandlingen. Efteruddannelsen skal medvirke til at øge kvaliteten af forebyggelse, diagnostik og behandling samt bidrage til, at lægen er fagligt ajour i relation til kvalitet, service, sammenhæng i patientforløb m.v. Parterne er enige om, at den praktiserende læge har en forpligtelse til at udvikle og vedligeholde sine kompetencer, og at det derfor er afgørende, at den enkelte læge har adgang til efteruddannelse, som kan medvirke til en kontinuerlig kompetenceudvikling.

Et væsentligt bidrag til dette er, at efteruddannelse indgå i en struktureret og planlagt proces, og at efteruddannelse kan antage mange former. Kvalitetsudvikling og efteruddannelse er f.eks. nøje sammenhængende.

Parterne nedsatte i forlængelse af Landsoverenskomsten om almen lægegerning fra 2003 en arbejdsgruppe, som fik til opgave at beskrive og analysere tilrettelæggelsen af efteruddannelsen for alment praktiserende læger og på basis heraf stille forslag til styrkelse af efteruddannelsen.

I rapporten fra september 2004 konkluderede arbejdsgruppen, at efteruddannelsen af de praktiserende læger er omfattende og i det store og hele velfungerende, men at der samtidig er områder, der kan styrkes, og at man derved kan medvirke til at fremtidssikre og optimere efteruddannelsen. Arbejdsgruppen anbefalede bl.a., at der i fremtiden arbejdes med at sikre at:

- efteruddannelsen målrettes, således at sammenhængen med udviklingen i befolkningens sundheds- og sygdomsforhold styrkes
- lægemiddelindustriens indflydelse på efteruddannelsen mindskes mest muligt

- der skabes en øget indsigt i de praktiserende lægers efteruddannelsesprofil

Parterne er enige om i perioden at arbejde videre med arbejdsgruppens anbefalinger på følgende måde:

a. Kortlægning og målretning af de praktiserende lægers efteruddannelse.

Med udgangspunkt i Efteruddannelsesfonden og de decentrale kvalitetsudviklingsudvalg tilvejebringes oplysninger på regionalt niveau om indhold og omfang af lægernes efteruddannelsesaktivitet med henblik på, at disse oplysninger kan anvendes aktivt i den regionale praksisplanlægning med det formål at understøtte indsatsen på særligt prioriterede områder.

b. Styrkelse af sammenhængen mellem kvalitetsudvikling og efteruddannelse.

Som led i kvalitetsudvikling, indførelse af nye tilbud eller ændrede arbejdsdelinger regionalt kan det være ønskeligt at understøtte indsatsen på bestemte områder. Det kan f. eks. også være ønskeligt at stille redskaber til rådighed, der gør det muligt for lægen at udvikle sine kompetencer, bl.a. på baggrund af forskellige faglige evalueringer. Det sker allerede i et vist omfang gennem de amtslige kvalitetsudviklingsudvalg, der tilbyder facilitator ordninger og specifikke efteruddannelsesaktiviteter. Der kan imidlertid fremover være behov for et endnu tættere samspil mellem kvalitetsudvikling og efteruddannelse regionalt. Parterne er derfor enige om inden 1. april 2007 at færdiggøre overvejelser om, hvorvidt og på hvilken måde den decentrale gruppebaserede uddannelse og efteruddannelsesvejlederordningen kan regionaliseres yderligere. Det er dog et hensyn, at der fortsat kan opretholdes en landsdækkende indsigt i efteruddannelsen, og at der er mulighed for at understøtte udvikling af den lægelige efteruddannelse centralt.

Parterne drøfter i perioden også om der er områder, hvor det med henblik på sikring af kvaliteten, kan være mest hensigtsmæssigt, at der gives et tilbud til alle om efteruddannelse, som kun bør kunne fraviges, hvis lægen kan godtgøre på anden måde at have opnået den nødvendige kompetence. Der indhentes erfaringer og inspiration fra de decentrale kvalitetsudvalg.

c. Oplysninger om lægens efteruddannelse.

Parterne er enige om, at oplysning om kursusdeltagelse ikke i sig selv er en valid indikator for lægens kompetencer. Parterne er enige om at arbejde videre med på hvilken måde oplysninger om lægernes kompetencer kan indgå i den enkelte læges praksisdeklaration.

d. Styrkelse af finansieringen.

Med henblik på styrkelse af mulighederne for den enkelte læges deltagelse i efteruddannelse tilføres der ekstra midler til den enkelte læges konto gennem ekstra indbetaling af midler til Efteruddannelsesfonden. I Efteruddannelsesfondens regi skabes bedre muligheder for fravær fra praksis gennem forhøjelse af satserne for tabt arbejdsfortjeneste.

4) PROTOKOLLAT AF 24-01-2006 VEDRØRENDE KVALITETSUDVIKLING I ALMEN PRAKSIS.

Parterne er enige om, at kvalitetsudvikling i almen praksis fortsat skal fremmes, dels gennem centrale initiativer, dels gennem de initiativer, der foregår i den enkelte region. En koordinering af indsatsen er tiltagende nødvendig og skal søges yderligere fremmet i perioden. Arbejdet skal tage udgangspunkt i Den Danske Kvalitetsmodel/IKAS

Implementering af DAK projektet og den fortsatte udvikling heraf

Parterne har i Rammeplan for implementeringen af DAK-projektets resultater fastlagt mål og initiativer for den kommende periodes opfølgning på DAK projektets resultater, der lægger sig tæt op af arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel, varetaget af IKAS.

Parterne er enige om, at der i perioden kan være behov for at igangsætte andre initiativer, f.eks. i relation til patientsikkerhed, understøttelse af it udvikling og arbejdet med praksis- og kvalitetsdeklarationer og servicemål. Disse opgaver prioriteres inden for den økonomiske ramme, der er afsat.

Organisering af kvalitetsarbejdet i almen medicin

Samtidig reorganiseres kvalitetsarbejdet med henblik på at styrke sammenhængskraften i den almenmedicinske kvalitetsudvikling og samarbejdsfladerne til det øvrige sundhedsvæsens kvalitetsudvikling.

Regionerne knyttes i den nye organisation tættere til kvalitetsarbejdet i landsoverenskomstens regi med henblik på, at der kan ske en fælles erfaringsudveksling og prioritering af anvendelsen af midlerne på kvalitetsområdet. Regionerne får dermed en naturlig rolle i implementeringen af kvalitetsudvikling og efteruddannelse i relation til nye faglige ydelser mv.

Der etableres en Kvalitets- og Informatikfond med en bestyrelse bestående af 2-3 personer udpeget af Praktiserende Lægers Organisation og DSAM og 2-3 personer udpeget af Lønnings- og Takstnævnet. Fonden har til formål at finansiere landsdækkende kvalitets- og informatikinitiativer for de alment praktiserende læger efter Landsoverenskomsten, og skal desuden sikre, at kvalitetsudviklingsarbejdet i almen praksis – overordnet set – bevæger sig i samme retning som Den Danske Kvalitetsmodel. Kvalitetsarbejdet for almen praksis tager derfor udgangspunkt i de kvalitetsaktiviteter som foregår i og omkring Den Danske Kvalitetsmodel. Fonden kan desuden understøtte it-anvendelsen i almen praksis og den elektroniske kommunikation i forhold til det øvrige sundhedsvæsen samt patienter. Fondens bestyrelse tager stilling til midlernes anvendelse, evt. efter indstilling fra det kvalitetsfaglige udvalg. Hver af parterne udpeger en sekretær for fondsbestyrelsen. Den daglige administration varetages af Lønnings- og Takstnævnet.

5) PROTOKOLLAT AF 24-01-2006 VEDR. FORSKNINGSFONDENS ØKONOMI

Parterne er enige om, at Forskningsfondens aktiviteter bidrager til at sikre et almen praksissystem på et højt fagligt niveau. Almen medicinsk forskning er nødvendig, da mange henvendelser til det danske sundhedsvæsen alene håndteres i praksissektoren. Gennem almen medicinsk forskning sikres, at der løbende kan ske forbedringer af borgernes sundhed og mulighederne for forebyggelse af sygdom. Forskning er endvidere et nødvendigt grundlag for kvalitetsudvikling.

Parterne er enige om at der gennem Landsoverenskomsten om almen lægegering fortsat skal ydes bidrag til Forskningsfonden med henblik på at sikre en videreførelse af aktiviteterne og fastholde forskningen.

Udviklingen af et velfungerende sundhedsvæsen med en høj kvalitet er et anliggende, der rækker videre ud i samfundet. Parterne er derfor enige om, at man vil rette henvendelse til indenrigs- og sundhedsministeren med anmodning om, at staten kan bidrage yderligere til styrkelse af forskningen i almen medicin.

6) PROTOKOLLAT AF 24-01-2006 OM AMANUENSISFONDEN

Fonden vedr. delvis finansiering af uddannelsesamanuenser (Amanuensisfonden) løser i dag opgaven med at udbetale tilskud til såvel amter som praktiserende læger, der stiller uddannelsesstillinger til rådighed for læger, der er under uddannelse til speciallæger i almen medicin.

Parterne er enige om, at der af Amanuensisfondens egenkapital overføres 25 mio. kr. til Forskningsfonden for almen praksis samt 12,7 mio. kr. til Kvalitets- og Informatikfonden for almen praksis. Midlerne anvendes til delvis dækning af disse fondes udgifter i overenskomstperioden. Der overføres yderligere 16,5 mio. kr. til Kvalitets- og Informatikfonden til brug for engangsbeløb til praktiserende læger, der påbegynder anvendelse af forløbsydelse for diabetespatienter. Forskningsfonden kan i fornødent omfang overføre et beløb på indtil 1 mio. kr. til APU-fonden. Amanuensisfondens egenkapital udgør pr. 31-12-2005 forventeligt 100 mio. kr.

Parterne er enige om på sigt at nedlægge Amanuensisfonden.

Parterne iværksætter inden 01-04-2006 et udvalgsarbejde vedr. Amanuensisfonden herunder anvendelsen af fondens egenkapital.

Parterne er enige i, at Amanuensisfonden kan ophøre med som formål at udbetale tilskud til regionerne til udgifter som er relateret til ansættelse af uddannelseslæger i almen praksis, hvor regionen er arbejdsgiver. Udvalget skal udarbejde et forslag til konkret afvikling af denne del af fondens aktiviteter, herunder foreslå en tidsplan.

Fonden skal indtil videre fortsat varetage udbetaling af tilskud til tutorlæger i relation til de ansættelsesforløb, hvor tutorlægen er arbejdsgiver. Udvalget skal endvidere komme med et tidsperspektiv for udfasning af denne del af fondens opgaver.

Parterne er enige om, at ændre fondens vedtægter således, at krav om, at fonden til enhver tid kan svare et års forpligtelser udgår, samt at indbetalinger til fonden fortsat vil skulle finde sted i en evt. overenskomstløs periode.

Parterne er enige om, at uddannelseslægers ophold i almen praksis er af afgørende betydning for kvaliteten af speciallægeuddannelsen i almen medicin. Der er enighed om, at det som led i bestræbelserne på at sikre et tilstrækkeligt antal alment praktiserende læger er nødvendigt at fastholde en høj kapacitet i speciallægeuddannelsen i almen medicin, og at det er væsentligt, at regionerne afsætter den fornødne økonomi til formålet, i lyset af den af Sundhedsstyrelsen udmeldte dimensionering inden for specialet.

7) PROTOKOLLAT AF 24-01-2006 OM RATIONEL FARMAKOTERAPI

Der er gennem årene udviklet en række elektroniske hjælpeværktøjer som kan lette lægens administrative arbejde og fremme kvaliteten i behandlingen. Parterne er enige om, at anvendelsen af de elektroniske redskaber rummer et uudnyttet potentiale for et generelt kvalitetsløft i medicineringen, ligesom redskaberne udgør et vigtigt grundlag for en mere målrettet kvalitetsindsats rettet mod specifikke patientgrupper. Parterne er enige om, at den Personlige Elektroniske Medicinprofil (PEM) er et godt redskab, der bør udbredes.

Der er enighed om, at målet er, at lægen ved medicinordination skal benytte sig af den Personlige Elektroniske Medicinprofil (PEM), herunder interaktionsdatabasen, hvor det i øvrigt efter lægens skøn er klinisk relevant.

Parterne er endvidere enige om i fællesskab, at medvirke til at skaffe nogle af de tekniske barrierer af vejen, således at brugen af PEM vil opleves som funktionel og en hjælp både administrativt og kvalitetsmæssigt. Parterne er opmærksomme på, at regeringen har besluttet at etablere en receptserver til idriftsættelse i efteråret 2006, som lægesystemerne skal kunne indberette til.

8) PROTOKOLLAT AF 24-01-2006 OM FORLØBSYDELSE FOR DIABETESPATIENTER I ALMEN PRAKSIS

Ydelsens målsætning

Formålet med en forløbsydelse er at udvikle og sikre kvaliteten i behandlingen af kronisk syge i almen praksis og at give den praktiserende læge et instrument til systematisering og kvalitetssikring af behandlingen og kontrollen af kronisk syge patienter i egen praksis.

Indsatsen skal relateres til de kronikermodeller, som forventes aftalt mellem sygehuse, praksis og kommunerne. Sigtemålet er at brede forløbstankegangen ud til

alle relevante patientgrupper i alle almen praksis. Sigtemålet er også, at udvikle honorarsystemet således, at ikke bare proceskvalitet, men også faglig kvalitet bliver et honoreringsparameter.

Sygdommen diabetes er så velbeskrevet, at forslaget relateres til denne sygdom. Parterne er enige om, at forløbshonorering på diabetesområdet er et forsøgsprojekt, hvor det er væsentligt at få opsamlet og evalueret erfaringerne med forløbshonorering henblik på udviklingen af modellen til andre områder.

Indførelsen af ydelsen vil være første skridt i at forene ønsket om at almen praksis skal

- varetage hovedvægten af indsatsen for patienter med kroniske sygdomme, jfr. Sundhedsstyrelsens rapport,
- deltage i stratificering af patienter med kroniske sygdomme
- indgå i systematisk kvalitetsudvikling med bl.a. registrering, jfr. DAK projektet og parternes aftaler på kvalitetsområdet, og
- afprøve nye honoreringsformer i form af forløbstakster.

Generelt om ydelsen

Ydelsen bryder med landsoverenskomstens kendte honorarsystem, hvor der honoreres for enkeltkontakter. Nærværende forslag indebærer, at lægen får udbetalt et årshonorar, som dækker de enkeltelementer, der er beskrevet nedenfor. Det indebærer, at årshonoraret kan dække en forskellig arbejdsindsats i relation til forskellige patienter, da det er patientens individuelle behov der afgør, hvor mange kontroller patienten skal tilbydes i løbet af et år. Lægen vurderer således løbende om hans patient er i et tilfredsstillende behandlingsforløb. I forbindelse med afregning af årshonorar skal der foreligge dokumentation for patientkontakterne i de konkrete patientforløb i det forløbne år.

Lægen er sammen med patienten forpligtet til at aftale de nødvendige kontroller og skal (indenfor realistiske muligheder) følge op, hvis patienten udebliver. Med ydelsen introduceres således en ny opsøgende rolle for den praktiserende læge.

Med den nye ydelse vil der blive øget fokus på tværsektorielt samarbejde, herunder i forhold til de kommunale tilbud, og på patientens egenomsorg.

En god kronikerbehandling er betinget af, at der aftales konkrete, regionalt og lokalt tilpassede modeller for shared care. Stratificering af patienter og fastlæggelse af den konkrete arbejdsdeling mellem almen praksis og sygehuse samt kommuner skal derfor tage udgangspunkt i det regionale og lokale sundhedsvæsen og kan fastlægges i sundhedsaftalerne.

Ydelsen er betinget af diagnosekodning med ICD-10, registrering af strukturerede data, rapportering til database samt indikatoropsamling, når teknologien er til rådighed. Ydelsen kan derfor kun afregnes af læger, der lever op til disse krav og herunder tilslutter sig det internetbaserede sundhedsdatanet. Om de tekniske for-

udsætninger herfor henvises til beskrivelsen af parternes initiativer på kvalitetsområdet.

Implementering og evaluering

Det foreslås, at Fagligt Udvalg anmodes om at udarbejde en detaljeret ydelsesbeskrivelse med henblik på, at en forløbsydelse for diabetesomsorg i almen praksis kan træde i kraft i løbet af første halvår 2007. Fagligt Udvalg skal også beskrive en implementeringsstrategi. Fagligt Udvalg skal endvidere afgrænse ydelsen i relation til resten af ydelsessortimentet. Endelig skal Fagligt Udvalg udarbejde en skitse og plan for evalueringen af forsøgsprojektet. Fagligt Udvalgs anbefalinger til overenskomstens parter skal foreligge senest 1. oktober 2006, således at parterne kan aftale ikrafttrædelsestidspunkt og så der er tidsmæssig mulighed for at gennemføre implementeringen af den nye forløbsydelse.

Iværksættelse

Det er parternes opfattelse, at ovennævnte er en realistisk tidshorisont. Skulle teknologien til brug for indrapportering til database mod forventning ikke være klar til brug inden er dette ikke en hindring for ydelsens iværksættelse. Der bliver i så fald tale om indberetning ”med tilbagevirkende kraft”, når teknologien er på plads. Lægens arbejde i praksis, herunder diagnosekodning, vil være uændret.

Det er af stor vigtighed, at parterne konkret aftaler en implementeringsstrategi efter råd fra Fagligt Udvalg i forbindelse med indførelsen af den nye forløbsydelse. Det er en forudsætning for, at ydelsen kan tages i anvendelse, at lægen har opnået de fornødne kompetencer. Herunder skal der regionalt være fokus på implementering af ydelsen, eksempelvis ved etablering af facilitatorordning, inddragelse af efteruddannelsesvejledere, kvalitetsudviklingskonsulenter mv. Forudsætningerne herfor er til stede gennem parternes aftale om de kommende regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg.

Ydelsens indhold

Diabetesomsorgen følger den Kliniske Vejledning fra DSAM (2004).

Indholdet i forløbsydelsen består af:

- En årsstatus
- Individualiseret kontrol, f.eks. hver 3.-6. måned
- Vurdering af forløbet på basis af diagnoseregistrering, stratificering og kvalitetsvurdering
- Øget ansvar for styring af forløbet (proceskontrol)

Indholdet i årsstatus og de individuelt aftalte kontroller følger beskrivelsen i DSAM's Vejledning.

Den første fase, hvor patienten diagnosticeres er ikke omfattet af forløbsydelsen, men følger den almindelige ydeshonorering. Konsultationen, hvor diagnosen konfirmeres og der lægges behandlingsplan er starttidspunktet for forløbsydelsen. Næste forløbsydelse opkræves i forbindelse med den næste årsstatus, hvor dokumentation for patientkontakter indgår som forudsætning for honoreringen.

Årsstatus omfatter:

- De elementer, der følger af DSAM's vejledning
- Risikostratificering ifølge DAK projektet (pilot udarbejdet)
- Handlingsplan, der indebærer
- Stillingtagen til og evt. revidering af behandling
- Stillingtagen til kontrolomfang
- Drøftelse af egenomsorg
- Samarbejde med og eventuelt henvisning – relateret til risikostratificering
 - o Specialambulatorium
 - o Praktiserende sundhedsperson (eks. Speciallæge, fodterapeut)
 - o Kommunalt tilbud eksempelvis sundhedscenter
 - o Patientundervisning
 - o Rehabilitering
 - o Rygestop
 - o Motion
 - o Kost/diætist

Årsstatus er en lægelig ydelse, idet delelementer (f.eks. vejning, sensibilitetstest etc.) kan udføres af klinikpersonale.

Henvender patienten sig med andre problemer i samme konsultation eller på andre tidspunkter anvendes Landsoverenskomstens almindelige honorarer. Ligeledes foretages der afregning efter Landsoverenskomstens almindelige regler for blodprøver og laboratorieundersøgelser til brug for kontroller.

Ydelsen træder i stedet for forebyggelsesydelse aftalt som 0106 og ny specifik forebyggende ydelse for diabetespatienter, der af lægen inddrages i denne forløbshonorering.

Målgruppens størrelse

Ifølge DSAM's Kliniske Vejledning (2004) om Type 2-diabetes i almen praksis er der i Danmark mellem 100.000 og 150.000 personer med erkendt type 2-diabetes. Selv med en målrettet indsats er det urealistisk at nå alle. Et ambitiøst, men realistisk mål vil være at opnå 66.000 forløbsydelser i 2009 med en lineær implementering fra ydelsens ikrafttræden 1. halvår 2007.

Ydelseshonorering

Honoreringen for forløbsydelsen er kr. 885 (grundhonorar pr. 1. april 1991).

Merudgifter og finansiering vedrørende forløbsydelsen

Det forventede antal ydelser og de forventede merudgifter til forløbsydelsen vedr. kronikere i de første 3 år er følgende:

	2007	2008	2009
Forventet antal ydelser	22.000	44.000	66.000

	Mio. kr.		
Udgift i til forløbsydelsen i grundhonorarniveau	19,5	38,9	58,4
Besparelse (bortfald af 4 konsultationer)	7,7	15,3	23,0
Merudgifter, grundhonorarniveau	11,8	23,6	35,4
Merudgifter, okt. 2005-niveau (akkumuleret)	14,7	29,3	44,0
Finansiering, niveaustigning okt. 2005-niveau			
Af rammen	0,0	0,0	8,0
Af reguleringsordningen de enkelte år	14,7	14,7	6,7

Den forventede merudgift til indførelsen af forløbsydelsen (forventet 14,7 mio. kr. i niveaustigning i hvert af de 3 år) finansieres fra 2007 via provenuet fra reguleringsordningen jf. anmærkning til § 80, stk. 5 samt en finansiering på 8,0 mio. kr. fra rammen i nærværende aftale. Det faktiske antal forløbsydelser og merudgifter herved opgøres årligt (merudgiften opgøres i henhold til forudsætningerne om merudgift pr. forløbsydelse). Hvis det ved denne opgørelse viser sig, at merudgifterne det seneste år har været enten mindre eller større end det beløb, som er anvendt af provenuet fra reguleringsordningen, foretages en efterregulering herfor i forbindelse med den næste regulering i henhold til § 80.

Fra den 01-04-2009 genindføres sædvanlig regulering af alle ydelser med mindre andet aftales, idet dog finansieringen af forventet 66.000 forløbsydelser (svarende til en udgift på 6,7 mio. kr. i 2009) sker via reguleringsordningen i 2009. Herefter sker finansiering af forløbshonorar ikke længere via provenuet fra reguleringsordningen. Såfremt antallet af forløbsydelser efter den 01-04-2009 overstiger 66.000 på årsbasis, skal der indgås aftale om finansiering af det overskydende antal.

Puljemidler til engangshonorarer

Parterne er enige om at overføre 16.5 mio. kr. fra Amanuensisfonden til Kvalitets- og Informatikfonden til afholdelse af engangsbeløb til læger, der tager forløbshonoreringsydelsen vedrørende diabetespatienter i anvendelse. Engangsbeløbet er fastsat til 7500 kr. (ureguleret) pr læge.

Udvalgsarbejde.

I løbet af overenskomstperioden igangsættes et udvalgsarbejde der bl.a. på baggrund af evalueringerne kan drøfte og vurdere muligheder, forudsætninger og konsekvenser for en mere generel ændring af honorarstrukturen i retning af et øget fokus på forløbshonorering. Udvalgets input skal bruges i forbindelse med overenskomstforhandlingerne i 2008.

9) PROTOKOLLAT AF 24-01-2006 VEDRØRENDE UDVIKLINGEN I ANTAL FOREBYGGELSESYDELSER

Parterne er enige om, at forudsætningerne for honoreringen af landsoverenskomstens forebyggelsesydelser er følgende antal af de enkelte ydelser:

- 400.000 af ydelse 0106 Aftalt forebyggelseskonsultation
- 150.000 af ydelse 2304 Supplerende specifik forebyggelsesindsats
- 10.000 af ydelse 2305 Opsøgende hjemmebesøg

Ved fastsættelsen af de forventede antal ydelser er der taget højde for, at eksisterende § 2-aftaler vedrørende årlig diabetes kontrol og § 2-aftaler vedrørende demensudredning kan opsiges, og landsoverenskomstens forebyggelsesydelser tages i anvendelse.

Parterne er enige om at følge udviklingen i antallet af de enkelte ydelser i årlige opgørelser. Såfremt antallet af en eller flere af de enkelte ydelser overstiger det forudsatte antal ydelser, og det efter en af parternes opfattelse er en uhensigtsmæssig udvikling, kan denne part opsiges adgangen til honorering fra sygesikringen for de pågældende ydelser, til udløb i forbindelse med førstkommende genforhandling af overenskomsten.

I tilfælde af opsigelse genindføres umiddelbart følgende ydelser og grundhonorarerne herfor, som var gældende før den 01-04-2006: forebyggelseskonsultation 0103, forebyggelseskonsultation vedrørende iskæmisk hjertesygdom 0104 samt opfølgende demenssamtale med tværfaglig koordinerende indsats 2603 (rammeaftale). Såfremt der er opsagt § 2 aftaler vedrørende årlig diabetes kontrol og vedrørende demensudredning som konsekvens af de indførte forebyggelsesydelser i landsoverenskomsten, forpligtes regionerne til at indgå i forhandling med henblik på indgåelse af regionale § 2 aftaler.

10) PROTOKOLLAT AF 24-01-2006 OM ANVENDELSE AF KLINIKPERSONALE

Parterne er enige om, at udgangspunktet i det danske sundhedsvæsen er LEON-princippet: lavest mulige effektive omsorgsniveau. Dette princip kombineret med de praktiserende lægers stigende arbejdsmængde gør, at det er relevant at understøtte anvendelsen af klinikpersonale i almen praksis. Parterne er derfor enige om at nedsætte et udvalg, der skal vurdere muligheder og barrierer for yderligere at anvende klinikpersonale i almen praksis, herunder viden om anvendelse af klinikpersonale, kvalitetssikring af ydelser samt efteruddannelse af klinikpersonale

11) PROTOKOLLAT AF 24-01-2006 OM VOLDGIFTSRET

Det er af Højesteret fastslået, at afgørelser truffet af Landssamarbejdsudvalget kan retsligt efterprøves, når afgørelserne har en karakter, hvor de vedrører en læ-

ges borgerlige rettigheder - i den betydning hvori dette udtryk er anvendt i artikel 5, stk. 1 i Den Europæiske Menneskerettighedskonvention.

Parterne er enige i, at det er i overensstemmelse med moderne retsgarantier, at Landssamarbejdsudvalgets afgørelser kan efterprøves af en juridisk domstol, når det drejer sig om afgørelser, som resulterer i udmåling af sanktioner eller i fastsættelse af højestegrænser.

Parterne finder, at det vil være naturligt at etablere en voldgiftsret, som kan fungere som ankeinstans til Landssamarbejdsudvalget i de anførte sagstyper. Voldgiftsretten skal leve op til kravene om retfærdig rettergang i Den Europæiske Menneskerettighedskonvention.

Fordelene ved voldgiftsbehandling i modsætning til behandling ved de almindelige domstole er, at sagsbehandlingstiden kan reduceres væsentligt, at voldgiftsavgørelser er endelige og at en voldgiftsret kan bemandes med både en juridisk dommer (højesteretsdommer eller landsdommer) og med sagkyndige meddommere med kendskab til almen praksis og landsoverenskomsten.

Det er parternes hensigt, i overenskomstperioden at søge at indføre mulighed for, at følgende typer Landssamarbejdsavgørelser kan indbringes og afgøres endeligt ved en af parterne nedsat voldgiftsret:

- Beslutning om at en læge skal betale/tilbagebetale et af LSU fastsat beløb,
- Pålæg til en læge om betaling af en bod,
- Udelukkelse af lægen fra at praktisere på grund af overtrædelse af overenskomsten eller på grund af at samarbejdet er umuliggjort
- Afgørelser vedrørende højestegrænser
- Pålæg til et amt om at efterbetale en læge et af Landssamarbejdsudvalget fastsat beløb
- Pålæg til et amt om at betale en bod

I henhold til indhentet juridisk rådgivning vil etablering af en voldgiftsret med endelig afgørelseskompetence forudsætte en lovændring. Parterne vil i fællesskab rette henvendelse til Indenrigs- og sundhedsministeren med opfordring til at den fornødne lovhjemmel indsættes i sundhedsloven.

12) PROTOKOLLAT AF 24-01-2006 VEDRØRENDE FREMTIDENS AKUT-BETJENING

Sygesikringen Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation er enige om, at kommunalreformen medfører et behov for at vurdere planlægningen af den fremtidige akutbetjening i et lidt længere perspektiv.

Parterne er derfor enige om, at der i den kommende overenskomstperiode skal igangsættes et fælles udvalgsarbejde. Formålet er at etablere en fælles platform

for rammerne for den fremtidige tilrettelæggelse af akutindsatsen i et nyt sundhedsvæsen.

Udvalget skal beskæftige sig med udfordringer og principper for indretningen af den akutte lægehjælp. Desuden skal der udarbejdes forslag til konkrete modeller for den akutte indsats i regionerne.

Parterne er enige om, at udvalget skal være bredt sammensat med repræsentanter fra parterne og evt. andre. Udvalget skal nedsættes senest 1. januar 2007, hvor de nye medlemmer af regionsråd og kommunalbestyrelser er valgt, og hvor den fremtidige organisering af PLO og regionerne har tegnet sig.

13) PROTOKOLLAT AF 13-10-2002 OM UNDERSTØTTELSE AF IT I ALMEN PRAKSIS

Tiltag vedrørende understøttelse af IT i almen praksis

I lyset af overenskomstens målsætning om, at alle læger i almen praksis skal anvende IT og kommunikere elektronisk med det øvrige sundhedsvæsen er det naturligt, at lægernes anskaffelse og daglige brug af IT i form af såvel lægesystemer som brug af internetbaserede tjenester understøttes. Formålet skal være at højne udbredelse og anvendelse af IT i almen praksis.

På følgende områder vil det være relevant at understøtte de praktiserende lægers IT-anvendelse

- I. Anskaffelse
- II. Sikkerhed
- III. Dataanvendelse og kvalitetsudvikling
- IV. Kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen

I. Anskaffelse

Der kan tilbydes information til almen praksis om edb-muligheder i praksis. Informationen har alene til formål at kvalificere lægepraksis til at ”stille de rigtige spørgsmål” til systemleverandøren eksempelvis, hvad angår lægesystemets evne til at leve op til standarder for kommunikation og dataudtræk. Det er afgørende, at rådgivningen er uvildig og ikke forholder sig konkrete produkter.

II. Sikkerhed

Der kan tilbydes vejledning i forskellige sikkerhedsaspekter, fx i forbindelse med internetadgang fra praksis og beskyttelse af personfølsomme oplysninger mod virusangreb, hacking og datatab.

III. Dataanvendelse og kvalitetsudvikling

Der kan være behov for rådgivning om praksis' udnyttelse af egne data, fx gennem oversigt over egne ordinationer, overvågning af behandlingen af bestemte patientgrupper. Ligeledes kan praksis tilbydes undervisning eller vejledning om informationssøgning på internet på regionale, nationale og internationale netste-

der og opslagsværker. Endelig kan der være behov for at tilbyde rådgivning vedrørende omlægning af arbejdsgange i forbindelse med overgang til IT.

IV. Kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen

For at udbrede anvendelse af MedComs standarder kan man vælge at tilbyde at introducere praksis til anvendelse heraf. Det gælder såvel den tekniske side af sagen som eventuelle omlægninger af arbejdsgange. Regionen overvåger i dag ”driften” af EDI-kommunikationen. Praksis bør have adgang til fejlsøgning, hvis en praksis har problemer med at sende eller modtage meddelelser eller oprettelse i de systemer, der skal kommunikeres med.

Endelig kan der vise sig et behov for, at regionerne besidder kompetencer om IT-anvendelsen i praksis til brug for IT-udviklingsprojekter mellem praksis og sygesektoren.

Disse opgaver kan eksempelvis løses af datakonsulenter, der har en opsøgende funktion i forhold til praksis. Det kan også være i form af kontaktpersoner i amtet på de relevante fagområder. En del af informationsopgaverne kan formentlig også løses ved forskelligt informationsmateriale, som praksis kan rekvirere eller finde på regionens hjemmeside.

14) PROTOKOLLAT AF 13-10-2002 TIL § 36 VEDRØRENDE LOKALE-MÆSSIGE HINDRINGER

Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation er enige om, at den enkelte læges valg af praksisform bør ske i overensstemmelse med faglige ønsker samt de muligheder, der rummes i regionens praksisplan.

Overenskomstens parter finder det væsentligt at understøtte muligheden for nedsettelse i de ønskede praksisformer. Imidlertid kan lokalplaner og byplan vedtægter være en hindring for at finde egnede lokaler med henblik på at etablere sig i større praksisfællesskaber. Parterne er derfor enige om, at regionerne aktivt bør medvirke til at finde lokaler til praksis, der ønsker at etablere sig i kompagniskabspraksis eller samarbejdspraksis. Dette kan ske derved, at region og læger i fællesskab retter henvendelse til de relevante myndigheder om problemstillingen.

15) PROTOKOLLAT AF 13-10-2002 TIL § 68 VEDRØRENDE DEN SAMLEDE HONORERING

Den samlede honorering relaterer sig til såvel den konkrete patientkontakt og kontakt til nødvendige samarbejdsrelationer, som til selve tilstedeværelsen af konsultationsfaciliteter m.v. I det samlede honorar er der således taget højde for, at der skal dækkes udgifter forbundet med konsultationsfaciliteter, service og tilgængelighed, evt. medhjælp, edb og kørsel m.v. baseret på de forhold og forud-

sætninger, der var gældende på det tidspunkt, hvor landsoverenskomsten blev fornyet.

Den samlede honorering dækker en række koordinerende funktioner, som ikke nødvendigvis er relateret til umiddelbar patientkontakt, men kan henføres til, at den praktiserende læge er primært ansvarlig for den samlede og kontinuerlige behandling af patienten.

Den praktiserende læges funktion som kontaktperson/tovholder for patienter, der går på tværs af sektorerne i behandlingsforløb, understøttes ligeledes gennem den samlede honorering i form af såvel basis- som ydelseshonorarer.

Den samlede honorering skal endvidere ses i sammenhæng med, at den praktiserende læge udøver sin professionelle rolle ved at fremme sundhed, forebygge sygdomme, eller ved behandling, omsorg eller palliation uanset patientens alder, køn eller sundhedsproblem.

16) PROTOKOLLAT AF 16-04-1999 OM DE ALMENT PRAKTISERENDE LÆGERS ANVENDELSE AF YDELSERNE I LANDSOVERENSKOMSTEN OG SAMMENHÆNGEN TIL DET ALMENMEDICINSKE ARBEJDSOMRÅDE

Langt de fleste henvendelser til sundhedsvæsenet sker primært til de alment praktiserende læger. De praktiserende læger udreder og behandler den helt overvejende del af disse helbredsmæssige problemer inden for det almenmedicinske arbejdsområde gennem samtale med og klinisk undersøgelse af patienten. Lægen vil således ved audiovisuelle iagttagelser, eventuelt ved hjælpemidler som stetoskop, otoskop, blodtryksmåling, palpering, diverse laboratorieundersøgelser m.v., kunne udrede patientens tilstand, stille en eller flere diagnoser og evt. iværksætte behandling. I nogle tilfælde vil den alment praktiserende læges egne iagttagelser, viden og udstyr ikke være tilstrækkeligt til en sufficient udredning og behandling, hvorfor lægen kan henvise til yderligere udredning og evt. behandling hos speciallæge, på sygehus, laboratorium, billeddiagnostisk funktion eller lignende, der råder over særlig specialviden eller særligt udstyr.

Parterne er enige om, at de ydelser, der er aftalt i landsoverenskomsten, afspejler, hvorledes lægen honoreres for at yde den almenmedicinske indsats, som den praktiserende læge forventes at være i stand til at tilbyde patienterne. I ydelsessortimentet indgår såvel grundtydelser, tillægstydelser, laboratorieydelser, samtaleterapi m.v.

Hvis den praktiserende læge ikke kan tilbyde alle ydelser, der er mulighed for at få honoreret i henhold til landsoverenskomsten, skal der foreligge særlige forhold, f.eks. vedrørende praksis' patientsammensætning, størrelse og udstyr. Endvidere kan ydre forhold være afgørende for, om bestemte ydelser udføres af lægen, f.eks. den lokale tilrettelæggelse af laboratoriefunktionen.

Endelig er det en vægtig grund, hvis lægen ikke er i stand til at oparbejde den fornødne rutine i udførelsen af visse ydelser.

17) PROTOKOLLAT AF 16-04-1999 OM VIDEREGIVELSE AF OPLYSNINGER, DER ER NØDVENDIGE FOR ADMINISTRATION AF F.EKS. VEDERLAGSFRI FYSIOTERAPI

Praktiserende Lægers Organisation anerkender, at sygesikringen af hensyn til gennemførelsen af tilsyns- og kontrolopgaven er afhængig af, at lægerne videregiver visse oplysninger. Videregivelsen af oplysninger er reguleret i Lov om patienters retsstilling. Hovedprincippet er, at oplysninger om patienters helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger kun bør videregives efter samtykke fra patienten. Udgangspunktet er endvidere, at det er den sundhedsperson, der er i besiddelse af de fortrolige oplysninger, som afgør, hvorvidt videregivelsen er berettiget. Loven giver imidlertid også mulighed for, at oplysninger kan videregives uden patientens samtykke, når dette er en nødvendighed for, at en myndighed kan gennemføre tilsyns- og kontrolopgaven. Også i denne situation forudsættes det dog, at der foretages en nøje vurdering af detaljeringsgraden af de oplysninger, der videregives, med henblik på at sikre, at der alene videregives helbredsoplysninger m.v., som er nødvendige for den modtagende myndigheds kontrol m.v. Det forudsættes endvidere, at oplysninger kun udleveres i begrænset omfang. Følsomme oplysninger, der er irrelevante for behandlingen af den administrative sag, forudsættes således ikke videregivet.

Praktiserende Lægers Organisation anerkender således, at der i forbindelse med administration af Lønnings- og Takstnævnet tilskud/ordninger om fysioterapi, psykologbistand og fodterapi er behov for, at sygesikringen kan sikre sig, at behandling kun gives til personer, der opfylder de i ordningen nævnte kriterier for behandling. Dette kan sikres ved, at lægen påfører henvisningsblanketter og statusrapporter de nødvendige oplysninger om henvisningsårsag m.v. i forhold til de for ordningen specificerede kriterier for vederlagsfrihed.

Parterne forudsætter, at udlevering af de nævnte oplysninger ikke er i strid med Lov om patienters retsstilling. Der forventes en stillingtagen hertil i forbindelse med Sundhedsministerens godkendelse af overenskomsten.

18) PROTOKOLLAT TIL § 96 OM ANVENDELSE AF LEGITIMATIONSBEVIS VED ELEKTRONISK REGISTRERING AF PATIENTHENVENDELSE TIL ALMEN LÆGEPRAKSIS

1. Alment praktiserende læger installerer aflæsningsudstyr, der kan aflæse legitimationsbevisets stregkode eller magnetstriben. Beviset anvendes som elektronisk registrering ved henvendelse til almen lægepraksis.
2. Legitimationsbeviset anvendes under patientens besøg hos lægen ved, at kortet føres gennem kortlæseren. Indlæsningen markeres i lægens elektronisk lagrede afregningsoplysninger med et "p" sammen med sikredes 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 legitimationsbevis giver en p-markering, samt at det ikke efterfølgende bevidst eller ubevidst kan lade sig gøre at ændre i regningens dato, koder 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 i forbindelse med patientens ophold i klinikken, således at patienten kan få udskrevet en regning, hvis der fremsættes ønske herom. Indlæsning på en senere dato skal afvises af systemet, jf. dog pkt. 8.
6. Ved systemnedbrud og ved mangel på tilstedeværelsen af legitimationsbevis foretager lægen en indtastning af regningen uden p-markering.
7. Ved telefonkonsultationer indtastes ydelsen uden p-markering.
8. Ved sygebesøg uden mobilt elektronisk aflæsningsudstyr registrerer lægen efterfølgende regningsoplysningerne i sit edb-system. Kravet om inddatering samme dag ændres til første almindelige arbejdsdag. Registreringen sker uden p-markering.

Ved sygebesøg, hvor der anvendes mobilt elektronisk aflæsningsudstyr anvendes procedurerne som nævnt i punkterne 1-4.

9. Antallet af registrerede p-markeringer (ekskl. sygebesøg og telefonkonsultationer) i hvert kvartal skal udgøre mindst 80 % af antal konsultationer i praksis, medmindre der foreligger særlige omstændigheder.
10. Hvis antallet af sygebesøg, hvor der ikke har været anvendt mobilt aflæsningsudstyr, stiger kraftigt eller afviger væsentligt fra regionsgennemsnittet, følges regionens almindelige kontrolprocedurer.
11. Regionen kontrollerer kvartalsvis procenten af de registrerede p-markeringer i praksis.
12. Lægen skal orientere regionen om systemnedbrud, der medfører manglende p-markeringer.
13. Ved systemnedbrud indsættes der et "n" i felt nr. 45 i stedet for et "p".

Hvis patienten har glemt sit sygesikringsbevis, indsættes et "g" i felt nr. 45.

14. Lægen korrigerer for eventuelle fejlregninger ved at udskrive en ny regning markeret med et "k" i felt nr. 18-32 med samme ydelser som på fejlregningen. Herefter udskriver lægen en regning med de korrekte ydelser. Denne regning markeres med et "f" i felt nr. 45.

19) PROTOKOLLAT TIL § 108A OM ETABLERING AF EN EFTER- UDDANNELSESFOND

Der etableres en efteruddannelsesfond med en bestyrelse bestående af to personer udpeget af Praktiserende Lægers Organisation, hvoraf den ene er fondens formand, og to personer udpeget af Lønnings- og Takstnævnet Forhandlingsudvalg, hvoraf den ene er fondens næstformand.

Fonden har til formål at formidle finansiering af efteruddannelsesaktiviteter for de alment praktiserende læger efter landsoverenskomsten, og overveje de overordnede principper for fordeling af midler.

Hver af parterne udpeger en sekretær for fondsbestyrelsen. Den daglige administration varetages af Praktiserende Lægers Organisation.

I fonden foretages registrering af hver enkelt læge, der i henhold til § 26, stk. 1 har meddelt, at man ønsker at påtage sig almen praksis for den offentlige sygesikring. Alle registrerede læger kan trække på Efteruddannelsesfonden til godkendte efteruddannelsesformål op til det beløb, der af fondens bestyrelse er afsat pr. registreret læge af de indbetalte midler, jf. § 108a. Beløbet fastsættes under hensyn til, at der i det indbetalte tillige med renter og ikke-brugte midler skal være midler til administration og udvikling, herunder af undervisningsformer og uddannelse af kursustilrettelæggere og undervisere. Lægen kan udskyde trækket i et år, således at en læge, der ikke fuldt ud har brugt beløbet et år, kan bruge et tilsvarende større beløb næste år. Trækket på et år kan ikke udskydes mere end et år. Hvad lægen således i to kalenderår efter indbetalingen ikke har brugt, tilfalder fonden til udvikling af efteruddannelsesaktiviteter og administration.

Kurser, der er tilrettelagt af regionen/praksisudvalget - eventuelt i samarbejde efter aftale i samarbejdsudvalget, er automatisk godkendt. Den faglige godkendelse af øvrige efteruddannelsesaktiviteter varetages af AMADEUS i samarbejde med Den Almindelige Danske Lægeforenings Uddannelsessekretariats konsulenter.

Der fastsættes et maksimumbeløb for, hvad den enkelte læge pr. godkendt kursshverdag kan trække til delvis dækning af henholdsvis tabt arbejdsfortjeneste, dækning af rejseomkostninger samt dækning af kursusafgift.

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

Efteruddannelsesfondens midler kan suppleres med midler, som Administrationsudvalget har til rådighed til efteruddannelsesformål, jf. § 106, og som udvalget beslutter at overføre til Efteruddannelsesfonden.

20) PROTOKOLLAT AF 27-04-1995 TIL § 12 OM OPMANDSFUNKTIONEN OG ORGANISATIONSANSVAR

Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation er enige om at fremme godt samarbejde om udvikling af almen praksis inden for overenskomstens område med henblik på at sikre befolkningen adgang til almen lægehjælp på et tidssvarende niveau både for så vidt angår service som faglig kvalitet.

Parterne er enige om, at uenighed om fortolkning og anvendelse af denne overenskomst bør søges afklaret gennem drøftelser i samarbejdsudvalg og landssamarbejdsudvalg. Såfremt enighed ikke kan opnås, kan sagerne forelægges for en opmand. Opmanden undersøger mulighederne for at mægle i sagerne. Såfremt dette findes formålsløst, træffer opmanden sin afgørelse ved kendelse, der er bindende for parterne.

Såfremt en af overenskomstparterne opfordrer til eller støtter amterne/de praktiserende læger i en åbenbar urigtig fortolkning af overenskomsten, eller selv begår åbenbart overenskomstbrud, kan dette medføre organisationsansvar.

Bestemmelsen om organisationsansvar gælder ved frivilligt indgået overenskomst og ikke ved overenskomst fastsat eller forlænget ved lov.

Der er mellem parterne enighed om, at der ikke i de hidtidige overenskomstforløb har været situationer, hvor en af parterne har udvist en adfærd, der ville have kunnet betragtes som en overtrædelse af bestemmelsen om organisationsansvar i denne paragraf og protokollatet hertil.

RAMMEAFTALE OM IVÆRKSÆTTELSE AF TILLÆGSYDELSER EFTER
BESLUTNING I REGIONERNE

§ 1.

Stk. 1.

Regionerne kan beslutte at iværksætte den i § 2 nævnte tillægsydelse. Regionerne kan i forbindelse med beslutningen fastsætte nærmere vilkår for lægernes adgang til at anvende den pågældende ydelse.

Stk. 2.

Samarbejdsudvalget aftaler den nærmere realisering af den af regionen truffe beslutning.

Stk. 3.

Landssamarbejdsudvalget orienteres om de i henhold til stk. 1 truffe beslutninger og de i medfør af stk. 2 indgåede aftaler.

§ 2.

Følgende tillægsydelse kan udløses efter beslutning herom i regionen:

	Grundhonorar	
2601.	Blodprøvetagning fra åre inkl. præparation og centrifugering pr. forsendelse (skal blodprøven sendes flere steder hen, er ydelsen pr. forsendelse)	86,94

§ 3. REGULERING AF HONORARER

Honoraret reguleres med den til enhver tid gældende reguleringsprocent for regulering i landsoverenskomstens § 80, stk. 5.

§ 4. AFREGNING

Afregning af den i § 2 nævnte ydelse sker sammen med lægens ydelsesafregning i øvrigt i henhold til landsoverenskomsten.

§ 5. OPSIGELSE

Stk. 1.

Rammeaftalen kan af begge parter opsiges med mindst 3 måneders varsel til ophør med udgangen af en måned.

Stk. 2.

Regionen kan tilbagekalde sin beslutning om honorering af praktiserende lægers indførelse af den i § 2 nævnte ydelse i henhold til nærværende overenskomst med 3 måneders varsel.

RAMMEAFTALE OM IVÆRKSÆTTELSE AF LABORATORIEUNDERSØ-
GELSER M.M. EFTER BESLUTNING I REGIONERNE

§ 1.

Stk. 1.

Regionerne kan beslutte at iværksætte den i § 2 nævnte laboratorieundersøgelse. I forbindelse med beslutning herom skal der tages stilling til, om laboratorieundersøgelsen skal omfattes af regionens kvalitetssikringsordning.

Stk. 2.

Samarbejdsudvalget aftaler den nærmere realisering af den af regionen truffne beslutning.

Stk. 3.

Landssamarbejdsudvalget orienteres om de i henhold til stk. 1 truffne beslutninger og de i medfør af stk. 2 indgåede aftaler.

§ 2.

Følgende laboratorieundersøgelse kan udløses efter beslutning herom i regionen:

	Antal enheder
7402. Allergiudredning i forbindelse med prik- test	18

ANMÆRKNING TIL § 2:

Med virkning pr. 01-08-2006 er honoreringen af ydelse 7402 ændret fra 15 enheder til 18 enheder

§ 3. REGULERING AF HONORARER

Honoraret reguleres med den til enhver tid gældende reguleringsprocent for regulering i landsoverenskomstens § 80, stk. 5.

§ 4. AFREGNING

Afregning af den i § 2 nævnte ydelse sker sammen med lægens ydelsesafregning i øvrigt i henhold til landsoverenskomsten.

§ 5. OPSIGELSE

Stk. 1.

Rammeaftalen kan af begge parter opsiges med mindst 3 måneders varsel til ophør med udgangen af en måned.

Stk. 2.

Regionen kan tilbagekalde sin beslutning om honorering af praktiserende lægers udførelse af den i § 2 nævnte laboratorieundersøgelse i henhold til nærværende aftale med 3 måneders varsel.

TILLÆGSOVERENSKOMST TIL LANDSOVERENSKOMSTEN OM AL-MEN LÆGEGERNING VEDRØRENDE FOREBYGGENDE OG/ELLER SUNDHEDSPÆDAGOGISKE YDELSER SAMT FORSØGSAFTALER EF-TER BESLUTNING I REGIONERNE

§ 1.

Stk. 1.

Regionerne kan beslutte at iværksætte en eller flere af de i § 2 nævnte ydelser. Tillægsoverenskomstens honoreringssystem kan i øvrigt finde anvendelse på an-dre ydelser, hvor der kan opnås enighed mellem regionerne og praksisudvalget.

Stk. 2.

Samarbejdsudvalget aftaler den nærmere realisering af den af regionen truffe be-slutning. Samarbejdsudvalget fastsætter endvidere honoraret/antallet af moduler for den/de i § 2 omhandlede ydelser, jf. § 3.

Stk. 3.

Landssamarbejdsudvalget orienteres om de i henhold til stk. 2 indgåede aftaler.

§ 2.

Følgende ydelser kan udløses efter beslutning herom i regionen:

1. Honorering af den praktiserende læge i forbindelse med deltagelse i patient-samtaler med øvrige personalegrupper med eller uden deltagelse af patienten, men efter aftale med denne (såvel gruppe 1- som gruppe 2-sikrede).
2. Honorering af den praktiserende læge i forbindelse med opsøgende virksom-hed som led i opfølgningen af sygehusbehandling/sygehusudskrivning.
3. Honorering af den praktiserende læge for forebyggende ydelser, herunder generelle helbredsundersøgelser, der ikke er omfattet af lands-overenskomsten.
4. Honorering af den praktiserende læge for deltagelse i forsøgsordninger, jf. anmærkning.

ANMÆRKNING TIL PKT. 4:

Parterne er enige om, at forsøgsordninger kan udvikle almen praksis, men at disse skal opfylde visse krav.

- *Forsøgsordningens formål skal beskrives, herunder om formålet er at indhente ny viden eller at afprøve eksisterende aftaler fra andre amter under lokale forhold.*
- *En aftale om forsøgsordning skal have en aftalt udløbsdato, der normalt ikke overstiger 3 år.*
- *Forsøgsordningen skal indeholde en evaluering, som skal være afsluttet inden ordningens udløbsdato. Hvis evalueringen er po-sitiv og ordningen ønskes fortsat, skal dette enten ske i en § 2-*

aftale i henhold til Landsoverenskomsten eller som aftale i henhold til nærværende tillægsoverenskomst.

- *Kriterierne for lægernes deltagelse skal være beskrevet i aftalen. Kriterierne kan være geografiske, tilfældige som led i et randomiseret projekt eller faglige, herunder særlig viden og interesse eller tidligere opnåede færdigheder. Kriteriet kan endvidere være deltagelse i kursus med introduktion til forsøgsordningens emne m.v. med henblik på, at der vil kunne foretages en ensartet evaluering.*
- *Aftaler skal indberettes til Landssamarbejdsudvalget. Ordninger, der strækker sig ud over 3 år, skal godkendes af Landsamarbejdsudvalget.*

PROTOKOLLAT:

Parterne er enige om, at samarbejdsudvalget har adgang til at opstille krav om, at de praktiserende læger som forudsætning for honorering for de i § 2 nævnte ydelser skal have gennemført en i samarbejdsudvalget aftalt efteruddannelse eller kunne dokumentere kvalifikationer svarende hertil.

§ 3.

Honoraret for de i § 2 nævnte ydelser pr. time fastsættes til kr. 720,31 (grundhonorar), svarende til 6 moduler af 10 minutter á kr. 120,05 (grundhonorar). Dog skal honoraret for ydelser efter § 2, pkt. 4 ikke nødvendigvis fastsættes efter tidsforbrug.

Honoraret/antallet af moduler pr. ydelse fastsættes efter aftale i samarbejdsudvalget. Der kan fastsættes betaling for udgifter til utensiler, investering, ulempegodtgørelse m.v.

I forbindelse med ydelser, der ikke finder sted i lægens konsultation, honoreres lægens tidsforbrug til mødestedet med følgende satser (grundhonorar):

indtil 4 km	73,86
fra 4 km indtil 8 km	107,56
fra 8 km indtil 12 km	139,27
fra 12 km indtil 16 km	171,17
fra 16 km indtil 20 km	203,32
udover 20 km	223,20
+ 7,96 kr. pr. påbegyndt km udover 21 km	

Der ydes kørselsgodtgørelse svarende til § 76 i Landsoverenskomsten om almen lægegerning. Der kan ikke samtidig finde ydelsesafregning sted i henhold til landsoverenskomsten, medmindre det særligt aftales.

§ 4. REGULERING AF HONORARER

Honoraret reguleres med den til enhver tid gældende reguleringsprocent for regulering i landsoverenskomstens § 80, stk. 5.

§ 5. AFREGNING

Afregning for de i § 2 nævnte ydelser sker sammen med lægens ydelsesafregning i øvrigt i henhold til landsoverenskomsten.

§ 6. OPSIGELSE

Stk. 1.

Overenskomsten kan af begge parter opsiges med mindst 3 måneders varsel til ophør med udgangen af en måned.

Stk. 2.

Regionen kan tilbagekalde sin beslutning om honorering af praktiserende lægers udførelse af de i § 2 nævnte ydelser i henhold til nærværende overenskomst med 3 måneders varsel.

§ 7.

Denne tillægsoverenskomst, der er indgået af Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation d. 16-04-1999 er i 2006 tilpasset med henblik på overgang fra amter til regioner 1. januar 2007. Samtidig er de i tillægsoverenskomsten anførte grundhonorarer omlagt svarende til det, der i 2006 er gennemført vedrørende grundhonorarer i landsoverenskomst for almen lægegering.

TILLÆGSOVERENSKOMST OM NETTOAFREGNING TIL LANDSOVER-
ENSKOMSTEN OM ALMEN LÆGEGERNING MELLEM PRAKTISEREN-
DE LÆGERS ORGANISATION OG SYGESIKRINGENS FORHANDLINGS-
UDVALG

§ 1.

Denne overenskomst, der er indgået mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO), omhandler nettoafregning for personer, der har adgang til lægehjælp ved alment praktiserende læge efter § 2, stk. 2, i lov om offentlig sygesikring (gruppe 2-sikrede).

§ 2.

For så vidt angår den i § 1 omhandlede persongruppe foretages nettoafregning over for patienten, således at den offentlige sygesikrings tilskud til undersøgelsen og behandlingen fradrages i det honorar, den alment praktiserende læge beregner sig, og afregnes direkte over for sygesikringen.

§ 3.

Bestemmelserne i §§ 96 og 97 i landsoverenskomsten af 03-06-1991 mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation finder tilsvarende anvendelse ved nettoafregningen med følgende ændringer:

- 1) § 96, stk. 1, 1. punktum, affattes således:
I forbindelse med hver enkelt overenskomstmæssig ydelse, som giver ret til tilskud fra amtet, udfylder lægen en mellem parterne aftalt regningsblanket, der underskrives af patienten, evt. dennes stedfortræder, bortset fra tilfælde, hvor en sådan underskrift ikke kan præsteres, f.eks. telefonydelser. I ekstraordinære tilfælde, hvor det ikke har været muligt for lægen at opnå fornøden underskrift, anfører lægen på regningen begrundelsen for den manglende underskrift.
- 2) I § 96, stk. 2, indsættes som nyt punktum:
“Endvidere skal fremgå den andel af lægens samlede regning, det påhviler den sikrede at betale”.
- 3) § 96, stk. 4, affattes således:
“Lægens samlede regningsbeløb for ydelseshonorarer opgøres ved hver uges udgang (til og med lørdag) på en af parterne aftalt samleregning. Mellem lægen og amtet kan det aftales, at lægen på samleregningen alene anfører antal regninger. I dette tilfælde skal det samtidig aftales, hvorledes beløb til foreløbig afregning skal udfindes. Samleregning bilagt regningsblanketterne indsendes til amtet, således at den er amtet i hænde senest følgende onsdag”.
- 4) I § 96, stk. 6, indsættes som nyt punktum:
“I de tilfælde, hvor det mellem lægen og amtet er aftalt, at lægen på samlere regningen ikke anfører det samlede regningsbeløb, jf. stk. 4, betragtes sygesikringens beregninger som gældende”.

55.10.1

Side 140

5) Tilsvarende ændringer gælder i forhold til § 97.

ANMÆRKNING TIL § 3, 1):

Punkt 1) træder først i kraft, når aftaler om underskrift er indgået mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og øvrige yderorganisationer. Indtil da affattes bestemmelsen således:

I forbindelse med hver enkelt overenskomstmæssig ydelse, som giver ret til tilskud fra amtet, udfylder lægen en mellem parterne aftalt regningsblanket.

§ 4.

Tillægsoverenskomsten træder i kraft den 01-10-1991. Hidtil gældende overenskomst, som ændret ved aftale af 22-09-1981, er gældende indtil den 30-09-1991.

København, den 03-06-1991

For SYGESIKRINGENS FORHANDLINGSUDVALG:
Ib Frederiksen

/

Ole Rasmussen

For PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION:
Poul Schiøler

/

Ove Baggesen

PROTOKOLLAT TIL TILLÆGSOVERENSKOMST OM NETTOAFREGNING

Overenskomsten har som forudsætning, at lægerne i venteværelset ophænger tabel over tilskuddenes størrelse. Parterne er enige om, at Praktiserende Lægers Organisation i forbindelse med den halvårige regulering af honorarerne som hidtil udsender skemaer til opsætning i praksis' venteværelse.

Parterne er endvidere enige om, at det enkelte amt efter drøftelse i samarbejdsudvalget kan tilvejebringe mere iøjnefaldende tavler til opsætning i praksis' venteværelse i forbindelse med den halvårige regulering af honorarerne. Såfremt et amt fremsender en sådan, skal denne opsættes i stedet for den af Praktiserende Lægers Organisation udarbejdede.

AFTALE MELLEM SYGESIKRINGENS FORHANDLINGSUDVALG OG PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION VEDRØRENDE PROFYLAKTISKE HELBREDSUNDERSØGELSER AF GRAVIDE OG BØRN SAMT VACCINATIONER

KAPITEL I. SVANGREOMSORG

§ 1.

Stk. 1.

Dette kapitel er udformet på grundlag af lovgivningen og Sundhedsstyrelsens retningslinier og fastlægger honorering m.v. af alment praktiserende læger for udførelse af de vederlagsfrie forebyggende helbredsundersøgelser af gravide.

Stk. 2.

Honorarstrukturen er udformet med henblik på tilvejebringelse af et grundlag for udførelse af de forebyggende helbredsundersøgelser i overensstemmelse med de målsætninger, der er kommet til udtryk i Sundhedsstyrelsens retningslinier, herunder blandt andet at sundhedsvæsenets indsats medicinsk, psykisk og socialt skal tilpasses brugernes individuelle behov og erfaringsgrundlag, og at der skal vises særlig opmærksomhed over for kvinder/familier, hvis livsvilkår eller livsstil medfører særlige risici for mor og/eller barn og overfor kvinder, hos hvem graviditeten eller fødslen kan forventes at blive kompliceret. Der henvises nærmere til Sundhedsstyrelsens retningslinier om graviditet, fødsel og barselperiode. Endvidere tager honorarstrukturen højde for, at alle gravide skal have tilbud om at få information om fosterdiagnostik og at der skal gives basal information om fosterdiagnostik til de kvinder, som ønsker det. Der henvises nærmere til Sundhedsstyrelsens retningslinier for fosterdiagnostik.

§ 2.

Ved fastsættelse af ydelser og honorarer (grundhonorarer) er det forudsat, at ydelserne udføres i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledende retningslinier som nævnt oven for.

§ 3. HELBREDSUNDERSØGELSER AF GRAVIDE (GRUNDHONORAR)

De profylaktiske helbredsundersøgelser og honorarerne herfor omfatter alle de undersøgelser, herunder blodprøver og urinundersøgelser, der i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinier skal tilbydes alle gravide.

8110. 1. lægeundersøgelse (ca. 6-10 uger)

Kr. 416,89

Ydelsen inkluderer blodprøvetagning og urinundersøgelse for albuminuri og glucosuri (stix) samt undersøgelse af urin for asymtomatisk bakteriuri (stix eller mikroskopi), der i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinier tilby-

des alle gravide. Ydelsen inkluderer lægens afklaring af, om den gravide ønsker information om fosterdiagnostik og levering af basal information til de kvinder, som ønsker det.

Supplerende urindyrkning ved positivt resultat af undersøgelse for asymptomatisk bakteriuri honoreres med tillægsydelse 8159.

8120. 2. lægeundersøgelse (ca. 24 uger) kr. 150,28

Ydelsen inkluderer urinundersøgelse for glucosuri (stix) og asymptomatisk bakteriuri (stix eller mikroskopi), der i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinier skal tilbydes alle gravide. Supplerende urindyrkning ved positivt resultat af undersøgelse for asymptomatisk bakteriuri honoreres med tillægsydelse 8159.

8130. 3. lægeundersøgelse (ca. 34 uger) kr. 150,28

Ydelsen inkluderer urinundersøgelse for albuminuri og glucosuri (stix).

8140. 4. lægeundersøgelse (ca. 8 uger efter fødslen) kr. 181,33

ANMÆRKNING TIL § 3:

Den praktiserende læge kan tilbyde gravide, at de profylaktiske helbredsundersøgelser udføres som gruppekonsultation. Honorering i forbindelse med gruppekonsultation sker med de i §§ 3-5 anførte honorarer, der afregnes særskilt for hver enkelt gravid. Gravide, som ønsker individuelle undersøgelsesforløb, skal tilbydes dette.

§ 4. TILLÆGSYDELSER UDOVER DE I §3 INKLUDEREDE (GRUNDHONORAR)

Honorar for tillægsydelser ydes kun i det omfang, disse ydelser ikke er inkluderet i honoraret for 1.- 4. lægeundersøgelse, jf. § 3.

8151. Blodprøvetagning fra blodåre til særlige prøver – herunder til brug for fosterdiagnostik - til undersøgelse på Statens Serum Institut eller centrallaboratorium. kr. 43,47

Såfremt de i Sundhedsstyrelsens retningslinier anbefalede serodiagnostiske undersøgelser skal udføres ved indsendelse af blodprøver til såvel Statens Serum Institut som centrallaboratorium/sygehuslaboratorium, er lægen i forbindelse med 1. lægeundersøgelse berettiget til ét honorar

for tillægsydelse 8151, og ved 2., 3. eller 4. lægeundersøgelse til honorar for tillægsydelse 8151 for hver indsendelse. Såfremt der ved 1. lægeundersøgelse viser sig behov for serodiagnostiske undersøgelser udover tilbuddet til alle gravide, men dette ikke medfører behov for indsendelse af prøver til flere steder, ydes der ikke honorar for tillægsydelse 8151.

8152. Forsendelse af biologisk materiale, ekskl. blodprøver kr. 31,05

§ 5. LABORATORIEUNDERSØGELSER UDOVER DE I § 3 INKLUDEREDE (GRUNDHONORAR)

Laboratorieundersøgelser og udtagning af prøver honoreres, når de bedømmes af lægen selv. Honoraret er pr. udført enhed kr. 11,86 (grundhonorar).

Honorar for laboratorieundersøgelser ydes kun i det omfang, disse ydelser ikke er inkluderet i honoraret for 1.- 4. lægeundersøgelse, jf. § 3.

Nr.		Antal enheder
8153.	B-glukose (fotometer)	4
8164.	B-hæmoglobin (fotometer)	4
8155.	Urinundersøgelse ved stix	1

Mikroskopi af biologisk materiale:

8165.	Fasekontrastmikroskopi af urin	4
8168.	Fasekontrastmikroskopi af biologisk materiale, ekskl. urin	5

Dyrkning af biologisk materiale i eget laboratorium:

8159.	Bakterier	3
8161.	Svampe	3
8162.	Andet	3

§ 6. DELTAGELSE I UDVALG (GRUNDHONORAR)

I Sundhedsstyrelsens retningslinier anbefales der nedsættelse af lokale tværfaglige teams og regionale fødeplanudvalg. I det omfang praktiserende læger efter anmodning fra regionerne eller kommunerne deltager i arbejdet i sådanne teams eller udvalg, ydes følgende honorar (grundhonorar):

a)

Deltagelse i møder i lokale tværfaglige teams eller regionale fødeplanudvalg honoreres med 120,05 kr. (grundhonorar) pr. påbegyndt 10 min. (moduler).

8170.	1 modul	kr. 120,05
8171.	2 moduler	kr. 240,10

8172.	3 moduler	kr. 360,16
8173.	Pr. påbegyndt modul udover 3	kr. 120,05

b)

I forbindelse med møder, der ikke finder sted i lægens konsultation, honoreres lægens tidsforbrug til mødestedet med følgende satser:

8182.	Indtil 4 km	kr. 73,86
8183.	Fra 4 indtil 8 km	kr. 107,56
8184.	Fra 8 indtil 12 km	kr. 139,27
8185.	Fra 12 indtil 16 km	kr. 171,17
8186.	Fra 16 indtil 20 km	kr. 203,32
8187.	Udover 20 km	kr. 223,20
8188.	+ kr. 7,96 pr. påbegyndt km udover 21 km	

c)

Godtgørelse for benyttelse af eget befordringsmiddel er den samme godtgørelse pr. påbegyndt km, som til enhver tid af staten er fastsat for benyttelse af eget befordringsmiddel på tjenesterejser. Til denne godtgørelse ydes et tillæg på 15%, forhøjet til nærmeste hele ørebeløb.

§ 7. UDGÅET

§ 8. VEJLEDNING OM ANVENDELSE AF YDELSER

Parterne har udarbejdet en vejledning om anvendelse af ydelserne efter kapitel I og sammenhængen til ydelser efter landsoverenskomst om almen lægegering.

KAPITEL II. BØRNEUNDERSØGELSER, BØRNEVACCINATIONER OG ANDRE VACCINATIONER

§ 9.

Dette kapitel er udformet på grundlag af lovgivningen og Sundhedsstyrelsens retningslinier og fastlægger honorering m.v. af alment praktiserende læger for udførelse af forebyggende helbredsundersøgelser af børn og unge samt vaccinationer af børn og af visse særlige persongrupper.

§ 10. BØRNEUNDERSØGELSER

8210.	Børneundersøgelse, når barnet er 1 uge.	kr. 181,47
-------	---	------------

Undersøgelsen gives kun til børn, som ikke er blevet undersøgt inden udskrivning fra sygehus i forbindelse med ambulant fødsel, eller som er født hjemme. For så vidt angår ambulant fødte børn er det forudsat, at forældrene af sygehuset er blevet informeret om, at

barnet bør møde til 1 uges undersøgelse ved alment praktiserende læge.

8211.	1. børneundersøgelse, når barnet er 5 uger	kr. 181,47
8212.	2. børneundersøgelse, når barnet er 5 måneder	kr. 181,47
8213.	3. børneundersøgelse, når barnet er 12 måneder	kr. 181,47
8214.	4. børneundersøgelse, når barnet er 2 år	kr. 181,47
8215.	5. børneundersøgelse, når barnet er 3 år	kr. 181,47
8216.	6. børneundersøgelse, når barnet er 4 år	kr. 181,47
8217.	7. børneundersøgelse, når barnet er 5 år	kr. 181,47

ANMÆRKNING TIL § 10:

Barnets Bog er i Sundhedsstyrelsens retningslinier anbefalet som et middel til at lette kommunikationen mellem bl.a. praktiserende læge og den kommunale sundhedstjeneste og som et praktisk værktøj til opsamling og udveksling af information mellem familien og social- og sundhedsvæsenet. Det er i retningslinierne anført, at familiens læge, sundhedsplejersken og den kommunalt ansatte læge i bogen skriver om barnets vækst, udvikling, vaccinationer og eventuelle sygdomsproblemer i stikordsform. Bogen er ikke at betragte som en journal. Det er endvidere anført, at bogen bør være udformet på en så hensigtsmæssig måde, at den praktiserende læge ved den sidste af de forebyggende helbredsundersøgelser i førskolealderen kan udarbejde et statusnotat, så den kommunale sundhedstjeneste efter 5-års alderen kan inddrage den sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende indsats over for barnet i dets videre arbejde i skoleforløbet. Ved hjælp af oplysninger fra den praktiserende læge forbedres mulighederne for at sikre en sammenhængende indsats, der kan være medvirkende til at eventuelle støtteforanstaltninger over for det enkelte barn iværksættes i tide.

For så vidt angår det omtalte statusnotat er det aftalt mellem Kommunernes Landsforening og Praktiserende Lægers Organisation, at lægen ved 5-års undersøgelsen ved behov udarbejder et kortfattet statusnotat til den kommunale sundhedstjeneste om eventuelle sundhedsmæssige problemer.

Samarbejde mellem praktiserende læge og den kommunale sundhedstjeneste vedrørende et bestemt barn/ung tilmeldt lægen kan ske i henhold til bestemmelserne om socialmedicinsk samarbejde i landsoverenskomst om almen lægegerning.

Såfremt lægen bliver opmærksom på, at forældrene ikke tager imod tilbuddet om forebyggende helbredsundersøgelser, kan lægen tage kontakt til forældrene og opfordre dem til at tage imod tilbuddet. Parterne vurderer, om der er grundlag for at udarbejde retningslinier for opsøgende virksomhed med henblik på at sikre tilslutningen til børneundersøgelserne, og vurderer samtidig eventuelle heraf afledte ændringer i lægernes forpligtelser og eventuelle honorarmæssige konsekvenser.

§ 11. BØRNEVACCINATIONER

Stk. 1.

Vaccination mod difteri, tetanus, kighoste, polio og hæmophilus influenzae type b (Hib)

8341.	1. Di-Te-Ki-Pol-Hib-vaccination, når barnet er 3 måneder	kr. 41,05
8342.	2. Di-Te-Ki-Pol-Hib-vaccination, når barnet er 5 måneder	kr. 41,05
8343.	3. Di-Te-Ki-Pol-Hib-vaccination, når barnet er 12 måneder	kr. 41,05
8325.	Di-Te-Ki-Pol-revaccination, når barnet er ca. 5 år	kr. 41,05
8705.	Tillæg til vaccinationshonorar for Di-Te-Ki-Pol-revaccination (ydelsesnummer 8325), når der ikke samtidig er børneundersøgelse eller konsultation	kr. 70,73

Di-Te-Ki-Pol-revaccination (ydelsesnummer 8325) udført i forbindelse med børneundersøgelse, når barnet er 5 år, eller konsultation i øvrigt honoreres med kr. 41,05 (grundhonorar). Di-Te-Ki-Pol-revaccination til børn på ca. 5 år, der ikke udføres i forbindelse med børneundersøgelse eller konsultation i øvrigt, honoreres med et honorar svarende til konsultationshonoraret i henhold til landsoverenskomstens § 68 ved anvendelse af ydelsesnummer 8325 samt ydelsesnummer 8705.

8706.	Tillæg til vaccinationshonorar for Di-Te-Ki-Pol-Hib-vaccination (ydelsesnumre 8341, 8342 og 8343), når der ikke samtidig er børneundersøgelse eller konsultation	kr. 70,73
-------	--	-----------

Di-Te-Ki-Pol-Hib-vaccination udført i forbindelse med børneundersøgelse eller konsultationer i øvrigt honoreres med kr. 41,05 (grundhonorar). Di-Te-Ki-Pol-Hib-vaccination, der ikke udføres i forbindelse med børneundersøgelse eller konsultationer i øvrigt, honoreres med et honorar svarende til konsultationshonoraret i henhold til landsoverenskomstens § 68 ved anvendelse af ydelsesnumre 8341, 8342 eller 8343 samt ydelsesnummer 8706.

Stk. 2.

Kombineret vaccination mod mæslinger, fåresyge og røde hunde (MFR)

8601.	1. MFR-vaccination (uanset alder, men normalt når	
-------	---	--

	barnet er 15 måneder)	kr. 41,05
8612.	2. MFR-vaccination (uanset alder, men normalt når barnet er 12 år)	kr. 41,05
8701.	Tillæg til vaccinationshonorar, når der ikke samtidig er børneundersøgelse eller konsultation i øvrigt	kr. 70,73
	MFR-vaccinationer udført i forbindelse med børneundersøgelser eller konsultationer i øvrigt honoreres med kr. 41,05 (grundhonorar). MFR-vaccinationer, der ikke udføres i forbindelse med børneundersøgelser eller konsultationer i øvrigt, honoreres med et honorar svarende til konsultationshonoraret i henhold til landsoverenskomstens § 68 ved anvendelse af ydelsesnummeret for MFR-vaccinationen samt ydelsesnummer 8701.	
8618.	Honorar for telefonisk henvendelse til forældrene	kr. 24,84

ANMÆRKNING TIL § 11:

Honorarerne for ydelserne 8705, 8706, 8701 og 8901 justeres løbende, så de til enhver tid sammen med vaccinationshonoraret svarer til honoraret for en konsultation (0101).

*ANMÆRKNING TIL § 11, STK. 2:**RETNINGSLINIER FOR EN STYRKET INDSATS FOR FORBEDRING AF TILSLUTNINGEN TIL MFR-VACCINATIONERNE:*

Med henblik på at forbedre tilslutningen til MFR-vaccinationerne for såvel 15 måneders- som 12 års børnene, således at denne nærmer sig 95%, har parterne i samarbejde med en række myndigheder og organisationer aftalt en strategi for at nå dette mål.

En del af strategien nødvendiggør en aftale mellem parterne med henblik på at sikre en koordineret og forstærket indsats, jf. nedenstående.

Opfølgning i forbindelse med MFR-vaccinationer af 15 måneders- og 12 års børnene.

1. Lister fra regionerne til de praktiserende læger.

Regionerne fremsender én gang årligt pr. 01-01 en liste til de alment praktiserende læger indeholdende oplysninger over de tilmeldte børn, der i løbet af året fylder 15 måneder.

Tilsvarende fremsender regionerne én gang årligt pr. 01-01 til de praktiserende læger lister indeholdende oplysninger over de tilmeldte børn, der i løbet af året fylder 12 år.

Listerne skal indeholde oplysninger om børnenes cpr.nr., navn, adresse og moderens eller faderens cpr.nr. De tilmeldte børn på listerne er opført i alfabetisk rækkefølge efter efternavn.

Listerne udformes således, at der er plads til at markere, at vaccinationerne er foretaget. Endvidere skal der være plads til at markere, at der er fremsendt en rykker, at der eventuelt er foretaget en telefonisk rykker og endelig skal der være plads til at markere årsagen til, at vaccinationen eventuelt ikke er foretaget (f.eks. at det pågældende barn er flyttet, dvs. tilmeldt en anden læge, eller at forældrene til det pågældende barn har meddelt, at de ikke ønsker vaccination, eller at det pågældende barn ikke er mødt op på trods af rykker(e)).

Samtidig med udsendelse af listerne fremsender regionerne reminderkort og labels til brug for lægernes indkaldelse af familier, der ikke selv møder frem.

Lægerne vaccinerer løbende de på listen opførte børn samt udsender i perioden reminderkort. Lægerne kan desuden telefonisk kontakte forældrene til de 15 måneder eller 12 år gamle børn, der endnu ikke er blevet vaccineret eller har reageret på reminderkort.

Lægerne returnerer listerne i udfyldt stand til regionerne et år efter, at de er udsendt. Lægen har forinden gennemført rykkerprocedure for de børn, der er anført på listen, og som endnu ikke er vaccineret.

2. Tiltag i lægepraksis.

Parterne skal pege på, at praksis ved iværksættelse af en række administrative procedurer har mulighed for at højne vaccinationsdækningen og man skal i den forbindelse opfordre lægerne til

- at indsætte en reminder i barnets journal i forbindelse med gennemgangen af listen, såfremt barnet ikke er vaccineret, inden den returneres til regionen,
- at følge op på vaccinationsstatus ved 2 års undersøgelsen eller i forbindelse med anden henvendelse for så vidt angår børn, der er 15 måneder gamle,
- at følge op på vaccinationsstatus ved kontakt med de over 12-årige og
- at den enkelte praksis udpeger en ansvarlig for opfølgningen af MFR-vaccinationerne.

3. Lokal opfølgning.

Parterne er enige om at anbefale, at praksisudvalget i samråd med DSAM's regionsrepræsentant udpeger en regionsansvarlig læge, der følger op over for praksis med lav dækningsgrad. Lægen samarbejder

med en kontaktperson i regionen. Samarbejdsudvalget aftaler de nærmere retningslinier herfor.

Samarbejdsudvalgene opfordres til at gøre status over vaccinationstilslutningen én gang årligt, ligesom samarbejdsudvalget opfordres til at vurdere behovet for særligt tilrettelagte initiativer i regionen i samarbejde med kommunerne og eventuelt embedslægeinstitutionen.

Såfremt samarbejdsudvalget finder, at man bør iværksætte supplerende tiltag med henblik på at opnå det angivne mål på en 95% MFR-vaccinationsdækning for de to aldersgrupper, eksempelvis i form af informationskampagner, udsendelse af personlige invitationer til målgruppen med opfordring til at lade sig vaccinere, udarbejdelse af statistik til brug for lægerne, skal parterne opfordre til, at sådanne tiltag tages i anvendelse.

4. Kommunallægerne.

Parterne er endvidere enige om at søge gennemført aftaler med Kommunernes Landsforening og Københavns og Frederiksberg kommuner med henblik på at inddrage kommunallægerne i opfølgningen omkring MFR-vaccinationerne.

Kommunallægerne bør således have adgang til at vaccinere børn, der i forbindelse med udskolingsundersøgelsen endnu ikke er vaccineret trods henvisning til egen læge. Kommunallægerne har adgang til at rekvirere vacciner samt indsende regning på vaccination, jf. nærværende aftale vedrørende profylaktiske helbredsundersøgelser af gravide og børn samt vaccinationer.

****NYT****

Stk. 3.

Vaccination mod pneumokoksygdom

8344. Pneumokokvaccination, når barnet er 3 måneder	kr. 41,05
8345. Pneumokokvaccination, når barnet er 5 måneder	kr. 41,05
8346. Pneumokokvaccination, når barnet er 12 måneder ...	kr. 41,05

8707. Tillæg til vaccinationshonorar, når der ikke samtidig er en børneundersøgelse eller konsultation i øvrigt kr. 70,73

Pneumokokvaccinationer udført i forbindelse med børneundersøgelser eller konsultationer i øvrigt honoreres med kr. 41,05 (grundhonorar). Pneumokokvaccinationer, der ikke udføres i forbindelse med børneundersøgelser eller konsultationer i øvrigt, honoreres med et honorar, svarende til konsultations honoraret i henhold til landsoverenskomstens § 68 ved anvendelse af

ydelsesnummeret for pneumokokvaccinationen og samt ydelsesnummer 8707.

Anmærkning til § 11, Overgangsordning i forbindelse med indførelse af pneumokokvaccination:

”Sundhedsstyrelsen har oplyst, at der i en overgangsperiode etableres en opstartsordning for børn mellem 4 og 17 måneder. Der henvises til information herom fra Sundhedsstyrelsen.

Ved vaccination af børn, der er omfattet af overgangsordningen anvendes ydelsesnumrene 8344 (ved første vaccination), 8345 (ved anden vaccination) og 8346 (ved 3. vaccination) samt eventuelt tillæg 8707.”

Stk. 4

Vaccination mod røde hunde

8801.	Vaccination af kvinder mod røde hunde	kr. 41,05
8901.	Tillæg til vaccinationshonorar, når der ikke samtidig er konsultation i øvrigt	kr. 70,73

Vaccinationer udført i forbindelse med konsultationer i øvrigt honoreres alene med et vaccinationshonorar på kr. 41,05 (grundhonorar). Vaccinationer mod røde hunde, der ikke udføres i forbindelse med konsultationer i øvrigt, honoreres med et honorar svarende til konsultationshonoraret i henhold til landsoverenskomstens § 68 ved anvendelse af ydelsesnummer 8801 samt 8901.

§ 11A. ANDRE VACCINATIONER

Stk. 1.

Vaccination mod hepatitis B af visse særlige persongrupper

8318.	Hepatitis B vaccination af ikke smittede injektionsnarkomaner	kr. 111,78
8319.	Hepatitis B vaccination af personer, der bor sammen med en person med kronisk hepatitis B infektion samt faste seksualpartner til en person med kronisk hepatitis B infektion	kr. 111,78
8320	Hepatitis B vaccination af børn i daginstitutioner, hvor der går et barn under skolealderen med kendt kronisk hepatitis B infektion, på foranledning af embedslægen.”	kr. 111,78

- | | | |
|-------|--|------------|
| 8326. | Hepatitis B vaccination af personer, der har fået diagnosticeret hepatitis C infektion | kr. 111,78 |
| 8327. | Hepatitis B vaccination af børn under 15 år, som færdes i boligområder med mange injektionsnarkomaner, hvis Sundhedsstyrelsen konkret anbefaler at de vaccineres | kr. 111,78 |

ANMÆRKNING TIL § 11A, STK. 1:

Vaccinen gives i form af en kombineret vaccine, der tillige beskytter mod smitte mod hepatitis A, medmindre anvendelse af kombinationsvaccine ud fra en lægefaglig vurdering anses for uegnet.

Ydelsesnumrene 8326 og 8327 træder i kraft pr. 01-08-2006.

Stk. 2.

Vaccination mod hepatitis B af børn født af mor med kronisk hepatitis B

- | | | |
|-------|--|------------|
| 8314. | 1. hepatitis B vaccination, når barnet er 1 måned | kr. 111,78 |
| 8315. | 2. hepatitis B vaccination, når barnet er 2 måneder | kr. 111,78 |
| 8316. | 3. hepatitis B vaccination, når barnet er 12 måneder | kr. 111,78 |

ANMÆRKNING TIL § 11A:

En konsultation eller børneundersøgelse, der udføres i forbindelse med en vaccination efter § 11A honoreres særskilt.

Ydelserne 8318, 8319, 8326, 8327, 8314, 8315 og 8316 justeres løbende, så de til enhver tid svarer til et konsultationshonorar (0101).

§ 12. ANVENDELSE AF TILLÆGSHONORAR VED VACCINATIONER

Der kan kun udløses ét tillægshonorar i forbindelse med vaccinationer, der ikke udføres samtidig med børneundersøgelse eller konsultationer i øvrigt, selv om der gives flere vaccinationer ved samme lejlighed.

KAPITEL III. FORSKELLIGE BESTEMMELSER

§ 13. REGULERING AF HONORARERNE

Honorarerne, bortset fra kørselsgodtgørelse efter § 6, litra c, reguleres med den til enhver tid gældende reguleringsprocent for regulering i landsoverenskomstens § 80, stk. 5.

§ 14. REKVISITION AF VACCINER

De i §§ 9, 11 og 11A omtalte vacciner kan rekvireres fra Statens Seruminstitut i henhold til særlig aftale indgået herom mellem Lønnings- og Takstnævnet og Statens Seruminstitut.

§ 14A. TILLÆG VED TOLKEDE KONSULTATIONER

8410. Tillæg ved anvendelse af kvalificeret tolk i forbindelse med ydelser omfattet af denne aftale kr. 120,05

§ 15. AFREGNING

Ved afregning af ydelser omfattet af denne aftale gælder følgende:

1. For læger tilsluttet landsoverenskomsten om almen lægegerning finder dennes § 96 anvendelse.
2. Ved ydelser udført af andre læger end nævnt under 1. afregnes således:
 - a. I forbindelse med hver enkelt ydelse udfylder lægen en mellem parterne aftalt regningsblanket, der underskrives af patienten.
 - b. Af regningen skal fremgå: den sikredes personnummer, regionsnummer, navn, bopæl, dato for ydelsen og dennes art.
 - c. De inden den 20. i en måned fremsendte regninger betales senest den 15. i den følgende måned.
 - d. Betalingen af de lægen tilkommende honorarbeløb erlægges til lægen på dennes egen giro- eller pengeinstitutkonto. Transport i lægens tilgodehavender kan ikke finde sted.

§ 16. BEHANDLING AF KLAGER SAMT SPØRGSMÅL OM FORTOLKNING

Bestemmelserne i landsoverenskomst mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation om almen lægegerning vedrørende samarbejdsudvalgenes og Landssamarbejdsudvalgets beføjelser finder tilsvarende anvendelse for denne aftale for så vidt angår behandling af klager over lægebetjeningen samt spørgsmål om fortolkning af aftalen og den i § 8 nævnte vejledning.

ANMÆRKNING TIL § 16:

Samarbejdsudvalgenes og Landssamarbejdsudvalgets beføjelser inden for denne aftales område omfatter såvel ydelser til gruppe 1-sikrede som til gruppe 2-sikrede.

PROTOKOLLAT TIL § 16:

I tilfælde af bortfald af landsoverenskomst om almen lægegerning er parterne enige om at etablere særskilte udvalg med tilsvarende sam-

mensætning og beføjelser til varetagelse af de i § 16 nævnte opgaver inden for denne aftales område.

§ 17. OPSIGELSE MV.

Stk. 1.

Aftalen kan af begge parter opsiges med mindst 3 måneders varsel til ophør den 1. i en måned.

Stk. 2.

I tilfælde af, at der fra de centrale sundhedsmyndigheder udstedes ændrede regler eller retningslinier for den profylaktiske indsats over for gravide og børn eller vaccinationer, videreføres denne aftale, så længe der pågår forhandlinger mellem parterne, dog maksimalt i en periode på 3 måneder efter ændringernes ikrafttræden, medmindre andet aftales mellem parterne. Såfremt der ikke inden udløbet af denne frist er indgået aftale mellem parterne, kan aftalen af begge parter opsiges med 1 måneds varsel for den dels vedkommende, som det ændrede regelgrundlag eller retningslinier vedrører, dvs. enten profylaktiske helbredsundersøgelser af gravide, profylaktiske helbredsundersøgelser af børn eller vaccinationer.

§ 18.

Denne aftale, der er indgået af Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation d. 03-06-1991 og efterfølgende løbende ændret, er i 2006 tilpasset med henblik på overgang fra amter til regioner 1. januar 2007. Samtidig er de i aftalen anførte grundhonorarer omlagt svarende til det, der i 2006 er gennemført vedrørende grundhonorarer i landsoverenskomst om almen lægegering.

AFTALE MELLEM SYGESIKRINGENS FORHANDLINGSUDVALG OG
PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION OM HONORERING AF
ALMENT PRAKTISERENDE LÆGER FOR VEJLEDNING OM ANVEN-
DELSE AF SVANGERSKABSFOREBYGGENDE METODER

§ 1. AFTALENS OMRÅDE

Stk. 1.

Denne aftale omfatter honorering af alment praktiserende læger for vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder til patienter, der ikke er tilmeldt lægen.

Stk. 2.

Efter lovgivningen har alle med dansk indfødsret eller bopæl her i landet adgang til gratis vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder hos en alment praktiserende læge. Vejledningstilbuddet er ikke begrænset til den alment praktiserende læge, som måtte være valgt af eller for den vejledningssøgende i henhold til lov om offentlig sygesikring.

Stk. 3.

Aftalen gælder kun, såfremt den enkelte region ikke har udnyttet sin ret til at opfylde sin forpligtelse til at sikre et alternativt vejledningstilbud til familielægens ved at indgå aftale med et antal alment praktiserende læger fordelt i regionen om at varetage vejledningsopgaven.

Stk. 4.

Honorering for vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder til patienter, der er tilmeldt lægen sker efter overenskomst om almen lægegering, sker efter overenskomsten.

§ 2. YDELSER OG HONORERING

Stk. 1.

Ydelserne efter denne aftale er afgrænset i henhold til den fortolkning af lovgrundlaget, der er fastlagt i Sundhedsministeriets brev af 01-07-1997 til samtlige amter samt Københavns og Frederiksberg kommuner.

Stk. 2.

Vejledningsopgaven omfatter vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder, eventuel ordination af p-piller og oplægning af spiral samt fortsat kontrol af benyttelse af svangerskabsforebyggende metoder, herunder kontrol i forbindelse med benyttelse af p-piller eller spiral, samt behandling af mindre bivirkninger. Ydelserne kan i relevant omfang eventuelt leveres ved en telefonkonsultation.

Stk. 3.

Ved egentlige komplikationer i forbindelse med brugen af de nævnte svangerskabsforebyggende midler bør patienten opfordres til at søge egen alment praktiserende læge. Aftalen omfatter derfor ikke honorering for undersøgelse og behandling ved egentlige komplikationer.

§ 3.

Der ydes følgende honorarer (grundbeløb):

8291.	Vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder, herunder eventuelt ordination af p-piller. Ydelsen omfatter samtale og vejledning samt eventuelle undersøgelser, der måtte være påkrævet i forbindelse med vejledning og eventuel ordination til den enkelte patient	kr. 244,67
8292.	Vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder ved indlæggelse af spiral (ekskl. udgiften til spiral). Ydelsen omfatter samtale og vejledning samt eventuelle undersøgelser, der måtte være påkrævet i forbindelse med vejledning og ordination til den enkelte patient	kr. 331,61
8293.	Fortsat kontrol af benyttelse af svangerskabsforebyggende metoder, herunder benyttelse af p-piller eller spiral, samt eventuel behandling af mindre bivirkninger	kr. 201,20
8294.	Telefonkonsultation	kr. 52,79

§ 4. REGULERING AF HONORARER OG AFREGNING

De i § 3 nævnte honorarer er grundbeløb, der reguleres med den til enhver tid gældende reguleringsprocent for regulering i landsoverenskomst om almen lægegering, § 80, stk. 5.

§ 5.

Ved afregning af ydelser omfattet af denne aftale gælder følgende:

1. For læger tilsluttet landsoverenskomst om almen lægegering finder dennes § 96 anvendelse.
2. Ved ydelser udført af andre læger end nævnt under 1. afregnes således:
 - a. I forbindelse med hver enkelt ydelse udfylder lægen en mellem parterne aftalt regningsblanket, der underskrives af patienten.

- b. Af regningen skal fremgå: den sikredes personnummer, regionsnummer, navn, bopæl, dato for ydelsen og dennes art.
- c. De inden den 20. i en måned fremsendte regninger betales senest den 15. i den følgende måned.
- d. Betalingen af de lægen tilkommende honorarer erlægges til lægen på hans egen giro- eller pengeinstitutkonto. Transport i lægens tilgodehavende kan ikke finde sted.

§ 6. OPSIGELSE

Aftalen kan af begge parter opsiges med mindst 3 måneders varsel til ophør den 1. i en måned.

§ 7.

Denne aftale, der er indgået d. 19-10-1998 er i 2006 tilpasset med henblik på overgang fra amter til regioner 1. januar 2007. Samtidig er de i aftalen anførte grundhonorarer omlagt svarende til det, der i 2006 er gennemført vedrørende grundhonorarer i landsoverenskomst om almen lægegerning.

AFTALE MELLEM PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION OG
SYGESIKRINGENS FORHANDLINGSUDVALG VEDRØRENDE ALMENT
PRAKTISERENDE LÆGER, DER VIRKER SOM TUTORLÆGER

§ 1.

Aftalen vedrører alment praktiserende læger, der af Sundhedsstyrelsen eller Videreuddannelsesudvalget, er godkendt som tutorlæger for uddannelseslæger i almen praksis, og som i en aftale med amtet forpligter sig til at fungere på nedenstående vilkår.

§ 2 .

Stk. 1.

Alment praktiserende læger, der ønsker at virke som tutorlæger, og som har Sundhedsstyrelsens/Videreuddannelsesudvalgets tilladelse hertil, kan søge Videreuddannelsesudvalget i den amtskommune, hvor praksis er beliggende, om at blive optaget på listen over tutorlæger. Samtidig skal lægen forpligte sig til, at modtage/ansætte uddannelseslæger i almen praksis i forbindelse med disses turnusuddannelse samt specialeuddannelse i almen medicin. Længden af ophold i almen praksis vil svare til de til enhver tid gældende bestemmelser i Bekendtgørelse om uddannelse af turnuslæger og speciallæger i almen medicin. Hvilken type uddannelseslæge praksis tildeles samt frekvens i uddannelsesforløb, bestemmes af Videreuddannelsesudvalget ud fra det aktuelle behov. Videreuddannelsesudvalget skal dog i videst muligt omfang tage hensyn til tutorlægens ønske om type af uddannelseslæge samt frekvens.

Stk. 2.

Der indgås en individuel aftale mellem amtet og tutorlægen. Praktiserende Lægers Organisation og Sygesikringens Forhandlingsudvalg udarbejder en standard herfor baseret på nærværende aftale. Den individuelle aftale løber indtil den opsiges af enten amt eller tutorlæge. Der er et gensidigt opsigelsesvarsel på ét år. Opsigelse kan dog i helt ekstraordinære tilfælde ske med et kortere varsel

Stk. 3.

Videreuddannelsesudvalget tildeler pågældende tutorlæge praksisreservelæger med et halvt års varsel. Ligeledes med et halvt års varsel meddeles tildeling af uddannelseslæger i øvrigt i overensstemmelse med de blokstillingsforløb, der er etableret i amtet. Meddelelse om, at praksis skal stille sig til rådighed for uddannelseslægers ophold i almen praksis, kan i ekstraordinære tilfælde ske med én måneds varsel.

Stk. 4.

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 uddannelseslæger i prak-

sis kan ikke overstige antallet af klassificerede læger i praksis, der opfylder betingelserne som tutorlæger.

Stk. 5.

Amanuensisfonden yder, inden for de til enhver tid gældende regler og den til rådighed værende økonomi, hel eller delvis finansiering til uddannelseslægers ophold i almen praksis i deres specialeuddannelse. Den ansættende part skal forinden ansættelse søge Amanuensisfonden om tilskud i det omfang fonden efter gældende regler helt eller delvist finansierer uddannelseslægens ophold i almen praksis.

Stk. 6.

Videreuddannelsesudvalget orienterer Amanuensisfonden om de i stk. 3 meddelte tildelinger.

§ 3.

Stk. 1.

Tutorlæger, der har praksisreservelæger, får udbetalt 4.000 kr. (i grundbeløb pr. 01-04-1991) pr. måned til dækning af meromkostningerne til faciliteter mv. ved at have en praksisreservelæge samt supervision. Beløbet reguleres med det til enhver tid gældende praksisomkostningstillæg i henhold til § 80, stk. 2 i Landsoverenskomst om almen lægegerning.

Stk. 2.

Tutorlægen er fortsat berettiget til honorar ved praksisreservelægens fravær grundet sygdom eller barsel. I tilfælde af praksisreservelægens fravær udover løbende måned samt fuld efterfølgende kalendermåned, bortfalder amtets honoreringspligt. Såfremt praksisreservelægen 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. 3.

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 amtets honoreringspligt.

Stk. 4.

Der kan mellem parterne aftales, at der ydes et tilskud til etablering af arbejdsplads for uddannelseslæger i almen praksis.

Stk. 5.

Videreuddannelsesudvalget giver amtskommunen besked om, hvornår og i hvilket tidsrum en tutorlæge har en praksisreservelæge, og amtskommunen udbetaler herefter beløbet månedsvis bagud uden anfordring fra tutorlægen.

Stk. 6.

Tutorlægen skal give Videreuddannelsesudvalget og amtskommunen besked, såfremt praksisreservelægen udebliver eller uddannelsesforløbet afbrydes i utide.

PROTOKOLLAT TIL § 3, STK. 4:

Der er mellem parterne enighed om, at tutorlægefunktionen udgør et nødvendigt og væsentligt bidrag til videreuddannelsen af læger. I erkendelse af, at det er forbundet med væsentlige omkostninger at etablere arbejdspladser for uddannelseslæger i almen praksis, er der mellem parterne enighed om, at man i forbindelse med udmøntning af Speciallægekommissionens betænkning vil arbejde for muligheden for, at der ydes et tilskud til etablering af arbejdspladser for uddannelseslæger i almen praksis.

§ 4.

Stk. 1.

Tutorlægen har det pædagogiske ansvar for uddannelseslægers uddannelse og virke i deres ansættelse i almen praksis.

Stk. 2.

Tutorlægen skal opfylde de af Sundhedsstyrelsen udmeldte betingelser vedrørende pædagogiske kurser for tutorlæger, evaluering, indretning af klinikken mv.

§ 5.

Arbejdsgiveransvaret overfor uddannelseslæge og tredjemand ligger hos den ansættende myndighed.

§ 6.

Stk. 1.

Praksisreservelægen og introduktionsamanuensis er ansat af amtet/sygehus, der som ansættelsesmyndighed er ansvarlig for tegning af ansvars- og arbejdsskade-forsikring for uddannelseslægen.

Stk. 2.

Praksisreservelægens og introduktionsamanuensis ansættelsesvilkår fastlægges i øvrigt efter aftale mellem Amtsrådsforeningen og Foreningen af Yngre Læger. I det omfang praksisreservelægen og introduktionsamanuensis udfører sygebesøg, er tutorlægen ikke berettiget til kørselsgodtgørelse efter landsoverenskomsten, idet betalingen finder sted efter regler i aftalen mellem Amtsrådsforeningen og Foreningen af Yngre Læger. Tutorlægen skal attestere praksisreservelægens og introduktionsamanuensis kørsel og foretage en indberetning til den lønudbetalende myndighed månedligt sammen med eventuel anden løn indberetning.

Stk. 3.

Uddannelsesamanuensis er ansat af tutorlægen, der som ansættelsesmyndighed for uddannelsesamanuensis er ansvarlig for tegning af arbejdsskadeforsikring for uddannelseslægen. Tutorlægen er endvidere ansvarlig for at tegne en ansvarsforsikring, der dækker uddannelsesamanuensis, eller til at holde en allerede tegnet forsikring i kraft.

Stk. 4.

Uddannelsesamanuensis' ansættelsesvilkår fastlægges i øvrigt efter aftale mellem Praktiserende Lægers Organisation og Foreningen af Yngre Læger.

Stk. 5.

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

§ 7.

Samarbejdsudvalget er forpligtet til at orientere Videreuddannelsesudvalget, såfremt det finder, der er praktiserende læger, hvis praksisforhold er så afvigende fra det sædvanlige, at det måske ikke er hensigtsmæssigt, at de har alle kategorier af uddannelseslæger eller ingen af delene. Lægen skal orienteres herom, og kan inden 6 uger klage til landssamarbejdsudvalget, såfremt lægen ikke finder, at samarbejdsudvalgets begrundelse er rimelig.

§ 8.

Aftalen træder i kraft 01-10-2000 og kan af hver af parterne opsiges med seks måneders varsel til et kvartals udløb, dog tidligst 01-10-2002.

København, den 21-09-2000

For FORENINGEN AF SPECIALLÆGER:
Kristian Ebbensgaard

/

Benny C. Hansen

For PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION:
Jørgen Lassen

/

Bente Hyldahl Fogh

AFTALE MELLEM RLTN OG PRAKTISERNEDE LÆGERS ORGANISATION VEDR. DÆKNING AF OMKOSTNINGER VED OVERFØRELSE AF PATIENTJOURNALER TIL SUNDHEDSSTYRELSEN VED EMBEDSLÆGEINSTITUTIONEN I FORBINDELSE MED PRAKSISLUKNING

Baggrund:

Fra 1. januar 2007 gælder der nye regler i de situationer, hvor en lægepraksis må lukke. De patientjournaler, der fortsat befinder sig i praksis på lukningstidspunktet, skal overdrages til embedslægeinstitutionen til fortsat opbevaring. Det gælder både papirjournaler og elektroniske patientjournaler. Reglerne er fastlagt i Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 1373 af den 12. december 2006 om lægers med fleres patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.)

Dokumenterede udgifter:

De praktiserende læger, som omfattes af ovenstående, får refunderet deres dokumenterede udgifter i forbindelse med overførelse af papirjournaler og elektroniske journaler til embedslægeinstitutionen. For papirjournalers vedkommende drejer det sig om udgifter til pakning, flyttefirma m.v. For elektroniske journalers vedkommende drejer det sig om udgifter til IT firma i forbindelse med konvertering og brænding på CD-rom, forsendelse mv.

Tidsforbruget i praksis:

For tidsforbruget i praksis i forbindelse med overdragelsen af journaler til embedslægeinstitutionen betales et engangsbeløb på kr. 6.000 (grundbeløb) pr. læge. Beløbet reguleres med den til enhver tid gældende reguleringsprocent, jf. § 80, stk. 5 i Landsoverenskomst om almen lægegerning. (3,60 % pr. 1. oktober 2007.)

Tidsforbruget i praksis medgår bl.a. til:

aftaler og koordinering med embedslægen om den praktiske gennemførelse tilrettelæggelse af processen i forhold til IT firmaet
overvågning af at pakkearbejdet vedrørende papirjournaler udføres forsvarligt, herunder i respekt for at der er tale om fortrolige helbredsoplysninger
tilstedeværelse i praksis efter praksislukning med henblik på at sikre at overgivelsen af journaler gennemføres hurtigt og smidigt

Betaling:

Beløb i henhold til denne aftale betales af den region, hvor lægen har drevet sin praksis indtil lukningstidspunktet.

Ikrafttræden:

Denne aftale finder anvendelse på praksis, der lukker 1. januar 2007 eller senere.

Dato: 29. november 2007

**For Regionernes Lønnings- og Takstnævn
Signe Friberg Nielsen / Thorkild Rotenberg**

**For Praktiserende Lægers Organisation
Michael Dupont / Peter Orebo**

STIKORDSREGISTER TIL LANDSOVERENSKOMSTEN MED TIL-
LÆGSAFTALER

Hvor ikke andet er anført, henvises til landsoverenskomsten.

Profylakseaftalen = aftale vedr. profylaktiske helbredsundersøgelser af gravide og børn samt vaccinationer.

Tillægsoverenskomsten = tillægsoverenskomst vedrørende forebyggende og/eller sundhedspædagogiske ydelser samt forsøgsaftaler. Protokollater er placeret sidst i overenskomsten (se indholdsfortegnelsen).

§ 100 opgørelse, samlede ydelser og udgifter § 100, stk. 1

§ 100 opgørelse, ydelser og udgifter pr. praksis § 100, stk. 2

§ 100, henstilling fra samarbejdsudvalget § 100, stk. 5

§ 100, høring af lægen § 100, stk. 6 og 7

§ 100, høringsgrænser 25% og 40% § 100, stk. 5

§ 100, køns- og aldersstandardisering § 100, stk. 2, tredje afsnit, anmærkning til

§ 100, stk. 2, tredje afsnit

§ 2 aftaler § 2

0-praksis § 15, stk. 7, andet afsnit

15 km-grænse § 27, stk. 2, § 28, stk. 1

15-skiftet i A-vagten § 50A, stk. 2

35-skiftet i B-vagten § 50A, stk. 2

5 km-grænse: anmærkning til § 27, stk. 2 og § 28, stk. 1

5. hverdag efter tidsbestillingen § 39, stk. 1c

A

adgang til lægehjælp § 29

adgangs- og indretningsforhold, bevægelseshæmmede § 28A, stk. 2g, jf. § 28, stk. 2 og § 40 og protokollat af 24-01-2006 om handicapvenlige lokaler til almen praksis

administration af tilskud/ordninger protokollat af 16-04-1999 om videregivelse af oplysninger, der er nødvendige for administration af f.eks. vederlagsfri fysioterapi

administrationsudvalget § 106

advarsel, region § 10, stk. 1a

advarsel, læge § 6, stk. 6a, § 10, stk. 2a og § 101A, stk. 5

advis § 96, stk. 3 og anmærkning til § 96, stk. 3

afdød læge, basishonorarer § 92

afregning af kørselsgodtgørelse § 99A

afregning af socialmedicinsk arbejde § 98

afregning af vagtberedskabshonorar § 99

afregning af ydelseshonorar § 96

afregning til regionen, fremsendelse § 96, stk. 4

afstande ved sygebesøg § 82, stk. 1

aftalt forebyggelseskonsultation § 68, ydelse nr. 0106
afvigelser i udgifter til lægehjælp § 100, stk. 4
aktivitetsniveau i praksis, tilpasning af § 100, stk. 5
akut lægehjælp i dagtiden § 39, stk. 1d
akutbetjening *protokollat af 24-01-2006 vedrørende fremtidens akutbetjening*
allergiudredning i forbindelse med priktest *rammeaftale om iværksættelse af laboratorieundersøgelser m.m. efter beslutning i regionerne*, § 2
almen praksis i selskabsform § 36A
almen praksis ved universiteterne (APU) § 36B
alment lægeselskab § 36, stk. 3 og § 36A, stk. 2
almindeligt lægeskifte § 33
amanuensis § 16, stk. 5 -8 og *anmærkning til §16, stk. 7 og 8*
amanuensis 1 år § 16, stk. 7
amanuensis 5 år § 16, stk. 8
amanuensisfonden § 107 og *aftale vedrørende alment praktiserende læger, der virker som tutorlæger* § 2, stk. 3
anden læge § 29, stk. 2 og stk. 3
anden lægelig beskæftigelse, oplysning om § 13, stk. 5
andet lægeligt arbejde, arbejdsmængden § 15, stk. 5
andre betydelige operationer § 70
ankefrist 6 uger § 59, stk. 4, § 64, stk. 3
ankeinstans § 9, stk. 2
anlæggelse af immobiliserende bandager § 70
annoncering af 0-praksis § 15, stk. 7, *andet afsnit*
anoskopi § 70
ansvars- og arbejdsskadeforsikring for praksisreservelægen *aftale vedrørende alment praktiserende læger, der virker som tutorlæger*, § 6, stk. 1
ansættelse ved sygehus, dispensation § 26, stk. 4
ansættelsesmyndighed for praksisreservelægen *aftale vedrørende alment praktiserende læger, der virker som tutorlæger*, § 6, stk. 1
ansøgning om lukning for patienttilgang § 17, stk. 3
ansøgning om sygesikringstilskud til lægemidler til kronikere og terminalpatienter § 73A
antal læger i regionen § 15, stk. 3
antal sikrede i regionen § 15, stk. 4
arbejdsgiveransvaret *aftale vedrørende alment praktiserende læger, der virker som tutorlæger*, § 5
arbejdsmængden § 15, stk. 2
attesttakst § 73
audiometriundersøgelse § 75, stk. 1
automatisk lukning for tilmelding til praksis § 18
automatisk lukning, basishonorar § 93, stk. 5
autorisation, fraskrivelse § 26, stk. 10
autorisation, fratagelse § 26, stk. 10

B

A-vagten § 49, stk. 2

bagvagt § 50A, stk. 7

barnets bog *profylakseaftalen, kap II, anmærkning til § 10*

basishonorar § 65

basishonorar for samtlige sikrede § 84, stk. 5

basishonorar ved automatisk lukning § 93, stk. 5

basishonorar ved lægeskifte § 84, stk. 3

basishonorar, a conto beløb § 93, stk. 2

basishonorar, antal gr. 1-sikrede § 93, stk. 1

basishonorar, mere end 2542 gr. 1.-sikrede § 93, stk. 5 og 6

basishonorarafregning § 93

basishonorarer, afdød læge § 92

basishonorering § 84

befordringsmiddel i vagten, ældre læger § 91, stk. 2

befordringsmiddel, skift af § 91, stk. 2

befordringsmiddel, valg af § 91, stk. 2

behandling af 2. sikrede og følgende i samme hjem, dagtid § 68, vagt § 72 og § 82A

behandling af klager fra læger § 61

behandling af klager fra sikrede § 60

behandling i lægens konsultation § 37, stk. 1

besøg på ruten § 82, stk. 2

besøg, vagt § 72

bevægelseshæmmede § 27, stk. 4, § 28A, stk. 2g og § 40, stk. 1 og stk. 2

b-glukose (fotometer) § 75, stk. 1

b-hæmoglobin (fotometer) § 75, stk. 1

biopsi § 70

blanketter § 103

blodprøvetagning § 70, *profylakseaftalen, kap. I, § 4*

blodprøvetagning fra åre inkl. præparation og centrifugering *rammeaftale om iværksættelse af tillægsydelser efter beslutning i regionerne, § 2*

blodtagning fra blodåre pr. forsendelse § 70

blærekateterisation § 70

bod, region § 10, stk. 1c

bod, læge § 6, stk. 6b, § 10, stk. 2, og § 101A, stk. 5

bod, organisationsansvar § 12, stk. 3

bortfald af regionens betalingspligt § 96, stk. 8

bortfald af højestegrænse § 101

B-vagten § 49, stk. 3

børneundersøgelser *profylakseaftalen, kap. II, § 10*

børnevaccinationer *profylakseaftalen, kap. II, § 11*

C

c-reaktivt protein (CRP) § 75, stk. 1 og anmærkning til § 75, ydelse nr. 7120, C-reaktiv protein (CRP)

D

dagtiden § 38

dataindsamling § 108, stk. 5

datakonsulenter *protokollat af 13-10-2002 om understøttelse af IT i almen praksis, kap. IV Kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen, fjerde afsnit*

dataanvendelse og kvalitetsudvikling *protokollat af 13-10-2002 om understøttelse af IT i almen praksis (III)*

delepraksis § 16, stk. 1

delepraksis *anmærkning til § 16, stk. 1 og 2*

delepraksis *anmærkning til § 16, stk. 7 og 8*

delepraksis og antagelse af amanuensis § 16, stk. 5, 6 og 7

delepraksis, undervisere i tidsubegrænsede stillinger § 16, stk. 5

deltagelse i møder *profylakseaftalen, kap. I, § 6a)*

Den landsdækkende Nationale Model for Kvalitet § 12A, stk. 2 og 3

den offentlige sundhedsportal § 28A, stk. 1

den sene konsultation § 39, stk. 1b og § 85

differential- og leucocyttælling § 75, stk. 1

difteri *profylakseaftalen, kap. II, § 11, stk. 1*

dokumentation for lægebesøg § 29, stk. 7

dyrkning, andet § 75, stk. 1

dyrkning, bakterier § 75, stk. 1

dyrkning, svampe § 75, stk. 1

dækning af meromkostninger *aftale vedrørende alment praktiserende læger, der virker som tutorlæger, § 3, stk. 1*

dødsfald, en læges § 26, stk. 9 og § 35, stk. 1

E

edb-afregning af ydelseshonorarer § 96

edb-afregningshonorar, udbetaling af § 96

effektiv anvendelse af visitator § 50A, stk. 1

efterbetale, region § 10, stk. 1b

efteruddannelse § 108A, stk. 1 og *protokollat af 24-01-2006 vedrørende efteruddannelse og protokollat til §108A om etablering af en efteruddannelsesfond*

efteruddannelse om lægemiddelanvendelse *anmærkning II til § 12D*

efteruddannelsesfonden § 108A og *protokollat til §108A om etablering af en efteruddannelsesfond*

efteruddannelsesfonden, indbetaling til *protokollat til § 108A*

eget befordringsmiddel § 76

ekstra kompagnon § 16, stk. 1

55.10.1

Side 168

ekstra læge § 16, stk. 1

elektrokardiografi § 75, stk. 1

elektroniske blanketter § 103

elektronisk kommunikation § 39A, stk. 3

elektronisk kommunikation med kommunens plejepersonale § 56A

elektronisk receptfornyelse § 39, stk. 3

elektronisk registrering, legitimationsbevis *protokollat til § 96 om anvendelse af legitimationsbevis ved elektronisk registrering af patienthenvendelse til almen lægepraksis*

elektronisk tidsbestilling § 39, stk. 3a

e-mail konsultation § 39, stk. 3 og § 68

e-mail konsultation med kommunens plejepersonale § 56A, stk. 1, 3, 4 og *protokollat til § 56A, stk. 3*

enighed om afgørelsen i klageorganet § 64, stk. 1

enkeltmandspraksis § 36, stk. 1a, *anmærkning til § 36*

ét konsultationssted § 36, stk. 6

et-årsfrist, afdød læge § 26, stk. 9

et-årsfrist, autorisationsfratagelse § 26, stk. 10

EU borgere m.fl. § 29, stk. 4 og § 71A, *ydelse nr. 2401*

F

faglig udvikling § 12E, stk. 1

fagligt udvalg § 12E

fagligt udvalg, indbetaling § 108B

fagligt udvalgs opgaver § 12F

fasekontrastmikroskopi af biologisk materiale, ekskl. urin § 75, stk. 1

fasekontrastmikroskopi af urin § 75, stk. 1

fastholdelse, delepraksis § 16, stk. 3

fastholdelse, rekruttering og § 13A

fastsættelse af højestegrænser § 100

fejlregning *protokollat til § 96 om anvendelse af legitimationsbevis ved elektronisk registrering af patienthenvendelse til almen lægepraksis*

finansiering af efteruddannelsesaktiviteter *protokollat til § 108A om etablering af en efteruddannelsesfond, andet afsnit*

fjernelse af fremmedlegeme(r) § 70

fjernelse af implanon § 70

fjernelse af negl § 70

fjernelse af subkutane eller dybereliggende svulster § 70

flere sikrede i samme hjem § 82A, stk. 2

flere sikrede ved samme besøg på institutioner § 69 og § 82A, stk. 2

flytning af praksis § 13, stk. 5 og § 15A, stk. 2 og 3

flytning og nedlæggelse af praksis § 15A

Fonden for Kvalitetsudvikling og Informatik § 12A

Fonden for Kvalitetsudvikling og Informatik, midler § 108C, stk. 1

Fonden for Kvalitetsudvikling og Informatik, opgaver og beføjelser § 12B
forebyggelseskonsultation, aftalt § 68
forebyggende arbejde § 4, stk. 1
forløbsydelse for diabetespatienter § 68, *anmærkning til § 68 vedrørende ydelse nr. 0107, og protokollat af 24-01-2006 om forløbsydelse for diabetespatienter i almen praksis*
formularer § 103, stk. 1
forskningsfonden § 108
forsvarlig økonomi, lægemiddelordinationer § 101A
forsvarlig økonomi, sygehjælpsudgifter § 83, stk. 3
forsøgsaftaler *tillægsoverenskomsten*
fortegnelse over speciallæger § 42, stk. 1
fortolkning, LSU § 9
fortolkning, opmand § 12, stk. 1
fortolkningsbidrag § 102
fortsat kontrol af svangerskabsforebyggende teknik § 70
forvaltningsloven § 63, stk. 4
frasigelse af ansvaret i vagttiden § 50, stk. 4
frasigelse af patient § 32, § 34, stk. 1 og 2
fraskrivelse, autorisation § 26, stk. 10
fratagelse, autorisation § 26, stk. 10
fravær fra praksis § 55, stk. 1 og 2 og § 28A, stk. 2 k)
fremsættelse af klager § 59
fritagelse for vagt, læger 60 år § 50A, stk. 8
fødeplanudvalg *profylakseaftalen, kap. I, § 6*
første behandling af brud af skinneben, lår, over- eller underarm § 70
første behandling af mindre knoglebrud § 70
første behandling af større sår § 70

G

godkendte efteruddannelsesformål *protokollat til § 108A om etablering af en efteruddannelsesfond, fjerde afsnit*
graviditetsundersøgelser *profylakseaftalen* § 3
grundhonorarer, regulering § 80, stk. 1, 3, 4, 5 og 6
grundydelse i dagtiden § 68
grundydelse i vagttiden § 72
gruppe 2-sikrede *tillægsoverenskomst om nettoafregning*
grænsearbejdere § 29, stk. 4

H

helbredsundersøgelser af gravide *profylakseaftalen, kap. I, § 3*
henstilling fra samarbejdsudvalget, § 100, stk. 5
henstilling, ordinationsmønster § 101A, stk. 4
henvisning til fodterapeut § 46

55.10.1

Side 170

henvisning til fysioterapeut § 44

henvisning til laboratorier § 42, stk. 4

henvisning til psykolog § 45

henvisning til speciallæge § 42

hepatitis B *profylakseaftalen, kap. II, § 11A, stk. 1 og stk. 2*

hjemmeblodtryksmåling § 70

hjemmefødsler, vagttid § 86, stk. 3

holdingselskab § 36, stk. 4 og § 36A, stk. 2

honorar, udbetaling af § 96, stk. 5

honorarer i vagttiden § 72

honorarer og regulering *kapitel XII*

honorering af grundydelse i dagtiden § 85

honorering af laboratorieundersøgelser § 75, § 90

honorering af ydelser i vagttiden § 86

honorering og afholdelse af udgifterne til kørsel § 91

honorering, øer § 88

hyrevogn, benyttelse af § 91, stk. 2

højstegrænse § 9, stk. 6 og § 100, stk. 7 og 9

højstegrænse, bortfald af § 101

højstegrænse, forlængelse af § 101, stk. 2

højne vaccinationsdækningen *profylakseaftalen, anmærkning til § 11, stk. 2: retningslinier for en styrket indsats for forbedring af tilslutningen til MFR-vaccinationerne, punkt 2, første afsnit*

høring, lægemiddelordination § 101A, stk. 3

høring, ordinationsmønster § 101A, stk. 3

høringsgrænser, 25% og 40% § 100, stk. 5

I

ikrafttræden § 110

iltbehandling § 48

implementering af fagligt udvalgs forslag § 12G

indbetaling af pensionsbidrag § 105

indbetaling til administrationsudvalget § 106

indbetaling til efteruddannelsesfond § 108A

indbetaling til forskningsfond § 108

indbetaling til uddannelsesammanuensisfonden § 107

indbetaling vedr. kvalitetsudvikling § 108C

indbetaling vedr. fagligt udvalg § 108B

indlæggelse § 41

indsamling af data § 108, stk. 5

information til brug for lægevalg § 28A

institutionstillæg § 69

instruktionsbeføjelse *aftale vedrørende alment praktiserende læger, der virker som tutorlæger, § 6, stk. 5*

internationale regler § 29, stk. 4
internetadgang § 39A, stk. 5
IT i almen praksis § 39A
IT i almen praksis, understøttelse *protokollat af 13-10-2002 om understøttelse af IT i almen praksis*
IT, datakonsulenter, *protokollat af 13-10-2002 om understøttelse af IT i almen praksis, III*

K

kighoste *profylakseaftalen, kap. II, § 11, stk. 1*
klagefrist 6 uger § 59, stk. 4, § 64, stk. 3
klager fra kommuner § 62
klageregler *Kapitel XI*
klagesager, opmand § 12, stk. 1
klinikpersonale *protokollat af 24-01-2006 om anvendelse af klinikpersonale*
klinikpersonale, oplysninger om § 28A, stk. 2
kliniske vejledninger § 108B, stk. 2
kommunallægerne *profylakseaftalen, kap. II, anmærkning til § 11, stk. 2: retningslinier for en styrket indsats for forbedring af tilslutningen til MFR-vaccinationerne, punkt 4*
kommunalt-lægelige udvalg § 57A
kompagniskabspraksis § 36, stk. 1b
konsultation, vagt § 72
konsultationer § 39, stk. 1, § 68
kontrolbestemmelser § 100
koordinerende funktioner *protokollat af 13-10-2002 til § 68 vedrørende den samlede honorering*
kopi af lægeregningen § 29, stk. 7
krav om IT § 39A, stk. 1
krav om IT, dispensation § 39A, stk. 6
kronikere, ansøgning om tilskud § 73A
kurser i landsoverenskomstens bestemmelser § 26, stk. 3
kvalitets- og efteruddannelsesudvalg, regionale § 12C og § 12D
kvalitetsfonden, opgaver og beføjelser § 12B
kvalitetsudvikling *protokollat af 24-01-2006 vedrørende kvalitetsudvikling i almen praksis*
kvinder, røde hunde *profylakseaftalen, kap. II, § 11, stk. 4*
kørselsgodtgørelse § 76 og § 91
kørselsgodtgørelse, afregning af § 99A
kørselsgodtgørelse, småøer § 91, stk. 6

L

laboratoriekonsulentordning *protokollat til § 75, 3. afsnit*
laboratorieundersøgelser § 75 *profylakseaftalen, kap. I, § 5*

55.10.1

Side 172

landssamarbejdsudvalget § 8

landssamarbejdsudvalgets opgaver § 9

landssamarbejdsudvalgets sanktionsmuligheder § 10

ledig plads i praksis § 16, stk. 7

ledig praksisdel § 16, stk. 7

legitimation § 30

legitimationsbevis, elektronisk registrering *Protokollat til § 96 om anvendelse af legitimationsbevis ved elektronisk registrering af patienthenvendelse til almen lægepraksis*

legitimationsbevis, systemnedbrud *punkt 12 og 13 i Protokollat til § 96 om anvendelse af legitimationsbevis ved elektronisk registrering af patienthenvendelse til almen lægepraksis*

legitimationsbevis, udgifter til udskiftning § 103A

leucocyttælling (tælling af hvide blodlegemer) § 75, stk. 1

lignsyn, udfyldelse af dødsattestens side 1 § 70

lignsyn, udfyldelse af dødsattestens side 2 inkl. forsendelse til Sundhedsstyrelsen § 70

livmoderhalskræft § 70, note 1

lokalemæssige hindringer *protokollat af 13-10-2002 § 36 vedrørende lokalemæssige hindringer*

lukkes for tilgang, delepraksis § 16, stk. 4

lukning for patienttilgang § 17, stk. 1, 3, 4, 5 og *anmærkning til § 17, stk. 3*

lukning for patienttilgang, ældre læger § 17, stk. 3

lukning ved lavere patientantal § 17, stk. 3

lungefunktionsundersøgelse § 75, stk. 1

lysfeltmikroskopi § 75, stk. 1

lægeansvarsforsikring § 26, stk. 11

lægebetjeningen i vagttiden § 50, § 50 A

lægedækning, årlig fastsættelse § 15

lægedækningsberegning § 15, stk. 3

lægehjælp til lægen selv § 83, stk. 1

lægemiddelkonsulenter *anmærkning II til § 12D*

lægemiddelordinationer, forsvarlig økonomi § 101A, stk. 1

lægemiddelstyrelsen, ansøgningsskemaer § 73A, stk. 3

læger fyldt 60 år, hyrevogn § 91, stk. 2

læger med vagtydernummer § 50A, stk. 7

lægeskift, basishonorar § 84, stk. 3

lægevalg § 27, § 28 og *protokollat af 24-01-2006 til § 27*

lægevalg, København, Frederiksberg, Tårnby og Dragør kommuner: *anmærkning til § 27, stk. 2 og § 28, stk. 1*

lægevalg, lægens afvisning § 27, stk. 2 og *anmærkning til § 28, stk. 1*

lægevalg, supplerende ordninger: *protokollat af 12-10-2002 til § 27, stk. 2*

lægevalgslistes § 28, stk. 2

M

manglende arbejds mængde § 15A, stk. 3
maskinel leukocyt- og differentialtælling § 75, stk. 1, ydelse nr. 7115
MFR-vaccination *profylakseaftalen, kap. II, § 11, stk. 2*
mikroskopi af biologisk materiale § 75, stk. 1
minimumsantal læger § 15, stk. 3
misbilligelse, region § 10, stk. 1a
misbilligelse, læge § 6, stk. 6a, § 10, stk. 2a og § 101A, stk. 5
misbrug af adgang til lægehjælp § 32
modregning § 10, stk. 2
modultakst *tillægsoverenskomsten, § 3*
mor med kronisk hepatitis B *profylakseaftalen, kap. II, § 11A, stk. 2*
mægle, opmand § 12, stk. 1

N

national rekommandationsliste *anmærkning til § 12D*
nedlæggelse af en praksis, lægeskifte § 33, stk. 3
nedlæggelse af praksis § 15A, stk. 2
nedsættelse af nye læger § 15, stk. 6
nedsættelse i almen praksis § 26
nettoafregning *tillægsoverenskomst om nettoafregning*
netværkspraksis § 36, stk. 1d, *anmærkning til § 36, stk. 1d*
nye læger § 15, stk. 3
nynedsættelse § 15, stk. 3
nægtelse af at efterkomme lægens råd § 32
næsetamponade, standsning af blødning § 70
næste forhandling *anmærkning til § 111*

O

operation for dybereliggende betændelse § 70
oplivningsforsøg § 70
oplysninger om klinikpersonale § 28A, stk. 2
opløsning af et kompagniskab, lægeskifte § 33, stk. 3
opløsning af praksis § 35
opmand § 10, stk. 5 og § 11
opmandens opgaver § 12
opmandsfunktionen *protokollat af 27-04-1995 til § 12*
opsigelse § 111
opsøgende hjemmebesøg § 70, ydelse nr. 2305
ordination af lægemidler § 47
ordinationsmønster, undersøgelse § 101A, stk. 2
organisationsansvar § 12, stk. 1 og 3 og *protokollat af 27-04-1995 om opmands-funktion*
overdrage praksis § 26, stk. 5

P

pacemaker § 70

paracentese af trommehinde § 70

patientledsagelse i ambulance § 71

patientsamtaler med øvrige personalegrupper *tillægsoverenskomsten § 2, punkt 1*

patienttilgang, ret til lukning § 17, stk. 1

pensionsbidrag § 105

personer, der ikke er tilmeldt en læge (honorar) § 71A

personfølsomme oplysninger *protokollat af 13-10-2002 om understøttelse af IT*

placering af nye læger § 15, stk. 6 og 7

planlægningsforudsætninger § 14

plejehjemsboliger, eget hjem § 82 A, stk. 3

pludselig opstået eller forværret sygdom § 29, stk. 2 og 3

p-markering *protokollat til § 96 om anvendelse af legitimationsbevis ved elektronisk registrering af patienthenvendelse til almen lægepraksis*

podning til dyrkning, indsendt prøve § 70

polio *profylakseaftalen, kap. II, § 11, stk. 1*

politiets assistance *protokollat til § 34*

p-piller *aftale om honorering af alment praktiserende læger for vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder, § 2, stk. 2, § 3*

PP-INR (koagulationsfaktorer) § 75, stk. 1

praksisdeklaration § 28, stk. 2 og § 28 A

praksisformer § 36

praksisomkostningshonorar, regulering § 80, stk. 1

praksisomkostningshonorarer § 66, § 94

praksisophør § 35A

praksisophør, varsling af § 35A

praksisplanen § 13, stk. 2, 3, 4, 5 og 6

praksisplanlægning § 13

praksisreservelæger *aftale vedrørende alment praktiserende læger, der virker som tutorlæger*

praksisstørrelse § 17

praksisudvalg § 5, stk. 2, § 61, stk. 1 og 2, § 16, stk. 5 og § 59, stk. 2

private laboratorier § 42, stk. 4

privatpraktiserende patolog § 42, stk. 4

psykometriske tests § 70

puljer til kvalitetsudvikling og efteruddannelse § 108C, stk. 2

påtage sig almen praksis § 26, stk. 1

R

rammeaftale, laboratorieundersøgelser *rammeaftale om iværksættelse af laboratorieundersøgelser m.m. efter beslutning i regionerne*
rammeaftale, tillægsydelser *rammeaftale om iværksættelse af tillægsydelser efter beslutning i regionerne*
rammeaftalerne, Fagligt Udvalg § 12F, stk. 5, 12G, stk. 2, *anmærkning til 12G*
rationel farmakoterapi *anmærkning II til § 12D og protokollat af 24-01-2006 om rationel farmakoterapi*
recepter § 47, *første afsnit*
receptfornyelser uden rådgivning § 81, stk. 2
regionens betalingspligt, bortfald af § 96, stk. 8
regional rekommandationsliste *anmærkning II til § 12D*
regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg § 12C og § 12D
regionale samarbejdsudvalg *protokollat af 24-01-2006 vedrørende forberedende regionale samarbejdsudvalg*
regulering af honorarerne § 80
reguleringsprocent § 80, stk. 5
rejsetillæg til øer § 71
rekruttering og fastholdelse § 13A
rekvisition af forbindsstoffer m.v. § 54
rekvisition af immunglobuliner og vacciner § 52
rekvisition af lægemidler § 53
rekvisition af vacciner *profylakseaftalen, kap. III, § 14*
reposition af skred i mindre led § 70
reposition af store ledskred § 70
ret til at ansætte amanuensis § 16, stk. 5
ret til lukning § 17, stk. 1

S

samarbejdspraksis § 36, stk. 1c
samarbejdsudvalg, § 5
samarbejdsudvalg, opgaver § 6
samarbejdsudvalg, opgaver § 13, stk. 1
samarbejdsudvalg, opgaver § 13A, stk. 1, 2 og 3
samarbejdsudvalg, opgaver *anmærkning til § 13A*
samarbejdsudvalg, opgaver § 14A, stk. 1 og 3
samarbejdsudvalg, opgaver § 15, stk. 1.6, 7 og 8
samarbejdsudvalg, opgaver § 15A, stk. 2 og 3
samarbejdsudvalg, opgaver § 16, stk. 2, 5, 6, 7 og 8
samarbejdsudvalg, opgaver § 26, stk. 3, 4, 9 og 10
samarbejdsudvalg, opgaver § 34, stk. 5 og 7
samarbejdsudvalg, opgaver § 35A, stk. 2, 3 og 6
samarbejdsudvalg, opgaver § 50, stk. 4
samarbejdsudvalg, opgaver § 50A, stk. 1, 4 og 7
samarbejdsudvalg, opgaver § 53, stk. 2

55.10.1

Side 176

samarbejdsudvalg, opgaver § 54, stk. 2
samarbejdsudvalg, opgaver § 60, stk. 3 og 4
samarbejdsudvalg, opgaver § 61, stk. 2, 3 og 4
samarbejdsudvalg, opgaver § 62, stk. 3
samarbejdsudvalg, opgaver § 83, stk. 4
samarbejdsudvalg, opgaver § 89, stk. 4
samarbejdsudvalg, opgaver § 100, stk. 4, 5, 7, 8 og 9
samarbejdsudvalg, opgaver § 101, stk. 1, 2 og 3
samarbejdsudvalg, opgaver § 101A, stk. 2, 3, 4 og 5
samarbejdsudvalg, opgaver *profylakseaftalen, kap. II, § 16 og anmærkning til § 11, stk. 2*
samarbejdsudvalg, opgaver *rammeaftale om iværksættelse af tillægsydelser efter beslutning i regionerne*
samarbejdsudvalg, opgaver *rammeaftale om iværksættelse af laboratorieundersøgelser m.m. efter beslutning i regionerne, § 1, stk. 2*
samarbejdsudvalg, opgaver *tillægsoverenskomsten § 1, stk. 2 og § 3*
samarbejdsudvalg, opgaver *aftale vedrørende alment praktiserende læger, der virker som tutorlæger, § 7*
samarbejdsudvalg, sammensætning § 5
sammenlægning af praksis § 13, stk. 5
samordning med øvrigt sundhedspersonale § 14A
samtaleterapi § 70A
samtaleterapi, max antal § 70A, stk. 3
se-kreatinin § 75, stk. 1
selektiv lukning § 17, stk. 3
sikkerhed, IT *protokollat af 13-10-2002 om understøttelse af IT i almen praksis (II)*
sikrede på øer, ej basishonorar § 84, stk. 2
sikrede, der er omfattet af EU –reglerne § 29, stk. 4
sindslidende, 1. indlæggelse § 73, stk. 3
sindslidende, genindlæggelse på samme institution § 73, stk. 3
sindslidende, tvangsinlæggelse § 73, stk. 3
socialmedicinsk arbejde § 56
socialmedicinsk arbejde, afregning af § 98
spiral *aftale om honorering af alment praktiserende læger for vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder, § 2, stk. 2*
statistik om lægemiddelanvendelse *anmærkning til § 12D*
statistiske oplysninger § 9, stk. 5
stedfortræder § 55, stk. 1 og § 57, stk. 2
store udbredte læsioner og forbrændinger § 70
sundhedsportalen § 28A, stk. 1
supplerende oplysninger § 28A, stk. 3
supplerende specifik forebyggelsesindsats § 70

svangerskabsforebyggende metoder *aftale om honorering af alment praktiserende læger for vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder*, § 1, stk. 2

svangerskabsreaktion § 75, stk. 1

svangreomsorg *profylakseaftalen*, kap. I

svælg-streptokok antigen § 75, stk. 1

sygebesøg § 39, stk. 4 og § 68

sygebesøg på ruten § 68, § 82

sygebesøg, lægens skøn § 37, stk. 1

sygehjælp, administrationsudvalget § 106, stk. 2

sygehjælpsudgifter, forsvarlig økonomi § 83, stk. 3 og 4

sænkingsreaktion § 75, stk. 1

særligt legitimationsbevis, danske statsborgere § 71A, ydelse nr. 2402 eller 2403

T

tandudtrækning § 74

tapning af væskeansamling § 70

taxa, benyttelse af § 91, stk. 2

telefonisk henvendelse til og fra kommunernes social- og sundhedsforvaltninger § 56, stk. 2

telefonisk henvendelse til forældre (MFR) *profylakseaftalen*, kap. II, § 11, stk. 2

telefoniske henvendelser § 39, stk. 2

telefonkonsultation § 39, stk. 2b, § 68 og § 81, stk. 1

telefonkonsultation med besøg/konsultation, vagt § 72

telefonkonsultation uden besøg/konsultation, vagt § 72

terminalpatienter, ansøgning om tilskud § 73A

terminalpatienter, vagttid § 86, stk. 3

tetanus *profylakseaftalen*, kap. II, § 11, stk. 1

tidsaftale § 37, stk. 3

tidsbestilling § 39, stk. 1a og stk. 2d

tidsbestilling, elektronisk § 39, stk. 3a

tilbagebetaling, læge § 6, stk. 6B a) og § 10, stk. 2b

tillæg for patientledsagelse i ambulance § 71

tillæg, hvor der anvendes kvalificeret tolk § 70

tillæg ved tolkede konsultationer *profylakseaftalen*, kap. II, § 14a

tillægshonorar ved vaccinationer *profylakseaftalen*, kap. II, § 12

tillægsydelser § 70

tillægsydelseshonorering § 87

tilmelde sig overenskomsten § 26, stk. 2

tilmelding til lukket praksis § 27, stk. 3

tilpasning af aktivitetsniveau i praksis § 100, stk. 5

tilrettelæggelse af lægebetjeningen i dagtiden § 39

tilrettelæggelse af lægebetjeningen i vagttiden § 50

55.10.1

Side 178

tilskud til gruppe 2 *tillægsoverenskomst om nettoafregning anmærkning til § 3, 1)*

tilskud til kronikere § 73A, stk. 2

tilskud til terminalpatienter § 73A, stk. 2

tovholder *protokollat af 13-10-2002 til § 68 vedrørende den samlede honorering*

transport i lægens tilgodehavende § 96, stk. 7

tutorlæger *aftale vedrørende alment praktiserende læger, der virker som tutorlæger*

tvangsindlæggelse § 73, stk. 3

tværfaglige teams *profylakseaftalen, kap. I, § 6a)*

tympanometri § 75, stk. 1

U

udbetaling af honorar § 96, stk. 5

uddannelsesamanuenser *aftale vedrørende alment praktiserende læger, der virker som tutorlæger, § 1*

uddannelsesamanuensisfonden § 107 og *protokollat af 24-01-2006 om Amanuensisfonden*

udelukkelse fra at praktisere § 6, stk. 6B c), § 10, stk. 2d og § 101A, stk. 5

udenlandske borgere § 29, stk. 4 og § 71A, ydelse nr. 2401

udfyldelse af dødsattestens side 2, inkl. forsendelse til Sundhedsstyrelsen § 70

udgifter til udskiftning af legitimationsbeviser § 103A

udtagelse og forsendelse af pacemaker § 70

udtagning af prøve af livmodermund og -hals til cytologisk undersøgelse § 70

udtræde af delepraksis § 16, stk. 2

udvidelse § 15, stk. 7

udviklingen i arbejdsmængden § 15, stk. 1

ulykkestilfælde § 29, stk. 2 og 3

undersøgelser for blod i fæces § 75, stk. 1

urimelig forringelse, patienters valgmulighed § 17, stk. 1 og 3 og § 18, stk. 1

urin til resistensbestemmelse § 75, stk. 1

urinundersøgelse ved stix § 75, stk. 1

V

vaccination mod røde hunde *profylakseaftalen, kap. II, § 11, stk. 2*

vagtbelastningen § 50A, stk. 2

vagtberedskabshonorar § 50A, stk. 3 og 4, § 72A, § 89

vagtberedskabstiden § 89, stk. 2

vagtchefer § 50A, stk. 6

vagtfaciliteter § 51, stk. 3

vagtlæger § 50A, stk. 7

vagtordning, arbejdsmæssigt og økonomisk effektiv § 50A, stk. 5

vagtordninger § 50A, stk. 1

vagtordninger, tilrettelæggelse på anden måde § 50, stk. 4
vagttime, hjemmefødsler § 86, stk. 3
vagttime, læger ej på vagt § 86, stk. 4
vagttime, terminalpatienter § 86, stk. 4
vagttime § 49
valg af læge § 27
vandrende arbejdstagere § 29, stk. 4
vederlagsfri lægehjælp § 4, stk. 1 og § 29, stk. 1
vederlagsfri sygdomsbehandling og forebyggende arbejde § 4, stk. 1
vedtægter for almene lægeselskaber § 36A, stk. 3
vedtægter for holdingselskaber § 36A, stk. 3
vejledning med hensyn til andre klagemuligheder § 63, stk. 1
vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder § 70 og *aftale om honorering af alment praktiserende læger for vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder*
vejledning, anmodning om svangerskabsafbrydelse og/eller sterilisation § 70
venesection § 70
videregivelse af oplysninger *protokollat af 16-04-1999 om videregivelse af oplysninger, der er nødvendige for administration af f.eks. vederlagsfri fysioterapi*
videreuddannelsesudvalget *aftale vedrørende alment praktiserende læger, der virker som tutorlæger*, § 2, stk. 1 og 3
vikar § 55, stk. 1
vilkår for lægehjælp § 37
visitation af flere vagtordninger § 51, stk. 1
visitation i vagttime § 51
visitationsvagtordning § 50A, stk. 1, § 51, stk. 1
voldelige eller truende patienter § 34
voldgiftsret *protokollat af 24-01-2006 om voldgiftsret*
væske- og vandladningsskema § 70

Y

ydelsessortiment *protokollat af 16-04-1999 om de alment praktiserende lægers anvendelse af ydelserne i landsoverenskomsten, andet afsnit*

Æ

ægtefælle, lægehjælp til lægens § 83, stk. 1
ældre læger, hyrevogn under kørevagt § 91, stk. 2
ældrebesøg, opsøgende § 70
ændringer i praksisform § 35, stk. 2

Ø

øer uden læge, tillæg § 71A, ydelse nr. 2402 eller 2403
øer, honorering § 88
øer, hvor der ikke er bosat læger, rejsetillæg § 71

55.10.1

Side 180

øer, vagtberedskabshonorar § 50A, stk. 3

øget vagtbelastning § 50, stk. 2

økonomisk lægemiddelordination § 101A

A

åbning for patienttilgang § 16, stk. 4, § 17, stk. 5 og § 18, stk. 2

årlig fastsættelse af antal læger § 15, stk. 3

årlig fastsættelse af lægedækningen § 15

årsopgørelser § 100

Vejledning i anvendelse af Landsoverenskomstens ydelser

Udarbejdet af Fagligt udvalg.
Tiltrådt af SFU og P.L.O. den

Indhold:

1. Indledning
2. Konsultation
3. Telefonkonsultation
4. Sygebesøg
5. Aftalt forebyggelseskonsultation
6. Tillægsydelser til aftalt forebyggelseskonsultation
 - a: 2304 Supplerende specifik forebyggelsesindsats
 - b: 2305 Opsøgende hjemmebesøg
7. Elektronisk kommunikation mellem læge og patient
8. E-mailkonsultation
9. Samtaleterapi
10. Anvendelse af klinikpersonale
11. Medicinordination
12. Tillægsydelser i henhold til landsoverenskomstens § 70
 - 2010 Blodtagning fra blodåre pr. forsendelse
 - 2102 Udtagning af prøve af livmoder,-mund og -hals til cytologisk undersøgelse inkl. forsendelse
 - 2104 Blærekateterisation (ekskl. udgifter til kateter).
 - 2105 Fjernelse af fremmedlegeme(r) fra øje, øregang, næse og svælg (kun én ydelse uanset om der i samme konsultation fjernes et eller flere fremmedlegemer)
 - 2107 Fjernelse af fremmedlegeme under hud eller negl (uanset antal under negl eller under hud fra samme legemsdel. Ydelsen gælder ikke suturfjernelse)...
 - 2108 Næsetamponade, standsning af blødning efter tandudtræk

- 2109 Anlæggelse af immobiliserende bandager.
- 2111 Første behandling af mindre knoglebrud og reposition af skred i mindre led
- 2112 Første behandling af større sår
- 2113 Biopsi med efterfølgende mikroskopisk undersøgelse hos patolog, inkl. forsendelse
- 2115 Fjernelse af negl.
- 2116 Paracentese af trommehinde
- 2117 Fjernelse af subkutane eller dybereliggende svulster, inkl. evt. forsendelse til patologisk undersøgelse (ekskl. vorte)
- 2118 Operation for dybereliggende betændelse (eksempelvis åbning af byld)
- 2119 Tapning af væskeansamling fra større led i terapeutisk øjemed, og ikke i diagnostisk øjemed eller ved indsprøjtning
- 2120 Venesection tilrådet af hospital eller speciallæge samt ved livstruende tilstande
- 2121 Andre betydelige operationer (eksempelvis vabratio eller tilsvarende indgreb)
- 2122 Første behandling af brud af skinneben, lår, over- eller underarm
- 2123 Reposition af store ledskred, nemlig fod, knæ, hofte, albue eller skulder
- 2124 Behandling af store udbredte læsioner og forbrændinger
- 2125 Oplivningsforsøg, herunder iltbehandling ved livstruende tilstande
- 2131 Ligsyn med udstedelse af dødsattest (side 1 og 2)
- 2134 Ligsyn med udfyldelse af dødsattestens side 1
- 2135 Udfyldelse af dødsattestens side 2, inkl. forsendelse til Sundhedsstyrelsen
- 2136 Anoskopi.
- 2137 Udtagelse og forsendelse af pacemaker (forsendelse efter nærmere aftale med regionen)
- 2133 Forsendelse af biologisk materiale ekskl. blodprøver
- 2138 Instruktion og udlevering af væske- og vandladningsskema
- 2141 Fortsat kontrol af svangerskabsforebyggende teknik
- 2142 Vejledning i svangerskabsforebyggende metoder ved første henvendelse fra den sikrede 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)

2146 Udlån af og instruktion i anvendelse af apparatur til hjemmeblodtryksmåling

2149 Diagnosticering, udredning og opfølgning ved anvendelse af fagligt anerkendte psykometriske tests

2161 Tillæg til ydelse af lægehjælp (konsultation eller forebyggelseskonsultation), hvor der anvendes kvalificeret tolk ²⁾

13. Laboratorieundersøgelser i henhold til landsoverenskomstens § 75

7101 URINUNDERSØGELSE VED STIX. INGEN VEJLEDNING.....

7105 DYRKNING AF BIOLOGISK MATERIALE – BAKTERIER OG
ANDET.....

7106 DYRKNING AF BIOLOGISK MATERIALE – SVAMP

7108 HÆMOGLOBIN

7109 SVÆLG – STREPTOKOKANTIGEN

7112 AUDIOMETRI.....

7113 SPIROMETRI (OMFATTER OGSÅ 7121)

7114 LYSFELTMIKROSKOPI INKLUSIV FREMSTILLING AF
PRÆPARAT (9 ENHEDER)

7115 MASKINEL LEUKOCYT- OG DIFFERENTIALTÆLLING

7116 MIKROSKOPI, FASEKONTRAST (OMFATTER OGSÅ 7122).....

7117 TYMPANOMETRI.....

7120 CRP (C-REAKTIVT PROTEIN).....

7126 INR (INTERNATIONALT NORMALISERET RATIO)
7136 GLUCOSE.....
7152 BLOD I FÆCES
7156 EKG (ELEKTROKARDIOGRAFI)
7168 KREATININ
7175 SVANGERSKABSREAKTION, URIN-CHORIONGONADOTROPIN.....
7177 SR (SÆNKINGSREAKTION)
7183 PEAK-FLOW
7189 URIN TIL RESISTENSBESTEMMELSE
7402 PRIKTEST.....

Indledning

Denne vejledning er tænkt som en støtte til korrekt anvendelse af Landsoverenskomstens ydelser for den praktiserende læge, dennes klinikpersonale og Sygesikringen.

Det er en opdateret udgave af den tidligere vejledning med de ændringer, som Landsoverenskomsten af april 2006 har medført.

Der er udarbejdet vejledninger for nye ydelser samt for næsten alle laboratorieundersøgelser.

Vejledningen er endnu ikke komplet, idet der endnu ikke er udarbejdet vejledninger for alle ydelser i overenskomsten eller i profylakseaftalen.

På trods af de enkelte vejledninger, vil der fortsat opstå fortolkningsproblemer, dette gælder ikke mindst i relation til de nye ydelser.

Fagligt Udvalg vil derfor løbende supplere vejledningen med fortolkningsbidrag, som sammen med vejledningen vil blive opdateret på PLO's hjemmeside www.laeger.dk

Konsultation, ydelse 0101

En konsultation kan defineres som en situation, hvor patient og læge mødes, og hvor patienten får lægelig undersøgelse, behandling, råd og/eller vejledning.

Konsultationen kan komme i stand enten efter anmodning fra patienten eller på lægens foranledning, hvis det på forhånd er aftalt mellem læge og patient, at lægen indkalder patienten til konsultation, eller hvis det efter en tidligere konsultation ud fra patientens helbredsforhold viser sig nødvendigt, at lægen indkalder patienten til konsultation igen.

En konsultation kan være af kortere eller længere varighed og kan omhandle et eller flere forskellige helbredsmæssige problemer hos den pågældende patient.

Bemærkninger:

Der foreligger ikke to konsultationer, selvom patienten bringer flere helbredsmæssige problemer op under konsultationen, eller lægen bliver opmærksom på flere helbredsmæssige problemer, hvis tilstedeværelse ikke var kendt, da konsultationen blev aftalt.

Der foreligger ikke konsultation, hvis patienten udebliver fra en aftalt tid.

Konsultationen kan undtagelsesvis komme i stand ved skriftlig henvendelse fra patienten. Hvis lægen i et skriftligt svar til patienten iværksætter behandling, f.eks. i form af medicinordination eller henvisning til anden behandling, eller giver lægeligt råd eller vejledning, som lægen er ansvarlig for, foreligger der en konsultation. Afgiver lægen et sådant svar telefonisk, foreligger der en telefonkonsultation, jf. afsnittet ”0102. Telefonkonsultation”.

Det kan undtagelsesvis være relevant at yde en konsultation pr. brev, selv om der ikke foreligger en skriftlig henvendelse fra patienten. Det kan eksempelvis være tilfældet, hvor resultatet af en INR-måling giver anledning til ændrede ordinationer, og hvor det vurderes at information pr. brev er mere formålstjenlig end information pr. telefon.

Konsultation ved brug af klinikpersonale

Lægen kan lade klinikpersonalet selvstændigt udføre visse undersøgelser og behandlinger, råd og vejledning, herunder forebyggende ydelser, uden at opgaverne umiddelbart skal forudgås eller efterfølges af en direkte lægelig kontakt mellem lægen og patienten, jf. afsnittet om ”Anvendelse af klinikpersonale.”

Klinikpersonalets selvstændige udførelse af behandlingsopgaver m.v. sker i alle tilfælde på foranledning af lægen, dvs. efter anmodning fra lægen og under supervision af denne. Klinikpersonale kan være sygeplejersker, bioanalytikere, sekretærer o.a., som lægen har arbejdsgiveransvaret for.

Særligt om konsultationer i forbindelse med profylaktiske helbredsundersøgelser af gravide og børn m.v

Hvis der i forbindelse med profylaktiske helbredsundersøgelser af gravide og børn

udført i henhold til profylakseaftalen konstateres helbredsmæssige forhold, der kræver undersøgelse og/eller behandling, som ligger uden for rammerne af de retningslinier, der gælder for udførelse af de profylaktiske svangre- og børneundersøgelser, er der tale om en konsultation i henhold til landsoverenskomsten. Der foreligger således 2 ydelser; profylaktisk helbredsundersøgelse og konsultation. Dette gælder, uanset om den nærmere undersøgelse og/eller behandling finder sted i umiddelbar forlængelse af den profylaktiske helbredsundersøgelse eller ved særskilt konsultation.

Hvis der i forbindelse med selvbetalte profylaktiske helbredsundersøgelser, der ikke er omfattet af landsoverenskomsten, afsløres forhold, der kræver behandling eller nøjere undersøgelse, som er omfattet af landsoverenskomsten, er der for så vidt angår denne behandling og undersøgelse tale om en konsultation, uanset om den finder sted i umiddelbar forlængelse af den profylaktiske helbredsundersøgelse eller ved særskilt konsultation.

Der henvises i øvrigt til ”Vejledning af 16. marts 2005 om anvendelse af ydelser, der hører under profylakseaftalen og afgrænsning til landsoverenskomsten.”

Konsultation via tredjemand

En konsultation kan gennemføres via tredjemand, f.eks. hvor en pårørende, hjemmesygeplejerske eller andet plejepersonale henvender sig til lægen med henblik på lægelig undersøgelse eller behandling, lægeligt råd eller vejledning vedrørende patientens helbredsforhold.

Hvis lægen i anledning af henvendelsen udfører lægelig behandling eller undersøgelse eller giver lægeligt råd eller vejledning ud fra oplysninger om patientens helbredsforhold, herunder eventuelt ved eftersyn i patientjournalen, foreligger der en konsultation via tredjemand. Dette gælder også tilfælde, hvor lægens skøn fører til, at der ikke iværksættes undersøgelse eller behandling.

Det er en helt afgørende forudsætning, at det står klart for lægen, at henvendelsen sker efter anmodning fra patienten eller dog på vegne af patienten.

Bemærkninger:

Der er ikke tale om en konsultation via tredjemand i tilfælde, hvor f.eks. en pårørende henvender sig til lægen for at få dennes vurdering af patientens generelle helbredstilstand, uden at dette sker på vegne af patienten.

Hvis en forælder henvender sig med henblik på lægelig behandling eller undersøgelse, råd eller vejledning af den pågældendes barn, uden at barnet er tilstede, foreligger der konsultation via tredjemand. Sker forælderen henvendelse i umiddelbar forlængelse af en konsultation vedrørende sine egne helbredsforhold, foreligger der en ny konsultation (via tredjemand), dvs. i alt 2 konsultationer.

SÆRLIGT VEDRØRENDE LABORATORIEUNDERSØGELSER

Hvis eksempelvis en hjemmesygeplejerske afleverer en urinprøve fra en patient på grund af mistanke om en mulig urinvejsinfektion, og lægen på baggrund af henvendelsen vurderer, at der skal foretages en laboratorieundersøgelse, foreligger der en laboratorieundersøgelse og en konsultation. Ved eventuel telefonisk afgivelse af svar om resultatet af laboratorieundersøgelsen vil der normalt være tale

om en telefonkonsultation.

Hvis der er tale om en på forhånd aftalt løbende kontrol, der indebærer regelmæssig aflevering af urinprøver til undersøgelse ("seriekontrol"), hvor lægen ikke i forbindelse med laboratorieundersøgelsen foretager en lægelig vurdering af patientens helbredsforhold, er der ikke tale om en konsultation, men alene om en laboratorieundersøgelse. Der kan eksempelvis være tale om løbende kontrol af bakterieudskillelse i urin i en periode hos en patient med tidligere hyppige urinvejsinfektioner.

Telefonkonsultation, ydelse 0201

En telefonisk henvendelse i dagtiden takseres som telefonkonsultation, hvis der er ydet lægelig behandling, rådgivning eller vejledning som imødekommer patientens behov for lægehjælp på det pågældende tidspunkt. Hvis den telefoniske henvendelse resulterer i en aftale om at patienten ses af lægen senere i konsultationen eller ved besøg, anses den telefoniske henvendelse som en uhonoreret tidsbestilling, medmindre samtalen har medført en sådan stillingtagen, at et behov for foreløbelig akut lægehjælp er imødekommet.

Samtalen skal således resultere i en sådan stillingtagen, at patientens behov for lægehjælp, herunder eventuelt behov for akut lægehjælp, er imødekommet, f.eks. ved ordination af medicin, henvisning til anden behandling eller lign.

En telefonkonsultation kan også selvstændigt gennemføres ved, at klinikpersonale giver råd og/eller vejledning jf. afsnittet om "Anvendelse af klinikpersonale."

Hvis klinikpersonalets telefoniske svarafgivelse imødekommer behovet for lægelig indsats i forbindelse med selve svarafgivelsen, herunder et nødvendigt behov for information i forbindelse med svarafgivelsen, foreligger der en telefonkonsultation ved brug af klinikpersonale.

Det er således en forudsætning, at klinikpersonalets telefoniske svarafgivelse ikke i sig selv medfører behov for en konsultation eller (ny) telefonkonsultation. Der kan dog i forbindelse med svar afgivelsen pr. telefon aftales konsultation som led i behandlingsforløbet.

Bemærkninger:

Hvis telefonsamtalen har resulteret i, at patientens behov for lægehjælp, som det fremstod på det pågældende tidspunkt, er imødekommet, men helbredssituationen senere samme dag udvikler sig således, at der opstår behov for konsultation eller sygebesøg, foreligger der både telefonkonsultation og konsultation/sygebesøg samme dag for den samme patient.

Der foreligger ikke telefonkonsultation ved samtaler, der alene vedrører tidsbestilling eller receptfornyelse, eller hvis patienten ringer i telefontiden og aflyser en konsultation.

Særligt vedrørende telefonkonsultation m.v. i vagttiden

I vagttiden kan telefonkonsultation og konsultation kun komme i stand ved op-

ringning fra patienten.

Der foreligger telefonkonsultation uden besøg/konsultation (ydelsesnummer 0501), hvis samtalen har medført en sådan stillingtagen, at behovet for akut lægehjælp er imødekommet. Der kan f.eks. være tale om, at telefonkonsultationen afsluttes med lægelig råd og vejledning, ordination af medicin eller henvisning til sygehus eller hjemmesygeplejerske.

Hvis samtalen afsluttes med, at der aftales sygebesøg eller fremmøde i vagtkonsultationen, er der tale om en telefonkonsultation med besøg/konsultation (ydelsesnummer 0602).

I ganske særlige tilfælde kan der i vagttiden forekomme ydelsen telefonkonsultation uden besøg/konsultation og telefonkonsultation med besøg/konsultation (eller omvendt) til den samme patient med kort interval. Betingelsen for, at flere ydelser til samme patient kan forekomme med meget kort interval, er, at der i tidsrummet fra afslutningen af den seneste kontakt mellem læge og patient til den fornyede kontakt er sket en sådan ændring i patientens helbredstilstand, at det medfører en ændret lægelig vurdering af behovet for lægelig indsats.

Sygebesøg, ydelserne 0411 m.fl.

Et sygebesøg kan defineres som en situation, hvor lægen aflægger patienten et besøg i dennes hjem eller opholdssted, og hvor patienten får lægelig undersøgelse, behandling, råd og/eller vejledning.

Et sygebesøg kan som udgangspunkt kun komme i stand efter anmodning fra patienten, såfremt lægen vurderer, at sygdommens art eller forholdene i øvrigt nødvendiggør besøg. Lægen skal i sin vurdering af, om et sygebesøg er nødvendigt, tillægge det betydning, såfremt patienten er bevægelseshæmmet.

Et sygebesøg kan være af kortere eller længere varighed og kan omhandle et eller flere forskellige helbredsmæssige problemer hos den pågældende patient.

Lægen kan, selvom han ikke har vagt, aflægge sygebesøg til terminal patienter og hjemmefødsler. I sådanne situationer afregnes med vagthonorar.

Behandler en læge flere sikrede i samme hjem, beregnes der kun sygebesøgshonorar for én sikret. For den næste og de følgende beregnes ydelsen til konsultations-takst. Ved besøg i vagttiden honoreres med det konsultationshonorar, som i øvrigt gælder i henholdsvis A-vagten og B-vagten.

Sygebesøg ved brug af klinikpersonale

Lægen kan lade klinikpersonalet foretage sygebesøg og selvstændigt udføre visse undersøgelser og behandlinger, råd og vejledning, uden at opgaverne umiddelbart skal forudgås eller efterfølges af en direkte lægelig kontakt mellem lægen og patienten, jf. afsnittet om "Anvendelse af klinikpersonale."

Klinikpersonalets selvstændige udførelse af behandlingsopgaver m.v. på sygebesøg sker i alle tilfælde på foranledning af lægen, dvs. efter anmodning fra lægen og under supervision af denne. Klinikpersonale kan være sygeplejerske, bioanaly-

tiker, sekretær o.a., som lægen har arbejdsgiveransvaret for.

Aftalt forebyggelseskonsultation, ydelse 0106

Ydelsen skal medvirke til målrettet og systematisk forebyggelse, bl.a. overfor de store kroniske folkesygdomme. Ydelsen skal synliggøre og fremme forebyggelsesaktiviteter herunder bidrage til en bedre livsstil (motion, kost, tobak og alkohol).

Ydelsen kan gives på lægens initiativ.

Der er tale om en i forvejen aftalt konsultation om forebyggelse med et specifikt forebyggende formål, hvorved den adskiller sig fra den almindelige konsultation 0101.

Forebyggelse har ofte karakter af et forløb (opfølgning og fastholdelse) og kan derfor indebære flere forebyggelseskonsultationer hos samme patient. Der kan kun afregnes én ydelse 0106 på samme dag på samme patient, uanset om man har drøftet flere forebyggelsestiltag eller forebyggelse af komplikationer ved flere kroniske sygdomme hos samme patient.

Der er tale om individuel forebyggelse i et møde mellem læge/klinikpersonale og patient, hvor patienten på forhånd har accepteret indholdet og derfor kan forberede sig herpå.

Der skelnes ikke mellem primær, sekundær og tertiær forebyggelse.

Ydelsen vil oftest være en opfølgning på en tidligere gennemført konsultation, børneundersøgelse eller anden information, der giver anledning til en særlig målrettet forebyggelsesindsats.

Ydelsen kan omfatte:

Aftalt konsultation vedr. kost, motion, rygning, alkohol og anden misbrug, fysiske forhold, sociale og psykiske forhold.

Aftalt konsultation for at nå til enighed om mål for behandling ved de store folkesygdomme: diabetes, iskæmisk hjertekarsygdom, cancer, osteoporose, KOL, astma, kroniske muskellidelser, psykiske lidelser.

Aftalt konsultation om andre forhold af forebyggelsesmæssig karakter, der ikke er led i en diagnosticering eller behandling.⁵

Hvor der er tale om livsstilsændringer anvendes en motivationssamtale, der er en samtalestil, som sigter mod at hjælpe patienten med overvejelser om adfændsændring på områder som kost, motion, rygning, alkohol. Her kan anvendes flere forskellige metoder. En metode er således beskrevet i DSAMs vejledning "Den motiverende samtale".

I forbindelse med ydelsen tages der stilling til eventuel behandling (antihyperten-

⁵ F.eks. prækonceptionel rådgivning, i forbindelse med uheldige livsstilsfaktorer, særlig risikofyldt erhverv, kroniske behandlingskrævende medicinske tilstande eller genetisk betingede sygdomme i familien.

siva, antidiabetika, nikotinpræparater) og der rådgives om muligheder for andre forebyggende foranstaltninger og tilbud samt foretages eventuelt en henvisning til sådanne, f.eks. til rygestopkurser, "motion på recept", tilbud i sundhedscentre m.v.

Til ydelsen er knyttet to tillægsydelser, 2304 "Supplerende specifik forebyggelses-indsats" og 2305 "Opsøgende hjemmebesøg", der er specifikke for den aftalte forebyggelseskonsultation.

En forebyggelseskonsultation kan være ledsaget af andre ydelser (tillægsydelser og laboratorieundersøgelser), hvor dette er en naturlig konsekvens af forebyggelses-samtalen.

En forebyggelseskonsultation kan ikke bruges til forebyggende generelle helbredsundersøgelser og screeningsundersøgelser.

Konsultationer som indbefatter for eksempel vægthkontrol og blodtryksmåling, uden at de grundlæggende forudsætninger om:

- et specifikt forebyggende formål, og
- at det drejer sig om en på forhånd aftalt konsultation,

er opfyldt, er fortsat alene omfattet af en konsultation (0101).

Ydelsen kan undtagelsesvis efterfølges af en konsultation (0101), hvis det i forbindelse med den aftalte forebyggelseskonsultation viser sig, at der er behov for anden lægelig rådgivning eller behandling. Ydelsen kan ikke anvendes sammen med børne- og svangerundersøgelser.

En forebyggelseskonsultation kan også gennemføres ved klinikpersonale.

Tillægsydelser til aftalt forebyggelseskonsultation

A) 2304, SUPPLERENDE SPECIFIK FOREBYGGELSE

Formålet med tillægsydelsen er i tilknytning til "Aftalt forebyggelseskonsultation" (0106), at foretage en samlet risikovurdering for udvikling af alvorlige kroniske sygdomme eller udvikling af komplikationer til disse eller tilsvarende tilstande og herunder i forståelse med patienten at aftale mål for forebyggelse og behandling af disse.

Tillægsydelsen kan anvendes, når der i forbindelse med en aftalt forebyggelseskonsultation desuden foretages en systematisk samlet risikovurdering og ressourcevurdering samt aftales målsætninger for behandlingsindsatsen i forståelse med patienten.

Kan desuden anvendes ved opfølgende demenssamtale med tværfaglig koordinerende indsats. Aftalt forebyggelseskonsultation med tilhørende tillægsydelse "supplerende specifik forebyggelsesindsats", kan dog kun anvendes max. 2 gange pr. år pr. demente patient.

Ydelsen kan kun forekomme sammen med "Aftalt forebyggelseskonsultation" (0106).

Forebyggelsesindsats mod de store kroniske sygdomme (diabetes, iskæmisk hjertekarsygdom, cancer, osteoporose, KOL, astma, kroniske muskellidelser, psykiske lidelser) almindeligvis i form af en årsstatus og undersøgelse i henhold til faglige anbefalinger indeholdende:

- En systematisk samlet risikovurdering og ressourcevurdering efter fagligt anerkendte kliniske vejledninger og anbefalinger (fx DSAMs vejledninger, hvor disse foreligger)
- Status af patientens helbredssituation (anamnese, objektiv undersøgelse og laboratorieundersøgelser)
- Vurdering af medicinordinationerne
- Fastlæggelse af behandlingsmål i forståelse med patienten

Opfølgende demenssamtale med tværfaglig koordinerende indsats, jf. DSAMs vejledning herom.

Andre komplicerede tilstande, hvor der efter fagligt anerkendte kliniske vejledninger og anbefalinger er behov for en opfølgning med en samlet risikovurdering, ressourcevurdering og fastlæggelse af behandlingsmål.

Tillægsydelsen kan ikke anvendes i forbindelse med en almindelig konsultation (0101).

Tillægsydelsen kan ikke anvendes sammen med tillægsydelsen ”Opsøgende hjemmebesøg”.

Tillægsydelsen kan kun undtagelsesvis anvendes sammen med andre tillægsydelser (§ 70) eller laboratorieundersøgelser (§ 75), da svar på disse oftest vil være en forudsætning for at gennemføre ydelsen.

Tillægsydelsen ”psykometrisk tests” (2149) kan dog anvendes sammen med ”aftalt forebyggelseskonsultation” (0106) og tillægsydelsen ”supplerende specifik forebyggelse” (2304), hvor det drejer sig om psykiske lidelser fx demens.

Ydelsen kan ikke gennemføres ved klinikpersonale.

B) 2305, OPSØGENDE HJEMMEBESØG FOR SKRØBELIGE ÆLDRE NORMALT OVER 75 ÅR,

Formål med tillægsydelsen er i tilknytning til Aftalt forebyggelseskonsultation (0106):

- at opnå indsigt i den ældres ressourcer og funktionsevne,
- at identificere og evt. forebygge og begrænse begyndende sundhedsproblemer,

- at vurdere og evt. revidere patientens medicinforbrug,
- at have kendskab til den ældres daglige livssituation for at kunne indgå som en kompetent samarbejdspartner i det tværfaglige sundhedsarbejde.

Forudsætninger for besøget er:

- at besøget er en samtale, ikke en kontrol,
- afklarede gensidige forventninger til besøget,
- respekt for den ældres uafhængighed og selvbestemmelse, og
- at samtalen er en aktuel status uden fokusering på et specifikt symptom eller lidelse.

Tillægsydelsen kan maksimalt udføres én gang årligt per patient.

Indholdet er beskrevet i nedenstående ”Besøgsguide”, der er en vejledning, som må tilpasses de individuelle forhold.

Tillægsydelser og laboratorieundersøgelser udført i forbindelse med besøget honoreres i henhold til Landsoverenskomstens takster.

Tillægsydelsen kan ikke anvendes sammen med en almindelig konsultation (0101).

Tillægsydelsen kan ikke gennemføres ved klinikpersonale.

Tillægsydelsen honoreres sammen med 0106. Desuden honoreres kørselsgodtgørelse i henhold til § 76 og tidsforbrugstillæg i henhold til § 56. stk.2.c.

Besøgsguide.

Indhold i besøget er en samtale om hvordan dagligdagen fungerer, f.eks.

Introduktion “Er der noget særligt, du synes vi skal tale om i dag?”

Hverdagen:

- Hjælp fra formelt og familiært netværk, transport, indkøb osv.
- Interesser, kontakt med andre, socialt netværk, familie, hjem osv.
- Fysisk funktion Har den ældre brug for hjælp? Og i givet fald, hvilken hjælp gives og af hvem?
- Hvis den ældre - uden at blive træt - kan gå udendørs i dårligt vejr ½ -1 time og kan gå på trapper til 2. sal, er mobiliteten i orden.
- Det er afgørende at reagere på tidlige tegn på fald i funktionsevne. Avlunds mobilitet-trætheds skala og/eller Timed Up and Go testen kan anvendes også til at vurdere forandringer over tid og som ’fælles sprog’ i det tvær-

faglige samarbejde – bilag.

Helbred:

- Kendt sygdom, ernæring (D-vitamin og kalk), motion (transport), sanser (hørelse, syn), tandstatus, fødder inkontinens og obstipation: Om nødvendigt klinisk undersøgelse evt. senere i lægepraksis. 5-D'er – depression, demens, delir, droger og druk - kan anvendes som huskeliste.

Mental status

- Depression og begyndende demens hos ældre er vigtigt at identificere, hvor der evt. kan anvendes psykometrisk test (bilag).
- Spørg til hvordan hjernen holdes i gang; interesser, krydsord, kortspil, diskussioner, mv. og spørg om alkoholforbruget.

Medicin

- Data vedrørende den enkeltes aktuelle ordinationer forudsættes opdateret via journalen og/eller den personlige elektroniske medicinprofil før besøget.
- Gennemgang af medicinskab, hvor alle ordinationer vurderes ud fra kriterierne:
 - o effekt,
 - o dosering
 - o indikation
 - o komplians
 - o bivirkninger
 - o interaktioner
 - o kontraindikationer
 - o behandlingsvarighed
 - o pris
- Ved kognitive usikkerheder sikres bedst muligt komplians med netværksperson eller hjemmeplejen. Doseringsæske?, dosisdispensering?
- > 3 forskellige receptpligtige medikamenter daglig = mangelstofsbehandling.
- Hensigtsmæssig polyfarmaci skal hele tiden vurderes op mod evt. bivirkninger.
- Vær særligt opmærksom på at undgå NSAID og unødvendig diuretika og psykofarmaka. Vurder relevansen af medicinering.
- Er det livsvigtigt, symptomdæmpende eller forebyggende?
- Er indikationen stadig gældende?
- Monitorering af funktionsevne og kognitiv funktion kan være til hjælp i

vurderingen af virkninger og bivirkninger. Spørg evt. mere specifikt ind til bivirkninger. Et nyligt svensk symptomskema kan anvendes, se bilag.

På denne baggrund vurderes, med henblik på behandlingsoptimering såvel klinisk som økonomisk rationelt, om der er præparater, der skal:

- o seponeres
- o omlægges ved dosisændring
- o nyordineres

Konklusioner, aftaler:

- Evt. videre undersøgelse i klinikken, fx laboratoriekontrol, henvisning til fysio- og/eller ergoterapi, syn/hørecentral, fodterapi, tandlæge, kommunal visitation eller opfølgning af det opsøgende kommunale hjemmebesøgstilbud.

Det videre forløb aftales individuelt, så der kan følges op på evt. igangsatte interventioner.

Bilag, der henvises til, findes på www.laeger.dk.

Elektronisk kommunikation mellem læge og patient

Frem til 1. januar 2009 kan lægen vælge, om e-mail kommunikation med patienten, elektronisk tidsbestilling og elektronisk receptfornyelse helt eller delvis skal være en del af praksis' tilbud til patienterne. Fra 1. januar 2009 er dette obligatorisk.

E-mail henvendelse til lægen skal ske via lægens web-side.

Tidsbestilling

Anmodning om tidsbestilling kan foregå via e-mail under forudsætning af, at det sker på en struktureret måde. Patientens henvendelse skal ske via lægens web-side.

Receptfornyelse

Ved receptfornyelse af fast medicin kan e-mail erstatte en telefonisk kontakt. Hvis lægen vurderer, at der er behov for, at han/hun ser patienten, må anmodningen om receptfornyelse via e-mail afvises.

Svar på laboratorieundersøgelser

Svar på laboratorieundersøgelser kan foregå via e-mail. Når patienten har fået taget en urinprøve, blodprøve, celledræb eller anden prøve, aftales det sædvanligvis, at patienten skal ringe til lægen og få oplyst svaret. Hvis patienten ønsker det, kan det i stedet aftales, at svaret sendes pr. e-mail. Et alvorligt svar (eksempelvis alvorlige celleforandringer) bør naturligvis ikke afgives pr. e-mail. Svar på laboratorieundersøgelser honoreres som en e-mail konsultation.

Sikkerhed

Det er en forudsætning for anvendelse af e-mail kommunikation mellem læge og

patient, at sikkerheden er i orden. Det anbefales således,

- at kommunikation via det åbne Internet mellem patient og læge sikres i lokale sikkerhedsløsninger med kryptering og sikring af afsenders identitet. Alternativt ved anvendelse af sikrede linier, baseret på Internet-teknologi (VPN og lignende), og
- at der anvendes personlige passwords med henblik på, at kun den rette modtager kan læse svaret.

Ansvar

Når der tales om lægens juridiske ansvar, tænkes på risikoen for, at lægen får en påtale af Patientklagenævnet for overtrædelse af Lægeloven, eller at lægen pådrager sig et erstatningsansvar over for en patient, der lider et tab på grund af lægens fejl.

Spørgsmålet om et særligt juridisk ansvar i forbindelse med e-mail konsultation er relevant, især som følge af:

- Risikoen for at lægen på grund af fravær eller tekniske problemer ikke ser patientens henvendelse og derfor ikke får svaret på en hastende henvendelse. Et ansvar kan imødegås ved, at patienten via lægens hjemmeside er gjort bekendt med, at hastende henvendelser ikke kan foretages via e-mail.
- Risikoen for at lægen ikke får besvaret patientens e-mail på grund af manglende tid. Lægen skal sædvanligvis afgive svar inden for maksimalt 5 hverdage.
- Risikoen for at lægen ikke foretager en korrekt vurdering. Hvis lægen vurderer, at henvendelsen kan besvares pr. e-mail, er lægen undergivet lægelovens sædvanlige krav. Det følger af Patientklagenævnets praksis, at en læge har lov at skønne forkert, men at skønnet skal være foretaget på et relevant grundlag. Det kan i en konkret situation betyde, at Patientklagenævnet finder, at lægen ikke har stillet relevante supplerende spørgsmål til patienten, inden patientens henvendelse blev besvaret.
- Risikoen for at et vigtigt svar ikke kommer frem til patienten. Vigtige/alvorlige svar bør ikke gives pr. e-mail, men der bør sendes en mail om, at patienten skal henvende sig til lægen. Hvis patienten ikke henvender sig, har lægen pligt til at kontakte patienten på anden måde.

Lægens hjemmeside

E-mail henvendelse til lægen skal ske via lægens web-side. Herved sikres en struktureret henvendelsesform, f.eks. sådan at patienten anmodes om at udfylde en elektronisk formular med standardiserede oplysninger (navn, cpr-nr. og eventuelt andre oplysninger). Web-siden bør være i et format, så henvendelsen går direkte ind i lægesystemet og lagres i lægens elektroniske journal. Det skal være muligt for patienten at afbestille en allerede fremsendt anmodning om e-mail konsultati-

on.

Nødvendig patientinformation

Hjemmesiden skal indeholde den nødvendige information til patienten om, hvilke henvendelser der egner sig til e-mail konsultation, og om svarfrister og ansvar jf. ovenfor.

E-mailkonsultation, ydelse 0105

Der er mulighed for e-mail konsultationer, når der er tale om enkle, konkrete forespørgsler af ikke-hastende karakter, som ikke kræver supplerende spørgsmål fra lægens side, jf. nedenfor.

Lægen skal dog være meget opmærksom på, at e-mail konsultationen adskiller sig fra en telefonkonsultation derved, at det ikke er muligt for lægen at føre en direkte dialog med patienten og derved skabe sig et nuanceret billede af problemstillingen. Et væsentligt problem er, at patienten ikke – som ved personlig kontakt – umiddelbart kan få afklaret de supplerende spørgsmål, som lægens svar afføder. Endvidere er det sværere for lægen at nuancere sit svar.

En e-mail konsultation bør kunne gennemføres ved ét kort spørgsmål fra patienten og ét kort svar fra lægen.

Forudsætningerne for anvendelse af e-mail konsultation er:

- at lægen leverer en ydelse af samme faglige kvalitet som ved ydelser, der leveres pr. telefon eller i konsultationen, og
- at kommunikationen via e-mail ikke medfører et urimeligt stort tidsforbrug for lægen set i forhold til den tid, der anvendes til kommunikation, som foregår pr. telefon eller i konsultationen.

Såfremt blot en af disse forudsætninger ikke er opfyldt, bør patientens henvendelse ikke besvares pr. e-mail.

Med hensyn til hvilke ydelser, der på relevant måde kan udføres via e-mail, kan foretages følgende negative afgrænsning:

- Medicinske problemstillinger, som kræver en fysisk undersøgelse, kan selvsagt ikke udredes via e-mail.
Akutte problemstillinger, som kræver hurtig lægelig vurdering, er ikke egnede, allerede fordi der ikke er sikkerhed for, hvornår lægen ser henvendelsen.
Tilstande af blot en smule kompleksitet er ikke egnede. Det er vanskeligt for lægen at foretage en korrekt vurdering alene på grundlag af en skriftlig beskrivelse. Desuden vil det ofte være nødvendigt for lægen at stille uddybende spørgsmål til patienten.

E-mail konsultation omfatter også svar på laboratorieundersøgelser, der sendes efter aftale med patienten.

Der honoreres ikke for:

- lægens svar på patientens eventuelle supplerende spørgsmål,

- lægens afvisning af patientens anmodning om e-mailkonsultation,
- tidsbestilling, eller
- receptfornyelse, der ikke kræver en fornyet lægelig vurdering.

Tilgængelighed

Det er vigtigt via information på lægens hjemmeside at justere patienternes forventninger om, hvad e-mail tilbudet er.

Svartiden kan sædvanligvis være maksimalt 5 hverdage. Lægen informerer om forventet svartid.

Såfremt en patient ikke kan forvente lægens svar, f.eks. på grund af lægens ferie og lignende fravær, skal systemet oplyse patienten herom i forbindelse med anmodningen.

Der skal være mulighed for at blokere for e-mail henvendelser, eller alternativt viderestilling af e-mail henvendelser til en kollega.

Det anbefales, at lægen sætter en begrænsning for størrelsen af e-mail henvendelsen (antal ord). Det anbefales endvidere, at lægen tager stilling til, om det skal være muligt at vedhæfte tekst eller billeder

KOMMUNIKATION MELLEM LÆGE OG KOMMUNENS PLEJEPERSONALE

Lægen kan vælge at kommunikere elektronisk med kommunens plejepersonale (hjemmepleje/plejehjem mv.), der handler på patientens vegne. E-mail kommunikation med hjemmepleje og plejehjem skal foregå efter MedCom-standards og kan tages i anvendelse i takt med, at de enkelte kommuners omsorgssystemer understøtter MedComs meddelelsesstandards.

E-mail konsultation omfatter, som ovenfor beskrevet, enkelt, konkrete forespørgsler af ikke-hastende karakter, som ikke kræver supplerende spørgsmål fra lægens side. E-mail konsultation omfatter også elektronisk meddelelse til hjemmeplejen/plejehjemmet med svar på laboratorieprøver eller undersøgelser samt eventuelt behandlingsplan. Endvidere omfattes situationer, hvor hjemmeplejen/plejehjemmet sender elektronisk meddelelse med observationer vedrørende patienten, og lægen svarer med behandlingsplan.

Der honoreres ikke for lægens svar på hjemmeplejens/plejehjemmets eventuelle supplerende spørgsmål eller for lægens afvisning af hjemmeplejens/plejehjemmets anmodning om e-mail konsultation. Der honoreres heller ikke for tidsbestilling eller for receptfornyelse, der ikke kræver en fornyet lægelig vurdering. Der honoreres ej heller for lægens modtagelse af meddelelser fra hjemmeplejen/plejehjemmet af rent orienterende karakter, som ikke kræver handling eller svar fra lægen.

KOMMUNIKATION MELLEM LÆGE OG KOMMUNENS ADMINISTRATIVE PERSONALE

Der er endnu ikke indgået aftale om honorering af e-mail kommunikation mellem lægen og kommunens administrative personale.

Samtaleterapi, ydelse 6101

En forudsætning for at benytte ydelsen er, at amtet ikke har opsagt adgangen til at benytte ydelsen eller har indgået en anden aftale om samtaleterapi med lægerne i henhold til § 2 eller i henhold til tillægsoverenskomst af 16-04-1999.

Der kan højst ydes 7 samtaleterapikonsultationer pr. sikret pr. år. For at benytte ydelsen, skal denne på forhånd være aftalt mellem læge og patient.

Ydelsen skal indeholde egentlig samtaleterapi med anvendelse af relevante samtaleteknikker. Enkeltstående ydelser til en patient vil derfor være undtagelsen. Det er en forudsætning, at lægen deltager i supervisionsmøder enten internt, mellem alment praktiserende læger eller eksternt med psykolog eller psykiater. Kravet til omfanget af deltagelse i supervisionsmøder er bestemt af de kompetencer om samtaleterapi og de herved tilknyttede samtaleteknikker, som lægen erhverver sig og vedligeholdelsen af disse.

I forbindelse med samtaleterapi under et depressivt forløb, kan ydelse 6101 suppleres med ydelserne 0106 aftalt forebyggelseskonsultation og 2304.

Anvendelse af klinikpersonale

Ved konsultation, telefonkonsultation, e-mail konsultation, aftalt forebyggelseskonsultation og sygebesøg efter landsoverenskomsten, kan klinikpersonale selvstændigt udføre visse undersøgelser og behandlinger, herunder give råd og vejledning, uden at opgaverne skal forudgås eller efterfølges af en direkte lægelig kontakt.

(Arbejdsfordelingen mellem læge og klinikpersonale ved ydelser i henhold til pro-fylakseaftalen er uændret).

En konsultation ved klinikpersonale skal patienten opleve som led i et sammenhængende forløb med høj faglig kvalitet. Patienten skal opleve god service og praksisdriften skal rationaliseres.

Øget brug af klinikpersonale kan f.eks. bestå i, at klinikpersonalet på foranledning af lægen kan udføre en række undersøgelser og behandlinger, eksempelvis blodtryksmåling, sårbehandling/sårskifte, vortebehandling og diabetesrådgivning, som ikke i den konkrete situation nødvendiggør lægens aktuelle medvirken.

Receptfornyelse er ikke et selvstændigt kompetenceområde for klinikpersonale. Det anbefales, at den enkelte praksis udarbejder en skriftlig instruks vedrørende procedurer for receptfornyelse.

Det er en forudsætning, at de foretagne undersøgelser og behandlinger ligger inden for landsoverenskomstens ydelser. Klinikpersonalet kan levere ydelser både i konsultationslokalet og på sygebesøg.

Det er ligeledes en forudsætning, at de undersøgelser og behandlinger, som udføres af klinikpersonale, foregår på lægens ansvar, og at det er lægen, der ordinerer indsatsen i forhold til den enkelte patient. Dog kan der være enkelte situationer, hvor den indledende behandling er iværksat af andre læger, og hvor det ligger in-

den for lægens generelle bemyndigelse af klinikpersonalet at foretage indsatsen. Dette kan eksempelvis være suturfjernelse, hvor patienten af sygehuset henvises til at få fjernet sutur i almen praksis.

Hvis en efterfølgende behandling/undersøgelse udføres af klinikpersonalet i en konsultation, kan dette medføre et honorar for både konsultation og en eventuel tillægsydelse og/eller laboratorieydelse. Eksempelvis vil klinikpersonalets selvstændige udførelse af sårbehandling eller blodtryksmåling medføre en konsultation, mens klinikpersonalets selvstændige blodprøvetagning vil medføre både en konsultation og en tillægsydelse.

Der forudsættes ingen ændringer af honoreringen i de tilfælde, hvor lægen udfører en konsultation og klinikpersonalet i tilknytning hertil udfører en tillægsydelse og/eller laboratorieundersøgelse. Dette medfører som hidtil én konsultation samt en tillægsydelse og/eller laboratorieundersøgelse.

Det er lægens ansvar, at det pågældende klinikpersonale har den fornødne fagkundskab til at udføre ydelserne og herunder har modtaget den fornødne undervisning.

Medicinordination

Medicinordination ved receptfornyelse

Ved receptfornyelse forstås en uændret genudstedelse af en recept, uden at det har været nødvendigt med en konsultation eller telefonkonsultation. Receptfornyelsen omfatter lægens eller dennes klinikpersonales kontrol i journalen for at sikre, at der er tale om en genudstedelse, og at tidspunktet stemmer med tiden for tidligere ordination.

Udstedelse af recept kan ske telefonisk, ved telefax, ved edb-overførsel eller nedskrevet til udlevering til patienten eller dennes hjælper.

Receptfornyelser honoreres ikke.

Anden medicinordination

Hvis ordination af medicin indebærer, at der skal udøves et (fornyet) lægeligt skøn, er der ikke tale om en receptfornyelse, men om en konsultation eller telefonkonsultation.

Dette gælder også i forbindelse med genudstedelse af recept på medicin, der tidligere er ordineret til den pågældende patient, hvis lægen i forbindelse med genudstedelsen foretager en kontrol af patientens helbredstilstand eller en vurdering af behovet for overgang til andre præparater.

Ligeledes er der tale om en konsultation, telefonkonsultation eller e-mail konsultation, enten over lægens webside eller via medicin modulet med hjemmeplejen, i forbindelse med hver udstedelse af recept på afhængighedsskabende lægemidler, der kun kan udleveres én gang på hver recept, og hvor fornyet udstedelse af recept kræver en fornyet lægelig vurdering (ikke-reitererbare recepter).

Tillægsydelser i henhold til Landsoverenskomstens § 70

Mange af tillægsydelserne kan ikke defineres skarpt eller entydigt. Anvendelsen må her hvile på et rimeligt skøn inden for de givne rammer ved at sammenholde honorarets størrelse med omfanget af den givne behandling.

Tillægsydelser anvendes, hvor diagnostiske eller behandlingsmæssige procedurer er så krævende med hensyn til kompetence, tid og andre ressourcer, at disse af overenskomstens parter anses for at ligge ud over indholdet i en konsultation, en aftalt forebyggelseskonsultation eller et sygebesøg, og hvor overenskomstens parter ønsker at tilskynde til, at den givne ydelse leveres i almen praksis.

Tillægsydelser er således knyttet til konsultationer, sygebesøg, og i begrænset omfang til aftalt forebyggelseskonsultation. En tillægsydelse kan derfor ikke gives, uden den er knyttet til en af disse ydelser.

Ved samme konsultation, aftalt forebyggelseskonsultation eller sygebesøg, kan der gives flere tillægsydelser, hvis dette er relevant i forhold til den givne diagnostik og behandling.

Tillægsydelser kan anvendes i såvel dagtid som i vagttid.

2101. Blodtagning fra blodåre

Ydelse 2101 afregnes ved blodprøvetagning, når prøven uden anden behandling sendes til Statens Serum Institut eller godkendt laboratorium.

Sendes blodprøven til flere forskellige steder, afregnes med én ydelse pr. forsendelsessted. Tillægsydelsen er uafhængig af antallet af rekvirerede analyser. Sendes prøverne i flere glas (f.eks. fuldblod og serum), men til samme forsendelsessted kan der kun beregnes én tillægsprøve 2101.

Hvis der i amtet er indgået en aftale i henhold til "Rammeaftale om iværksættelse af tillægsydelser efter beslutning i amterne," kan tillægsydelsen 2601 anvendes i stedet for 2101, såfremt blodprøvetagningen inkluderer præparation og centrifugering pr. forsendelse. Ydelserne 2101 og 2601 kan, under forudsætning af at blodprøven er omfattet af en rammeaftale, forekomme samtidig, når forsendelsen sker til to forskellige steder.

Anvisninger fra det pågældende forsendelsessted følges.

2102. Udtagning af prøve fra livmodermund og –hals til cytologisk undersøgelse inklusiv forsendelse

Ydelsen kan kun anvendes i forbindelse med screening for livmoderhalskræft og efter de retningslinier, der er aftalt i amtet og tiltrådt af samarbejdsudvalget.

Kan anvendes på kvinder, der har fået fjernet hele livmoderen inklusiv portio, hvis disse i øvrigt opfylder de gældende retningslinier for screening.

Ydelsen bør almindeligvis ikke anvendes hyppigere end de anbefalede intervaller. Rekommandationerne kan variere fra amt til amt.

Smear er uegnet ved gynækologiske symptomer (f.eks. inflammatoriske tilstande og maligne forandringer). Ved mistanke om maligne forandringer, skal der foretages kolposkopi.

Prøven skal være taget fra både ektocervix (spatel/vatpind) og endocervix (cyto-børste), eller der kan anvendes en kombinationsteknik f.eks. combibørste.

Prøven skal være velfikseret.

Der skal være en entydig identifikation af prøvemateriale og rekvisition.

2104. Blærekateterisation

Ved blærekateterisation afregnes med ydelse 2104, uanset om kateterisationen foregår på en mand eller en kvinde.

Udgiften til kateter indgår ikke i ydelsen (afregnes særskilt med amt/kommune).

Ydelsen kan anvendes både i diagnostisk og i terapeutisk øjemed.

Fjernelse af eksisterende kateter med indlæggelse af et nyt kateter giver ret til ydelsen.

Ved blærekateterisation skal aseptiske forholdsregler følges nøje:

Grundig afvaskning

Sterilt kateter

Sterile handsker

Eventuel anvendelse af lokalbedøvende salve

2105. Fjernelse af fremmedlegeme fra øje, øregang, næse og svælg

Ved fremmedlegemer forstås udefra kommende genstande, hvis tilstedeværelse skyldes en accidentel hændelse eller er selvpåført i øjne, svælg, næse, ører.

Ydelsen kan kun afregnes én gang, uanset om der i samme konsultation fjernes et eller flere fremmedlegemer.

Sugning for bihulebetændelse er ikke omfattet af ydelsen.

2107. Fjernelse af fremmedlegeme under hud eller negl

Ved fremmedlegemer forstås udefra kommende genstande, hvis tilstedeværelse skyldes en accidentel hændelse eller er selvpåført under hud eller negle.

Ydelsen kan kun afregnes én gang, uanset om der i samme konsultation fjernes et eller flere fremmedlegemer, hvis det er i samme region.

Der kan ske flere afregninger, såfremt der fjernes fremmedlegemer i forskellige regioner.

Ydelsen gælder ikke suturfjernelse eller fjernelse af spiral.

2108. Næsetamponade, standsning af blødning efter tandudtræk

Ydelse 2108 afregnes ved næsetamponade, uanset om der benyttes forreste eller bageste tamponade.

Der gives kun én ydelse, uanset om der lægges tamponade i begge næsebor.

Ved behandlinger, hvor det ikke lykkes at stoppe blødningen, er lægen berettiget til honorar ved dette, ligesom ved senere forsøg.

2109. Anlæggelse af immobiliserende bandager

Immobiliserende bandager omfatter bandagering over mindst ét led ved anvendelse af gips, skinner, elastikbind eller tensoplast.

Anlæggelse af tubigrip eller sportstape, der ikke er led i en behandling, berettiger ikke til afregning med ydelse 2109.

Første behandling af skinnebenssår med bandagering kan berettige til såvel afregning med ydelse 2112 (første behandling af større sår) og med ydelse 2109.

Efterfølgende behandlinger for f.eks. skinnebenssår afregnes kun med ydelse 2109.

2111. Første behandling af mindre knoglebrud og reposition af skred i mindre led

Ydelsen kan ikke anvendes ved efterfølgende behandlinger af samme knoglebrud.

Omfatter knoglebrud, der ikke er omfattet af ydelsen 2122 (skinneben, lår, over- eller underarm).

Kan f.eks. omfatte reposition og fikse af bruddet eventuelt med henblik på transport til videre behandling på sygehus.

Ved leddskred forstås luksation og sublüksation, dvs. hvor ledender har bevæget sig ud af sit naturlige leje med heraf følgende ophørt eller nedsat bevægelighed i leddet.

Ved mindre leddskred forstås sådanne, der ikke er omfattet af ydelsen 2123 (fod, knæ, hofte, albue eller skulder).

Ydelsen kan anvendes, når leddets funktion (mobilitet) er genetableret.

Behandling af mindre leddskred i ryggen, sublüksation, med manipulation kan være omfattet, men det forudsætter, at resultatet sandsynliggør, at der var tale om et leddskred. Manipulationsbehandling er ikke i sig selv omfattet.

2112. Første behandling af større sår

Der er ikke nogen skarp definition på, hvad et ”større sår” er. Det er dog en ydelse, der er så omfattende, at den ikke kan forventes givet inden for en almindelig konsultations rammer.

Herved forstås oprensning af såret, fjernelse/afklipning af nekrotisk væv for at sikre vitale sårrende og suturering eller anden adaptering af sårrende (f.eks. histoacryl).

Efterfølgende sårrevision er ikke omfattet af denne ydelse, men honoreres med konsultationshonorar.

2113. Biopsi med efterfølgende mikroskopisk undersøgelse hos patolog inklu-

siv forsendelse

Vævsprøve udtaget af hud eller underliggende væv eller andre organer, der sendes til diagnostisk undersøgelse. Tages der flere biopsier fra forskellige regioner, eller flere biopsier fra samme proces, kan ydelsen afregnes flere gange.

Ydelsen kræver forsendelse. Hvis biopsien analyseres i eget laboratorium, er den ikke omfattet af ydelsen.

2115. Fjernelse af negl

Neglen skal være fikseret i sit leje, således at det kræver et kirurgisk indgreb under lokalbedøvelse at fjerne neglen.

Der gives en tillægssydelse for hver negl, der fjernes.

Såfremt der yderligere gøres rekonstruktivt indgreb ved nedgroet negl (f.eks. fjernelse af neglevold), skal ydelsen 2121 anvendes i stedet.

2116. Paracentese af trommehinde

Paracentese (åbning af trommehinden ved snit) anvendes som led i behandling af mellemørebetændelse (serøs eller purulent otit) enten i kurativt øjemed eller som smertelindring.

Ydelsen kan honoreres to gange, såfremt der foretages paracentese på begge trommehinder.

Bør altid efterfølges af senere af hørekontrol (audiometri).

2117. Fjernelse af subcutane eller dybere liggende svulster inklusiv eventuel forsendelse

Hudtumorer er omfattet, såfremt man ønsker at fjerne tumor i sundt væv til siderne og i dybden.

Hvis materialet sendes til patolog, er forsendelse omfattet af ydelsen.

Der kan forekomme flere ydelser, såfremt der sker fjernelse i flere separate områder.

Forsendelse er ikke nødvendig for, at ydelsen kan benyttes (f.eks. ved atheromer og lipomer).

Fjernelse af en vorte kan kun udløse 2117, såfremt dette er foregået ved total fjernelse/afskæring og dybdebehandling af større vorte med skarpske eller skalpel efter forudgående lokalanæstesi. Overfladebehandling af vorter med frysning, pensling eller lignende honoreres ikke.

2118. Operation for dybereliggende betændelse

Der skal være tale om et (mindre) kirurgisk indgreb, der omfatter betændelse i subcutane eller dybereliggende væv og med udtømmning eller åbning til absces (byld) eller betændelsesvæv.

Skylning af en kavitet, herunder skylning af kæbehule, er ikke omfattet af en til-

lægsydelse.

2119. Tapning af væskeansamling fra større led

Ved større led forstås leddene fra håndled til skulderled og fra fodled til hoftaled.

Ved tapning forstås, at al eller så meget af væskeansamlingen som mulig fjernes.

Ydelsen kan kun anvendes i terapeutisk øjemed.

Hvor der også ønskes en analyse af ledvæsken på laboratorium eller ved patolog, er forsendelse inkluderet i ydelsen.

Ydelsen kan ikke anvendes hvor der udelukkende er tale om injektion i leddet (indsprøjtning).

2120. Venesection tilrådet af hospital eller speciallæge samt ved livstruende tilstande

Ydelsen kan kun anvendes i terapeutisk øjemed som led i en behandling igangsat af hospitalsafdeling eller speciallæge eller ved livstruende tilstande, der kræver øjeblikkelig venesection (åreladning).

Tapning af blod med henblik på forsendelse og analyse er således ikke omfattet.

2121. Andre betydelige operationer

Herved forstås operative indgreb, der ikke er omfattet af andre tillægsydelser, og som kræver en procedure (f.eks. bedøvelse, afdækning, assistance af personale) og har et sådant omfang, at ydelsen ikke kan leveres inden for rammerne af en normal konsultation.

Eksempelvis er vabratio omfattet af ydelsen. Finnålsbiopsi er ikke omfattet af denne ydelse (2113 kan i stedet benyttes her).

2122. Første behandling af brud af skinneben, lår, over- eller underarm

Ydelsen kan ikke anvendes ved efterfølgende behandlinger af samme knoglebrud eller ledeskred.

Mindre knoglebrud, dvs. eksklusiv skinneben, lår, over- eller underarm, er ikke omfattet af ydelsen. I stedet kan anvendes ydelsen 2111.

Første behandling kan f.eks. omfatte reposition og fiksering af bruddet eventuelt med henblik på transport til videre behandling på sygehus.

2123. Reposition af store ledeskred, nemlig fod, knæ, hofte, albue eller skulder

Reposition anvendes, hvor der foreligger luksation eller subluksation, dvs. hvor ledender har bevæget sig ud af sit naturlige leje med heraf følgende ophørt eller nedsat bevægelighed i leddet.

Ydelsen kan anvendes, når leddets funktion (mobilitet) er genetableret.

Kan ikke anvendes ved mindre ledeskred end de her anførte. I stedet kan eventuelt

anvendes ydelse 2111.

2124. Behandling af store udbredte læsioner eller forbrændinger

Herved forstås, at læsionerne eller forbrændingerne har et sådant omfang, at ydelsen ikke kan gennemføres indenfor en normal konsultations rammer.

Efterfølgende forbindsskift er ikke omfattet af ydelsen.

Der kan være flere ydelser, hvis læsionerne eller forbrændingerne omfatter flere større regioner (hoved/hals, arme, ben, abdomen, bryst, ryg).

2125. Oplivningsforsøg, herunder iltbehandling ved livstruende tilstande

Herved forstås aktiv genoplivning (hjertestop eller respirationsstop) såsom hjertermassage, el-stød eller inflation af ilt (f.eks. mund-til-næse eller anvendelse af Rubens pose).

Ved samtidig eller efterfølgende patientledsagelse i ambulance anvendes desuden ydelsesnummer 2201 (dagtid) eller 2502 (vagttid).

2131. Ligsyn med udstedelse af dødsattest (side 1 og side 2)

Ydelsen kan kun anvendes ved udfyldelse af godkendt formular (Sundhedsstyrelsen).

Ligsyn uden attest er ikke omfattet.

Der ydes tillige normalt honorar for sygebesøg.

2134. Ligsyn kun med udfyldelse af dødsattestens side 1

Ydelsen kan kun anvendes ved udfyldelse af godkendt formular (Sundhedsstyrelsen).

Ligsyn uden attest er ikke omfattet.

Der ydes tillige normalt honorar for sygebesøg.

2135. Udfyldelse af dødsattestens side 2 inklusiv forsendelse

Ydelsen kan kun anvendes ved udfyldelse af godkendt formular (Sundhedsstyrelsen).

Der ydes tillige normalt honorar for konsultation.

2136. Anoscopi

Der anvendes et anoskop samt lyskilde.

Ydelsen kan ikke anvendes sammen med ydelse 2110 (rektoscopi).

Anoscopi bør foretages hos alle patienter med frisk rød blødning for at afklare eventuel blødningsårsag i analkanalen.

2137. Udtagelse og forsendelse af pacemaker

Afdøde, der har implanteret pacemaker, skal have denne fjernet inden begravelsen/ligbrændingen.

Ydelsen omfatter fjernelse af pacemaker på afdød og inkluderer forsendelse af pacemaker til den hospitalsafdeling, der har indlagt den, med oplysning om fra hvem, den er fjernet.

2133. Forsendelse af biologisk materiale ekskl. blodprøver

Denne ydelse anvendes, når materialet indsendes til mikrobiologisk laboratorium, herunder når der indsendes urin til undersøgelse for mikroalbuminuri og podning. Sidstnævnte indsendelse sker på mistanke om nyresygdom og ved årlig screening hos patienter med diabetes.

Ydelsen kan således ikke anvendes, hvor den videre diagnosticering foregår i eget laboratorium.

Der afregnes én ydelse pr. prøve, der indsendes. Indsendes således flere prøver, afregnes der pr. prøve.

2138. Instruktion og udlevering af væske- og vandladningsskema

Anvendelsen af ydelsen forudsætter, at lægen udleverer væske- og vandladningsskema og instruerer patienten i udfyldelsen heraf i overensstemmelse med de retningslinier, der er angivet i DSAM's kliniske vejledning om "Udredning og behandling af urininkontinens i almen praksis."

Vejledning og væske- og vandladningsskema kan hentes på www.dsam.dk eller rekvireres hos Tidsskrift for Praktisk Lægegerning, telefon 3526 6785.

Ydelsen kan endvidere anvendes ved udredning og behandling af LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms) efter de retningslinier, der er angivet i "LUTS - Lower Urinary Tract Symptoms – nedre vandladningsproblemer hos mænd. En vejledning. Fyns Amt 2001."

Denne vejledning kan, ligesom DSAM's kliniske vejledning, læses på og downloades fra DSAM's hjemmeside.

2141. Fortsat kontrol af benyttelse af svangerskabsforebyggende teknik

Anvendes ved kontrol af en igangværende svangerskabsforebyggende teknik.

Såfremt der skiftes til anden teknik skal ydelse 2142 anvendes.

Inkluderer f.eks. samtale samt eventuel gynækologisk undersøgelse, måling af BT.

Hvor patienten ikke er tilmeldt lægen og i amter, hvor der ikke foreligger et alternativt vejledningstilbud til familielægens tilbud, skal ydelse 8293 anvendes i stedet for ydelserne 0101 og 2141.

2142. Vejledning i svangerskabsforebyggende metoder ved første henvendelse fra den sikrede eller ved overgang til anden svangerskabsforebyggende teknik

Omfatter en rådgivning, der inkluderer oplysning om fordele, ulemper og bivirkninger ved de(n) mulige teknik(ker) samt eventuel gynækologisk undersøgelse og måling af BT.

Skift fra et hormonpræparat til et andet indenfor samme præparatgruppe er ikke omfattet af denne ydelse. Man skal i stedet anvende 2141.

Ved indlæggelse af spiral anvendes ydelse 2144.

Hvor det er indiceret, kan ydelse for f.eks. podning, mikroskopi eller urinundersøgelse tillige anvendes.

Hvor patienten ikke er tilmeldt lægen og i amter, hvor der ikke foreligger et alternativt vejledningstilbud til familielægens tilbud, skal ydelse 8291 anvendes i stedet for ydelserne 0101 og 2142.

2143. Vejledning og undersøgelse i forbindelse med anmodning om svangerskabsafbrydelse og/eller sterilisation

Omfatter en rådgivning/vejledning, der inkluderer oplysning om fordele, ulemper og bivirkninger ved indgrebet for både mænd og kvinder samt de muligheder, der foreligger ved gennemførelse af svangerskabet og for støtte efter barnets fødsel. Desuden omfatter det en undersøgelse.

Afsluttes konsultationen med et ønske om abort, skal kvinden underskrive en erklæring om, at hun har fået ovenstående vejledning og rådgivning. Erklæringen skal indsendes til den afdeling, der skal foretage indgrebet.

Honorering for laboratorieundersøgelser honoreres særskilt.

2144. Vejledning i benyttelse af svangerskabsforebyggende metoder ved indlæggelse af spiral

Omfatter såvel vejledningen (fordele, ulemper, bivirkninger), som selve indlæggelsen af spiral.

Klamydia-podning bør foretages og afregnes særskilt.

Udgiften til spiralen er ikke omfattet af ydelsen. Den afholdes af patienten.

Hvor patienten ikke er tilmeldt lægen og i amter, hvor der ikke foreligger et alternativt vejledningstilbud til familielægens tilbud, skal ydelse 8292 anvendes i stedet for ydelserne 0101 og 2144.

2146. Udlån af og instruktion i anvendelse af apparatur til hjemmeblodtryksmåling

Indikationer for anvendelse af ydelsen er:

Patienter, hvor der foreligger mistanke om hypertension ved to eller flere forhøjede konsultationsblodtryk (BT større end 140/90).

Behandlingsresistent hypertension.

Behandlingskontrol ved meget svingende konsultationsblodtryk.

Der er ingen alders- eller kønsbestemte grænser.

Ydelsen er en tillægsydelse, der anvendes i forbindelse med den konsultation, hvor instruktion gives og apparaturet udlånes.

Patienten skal gennemføre mindst 3 målinger daglig i 3-4 dage.

Det udlånte apparatur til hjemmeblodtryksmåling til patienten skal være et kalibreret apparatur med hukommelse og/eller printer ledsaget af instruktion i anvendelsen.

Det anvendte apparatur skal være testet og godkendt i henhold til de kriterier, der er opstillet af The American Association for The Advancement of Medical Instrumentation eller The British Hypertension Society.

Bemærkninger:

Hjemmeblodtryksmåling erstatter ikke blodtryksmåling i konsultationen, men hjemmeblodtryksmåling er en metode, der højner kvaliteten af såvel diagnostik som kontrol af sygdommen forhøjet blodtryk. Endvidere kan man med metoden diagnosticere såkaldt "white-coat hypertension"; en tilstand, hvor blodtrykket måles falsk forhøjet i lægens konsultation, men sygdommen hypertension ikke foreligger. For at udføre undersøgelsen kvalitetsmæssigt relevant er der visse forhold, der bør iagttages.

Der bør kun anvendes godkendt apparatur jf. ovenfor.

Der bør udføres årlig kalibrering af apparaturet.

Der bør foretages tre simultanmålinger af blodtrykket med hjemmeblodtryksapparatet og lægens sædvanlige blodtryksapparat. Forskellen i disse målinger bør ikke overstige 9 mm hg. I så fald bør apparatet kontrolleres med hensyn til funktionsduelighed, manchetplacering osv. Kan differencen ikke elimineres, bør hjemmeblodtryksmåling ikke gennemføres.

De sædvanlige retningslinier for manchetstørrelse, valg af arm, forudgående hvile osv. bør følges.

Under forudsætning af at ovennævnte retningslinjer overholdes, må metoden formodes dels at afsløre et ikke ubetydeligt antal patienter med "white-coat hypertension" og dermed medføre en besparelse til ofte livslang medicinsk behandling, dels at flere patienter får beskrevet en bredere blodtryksprofil, som giver mulighed for en optimering af deres behandling.

For yderligere information henvises til "Vejledende retningslinier for hjemmeblodtryksmåling. Dansk Hypertensionsselskab 1999."

2149

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

Tillægsydelsen skal anvendes til diagnosticering og monitorering af demens og depression.

Anvendelse af psykometrisk test på andre sygdomsgrupper vil forudsætte anbefaling fra almenmedicinske faglige miljøer.

Indtil nye anbefalinger er fremkommet fra de almenmedicinske faglige miljøer,

vil MMSE test vedrørende demens og ICD10 og Hamilton kunne anvendes. Desuden vil "geriatric depression scale" og "urskivetest" kunne anvendes. Når der foreligger en ny anbefaling fra de almenmedicinske faglige miljøer, vil denne umiddelbart kunne anvendes.

Tillægsydelsen kan anvendes sammen med konsultation (0101) og med Aftalt forebyggelseskonsultation (0106) samt med samtaleterapi (6101).

Såfremt der udføres flere tests, kan tillægsydelsen honoreres 2 gange ved samme konsultation.

Tillægsydelsen kan udføres ved klinikpersonale.

2161. Tillæg til ydelse af lægehjælp (konsultation eller aftalt forebyggelseskonsultation), hvor der anvendes kvalificeret tolk

Ved kvalificeret tolk forstås en person, som amtet har godkendt, og som behersker såvel patientens modersmål som dansk på rimeligt niveau.

Udgifter til tolkebistand betales af amtskommunen.

Laboratorieundersøgelser i henhold til landsoverenskomstens § 75

Resultatvariation

For visse undersøgelser er der angivet en relativ usikkerhed (CV %) på resultatet. Denne usikkerhed eller variation inkluderer bidrag fra følgende kilder:

1. Intraindividuel dag til dag biologisk variation i den undersøgte egenskab hos et raskt menneske.
2. Teknisk usikkerhed (fra prøvetagning, prøvebehandling og analyse)

En angiven CV på 5 % angiver at den sande (steady state) værdi – med 66 % sandsynlighed - ligger i intervallet +/- 5 % rundt om det målte resultat.

KVALITETSKONTROL

Enhver analyse bør kun udføres hvis den overvåges af systematisk kvalitetssikring.

Alle undersøgelser kræver rutine og uddannelse samt deltagelse i regelmæssig kvalitetssikring.

7101. Urinundersøgelse ved stix.

Vejledning ikke udarbejdet.

7105. Dyrkning af biologisk materiale – Bakterier og andet

Dyrkning af urin:

FYSIOLOGISKE FORHOLD

Urinen er normalt steril. Ved urinvejsinfektion (UVI) findes bakterier og leucocyter i urinen.

INDIKATION

Mistanke om urinvejsinfektion. Screening af gravide for asymptomatisk bakteuri. Kontrol efter behandling af UVI. Rutinemæssig dyrkning af urin fra patienter med kronisk blærekateter er ikke indiceret.

BESLUTNINGSGRÆNSER

Ved urindyrkning vurderes mængden og arten af bakterier: $\geq 10^5$ bakterier pr. ml er signifikant. Hos kvinder med symptomer på ukompliceret cystitis (dysuri og pollakisuri) nedsættes signifikansgrænsen for E. coli og Staphylococcus saprophyticus til $\geq 10^3$ pr. ml. Ved vurdering af arten af vækst skelnes mellem renkultur og blandet kultur. Blandet kultur kan være udtryk for tilblanding fra urethra eller vagina.

PRØVETAGNING/MATERIALE

Friskladt midtstråleurin. Afvaskning anbefales ikke rutinemæssigt. Vigtigt er midtstråleprincippet for at undgå tilblanding af bakterier fra urethra og vagina.

7108. HæmoglobinFYSIOLOGISKE FORHOLD

Hæmoglobin (Hb) i erythrocytter er et molekyle som binder blodets indhold af ilt og således sikrer ilttransporten frem til vævene.

INDIKATIONER

Ydelsen benyttes ved mistanke om og kontrol af anæmi og polycytæmi.

Lave værdier (anæmi) kan skyldes blødning og hæmolytiske tilstande, samt defekt erythrocyt produktion for eksempel på grund af jernmangel, svær kronisk sygdom, defekt knoglemarv, folin- og cobalaminmangel, kronisk nyreinsufficiens med videre.

Høje værdier ses ved polycytæmi såvel patologisk (bl.a. polycytæmia vera) som fysiologisk (bjergboere, kronisk lungesygdom) og ved doping hos idrætsfolk.

BESLUTNINGSGRÆNSER

Referenceintervaller (kan variere afhængigt af laboratoriets analysemetode):

Analyseresultatets dag til dag variation er for veneprøve: 4 % og kapillærprøve 7 %

Børn: (nyfødte) 9,0-15,0 mmol/l; (1 måned – 1 år) 6,0-10,0 mmol/l; (1-7 år) 6,5–9,0 mmol/l;

Kvinder: 7,0-9,5 mmol/l

Mænd: 8,0-10,5 mmol/l

PRØVETAGNING/MATERIALE

Hæmoglobin kan bestemmes på både kapillært og venøst blod. Ved bestemmelse på kapillært blod bør anvendes finger og ikke øre som prøvetagnings sted, da der er bedst overensstemmelse mellem hæmoglobin målt på veneblod og på fingerkapillærblod.

7106. II Svamp

Vejledning ikke udarbejdet.

7107. III Andet

Vejledning ikke udarbejdet.

7109. Svælg – Streptokokantigen

FYSIOLOGISKE FORHOLD

Omkring en tredjedel af akutte tonsillitter forårsages af hæmolytiske streptokokker gruppe A. Nogle få procent er asymptomatiske bærere af disse bakterier i svælget.

INDIKATIONER

Akut tonsillitis

BESLUTNINGSGRÆNSER

Påvisning af streptokokantigen tyder på streptokokangina. Sensitivitet og specificitet afhænger af hvilket fabrikat af streptokokantigen, der anvendes. Der bør kun anvendes antigen tests, der er afprøvet og fundet egnede i almen praksis.

I tilfælde af svær klinisk tonsillitis og negativ antigen test, kan man overveje at sende svælgpodning til dyrkning i den lokale klinisk mikrobiologiske afdeling.

PRØVETAGNING/MATERIALE

Svælgpodning bør foregå under god belysning og med anvendelse af spatel. Der podes fra tonsillerne, og der sikres god kontakt til begge tonsiller med vatpinden, mhp. at få tilstrækkeligt materiale til undersøgelse.

7112. Audiometri

FYSIOLOGISKE FORHOLD

Lydpåvirkning sætter trommehinden i svingninger der via mellemøreknoglerne og høreorganet i det indre øre danner høreindtrykket i hjernen.

INDIKATIONER

Mistanke om hørenedsættelse hos børn og voksne. Hørenedsættelsen i taleområdet medfører ofte social isolation.

Ydelsen vil have sit hovedanvendelsesområde ved vurdering af indikation for høreapparat samt screeningsundersøgelse af børns hørelse. Kan sædvanligvis bedst

udføres fra 5 års alderen.

Udredning af tinnitus

BESLUTNINGSGRÆNSER

Høretab > 20 dB ved 2 eller flere frekvenser typisk ved 500-1000-2000-4000 Hz.

Kan dog ikke anføres entydigt, idet subjektive handicap og graden af kompensati-on samt hos børn sproglig udvikling har betydning.

UDFØRELSE

Patienten placeres med ryggen til undersøger og audiometer. Undersøger fremkal-der tone i hvert øre for sig ved at ændre frekvens og lydstyrke. Patienten markerer, når tonen høres. Svageste lyd som kan opfattes ved hver frekvens nedskrives i au-diogram.

Ydelsen omfatter undersøgelse af begge ører.

7113. Udvidet lungefunktionsundersøgelse ved spirometri og

7121. Dobbelt lungefunktionsundersøgelse for anstrengelsesprovokeret astma eller reversibilitetstest ved spirometri i samme konsultation

FYSIOLOGISKE FORHOLD

Ubesværet luftskifte og hermed uhindret luftstrømning i luftvejene er en forud-sætning for optimal iltning af blodet. Spirometri bestemmer (volumen/tid) på én enkelt udånding

fra maksimal inspiration til maksimal eksspiration. Vigtigste mål er FVC (Force-ret Vital Capacitet) samt FEV1 (Forceret Eksspiratorisk Volumen i 1. sekund af udåndingen).

INDIKATION

Spirometri:

Vurdering af lungefunktionen. Mistanke om astma bronkiale, KOL (kronisk ob-struktiv lungesygdom) og restriktiv lungesygdom.

Kvantificering af reversibilitetstest med bronkodilatator eller kortikosteroider.

Ydelsen kan ikke anvendes ved vaccinationer. Ydelsen kommer kun på tale ved diagnostik og kontrol.

Ved vaccinationer kan spirometret dog bruges til at måle det eksspiratoriske vo-lumen i første minut, som udtryk for lungefunktionen, men man kan i denne situa-tion kun honorere med ydelse 7183.

UDFØRELSE

Spirometri foretages ved en enkelt eksspiration fra maksimal inspiration til maksimal eksspiration.

Der foretages tre målinger, hvor de to bedste ikke må afvige mere end 5% fra hinanden. Bedste måling anvendes.

Anstrengelsestest:

Peakflow eller Spirometri før patienten udsættes for 6 min. hård fysisk anstrengelse (der forudsættes pulsstigning til mindst 160/min hos børn og til mindst 140/min hos voksne.)

Peakflow eller spirometri efter 1, 5 og 10 min.

Reversibilitetstest:

Spirometri foretages før og efter behandling med bronchodilatator eller korticosteroid

FORTOLKNING

KOL defineres ved FEV1/FVC ratio <70 %; Sværhedsgraden af KOL bedømmes ud fra FEV1-niveauet i forhold til det forventede:

Mild KOL: FEV1 50-80 % af forventet værdi

Moderat KOL: FEV1 30-49 % af forventet værdi

Svær KOL: FEV1 <30 % af forventet værdi.

Patienten har ikke KOL hvis FEV1 og FEV1/FVC normaliseres under behandling.

Ved astma ses respons (>400 ml) på bronkodilatator og/eller respons (>400ml) på behandling med peroral kortikosteroid (30 mg dgl. i 14 dage) eller højdosis inhalationssteroid i mindst 6 uger.

7114. Lysfeltnmikroskopi inklusiv fremstilling af præparat (9 enheder)

Omfatter mikroskopi af bakterier o. lign., mikroskopi af andet biologisk materiale og differential- og leukocyttælling.

Ydelsen kan kun anvendes, hvis farvning af præparatet er gennemført.

Lysfeltnmikroskopi af bakterier og erythrocytter i urin, negle/hudsvamp og gynækologisk wetsmear må anses for obsolet.

Hæmatologi:

Diagnosen mononukleose obs. pro: > 25 % af lymfocytterne er ”omdannet” til virecytter.

Prøvetagning/materiale:

Udstrygning, lufttørring og farvning af en blodprøve på objektglas

7115. Maskinel leukocyt- og differentialtælling

FYSIOLOGISKE FORHOLD

De dominerende leukocyttyper er: neutrocytter, lymfocytter og monocytter. De repræsenterer forskellige organsystemer med forskellig fordeling ved sygelige tilstande. Ændring i totaltallet afspejler ved bakteriel infektion især ændring i koncentrationen af neutrocytter.

INDIKATIONER

Ydelsen anvendes primært ved mistanke om akut, eller subakut infektion, hvor det ud fra symptomer og objektive fund anses for nødvendigt umiddelbart, dvs. indenfor 30 minutter, at kunne understøtte eller afkræfte en diagnose og samtidig tage stilling til, eventuel behandling med antibiotika, henvisning til røntgenundersøgelse eller sygehus.

FORTOLKNING

Leukocyttallet vurderes bedst i sammenhæng med differentialtælling. Såvel forhøjede som lave koncentrationer kan have sammenhæng med en række forskellige sygdomme.

Ved bakteriel infektion ses ofte neutrocytose, mens man ved viral infektion ser lymfocytose – ofte med store atypiske celler. Monocytose ses undertiden ved kronisk infektion, men også ved præmaligne tilstande.

PRØVETAGNING/MATERIALE

EDTA-Blod. Kapilliærblod kan anvendes.

**7116. Fasekontrastmikroskopi af biologisk materiale eksklusiv urin og
7122. Fastkontrastmikroskopi af urin**

(Bemærk ved 7116 at der er tilføjet ”eksklusiv urin”, hvilket ikke fremgår af den udsendte honorartabel af 1. april 2006)

GRUNDLÆGGENDE FORHOLD

Fasekontrastmikroskopi benyttes til friske, (fugtige) levende præparater.

INDIKATIONER

Fasekontrastmikroskopi benyttes til urinvejsinfektion, hæmaturi, spermaundersøgelse efter vaskotomi samt hud- og neglesvampdiagnostik. Desuden til wetsmeaundersøgelse af vaginal- og cervikalsekret. Yderligere til ledvæskeundersøgelse f. eks. med henblik på purulent arthritis og arthritis urica. Fasekontrastmikroskopi er velegnet ved mistanke om børneorm, ved fund af ormeæg og/eller selve ormen.

BESLUTNINGSGRÆNSER

Er angivet ved 400 gange forstørrelse.

Urologi

Urinundersøgelse på ucentrifugeret urin.

Bakteruri: ≥ 1 bakterie pr. synsfelt ($\geq 10^5$ bakterie pr. ml.)

Pyuri: ≥ 1 leukocyt pr. synsfelt

	Hæmaturi: ≥ 1 erythrocyt pr. 10 synsfelter
<i>Dermatologi</i> 30%	Diagnostik på hud- og/eller negleskrab efter præparering i KOH "fiksering". Fund af sporer og/eller athrosporer ("mycelier").
<i>Ledvæske</i>	Fund af uratkrystaller.
<i>Spermaundersøgelse</i> <i>efter vasektomi</i>	Fund af ≥ 1 spermatozo ved gennemsyn af 30 synsfelter svarer til "positivt resultat" Fund af 0 spermatozoer ved gennemsyn af 30 synsfelter svarer til "negativt resultat"
<i>Børneorm</i> synsfelter.	Fund af ormeæg og/eller børneorm ved gennemsyn af 30 synsfelter.

PRØVETAGNING/MATERIALE

<i>Urin</i>	Friskladt midtstråleurin.
<i>Dermatologi</i> minimum	Skrab fra hud/negle præpareres i 30% KOH, og afventer 1 time før mikroskopering, alternativt opvarmet over spritflamme og mikroskopi umiddelbart efter.
<i>Ledvæske</i>	1 dråbe frisk tappet ledvæske.
<i>Spermaundersøgelse</i>	1 dråbe sperma.
<i>Børneorm</i>	Analaftryk ved hjælp af gennemsigtig tape og træspartel.

7117. Tympanometri

FYSIOLOGISKE FORHOLD

Lufttryk er ens på begge sider af trommehinden og både øregang og mellemøre er luftfyldte.

Ved normal hørelse giver tympanometri, som er en elektroakustisk måling af impedansen (bevægelighed) i trommehinde, øreknogler, mellemøre og øregang en karakteristisk klokkeformet kurve.

INDIKATIONER

Tilstande, hvor det ønskes vurderet, hvorvidt der er væske eller luft i mellemøret. Stapediusrefleks med henblik på vurdering af tilstedeværende hørelse hos småbørn.

Ydelsen vil have sit hovedanvendelsesområde ved otitis media (akut eller sekreto-

risk) med væske i mellemøret, samt kontrol efter samme.
Ydelsen kan kun afregnes én gang per konsultation.

BESLUTNINGSGRÆNSER

Vurdering af tympanogram samt stapediusrefleks.

UDFØRELSE

Øregangen udrettes ved et let træk, og tympanometrets gummiprop placeres så den slutter tæt til øregangens væg. Herefter bestemmer apparatet automatisk trommehindens impedans ved forskellige tryk og frembringer et tympanogram. Ydelsen omfatter undersøgelse af begge ører.

7120. CRP (C-reaktivt protein)

FYSIOLOGISKE FORHOLD

CRP er en akut-fase-reaktant, som begynder at stige efter ca. 8 timer ved inflammatoriske processer og når sit maksimum efter ca. 48 timer. På tilsvarende vis normaliseres CRP hurtigt, når inflammationen ophører.

INDIKATIONER

Mistanke om akutte infektioner, specielt luftvejsinfektioner, salpingitis og pyelonefritis, samt inflammatoriske tilstande som rheumatoid arthritis, inflammatoriske tarmsygdomme og monitorering af en klinisk tilstand samt monitorering af en given antibiotisk behandling.

Ydelsen honoreres ved de med + markerede tentative diagnoser:

Sinuitis acuta	+	Relevant i kombination med SR
Pneumoni	+	
Inflammatoriske tarmsygdomme	+	
Otitis media acuta	+	
Bronchitis	+	
Tonsilia acuta	-	Ikke relevant, anbefaler Strep-
A-test		
Cancer	+	Kan være relevant med alle
kendte forbehold		
Gynækologiske infektioner	+	Relevant ved mistanke om sal-
pingitis		
Urinvejsinfektion	(+)	Ved mistanke om pyelonephri-
tis, ellers ikke		
Antibiotika Monitorering	+	Relevant
Løbende klinisk vurdering	+	Særdeles relevant, og bør benyt-
tes inden		
		antibiotisk behandling iværk-
sættes		

BESLUTNINGSGRÆNSER

Ved bakterielle infektioner stiger CRP ofte til over 40-50 mg/l.

Ved virale infektioner sjældent over 20-25 mg/l.

CRP bruges sikrest til at udelukke bakterielle infektioner, idet to værdier under 25 mg/l målt med mindst 24 timers interval taler imod en bakteriel infektion.

Dag til dag variationen på analysesvaret er ca. 23 %

CRP kan ikke anvendes som eneste variabel til at skelne mellem bakterielle og virale infektioner, men kan sammen med den kliniske undersøgelse øge den prædiktive værdi for en diagnose.

PRØVETAGNING/MATERIALE

Kan bestemmes både på kapillær blod og på veneblod.

7126. INR (Internationalt Normaliseret Ratio)

FYSIOLOGISKE FORHOLD

INDIKATIONER

Ydelsen benyttes til kontrol af antikoagulationsbehandling og således kun i terapeutisk øjemed.

BESLUTNINGSGRÆNSER

Terapeutisk interval er snævert (2,0 – 3,0 (3.5)) afhænger af tilgrundliggende lidelse.

Analyseresultatets dag til dag variation er ca. 11 %

PRØVETAGNING/MATERIALE

Kapillærblod og veneblod kan anvendes.

7136. Glucose

FYSIOLOGISKE FORHOLD

Glucose fordeler sig frit mellem vandfaserne i plasma og erythrocytter. Koncentrationen af vand er større i plasma end i celler. Derfor er koncentrationen af glukose ca. 11 % større i plasma end i blod. Ved faste er glukosekoncentrationen i kapillærblod ikke væsentligt forskellig fra koncentrationen i veneblod. Postprandialt stiger koncentrationen og er i kapillærblod uforudsigeligt højere end i veneblod.

INDIKATIONER

Mistanke om diabetes mellitus.

Kontrol af diabetes mellitus

Glucosebestemmelse i forbindelse med glucosebelastningstest

BESLUTNINGSGRÆNSER

Faste-veneplasmaglukose $\geq 7,0$ mmol/l eller postprandial veneplasmaglukose $\geq$

11,1 mmol/l tyder på diabetes mellitus.

Glukose målt på plasma eller kapillærblod, se DSAM's vejledning på www.DSAM.dk

PRØVETAGNING/MATERIALE

Cellerne i prøverøret forsætter med at forbruge glukose. Der skal derfor måles umiddelbart efter prøvetagning.

Når kapillært blod anvendes til diagnostik benyttes gennemsnittet af to blodprøver for at mindske måleusikkerheden, og ved glucosebelastning 2 gange dobbeltbestemmelse. Det vil sige maksimalt 4 glucosemålinger.

7152. Blod i fæces

3 undersøgelser for blod i fæces

FYSIOLOGISKE FORHOLD

Analysen skal kunne påvise øget blødning i mavetarmkanalen

INDIKATIONER

Negativ sigmoideoskopi hos patient over 40 år mistænkt for kolorektal cancer.

BESLUTNINGSGRÆNSER

Den samlede test anses positiv, hvis mindst én ud af de tre prøver er positiv.

PRØVETAGNING/MATERIALE

Fæcesprøver fra 3 dage anvendes. Der er særlige kost- og medicinregler mm. i opsamlingsperioden og 3 dage forud for at undgå uvedkommende blod, pseudoperoxidaser fra grøntsager og frugt samt peroxidasehæmmende stoffer (C-vitamin) mm. i afføringen.

De fleste tests måler hæmoglobins peroxidaseaktivitet.

7156. EKG (elektrokardiografi)

FYSIOLOGISKE FORHOLD

Under normale forhold dannes elektriske impulser i sinusknuden, disse transmitteres gennem ledningssystemet til hjertemuskulaturen som aktiveres og kontraherer sig. Derved opstår et elektrisk potentiale som veksler over tid. Dette kan opfanges af elektroder og udskrives som graf. Grafens udseende relaterer sig til en række sygdomme i hjertet.

INDIKATIONER

Vurdering af hjertesygdom, særligt hjerterytme sygdomme og iskæmiske hjertesygdomme.

BESLUTNINGSGRÆNSER

Genkendelse af karakteristiske elektrokardiografiske mønstre. Vurdering af en

given hjertetilstands behov for intervention.

UDFØRELSE

Standardafledningerne er bipolære ekstremitetsafledninger, der anbringes en elektrode på hver ekstremitet, højre ben bærer jordforbindelse. V1-V6 er unipolære præcordialafledninger, hvor elektroderne anbringes på thorax forflade. V1 over intercostal rum 4 (IC4) lige til højre for sternum; V2 over IC4 lige til venstre for sternum; V3 midt mellem V2 og V4; V4 over IC5 svarende til midtclavikulær linje; V5 samme niveau i venstre anteriore aksillær linje og V6 samme niveau som V4 i venstre midtaksillær linje.

7168. Kreatinin

FYSIOLOGISKE FORHOLD

Kreatinin er et nedbrydningsprodukt fra muskelvæv som udskilles gennem nyrerne. Plasmakoncentrationen er således et mål for nyrefunktionen.

INDIKATIONER

Ydelsen anvendes ved vurdering af nyrefunktion.

BESLUTNINGSGRÆNSER

Forhøjet plasmakreatinin tyder på nedsat glomerulær filtrationsrate.

Normal plasmakreatinin udelukker ikke nedsat nyrefunktion

Analysen er særligt velegnet til kontrol af samme patient over tid.

PRØVETAGNING/MATERIALE

Plasma eller fuldblod.

7175. Svangerskabsreaktion, urin-choriongonadotropin

FYSIOLOGISKE FORHOLD

Choriongonadotropin (hCG) dannes i placenta. Produktionen begynder før første udeblevne menstruation.

INDIKATIONER

Ydelsen anvendes ved behov for at påvise/udelukke graviditet.

FORTOLKNING

En positiv test (>25 IU/l) ses ved graviditet og i så fald allerede lidt før tidspunktet for næste forventede menstruation. Testen bliver også positiv ved ekstrauterin graviditet. Positiv test ses ved andre tilstande med forøget produktionen af hCG, fx ved nogle trofoblastiske sygdomme og choriocarcinom.

PRØVETAGNING/MATERIALE

Enhver urinprøve kan anvendes til testen, men en morgenurin er bedst til en graviditetstest, da hCG koncentrationen er højst om morgenen.

7177. SR (sænkingsreaktion)

FYSIOLOGISKE FORHOLD

Når en blodprøve, tilsat citrat, henstår i et prøvetagningsglas vil erythrocytterne sedimentere og efterlade en klar søjle af plasma. Hastigheden af sedimentationen er forhøjet ved forhøjet koncentration af mange plasmaproteiner især immunglobulin og fibrinogen (pengerulledannelse) og ved nedsat erythrocyt-volumenfraktion .

INDIKATIONER

Differentialdiagnose af visse akutte og subakutte sygdomme.

Forløbskontrol af reumatisk sygdom.

Til monitorering af infektionssygdomme vælges i dag fortrinsvis CRP.

FORTOLKNING

Referenceområdet:

Mænd: 2 - 15 mm/time

Kvinder: 2 - 20 mm/time.

Værdier op til 30 mm/time kan være normalt, men udelukker ikke alvorlig sygdom.

Værdier mellem 30 og 70 mm/time er patologisk, men ikke nødvendigvis tegn på alvorlig sygdom.

Værdier over 70 mm/time tyder på alvorlig sygdom såfremt der ikke er feber eller anæmi.

Hyperlipidæmi kan give falsk forhøjet SR

PRØVETAGNING/-MATERIALE

Prøven tages i specialrør indeholdende citrat i afmålt mængde.

7183. Lungefunktionsundersøgelse (peak-flow)

FYSIOLOGISKE FORHOLD

Ubesværet luftskifte og hermed uhindret luftstrømning i luftvejene er en forudsætning for optimal iltning af blodet. Ved peak flow undersøgelsen bedømmes modstanden i bronkierne ved bestemmelse af den højeste hastighed L/min der kan opnås under en enkelt maksimal eksspiration.

INDIKATIONER

Tilstande hvor der er mistanke om øget modstand i luftvejene.

Især velegnet til diagnose og forløbsmålinger ved astma bronkiale, samt til kontrol af

lungefunktionen ved specifik immunterapi (allergivaccination).

Ydelse 7183 benyttes både før og efter vaccinationen – altså 2 x 7183 – idet det må betragtes som to selvstændige ydelser.

Spirometri kan anvendes men kan i denne situation kun honoreres med 7183.

FORTOLKNING

Resultatet vurderes ud fra referencetabeller opdelt efter højde, køn og alder.

Ved vurdering af anstrengelsesudløst astma foretages måling før og efter fysisk anstrengelse.

Ved reversibilitetstest foretages målingerne før og efter indtagelse af bronkodilatorer eller steroider.

Ved allergivaccination foretages peak flow målinger før og efter den enkelte injektion. Der skal således anvendes 3 bestemmelser af peak flow, hvis der gives 2 injektioner.

UDFØRELSE

Efter maksimal inspiration foretages en kort og kraftig eksspiration i peak flow metret. Det er ikke tilladt at hoste.

Der gennemføres mindst 3 forsøg, hvor det bedste resultat er gældende.

Ved vaccination vurderes Lungefunktionen ved peak flow før vaccinationen og 30 minutter efter at vaccinationen er givet. Vaccination må ikke gennemføres, hvis lungefunktionen er nedsat < 80% af vanlig værdi, ligesom en systemisk reaktion i form af nedsat lungefunktion målt ved peak flow efter undersøgelsen indikerer dosisreduktion.

7189. Urin til resistensbestemmelse

FYSIOLOGISKE FORHOLD

Urina er normalt steril. Ved urinvejsinfektion (UVI) findes bakterier og leukocytter i urinen. UVI forårsages typisk af E. coli, men også af andre Gram negative stave og Gram positive kokker. De forskellige bakteriearter har medført forskellige resistensmønstre. Men alle kan desuden optræde med erhvervet resistens. Det er derfor nødvendigt at undersøge følsomheden for den aktuelle bakteriestamme.

INDIKATION

Undersøgelse af antibiotikafølsomheden for en aktuel bakteriestamme, der har forårsaget UVI. Der bør foretages resistensundersøgelse hos patienter med kompliceret UVI, dvs.

- UVI hos børn, mænd og postmenopausale kvinder
- UVI i forbindelse med sten eller afløbshindring
- UVI eller asymptomatisk bakteriuri hos gravide
- recidiverende UVI
- akut pyelonefritis.

Resistensundersøgelse bør altid forudgå eller ledsages af urindyrkning, hvor mængden og arten af bakterier vurderes.

BESLUTNINGSGRÆNSER

Findes bakteriestammen følsom for et givet antibiotikum, kan der forventes effekt af behandling med stoffet. Findes bakteriestammen resistent for et givet antibioti-

kum, kan der ikke forventes effekt af behandling med stoffet.

PRØVETAGNING/MATERIALE

Friskladt midtstråleurin. Afvaskning anbefales ikke rutinemæssigt. Vigtigt er midtstråleprincippet for at undgå tilblending af bakterier fra urethra og vagina.

7402. Priktest

GRUNDLÆGGENDE FORHOLD

Ved priktest anbefales at benytte følgende 10 allergener: Vortebirk, engrottehal (græs), gråbynke, hest, hund, kat, dermatophagoides pteronys (husstøvmide), dermatophagoides farinae (husstøvmide), alternaria (skimmelsvamp) og cladosporia (skimmelsvamp).

INDIKATIONER

Som led i udredning ved mistanken om allergisk lidelse.

BESLUTNINGSGRÆNSE

En kvadel ≥ 3 mm er udtryk for at personen er sensibiliseret med vedkommende allergen, men er nødvendigvis ikke allergisk. En ”positiv kontrol” ≥ 3 mm er forudsætningen for, at priktesten er udført korrekt, og at de præanalytiske forhold er i orden (f. eks. ingen indtagelse af antihistamin eller brug af steroider på hudområdet).

UDFØRELSE

Der foretages dobbeltprík på de 10 allergener samt på den negative og positive histaminkontrol. Der benyttes standardiserede lancetter eller ”autoprikker”. Aflæsning efter 15 min. – hos børn efter 10 min.

Ingen nedre grænse i forhold til alderen mhp. udførelse af priktest.