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

Aftale om fornyelse af overenskomst mellem RLTN og Danske Fysioterapeuter

Tid	København, den 01-09-2023
Sted	Danske Regioner
Deltagere	Repræsentanter for Danske Fysioterapeuter og Regionernes Lønnings- og Takstnævn
Emne	Aftale om overenskomst om almen fysioterapi, vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi

EMN-2020-01156 (D.R.)

Indhold

1.	Kvalitet.....	4
1.1	Ny kvalitetsmodel.....	4
2.	Modernisering.....	10
2.1	Ny ydelsesstruktur.....	10
2.2	Strukturerede forløb.....	12
3	Kapacitet og styring.....	17
3.1	Kapacitets- og styringsmodel.....	17
3.2	Højestegrænser.....	32
3.3	Løbende information til klinikkerne om udgiftsudvikling.....	33
4	Ejerskabsforhold.....	33
5	Pension.....	34
6	Børneattest.....	35
7	Elektronisk booking.....	36
8	Basisvilkår.....	36
9	Gebyr for ikke-medlemmer.....	37
10.	Ridefysioterapi.....	37
10.1	Udeblivelsesgebyr.....	37
10.2	Omlægning af ridefysioterapeutens honorar.....	37
10.3	Lokale aftaler om ekstra ansat.....	38
10.4	Vikar bestemmelser.....	38
11.	Økonomi.....	39
11.1	Protokollater om overenskomsternes økonomi.....	39
12.	Tekniske krav.....	42
	Dødsfald.....	42
	Navneændring Aps.....	43
	Epikriser.....	43
13	Aftalens løbetid.....	44
Bilag	45
	Bilag 1. Organisering, funktionsbeskrivelse, styring og økonomi for Enheden for Kvalitet og Modernisering.....	45
	Bilag 2. Faseinddeling af kvalitetsarbejdet.....	49

Bilag 3. Ny ydelsesstruktur og ydelsesbeskrivelser	50
Bilag 4: Rammer for strukturerede forløb.....	68
Bilag 5: Beregning af forløbshonorar for de udvalgte diagnosegrupper på speciale	62 69
Bilag 6 Overenskomsttekst vedr. kontrolstatistik	70

Parterne indstiller følgende til godkendelse:

1. Kvalitet

1.1 Ny kvalitetsmodel

Parterne er enige om, at omdrejningspunktet for en ny kvalitetsmodel i fysioterapi praksis er at etablere rammer omkring datadrevet kvalitetsudvikling, som kan erstatte Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). Det er afgørende, at en fremtidig kvalitetsmodel understøtter klinisk praksis i fysioterapi således, at indsamlede kvalitetsdata bidrager til at højne behandlingskvaliteten, og giver værdifuld viden om patienttilfredshed og resultater af fysioterapi til brug for fysioterapeuter såvel som det øvrige sundhedsvæsen. Det forudsætter udvikling af relevante kvalitetsindikatorer, der omhandler såvel diagnoser som funktionsevнемålninger. Hertil er der behov for at etablere en struktur for data til og fra fysioterapeuten med det formål at understøtte den videre kvalitetsudvikling.

Parterne ønsker at udvikle og implementere en ny kvalitetsmodel, hvor de opnåede forbedringer ved akkreditering fastholdes. Modellen skal grundlæggende bidrage til at sikre høj patientsikkerhed og ensartet kvalitet i fysioterapi praksis.

Den nye kvalitetsmodel skal baseres på faglige kvalitetsnetværk. Kvalitetsnetværkene skal understøtte den fysioterapeutiske faglighed ved at facilitere database-rede faglige drøftelser, samt skabe refleksion og udvikling af egen praksis. Kvalitetsnetværkene skal både være med til at kvalitetsudvikle og kvalitetssikre patientforløb via rapporter baseret på egne data såvel som aggregerede data til brug for benchmark. Endvidere kan kvalitetsnetværkene være rammen om drøftelser af forskning og ny viden som input til det videre kvalitetsarbejde.

Formål med en ny kvalitetsmodel

En fremtidig model for arbejdet med kvalitet i fysioterapi praksis skal tage afsæt i datadrevet kvalitet. Kvalitetsmodellen skal sikre tiltag, som giver fysioterapeuterne mulighed for og forpligtelse til at arbejde med datadrevet kvalitet. Et centralt element i modellen bliver etablering af en organisering, der understøtter, at fysioterapeuterne arbejder systematisk og målrettet med kvalitetsudvikling i kvalitetsnetværk.

Kvalitetsmodellen skal desuden danne rammerne for arbejdet med kvalitet i fysioterapi praksis, som kan give fysioterapeuterne de metoder og redskaber, som er nødvendige for løbende at kunne kvalitetssikre og kvalitetsudvikle hos den enkelte yder og på tværs af sektoren, så patienterne får behandling af høj kvalitet. Etablering og drift af kvalitetsnetværk forudsætter lokale koordinører i de enkelte kvalitetsnetværk.

Målet med en ny kvalitetsmodel er, at:

- Understøtte fysioterapeuterne til kontinuerligt at arbejde med at forbedre og udvikle kvaliteten i fysioterapipraksis
- Understøtte og motivere fysioterapeuternes ejerskab og motivation for at arbejde målrettet med kvalitetsudvikling
- Understøtte kvalitetsarbejde, der baseres på anvendelse af faglig relevant kvalitetsdata, der viser kvalitet og effekt i fysioterapipraksis
- Understøtte at erfaringer, viden og refleksioner fører til nye tiltag
- Sikre sammenhæng mellem kvalitetsarbejdet i fysioterapipraksis og kvalitetsarbejdet i det øvrige sundhedsvæsen

Den fremtidige model skal:

- Organisatorisk forankres arbejdet i Enhed for Kvalitet og Modernisering (reorganisering af nuværende enheds sammensætning, funktion og kompetencer)
- Sikre udvikling af grundlaget for datadrevet kvalitet, herunder relevante kvalitetsindikatorer
- Sikre anvendelse af data i 3 niveauer: 1) de centrale parter – og kommuner og regioner, 2) kvalitetsnetværkene organiseret omkring lokale koordinatore og EKM, 3) den enkelte praktiserende fysioterapeut og på klinikniveau.

Kvalitetsorganisation for fysioterapipraksis

For at sikre bedst mulig facilitering af faglige drøftelser og udvikling af fysioterapipraksis skal der etableres en kvalitetsorganisation med udgangspunkt i Enhed for Kvalitet og Modernisering (EKM).

Enhed for Kvalitet og Modernisering

EKM får en central rolle i forhold til at understøtte udviklingen og implementeringen af den nye kvalitetsmodel, dvs. etablering af kvalitetsnetværk, koordinering på tværs af lokale netværkskoordinatore, udvikling af kvalitetsindikatorer bl.a. til datafangst, samt udarbejde faglige oplæg til drøftelser i netværksgrupperne.

EKM skal vurdere, hvorledes erfaringerne fra akkreditering kan videreføres eller bringes med ind i de nye rammer for kvalitetsarbejdet.

EKM skal beskrive den nærmere struktur for etablering af kvalitetsnetværkene og forestår implementeringen af disse. Strukturen skal beskrive kvalitetsnetværkenes størrelse og sammensætning i forhold til ejere, lejere og ansatte. Samt, hvordan alle fire specialer (51, 57, 62 og 65) tænkes involveret.

EKM's koordinerende rolle ift. kvalitetsnetværkene

EKM får en central rolle med at koordinere de lokale netværk. EKM's primære opgaver bliver at bearbejde tilgængelige og indsamlede data og udarbejde

materiale, som kan bruges i de enkelte kvalitetsnetværk. Det betyder, at al output fra EKM til netværkene skal være møntet på netværkenes kvalitetsarbejde og understøtte de enkelte fysioterapeuters arbejde med kvalitet i egen praksis.

EKM's funktion:

- Understøtte oprettelse og vedligeholdelse af kvalitetsnetværk
- Løbende dialog med de lokale netværkskoordinatorer
- Udarbejde materiale baseret på data
- Undervise og vejlede netværkskoordinatorer i mødeafvikling og -facilitering
- Udarbejde årlig status om kvalitetsnetværkets aktiviteter til overenskomstens parter
- Afholdelse af årlige kvalitetsseminar for netværkskoordinatorerne
- Deltager periodisk i netværksmøder

Netværkskoordinatorer

De lokale netværkskoordinatorer udgør den lokale forankring af kvalitetsarbejdet. Deres arbejde er primært faciliterende og understøttende, og deres primære opgave er at sikre kontinuerligt og relevant kvalitetsarbejde i deres lokale netværk.

Netværkskoordinatorernes funktion:

- Indkalde og planlægge netværksmøder i dialog med EKM
 - Booke lokale, forplejning mv.
 - Indkalde medlemmer
 - Eventuelle aftaler med eksterne oplægsholdere
 - Fakturering af mødeudgifter til netværkskoordinator
- Udarbejde dagsordensmateriale i samarbejde med EKM
- Evt. udarbejde supplerende undervisningsmateriale
- Deltagelse i kurser om facilitering af møder og aktiviteter
- Faciliter møder og aktiviteter i netværket
- Stå til rådighed for netværkets medlemmer ift. opklarende spørgsmål mellem møderne
- Føre protokol over deltagerne på netværksmøderne og indsende til EKM

Kvalitetsnetværk

Fysioterapeuter med ydernummer er forpligtet til at deltage i et fagligt kvalitetsnetværk. De er desuden forpligtet til at viderebringe viden fra de faglige netværk til deres ansatte fysioterapeuter, og dermed sikre implementering og forankring af nye tiltag i fysioterapipraksis. Implementeringen understøttes i relevant omfang af EKM, fx med materiale, som egner sig til videreformidling på klinikken.

Kvalitetsnetværk dannes med geografisk udgangspunkt i de 22 nationale sundhedsklynger. Det sikres, at store klinikker indgår i netværk med andre klinikker. I nogle sundhedsklynger vil der være flere kvalitetsnetværk inden for samme sundhedsklynge. Skulle der inden for én enkelt sundhedsklynge ikke være nok fysioterapeuter til at danne et meningsfuldt kvalitetsnetværk grundet for få klinikker, vil disse klinikker skulle indgå i et kvalitetsnetværk indenfor nabosundhedsklyngen.

For at sikre volumen og samtidig fortrolighed i kvalitetsnetværk, skal netværket bestå af ca.15 klinikker og bør ikke overstige 50 fysioterapeuter med ydernumre. Det anbefales, at fysioterapeuter fra den enkelte klinik indgår i samme netværk for sikring af forankring og implementering af god praksis. Der er krav om, at der skal være repræsentanter fra min. 3 klinikker i et netværk. Der vælges en netværkskoordinator, som er kontaktperson mellem netværket og EKM. Endvidere kan der evt. vælges en suppleant for netværkskoordinatoren. § 24-ansatte i klinikken har mulighed for at deltage i netværket, herunder møder, hvis der er plads, hvilket koordineres af/med klinikejer.

Kvalitetsnetværkene organiserer og tilrettelægger i øvrigt selv deres aktiviteter.

Parterne er enige om, at parterne inden næste fornyelse af overenskomsten, vurderer, om fysioterapeuter på klinikker uden for overenskomst kan levere data til kvalitetsnetværket og dermed bidrage til kvalitetsarbejdet med egne data.

Mødefrekvens og øvrige aktiviteter følger retningslinjerne fra EKM, som er godkendt af overenskomstens parter. Der afholdes i hvert kvalitetsnetværk to til fire møder årligt.

Organisering, funktionsbeskrivelse, styring og økonomi for EKM

Se bilag 1 om organisering, funktionsbeskrivelse, styring og økonomi for Enhed for Kvalitet og Modernisering.

Faseopdeling af kvalitetsarbejdet

Se bilag 2 om faseopdeling af kvalitetsarbejdet.

Data i fysioterapipraksis

Indsamling af data/datagrundlag

Der er fra overenskomstens parter et ønske om, at aggregeret data bruges til at danne grundlag for det videre kvalitetsarbejde i fysioterapipraksis.

For at data skal være anvendeligt i kvalitetsarbejdet, skal det opfylde følgende kriterier:

- Bidrage til kvalitetsforbedring gennem benchmarking og videndeling i kvalitetsnetværkene og på tværs i kvalitetsnetværkene
- Gøre det muligt at identificere de rigtige patienter til en given indsats
- Gøre det muligt at måle på effekt af den givne behandling, herunder f.eks. oplevet funktionsforbedring
- Sikre indsamling af meningsfulde og valide kvalitetsdata
- Være tids- og omkostningsneutralt for den enkelte fysioterapeut

Data og relevante kvalitetsindikatorer er en forudsætning for datadrevet kvalitetsudvikling.

Det er aftalt, at diagnosekoder i form af ICPC2-koder skal implementeres i almen fysioterapipraksis, og at diagnosekodning for begge specialer skal indsamles til brug for det datadrevne kvalitetsarbejde. Formålet med dette er at skabe et større kendskab til patientpopulationen som grundlag for kvalitetsarbejdet i kvalitetsnetværkene.

I den forbindelse er der behov for udarbejdelse af et relevant kodekatalog til fysioterapipraksis og relevante implementeringsindsatser, så der sikres valide kodninger. Udviklingen af diagnosekodekatalog og implementeringsindsatser i fysioterapipraksis skal forestås af EKM. Diagnosekodekataloget implementeres i Sentinel (via Sundhed.dk), som bruges til at opsamle data og udarbejde kvalitetsrapporter til brug i kvalitetsnetværkene. Det skal derfor være muligt at trække data ud på ydernummerfysioterapeut-, klinik- og aggregeret niveau til benchmarking.

Fremadrettet er der et ønske om at koble diagnosekodningen til anden kvalitetsdata med henblik på at bidrage til en ensartet behandling af høj kvalitet på tværs af fysioterapipraksis. Anden relevant data fx indenfor vurdering af funktionsevne, patienttilfredshed, behandlingseffekt, skal undersøges nærmere, så det sikres, at det opleves fagligt relevant og at data er valide.

EKM skal derudover arbejde med udvikling og validering af relevante kvalitetsindikatorer med udgangspunkt i:

- Relevant og tilgængelig data bl.a. for behandlingseffekt
- Erfaringer fra akkrediteringen
- Faglige anbefalinger inden for den fysioterapeutiske behandling
- Anbefalinger til god klinisk praksis fra relevante aktører på sundhedsområdet

Til udarbejdelse af kvalitetsindikatorer skal relevante fagpersoner og fysioterapeuter fra praksis inddrages.

Løsningsmuligheder vedr. indsamling af data

For at sikre relevante datakilder, samt valide data bør journalføring og registrering af kvalitetsdata naturligt kunne integreres i fysioterapeuternes daglige arbejdsgange.

Det er afgørende, at indsamling af data er let at implementere og ikke bliver en øget administrativ eller økonomisk byrde for fysioterapeuterne, samt at fordelene ved indsamling af data er større end ulemperne.

Datafangst

For både at sikre den enkelte fysioterapeut samt kvalitetsnetværket et afsæt for datadrevet kvalitetsudvikling, vil der være behov for specifikke kvalitetsrapporter inden for forskellige temaer. Sentinel via Sundhed.dk anvendes til dette.

På baggrund af indsamlet data genereres kvalitetsrapporter med diagnosekoder til klinikken og evt. til den enkelte fysioterapeut, hvor data fra egne patienter fremgår. Samtidig kan egne data vises i forhold til et større aggregeret datasæt. Det vil sige, at fysioterapeuten/klinikken kan benchmarke mod et relevant gennemsnit fx i kommunen, regionen og/eller på landsplan.

Det er således et redskab, der opsamler og strukturerer kvalitetsdata og derefter sender det tilbage til fysioterapeuten, hvor det enten kan understøtte kvalitetsudvikling i klinikken internt eller drøftelserne i de faglige kvalitetsnetværk.

Kvalitets- og benchmarkingrapporter er dynamiske, så design og indhold løbende kan tilpasses, udvikles og udvides.

Anvendelse af data

De centrale parter, samt kommuner og regioner skal kunne anvende data til analyser af kvalitet, behandlingsmønstre og brug af ydelser.

Datadrevet kvalitetsudvikling skal bl.a. give fysioterapeuterne muligheder for at arbejde med fokus på konkrete faglige problemstillinger med afsæt i egne data evt. holdt op mod faglige anbefalinger og retningslinjer.

Der bør tages forbehold for, at der i den første periode kan være behov for, at kvalitetsnetværkene arbejder med kvalitetsprojekter, som f.eks. kan tage afsæt i afgrænsede tematikker eller med afsæt i erfaringer fra akkreditering (relevante standarder o.l.), indtil der er opbygget et meningsfuldt datagrundlag, som fysioterapeuterne kan arbejde videre med. Den enkelte klinik skal have fuld adgang til egne data og have mulighed for sammenligning med data fra grupper af andre klinikker på aggregeret niveau.

De centrale parter skal sikres lige adgang og ejerskab til data formelt og i praksis. Data indsamlet i fysioterapipraksis skal tænkes sammen med data fra den øvrige

sundhedssektor. Der skal tages hensyn til kendte standarder og muligheder for integration med eksisterende systemer og databaser. De centrale parter adgang til data sker efter anonymisering, således at konkrete patienter, fysioterapeuter og klinikker ikke kan identificeres på baggrund af egne indberetninger.

Bilag 1. Organisering, funktionsbeskrivelse, styring og økonomi for Enhed for Kvalitet og Modernisering

Bilag 2. Faseinddeling af kvalitetsarbejdet

2. Modernisering

Parterne er enige om, at fysioterapipraksis skal udvikle sig kontinuerligt i takt med ny viden om fysioterapeutiske behandlingsmetoder og -former, og at der skal anvendes effektive behandlingsindsatser af høj faglig kvalitet. Det er desuden vigtigt, at patienterne modtager evidensbaserede og tidssvarende behandlingsmetoder, der er i overensstemmelse med den til enhver tid gældende viden, kliniske retningslinjer og kliniske erfaringer.

Det danske sundhedsvæsen står i de kommende år over for en række udfordringer. Det er en kendsgerning, at der bliver flere ældre borgere og at flere får diagnoser, som er omfattet af den vederlagsfri fysioterapi. Det lægger et pres på hele sundhedsvæsenet. Der er derfor behov for hele tiden at optimere behandlingsforløbene i fysioterapipraksis bl.a. ved at gøre brug af digitale løsninger og strukturerede forløb.

Parterne ønsker at fortsætte det moderniseringsarbejde, der blev aftalt ved sidste overenskomstaftale. Enhed for Kvalitet og Modernisering har udarbejdet forslag til vejledende tekst til honorarbårne ydelser, hvor erfaringer fra de øvrige praksisområder er inddraget. Ydelsesbeskrivelserne og ydelsesregistreringerne skal give større gennemsigtighed og forenkling, så der udelukkende sker en registrering af den honorarbårne ydelse. Det er desuden vigtigt, at strukturen tillader, at der løbende kan ske justeringer og tilføjelser af nye ydelser.

Formålet er, at ydelserne afspejler den løbende faglige udvikling. Samtidig skal arbejdet bidrage til at frigive effektiviseringsgevinster. Patientbehandlingen i fysioterapipraksis skal være dynamisk og i overensstemmelse med udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen. Derfor er det et løbende arbejde at holde ydelser og ydelsesbeskrivelser ajour. Udvikling af ydelser og beskrivelse af evidens for behandlingsforløb har således til formål at opnå bedst mulige behandlingsforløb inden for de økonomiske rammer.

2.1 Ny ydelsesstruktur

Parterne er enige om nye ydelsesbeskrivelser, som implementeres fra begyndelsen af den kommende overenskomstperiode. På baggrund af Enhed for Kvalitet

og Moderniserings forslag til vejledende tekst til honorarbårne ydelser, har parterne aftalt en række ændringer i overenskomstens ydelser og ydelsesstruktur.

Det er parternes forventning, at de aftalte ændringer af ydelserne vil medvirke til at give en højere grad af gennemsigtighed for såvel patienter, regioner, kommuner og fysioterapeuterne. Samtidig vil ændringerne medføre en ajourføring af ydelserne således, at videokonsultationer og digitale løsninger bliver implementeret i fysioterapipraksis.

Formålet med moderniseringen er at tydeliggøre og fagligt opdatere indholdet i overenskomstens ydelser. Herunder indføres en række nye ydelser, som skal understøtte fagligt moderne og effektive patientforløb. Det er parternes forventning, at moderniseringen af ydelsesbeskrivelserne og de nye ydelser overordnet vil føre til behandlingsforløb, som med patientsikkerheden og den faglige kvalitet for øje er mindst lige så effektive som hidtil. Parterne er enige om at følge økonomien i moderniseringen og foretage eventuelle nødvendige præciseringer eller indskrænkninger i ydelserne.

Moderniseringen omfatter:

Vejledende tekster for alle de honorarbærende ydelser, navneændringer for nogle af de eksisterende ydelser, samt indførelse af nye ydelser.

Som nye ydelser indføres:

- Evalueringskonsultation (for patienter i længerevarende behandlingsforløb, som selvtræner på klinik eller via digitale løsninger, eller modtager behandling på hold)
- Udvidet konsultation (konsultation som kan anvendes ved særligt komplekse patienter)
- Digital opfølgning på selvtræning (anvendes til opfølgning via bl.a. mail, telefon og elektroniske træningsapps)
- Individuel videokonsultation
- Hold videokonsultation

Moderniseringen indebærer desuden en "enstrenget" struktur, hvor fysioterapeuten kun skal kode den honorarbærende ydelse, og således ikke som i dag også skal kode behandlingens indhold jf. den nuværende ydelsesbeskrivelse.

Ydelsesbeskrivelsen er fortsat et bilag i overenskomsten, der grundlæggende beskriver, hvilke fysioterapeutiske interventioner der er omfattet af overenskomsten. Blot uden: 1) formuleringerne om, at fysioterapeuten skal registrere koderne, og 2) beskrivelsen af førstekonsultation.

Parterne er enige om at informere om de nye ydelsesbeskrivelser, herunder brugen af de nye ydelser.

Udvidet konsultation

Der kan kun gives et honorar pr. konsultation og kun 1 konsultation pr. kalenderdag.

Parterne er enige om, at det tilføjes i kontrolstatistikbestemmelsen, at regionen/kommunerne i regionen fastsætter en højstegrænse, hvis det gennemsnitlige antal Udvidet konsultation på klinikken for det pågældende speciale overstiger et nærmere fastsat antal. Regionen fastsætter således "automatisk" en højstegrænse for anvendelsen af ydelsen.

Parterne er enige om, at det gennemsnitlige antal Udvidet konsultation pr. patient på klinikken højst for speciale 62 kan være 4 konsultationer årligt og for speciale 51 højst kan være 0,3 konsultationer årligt.

Regionen kan fastsætte en højstegrænse for anvendelsen af ydelsen.

Som tilføjelse til § 45, stk. 6 indsættes:

"Hvis det gennemsnitlige antal Udvidet konsultation pr. patient på klinikken overstiger 0,3 (speciale 51) / 4 (speciale 62) fastsætter regionen en højstegrænse på dette niveau med virkning fra 1. januar det følgende år. Højstegrænsen bortfalder, når klinikken i 2 år har ligget under grænsen."

Evaluering

Inden udgangen af overenskomstperioden evaluerer parterne brugen af ydelserne i overenskomsten, så det løbende sikres, at ydelserne i overenskomsterne understøtter relevante og tidssvarende behandlingsmetoder. Evalueringen skal ligeledes følge op på brugen af de nye ydelser (Digital ydelse, Evalueringskonsultation og Udvidet konsultation).

Bilag 3. Ny ydelsesstruktur og ydelsesvejledning

2.2 Strukturerede forløb

Parterne er desuden enige om at udvikle og implementere strukturerede forløb for udvalgte patientgrupper i hele landet. Formålet med at indføre strukturerede forløb er at ensarte og styrke behandlingsforløbene ved at operationalisere kliniske retningslinjer o.l., tilbyde evidensbaseret behandling, opsætte rammer for monitorering og overordnet målsætning, samt i højere grad få fokus på at styrke patienternes egne mestringsevner.

Patientkategorier i de strukturerede forløb

Patienter under almen fysioterapi:

Parterne er enige om at indføre strukturerede forløb for borgere med henholdsvis lumbal og cervikal nerverodstryk og lumbal stenose.

Derudover er parterne enige om med afsæt i de regionale erfaringer at indføre strukturerede forløb for borgere med artrose i henholdsvis knæ og hofte, samt strukturerede forløb for borgere med uspecifikke lænderygsmarter. Enhed for Kvalitet og Modernisering har til opgave at udvikle, beskrive og forestå pilotafprøvning af disse forløb. De strukturerede forløb baseres på nyeste tilgængelige evidensbaserede viden. Enheden skal samtidig definere klare inklusions- og eksklusionskriterier for, hvilke patienter, der kan indgå i målgruppen for strukturerede træningsforløb, og hvordan mulighed for individuelle tilpasninger kan håndteres.

Tidsplan:

- Forløbene for lumbal og cervikal nerverodstryk, forløbet for lumbal stenose, samt forløbet for artrose i knæ og hofte implementeres pr. 1. oktober 2024
- Forløbene for smerter i lænderyg implementeres pr. 1. oktober 2025

Indenfor en given patientgruppe skal alle henviste patienter, som tages i behandling og som lever op til målgruppebeskrivelsen for forløbet, tilbydes det strukturerede forløb. Det er fysioterapeutens faglige ansvar at vurdere og kategorisere patienten i forhold til patientens tilstand.

Patienter under vederlagsfri fysioterapi

Indenfor en given diagnosegruppe skal alle henviste patienter, som tages i behandling under vederlagsfri fysioterapi indgå i de strukturerede forløb. Der bør udvikles forskellige kategorier for kompleksiteten af patienternes funktionsevnebegrænsninger, som understøttes af Sundhedsstyrelsens Vejledning for vederlagsfri fysioterapi. Det er fysioterapeutens ansvar at vurdere patienterne og kategorisere dem i forhold til deres funktionsevnebegrænsninger.

Kategorierne bør både tage hensyn til, hvor patienten er i sygdomsstadiet, samt influerende komorbiditeter.

Rammer for udvikling af strukturerede forløb under vederlagsfri fysioterapi

Parterne er enige om at udvikle og afprøve en model for udvikling af strukturerede forløb for patienter med dissimileret sklerose (2.1. – Multipel/dissemineret sklerose og andre demyeliniserende sygdomme). Dette forløb implementeres ved overenskomstperiodens start 1. januar 2024.

Det aftales desuden, at der i overenskomstperioden udvikles yderligere tre strukturerede forløb med afsæt i erfaringerne fra det første forløb. De øvrige

diagnosegrupper udgøres af parkinsons sygdom (2.G. – Parkinsons sygdom og andre sygdomme i hjernens basale ganglier), kronisk leddegigt (4.A. – Rheumatoid arthritis) og følger efter hjerneblødning (2.D. - Følger efter hæmoragisk apopleksi). De strukturerede forløb implementeres løbende med en diagnosegruppe om året i overenskomstperioden startende med parkinsons sygdom pr. 1. januar 2025, herefter følger efter hjerneblødning pr. 1. januar 2026 og afslutningsvis kronisk leddegigt pr. 1. januar 2027.

På baggrund af de faglige anbefalinger for en given patientgruppe, indgår parterne aftale om udvikling af rammer for relevante ydelser og tilhørende honorarstruktur.

Implementering

Fysioterapeuter i praksissektoren tilbydes relevant kompetenceudvikling, som understøtter dem i at kunne tilbyde strukturerede forløb til de inkluderede patienter. Dette kunne f.eks. bestå af et e-learningkursus.

EKM har i tæt samarbejde med Danske Fysioterapeuter ansvaret for udviklingen af e-learningskurset m.v. Udvikling og hosting af e-learningkurserne finansieres af Fysioterapipraksisfonden. Der afsættes midler til implementering via fonden.

Parterne er enige om at iværksætte initiativer, der understøtter implementeringen af de strukturerede forløb ude i klinikkerne. Samtidig kan der via diverse medier udgives materiale, der støtter klinikkerne i brugen af strukturerede forløb. Parterne er desuden enige om, at det som led i implementeringen, er relevant, at samarbejdsparter, som praktiserende læger, relevante sygehusafdelinger, regioner og kommuner orienteres om ændringerne.

Evaluering

Der udvikles en model og proces for evaluering af de strukturerede forløb, hvor det er vigtigt, at patientperspektivet også indgår.

Det vil løbende skulle sikres, at de strukturerede behandlingsforløb fortsat lever op til gældende evidens på området.

Organisering

Enhed for Kvalitet og Modernisering er ansvarlig for at udarbejde forslag til strukturerede forløb og relevant efteruddannelse ved at inddrage relevante ressourcepersoner i tilblivelsen af forløbene. Parterne beslutter løbende på baggrund af oplæg fra enheden rammer og vilkår for implementering af nye forløb. EKM skal ligeledes medvirke til implementering og evaluering af de strukturerede forløb.

Honorering af strukturerede forløb i fysioterapipraksis

Patienter under vederlagsfri fysioterapi

Med henblik på at sikre effektiviseringsgevinster ved de strukturerede forløb, udformes og beskrives standardbehandlingsforløb. Standardforløbene tager hensyn til den givne diagnose herunder sygdomsprogression og er derfor opdelt i sygdomsfaser.

For de mest komplekse og/eller behandlingskrævende patienter, sker en sammenhængende koordinering af behandlingsindsatser i tværfagligt regi med udgangspunkt i Vejledning til dialog om komplekse patienter i den vederlagsfri ordning.

For hver sygdomsfase i diagnosegruppen fastsættes et forløbshonorar. Forløbshonoraret afhænger af patienternes kompleksitet og/eller behandlingsbehov.

Ydelser vedrørende afstandstillæg (§ 15) og møder om konkrete patienter (§ 18) holdes uden for forløbshonoraret og honoreres fortsat som enkelttydelser, da det ikke er alle fysioterapeuter, der har mulighed for at tilbyde disse ydelser, og økonomien vedr. disse ydelser indgår derfor ikke i økonomien vedr. beregningen af forløbshonoraret.

Fysioterapeuten registrerer fortsat de generelle ydelseskoder (holdtræning, individuel konsultation osv.), samt en registreringskode hver måned afhængig af patientens forløbsgruppe. Dette gælder for hver fysioterapeut, selvom flere forskellige fysioterapeuter har behandlet patienten den pågældende måned.

Sygdomsfasen bestemmer det månedlige forløbshonorar. Forløbsydelsen sikrer, at de "almindelige" ydelser ikke kommer til udbetaling. Der udløses et forløbshonorar pr. måned, hvis der er registreret mindst én honorarbærende ydelse (inkl. digital opfølgning på selvtræning) den pågældende måned, forudsat at der ikke er andre fysioterapeuter, der afregner vedr. patienten på tidligere datoer den måned.

Et forløbshonorar afregnes månedligt for at tage hensyn til, at der kan være patienter, der skifter fysioterapeut. Fysioterapeuten afregner forløbshonoraret, hvis der er udført mindst én ydelse vedr. patienten i den pågældende måned. Der kan kun afregnes ét forløbshonorar pr. måned pr. patient. Hvis en patient skifter mellem to klinikker (med tilskud) afregnes forløbshonoraret til klinikken med den første registrerede ydelse (behandlingsdato) i måneden. Den nye klinik kan kun afregne forløbshonoraret for den første måned, hvis patienten ikke har modtaget en ydelse på anden klinik.

En patient kan ikke modtage behandling med tilskud under samme speciale på flere forskellige klinikker i samme periode.

Fysioterapeuten vurderer ved modtagelse af en patient i den pågældende diagnosegruppe, hvilken sygdomsfase patienten hører til i. Oplysning på henvisningen om handicapgrad er ikke afgørende for fysioterapeutens mulighed for vurdering af patienten.

Vurderer fysioterapeuten, at en patients behandlingsbehov har ændret sig, omplacerer fysioterapeuten patienten til en anden sygdomsfase. Der afregnes forløbshonorar svarende til patientens sygdomsfase pr. den 1 i måneden, hvorefter det nye forløbshonorar afregnes fra starten af den nye måned.

Alle patienter med den pågældende diagnose skal overgå til forløbshonorering. Det må ikke være teknisk muligt at undlade at registrere forløbsydelsen og fortsat modtage honorar pr. behandling. En patient under det strukturerede forløb, hvor der ikke indsendes en forløbsydelse, skal således afvises i regionens afregningssystem.

Forløbsydelser skal fremgå af fysioterapeutens månedlige honoraropgørelser, herunder forløb, patienter og enkeltydelser leveret i forløbene.

Forløbsydelser skal endvidere fremgå af den månedlige og årlige kontrolstatistik.

Der trækkes data til overenskomstens parter. Indholdet aftales nærmere mellem parterne.

Model for økonomi og effektivisering på vederlagsfri fysioterapi

Parterne er enige om, at der ifm. med indførslen af strukturerede forløb skal sikres effektiviseringsgevinster. Modellen for økonomi og effektivisering er således:

Parterne indgår aftale om, hvilke diagnosegrupper der skal moderniseres i aftaleperioden.

Der fastsættes et forløbshonorar pr. sygdomsfase på baggrund af beskrivelsen af et struktureret forløb for fasen, samt skøn for antal patienter i fasen og skøn for, i hvor mange måneder den gennemsnitlige patient vil udløse et månedligt enhedshonorar.

Den samlede honorering (udgifter) for diagnosegruppen efter indkøringsperioden på ét år skal svare til de samlede udgifter for diagnosegruppen før moderniseringen (ekskl. udgifter til afstandstillæg og møder om konkrete patienter), hvis antallet af patienter i diagnosegruppen er steget med 2,5 pct. Effektiviseringen sker i forhold til antallet af patienter, der behandles. Der tages ved fastsættelse af "baseline" vedr. udgifter og antal patienter højde for eventuelle usædvanlige effekter, som har haft betydning for udgifter, herunder Corona epidemien, samt perioder, hvor honorarer og økonomisk ramme har været reduceret som følge af en overskridelse af den økonomiske ramme.

Der foretages efter indkøringsperioden på 1 år en korrektion af enhedshonorarerne, så ovenstående betingelse er opfyldt. Hvis antallet af patienter er steget mere end 2,5 pct., skal de samlede udgifter efter korrektion være tilsvarende større, og hvis antallet af patienter er steget mindre end 2,5 pct. skal de samlede udgifter efter korrektion være tilsvarende mindre. Herefter betragtes moderniseringen som værende implementeret.

Patienter under almen fysioterapi

For diagnosegrupper under almen fysioterapi kan et struktureret forløb eventuelt bestå i en mere fast ydelsespakke, dog med hensyntagen til mulighed for eventuelle individuelle tilpasninger. Honoreringsstrukturen og samlet økonomi for de strukturerede forløb under almen fysioterapi aftales imellem overenskomstens parter. Formålet med at indføre strukturerede forløb under almen fysioterapi er at sikre ensartede, styrkede og effektive behandlingsforløb.

Parterne vurderer, hvorvidt implementeringen af de strukturerede forløb medfører merudgifter, som fører til en justering af ramme og kapacitet på speciale 51.

Bilag 4. Rammer for udvikling af strukturerede forløb

Bilag 5. Beregning af forløbshonorar for de udvalgte diagnosegrupper på speciale 62

3 Kapacitet og styring

Parterne er enige om at indføre en ny kapacitets- og styringsmodel med henblik på at skabe et tydeligt kapacitetsbegreb, samt at forbedre styringen af ordningerne for speciale 51 og speciale 62, så risikoen for overskridelser af de økonomiske rammer på specialerne begrænses, og fysioterapeuterne behandler patienter hele året. Med den nye model kender den enkelte klinik sin kapacitet og kan planlægge efter denne.

3.1 Kapacitets- og styringsmodel

Den nye kapacitets- og styringsmodel indebærer, at kapacitet fremover defineres som et beløb. Kapacitet er teknisk opdelt på specialer og på klinikniveau. En klinik har kapacitet på begge specialer. Ved nynedsættelser tildeles kapacitet som en kombination af tilskud på begge specialer. Regioner og kommuner reviderer afsnit vedr. kapacitet i praksisplanen inden den 1. juli 2025. Parterne har aftalt en overgangsordning vedrørende den eksisterende kapacitet, hvor antallet af kapaciteter, der er knyttet til de enkelte klinikker, opgøres med udgangspunkt i historiske niveauer for udbetalte tilskud på hvert af de 2 specialer.

Parterne er enige om følgende ændringer i overenskomsten om almen fysioterapi og overenskomsten om vederlagsfri fysioterapi:

§ X. KAPACITET OG KNÆKGRÆNSER

Stk. 1

Hver klinik er tildelt et antal kapaciteter for det enkelte speciale. Klinikens samlede kapacitet opgøres som antal kapaciteter for hvert af de 2 specialer lagt sammen.

Én kapacitet svarer til 1.000.000 kr. i tilskud under overenskomsten om vederlagsfri fysioterapi (speciale 62) og 393.000 kr. i tilskud under overenskomsten om almen fysioterapi (speciale 51) i 2022-niveau uden knækreduktion i tilskuddelen af honoraret.

En klinik kan ikke have kapacitet udelukkende på det ene speciale.

Klinikejer kan organisere klinikken med mindst én ejer.

Stk. 2

Kapacitet fastsættes teknisk på klinikniveau og pr. speciale. Regionen reducerer udbetaling af tilskuddet til specialet, når klinikens kapacitet og dermed knægrænse er overskredet. Det beløb, som tilskuddet reduceres med, kommer ikke til udbetaling og indgår ikke i udgiftsopgørelsen.

Reduktionen i tilskuddet ved overskridelse af klinikens knægrænse udgør 40% på speciale 51 og 40% på speciale 62. Reduktionen sker forholdsmæssigt mellem alle ydere på klinikken med samme procent i forhold til de beløb, der skal afregnes på de enkelte ydernumre på klinikken.

Klinikejer modtager månedligt en knægrænse-opgørelse. Opgørelsen indeholder en oversigt over, hvad hver yder i klinikken har haft i omsætning og i knægrænsereduktion. Der anvendes et skøn for knægrænsen, indtil den endelige knægrænse kan fastsættes efter reguleringen pr. 1. oktober.

Anmærkning til § x, stk. 1

Størrelsen på en kapacitet for hvert speciale justeres i henhold til aftaler mellem parterne.

Anmærkning til § x, stk. 2

Hvis det samlede tilskud på klinikken eksempelvis skal reduceres med 5%, reduceres udbetalingen af tilskud til de enkelte ydernumre på klinikken med 5% den pågældende måned for det pågældende speciale.

Eventuelle udgifter til rammeaftaler og lokalaftaler indgår ikke i opgørelsen af udgifter i forhold til kapaciteten.

Stk. 3.

Kapacitet reguleres årligt svarende honorarudviklingen på det pågældende speciale. RLTN melder årligt ud til regionerne, hvad en kapacitet svarer til i tilskud på henholdsvis speciale 51 og speciale 62. Regionen meddeler skøn for klinikens regulerede kapacitet i kr. pr. speciale for det pågældende år til klinikejer

senest den 1. april. Regionen meddeler klinikkens regulerede kapacitet i kr. pr. speciale for det pågældende år til klinikejer senest den 1. oktober.

Stk. 4

Ejer og lejer kan udveksle kommercielt følsomme oplysninger og efter eget frit skøn indgå aftale om, hvordan klinikkens kapacitet overholdes, og hvordan en knækreduktion i tilskuddet eventuelt efterfølgende fordeles mellem fysioterapeuterne på klinikken, hvis klinikkens knækgrænse skulle blive overskredet.

Stk. 5

Klinikkens kapacitet gælder for klinikken som helhed uanset om klinikken har flere praksisadresser.

Det er muligt at søge om tilladelse til flytning af hele eller en del af klinikkens kapacitet til en anden klinik, det vil sige en klinik med en anden ejer.

§ 19. PRAKSISPLANLÆGNING

Stk. 1

Regionen og kommunerne i regionen udarbejder en fælles plan for tilrettelæggelsen af den fremtidige fysioterapeutiske betjening i regionen.

Stk. 2

Praksisplanen danner grundlag for beslutninger om de overenskomstmæssige forhold og skal fremme udviklingen i samarbejdet med øvrige sundhedstilbud og kvalitetsudviklingen inden for eget fagområde.

Stk. 3

Praksisplanlægningen foretages med henblik på at sikre koordinering og samordning af den fysioterapeutiske betjening i alle områder i regionen og kommunerne i regionen under hensyntagen til andre sociale og sundhedsmæssige foranstaltninger, samt den regionale og kommunale økonomi, jf. også protokollat vedr. samarbejde, koordination og kvalitetssikring.

Stk. 4

Ved planlægningen skal det tilstræbes, at der i hele regionen er et tilstrækkeligt antal fysioterapipraksisser, hvortil der er handicapvenlig adgang.

Stk. 5

Regionen udarbejder en beskrivelse af den fysioterapeutiske betjening i regionen som en del af grundlaget for planlægningen.

Praksisplanen udarbejdes på grundlag af en praksisbeskrivelse af den eksisterende kapacitet i fysioterapipraksis i alle områder i regionen, samt en beskrivelse

af de kommunale tilbud til vederlagsfri fysioterapi. Praksisbeskrivelsen skal indeholde alle nødvendige og relevante oplysninger, eksempelvis oplysninger om:

- 1) **antallet af kapaciteter pr. speciale og samlet, samt deres geografiske placering**
- 2) geografisk placering og dækningsområde for fysioterapeuter uden fast klinikadresse
- 3) oversigt over kommunale træningstilbud vedrørende vederlagsfri fysioterapi efter lægehenvi-
sning

Stk. 6

Fysioterapeuterne i samarbejdsudvalget inddrages i arbejdet med praksisplanen.

Stk. 7

Regionen og kommunerne i regionens udkast til praksisplan forelægges samarbejdsudvalget med henblik på bemærkninger hertil. Fysioterapeuterne i samarbejdsudvalget kan fremsætte selvstændige bemærkninger til udkastet til praksisplan. Bemærkningerne forelægges regionsrådet sammen med udkastet til praksisplan.

Stk. 8

Den af regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen vedtagne praksisplan fremsendes til samarbejdsudvalget og Landssamarbejdsudvalget til orientering.

Stk. 9

Kommunerne bør løbende orientere om væsentlige påtænkte ændringer i kapaciteten i de kommunale tilbud til patienter, der modtager vederlagsfri fysioterapi.

§ 20. PRAKSISPLANENS REALISERING

Stk. 1

Såfremt praksisplanen forudsætter nynedsættelse af yderligere et antal **fysioterapikapaciteter** foretager regionen opslag af tilladelser til nynedsættelse. Nynedsættelse kan kun ske som ejer. **Nynedsættelser kan søges af alle fysioterapeuter, som ikke i forvejen har status som ejer under overenskomsten.**

Regionen meddeler ved nynedsættelser, hvordan kapaciteten er fordelt på de 2 specialer og samlet. En nynedsættelse kan fastsættes til 1 kapacitet samlet for de 2 specialer, men kan også fastsættes som dele af 1 kapacitet samlet.

Anmærkning til § 20, stk. 1

Et eksempel på en nynedsættelse kunne være 0,63 kapacitet på speciale 51 og 0,37 kapacitet på speciale 62, svarende til samlet 1,00 kapacitet. Et eksempel på en nynedsættelse, som er fastsat som dele af en kapacitet samlet, kunne være

0,53 kapacitet på speciale 51 og 0,28 kapacitet på speciale 62, svarende til samlet 0,81 kapacitet.

Stk. 2

Ved nynedsættelse tildeles kapaciteten fysioterapeuten personligt på baggrund af objektive og saglige kriterier, som skal offentliggøres i forbindelse med opslag af kapaciteten.

For nynedsættelser efter den 01.01.2008 kan fysioterapeutstatus for kapaciteten ikke senere ændres til status som lejer.

Stk. 3

Regionen bestemmer, hvilken fysioterapeut, der får tilladelse til at tiltræde overenskomsten i forbindelse med nynedsættelse.

Samarbejdsudvalget skal ved fastsættelse af kriterier tage stilling til følgende punkter:

- Forventninger til faglige kompetencer og erfaring hos ansøgerne
- Beskrivelse af det geografiske dækningsområde, som kapaciteten anvendes inden for
- Fastlæggelse af krav til sikring af den faglige bæredygtighed i anvendelsen af kapaciteten, herunder eventuelle krav om tilknytning til eksisterende klinikker eller samarbejde med øvrige fysioterapeuter, samt krav vedrørende faciliteter
- Øvrige krav, der følger af praksisplanen.

Stk. 4

Såfremt nynedsættelsen tildeles en fysioterapeut, som tilknyttes en klinik, som i forvejen har kapacitet, forhøjes klinikkens kapacitet for hvert af de 2 specialer svarende til nynedsættelsen. Fysioterapeuten, som har fået tildelt nynedsættelsen, bliver medejer af klinikkens kapacitet i form af den ved nynedsættelsen tildelte kapacitet.

Stk. 5

Såfremt praksisplanen forudsætter reduktion i antallet af overenskomsttilmeldte fysioterapeuter skal dette ske i henhold til § 21.

Øvrige konsekvensrettelser af OK

Følgende bestemmelser konsekvensrettes:

§ 21 Indskrænkning i den fysioterapeutiske kapacitet

Stk. 1

Indskrænkning i den fysioterapeutiske kapacitet kan ske i henhold til praksisplanen, jf. § 19.

Stk. 2

Indskrænkning i **klinikkens kapacitet** kan ske ved en ejers naturlige afgang eller ved en lejers eller ansats naturlige afgang. Indskrænkning ved en lejers eller

ansats naturlige afgang skal ske efter aftale mellem regionen og kommunerne i regionen og den pågældende ejer af kapaciteterne. Ved naturlig afgang forstås, at fysioterapeutens ejer-, lejer eller ansættelsesforhold ophører.

Stk. 3

Ved indskrænkning af **klinikkens kapacitet** i henhold til regionen og kommunerne i regionens beslutning herom, yder regionen og kommunerne i regionen fysioterapeuten en erstatning for det tab, der påføres ved, at praksis ikke kan videreføres eller overdrages efter overenskomstens regler. Regionen og kommunerne i regionen aftaler indbyrdes, hvordan myndighederne konkret beslutter at dele udgiften til erstatning til fysioterapeuten.

ANMÆRKNING TIL § 21

*Den i bestemmelsen indeholdte adgang til indskrænkning er en mulighed for justering i **den fysioterapeutiske kapacitet** i det forventelige, yderst begrænsede antal tilfælde, hvor kapacitetsmæssige eller strukturelle forhold tilsiger det.*

§ 22 Fysioterapeutens tiltrædelse af overenskomsten

Stk. 1

Overenskomsten kan tiltrædes af en autoriseret fysioterapeut i forbindelse med nynedsættelse eller i forbindelse med overtagelse af en eksisterende kapacitet. Ved nynedsættelse forstås en udvidelse af antallet af fysioterapeuter med ejerstatus i regionen.

Fysioterapeuter, der har tiltrådt overenskomsten om almindelig fysioterapi, har samtidig tiltrådt overenskomsten om vederlagsfri fysioterapi.

ANMÆRKNING TIL § 22, stk. 1

Kapacitet, som anvendes af en lejer, er kapacitetsmæssigt knyttet til den klinik, hvor lejeren er tilmeldt, hvilket betyder, at lejeren ikke kan tage kapaciteten med sig til en anden klinik. Lejeren er selvstændigt disponerende og ansvarlig for aktiviteten i kapaciteten, og aftaler mellem ejer(e) og lejer skal være i overensstemmelse med dette princip.

Stk. 2

Det er en betingelse for tiltrædelse, at fysioterapeuten tilbyder samtlige behandlinger efter denne overenskomst.

Stk. 3

Fysioterapeuter, der søger om tilladelse til at praktisere fra offentlige eller selvejende institutioner eller klinikker, kan tiltræde overenskomsten efter dispensation fra samarbejdsudvalget.

Stk. 4

Regionen godkender overtagelse af eksisterende kapacitet, hvis dette ikke er i strid med praksisplanen. Overtagelse af praksis kan ske med 1 måneds varsel til den 1. i en måned.

Stk. 5

Ansøgning om tiltrædelse til overenskomsten sendes til regionen gennem Danske Fysioterapeuter på en af parterne aftalt tiltrædelsesblanket. Danske Fysioterapeuter påser, at vedkommende har autorisation som fysioterapeut, samt påser, at fysioterapeuten i øvrigt opfylder overenskomstens betingelser. Danske Fysioterapeuter kan i forbindelse hermed kræve dokumentation for, at indgåede samarbejdsaftaler vedr. brugen af kapaciteten er overenskomstmedholdelige.

Stk. 6

Fysioterapeuten anfører endvidere på tiltrædelsesblanketten en fuldmagt til regionen til at indhente børneattest. Regionen træffer afgørelse om, hvorvidt en børneattest er påtegnet alvorlige anmærkninger af relevans for at virke under overenskomsten. Afgørelsen meddeles fysioterapeuten, som ved regionens godkendelse kan tiltræde overenskomsten. Såfremt regionen finder, at en børneattest er påtegnet alvorlige anmærkninger, afvises ansøgningen ved regionens afgørelse.

Stk. 7

Tiltrædelse til overenskomsten får virkning, når regionen skriftligt over for fysioterapeuten og Danske Fysioterapeuter har meddelt godkendelse.

Stk. 8

Fysioterapeuten skal efter tiltrædelsen have erhvervet praksiscertifikat eller have gennemført uddannelsen inden for 18 måneder. Ansatte fysioterapeuter og vikarer kan frivilligt erhverve praksiscertifikatet. Praksiscertifikatet er gratis for fysioterapeuten.

ANMÆRKNING TIL § 22, stk. 7

Afgørelser i relation til stk. 7 er en forvaltningsmæssig afgørelse, som ikke kan indbringes for samarbejdsudvalget.

§ 24 Ansatte Fysioterapeuter

Stk. 1.

En fysioterapeut kan på de i overenskomsten fastsatte vilkår udføre behandling som ansat hos en praktiserende fysioterapeut med fast klinikadresse.

Stk. 2.

Regionen/kommunerne i regionen og Danske Fysioterapeuter orienteres, forinden ansættelsen af en praktiserende fysioterapeut. Orienteringen af regionen/kommunerne i regionen sker via samarbejdsudvalgets sekretariat.

§ 33. Vikar

Stk. 1

Fysioterapeuten kan ved fuldt eller delvist fravær antage en vikar til at varetage de patientforløb, som fysioterapeuten selv ville have varetaget, hvis fysioterapeuten ikke havde været fraværende.

Stk. 2

Vikarperioden må maksimalt vare 1 år. Regionen/kommunerne i regionen kan dog dispensere fra 1-års reglen efter ansøgning fra fysioterapeuten.

Stk. 3

Vikaren skal opfylde de i § 22 anførte vilkår. Vikaren har i øvrigt pligt til at udøve fysioterapeutvirksomhed efter de i denne overenskomst fastsatte bestemmelser.

Stk. 4

Ved antagelse af vikar meddeles dette Danske Fysioterapeuter og regionen/kommunerne i regionen, inden vikarens tiltrædelse, hvis varigheden er over 2 måneder.

Stk. 5

Vikaren afregner på den fraværende fysioterapeuts ydernummer.

§ 34. HJÆLPEPERSONALE (kun speciale 51)*Stk. 1*

Fysioterapeuten kan delegere arbejdsopgaver til hjælpepersonale. Anvendelse af hjælpepersonale skal ske i overensstemmelse med de gældende bestemmelser i autorisationsloven og eventuelle supplerende retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen. Anvendelsen sker på den behandlende fysioterapeuts ansvar, og den behandlende fysioterapeut er ansvarlig for, at hjælpepersonalet er tilstrækkeligt uddannet og varetager de tilladte aktiviteter forsvarligt gennem tilstrækkeligt tilsyn med det arbejde, som medhjælpen udfører.

Instruktion, tilrettelæggelse, evaluering og justering af patientens deltagelse i holdtræning og/eller opfølgende træningsterapi skal forestås af den behandlende fysioterapeut.

Der er ikke på forhånd fastlagt faglige begrænsninger på hvilke faggrupper, der kan ansættes som hjælpepersonale.

Stk. 2

Hjælpepersonale kan alene benyttes til holdtræning og opfølgende træningsterapi, dog ikke i patientens hjem. Hjælpepersonale kan i ingen andre tilfælde benyttes til udførelse af fysioterapeutiske ydelser under overenskomsten.

Fysioterapeuten kan kun bruge én person som hjælpepersonale ad gangen. Hjælpepersonale kan bruges til de tilladte aktiviteter lige så mange timer, som fysioterapeuten selv praktiserer under overenskomsten.

Stk. 3

Hjælpepersonales aktivitet afregnes altid på den ansvarlige fysioterapeuts ydernummer.

Stk. 4

Anvendelse af hjælpepersonale anses ikke som nynedsættelse og betyder ikke, at **der er mere kapacitet** på klinikken.

Stk. 5

Der henvises til overenskomstens bilag 4 om brug af hjælpepersonale i fysioterapipraksis.

§ 34A Praktikordning

Stk. 1

Regionen/kommunerne i regionen kan med den enkelte klinik indgå aftale om en praktikordning for fysioterapeutstuderende.

ANMÆRKNING TIL § 34A

Fysioterapeuten skal være til stede under instruktionen og kan ikke samtidig udføre anden behandling. Det er en forudsætning, at patienten accepterer, at der ved behandling medvirker fysioterapeutstuderende.

Fysioterapeutstuderende i praktikordning betragtes ikke som hjælpepersonale

Bilag 4 om brug af hjælpepersonale (kun speciale 51)

Dette bilag anviser udtømmende fysioterapeuters mulighed for benyttelse af hjælpepersonale under overenskomsten.

Hjælpepersonale kan benyttes til holdtræning - enten sammen med den ansvarlige fysioterapeut på lidt større hold eller eventuelt som selvstændig træningsinstruktør på hold. Der skal altid afregnes på den ansvarlige fysioterapeuts ydernummer.

Hjælpepersonale kan herudover udføre ydelsen "Opfølgende træningsterapi".

Hjælpepersonale kan ikke anvendes ved behandling i hjemmet – hverken ved holdtræning eller ved opfølgende træningsterapi.

Hjælpepersonale kan ud over de to ovennævnte tilfælde ikke benyttes under overenskomsten.

Anvendelse af hjælpepersonale til de tilladte aktiviteter anses ikke som nynedsættelse og betyder ikke, at der kommer **mere kapacitet** på klinikken.

Anvendelse af hjælpepersonale skal ske i overensstemmelse med de gældende bestemmelser i autorisationsloven og eventuelle supplerende retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen. Anvendelsen sker på den behandlende fysioterapeuts (yderens) ansvar, og den behandlende (ansvarlige) fysioterapeut er ansvarlig for, at hjælpepersonalet er tilstrækkeligt uddannet og varetager de tilladte aktiviteter forsvarligt gennem tilstrækkeligt tilsyn med varetagelsen.

Tilrettelæggelse, evaluering og justering af patientens deltagelse i holdtræningen og/eller opfølgende træningsterapi skal forstås af den behandlende fysioterapeut.

Hvem kan være hjælpepersonale?

Der er ikke på forhånd fastlagt faglige begrænsninger på hvilke faggrupper, der kan ansættes som hjælpepersonale til brug for holdtræning og/eller opfølgende træningsterapi.

Hjælpepersonale og den fysioterapeutiske kapacitet

Ansættelse af hjælpepersonale sker inden for klinikkens samlede kapacitet. Hjælpepersonalet anvendes til de tilladte aktiviteter lige så mange timer som fysioterapeuten selv praktiserer under overenskomsten. Fysioterapeuten kan kun bruge én person som hjælpepersonale til de tilladte aktiviteter ad gangen.

Den behandlende fysioterapeut behøver ikke orientere samarbejdsudvalget om anvendelsen af hjælpepersonale og skal ikke have hjælpepersonalet godkendt af samarbejdsudvalget.

Ansatte fysioterapeuter i forhold til hjælpepersonale

Ansatte autoriserede fysioterapeuter betragtes ikke som hjælpepersonale. Ansættelse af autoriserede fysioterapeuter på klinikken vil altid ske i henhold til § 24 om ansatte fysioterapeuter.

Fælles anvendelse af hjælpepersonale

Det er en mulighed, at klinikkens ydere er fælles om hjælpepersonalet, så de behandlende fysioterapeuter fx deler hjælpepersonalet. Patienten skal dog altid være informeret om, hvilken fysioterapeut, der har behandlingsansvaret for den pågældende patient – også i de tilfælde, hvor holdtræningen og/eller den opfølgende træningsterapi sker i klinikker, hvor der er flere fysioterapeuter og hjælpepersonale ansat.

Følgende bestemmelser slettes

- § 31 Deling af ydernummer
- § 32 Samarbejde om kapacitet
- Bilag 3 om fortolkning vedr. § 24 mv.

Protokollat om ny kapacitets- og styringsmodel

Parterne er enige om at indføre en ny kapacitets- og styringsmodel med virkning fra 1. januar 2024.

Modellens formål og vilkår

Kapacitets- og styringsmodellen indføres med henblik på at skabe et tydeligt kapacitetsbegreb, samt forbedre styringen af ordningerne, så risikoen for overskridelser af de økonomiske rammer på specialerne begrænses, og

fysioterapeuterne behandler patienter hele året. Den enkelte klinik kender sin kapacitet og kan planlægge efter den. Ved manglende kapacitet er klinikken forpligtet til ikke at afvise nye patienter, men i stedet henvise patienterne til venteliste eller en anden fysioterapeut.

Igangværende behandlingsforløb fortsættes, og pauseres ikke, selvom en kliniks omsætning overstiger knækgrænsen eller den samlede økonomiramme på et eller begge af specialerne er brugt.

Ordningens kapacitet (i form af én kapacitets tilskudsbeløb) evalueres for overenskomstperioden med fokus på at sikre optimal udnyttelse af ordningernes totale kapacitet. Parterne er enige om, at der i de første år efter indførelsen af kapacitets- og styringsmodellen vil være usikkerhed om, hvordan de samlede udgifter udvikler sig i forhold til de økonomiske rammer.

Hvis de økonomiske rammer overskrides i 2024, 2025 eller 2026 forpligter parterne sig på i fællesskab at identificere og foretage relevante tilpasninger af modellen, såfremt det er nødvendigt for at undgå nye overskridelser af de økonomiske rammer. Det er afgørende for parterne at blive enige om det mest effektive værktøj for at undgå fremtidige overskridelser af de økonomiske rammer. Kan parterne ikke nå til enighed om en tilpasning af modellen, nedjusteres kapaciteten for pågældende speciale det efterfølgende år. Ved et mindre forbrug i forhold til de økonomiske rammer, vurderer parterne, om kapacitetsenheden kan opjusteres.

Regionerne oplyser årligt til parterne, hvor stor den samlede tilskudsreduktion har været som følge af knækreduktioner det foregående år. Herunder oplyser regionerne alle de enkelte klinikkers samlede tilskud og kapacitet pr. speciale i det foregående år.

Anvendelse af knækprovenu

Under forudsætning af et mindre forbrug ift. de samlede økonomiske rammer på speciale 51 eller speciale 62 anvendes et eventuelt knækprovenu (i form af reduceret tilskud fra enkelt klinikker) inden for området. Provenuet overføres til Fysioterapi Praksis Fonden med henblik på anvendelse til fondens årlige uddeling til forsknings- og kvalitetsudviklingsprojekter og til videreuddannelse af praktiserende fysioterapeuter medmindre parterne indgår anden aftale. Et evt. Knækprovenu har engangskaraktér. Provenuet kan således ikke anvendes til at finansiere varige initiativer aftalt mellem overenskomstens parter.

Overgangsordning vedr. eksisterende kapacitet

Parterne er enige om, at overgangsordningen til en ny kapacitet- og styringsmodel skal være enkel og generisk.

Det opgøres, hvor mange kapaciteter der er knyttet til de enkelte klinikker med udgangspunkt i de historiske niveauer for udbetalte tilskud/honorar til klinikken samlet og på hvert af de 2 specialer. Antallet af kapaciteter fastsættes i overgangsordningen som udgangspunkt på baggrund af udgiften på ydernumrene/kapaciteterne på klinikken i 2019 og 2021 og 2022 opdelt pr. speciale og reguleret til aktuelt prisniveau. Kun tilskudsdelen opgøres (inkl. afstandstillæg), og eventuelle ydelser under rammeaftaler og lokale aftaler indgår ikke i beregningen af antallet af kapaciteter.

I tilfælde af, at omsætningen inkl. patientandelen af honoraret på speciale 51 på klinikken samlet for de 2 specialer i ét af de 3 år ligger 10% under gennemsnittet af omsætningen i de 2 år med den højeste omsætning, anvendes de 2 år.

For speciale 51 fastsættes klinikkens kapacitet som udgangspunkt på baggrund af udgiften på ydernumrene/kapaciteterne på klinikken på speciale 51 i 2019, 2021 og 2022 og reguleret til aktuelt prisniveau. Det er parternes forventning, at udmøntningen af demografimidler til nynedsættelser på speciale 62 i tilsvarende omfang medfører nynedsættelser på speciale 51.

For speciale 62 fastsættes klinikkens kapacitet som udgangspunkt på baggrund af udgiften på ydernumrene/kapaciteterne på klinikken på speciale 62 i 2019 og 2021 og 2022 og reguleret til aktuelt prisniveau. Særligt for 2022 anvendes udgiften i januar-november opjusteret med 4,24%.

Parterne er enige om, at overgangsordningen skal sikre, at klinikkernes samlede kapacitet (inkl. beløb afsat til decentrale midler inden for rammen i 2022) på speciale 51 i 2022-niveau skal ligge 2% over udgiftsrammen på speciale 51 i 2022. Endvidere er parterne enige om, at overgangsordningen skal sikre, at klinikkernes samlede kapacitet på speciale 62 i 2022-niveau pr. januar 2024 skal ligge 2% over udgiftsrammen på speciale 62 i 2022.

På baggrund af datagrundlaget beregner parterne, hvad den generelle procentuelle justering i forhold til beregningsgrundlaget skal være for at beregne klinikkernes kapacitet. RLTN meddeler denne justering til regionerne senest den 8. januar 2024.

Regionerne oplyser pr. 22. januar 2024 til parterne, hvilken kapacitet der er fastsat for klinikkerne, hvorefter parterne opgør, om kapacitetsenheden for 2024 skal justeres.

Eventuel justering af klinikkers kapacitet i overgangsordningen, samt meddelelse af klinikkens kapacitet

De eksisterende klinikkers kapacitet fastsættes i overgangsordningen med udgangspunkt i klinikkens faktiske omsætning inkl. patientandelen af honoraret i 3

kalenderår (2019, 2021 og 2022). Jf. ovenstående gælder en særlig regel vedr. 2022 for speciale 62.

Hvis en klinik har flyttet fra en adresse til en anden inden for de 3 år (eller i 2023, inden klinikkens kapacitet fastsættes), medregnes omsætningshistorikken vedr. den flyttede kapacitet 100% på klinikken.

Hvis regionen har givet tilladelse til flytning af kapacitet fra en klinik til en anden inden for de 3 år (eller i 2023, inden klinikkens kapacitet fastsættes), medregnes omsætningshistorikken vedr. den flyttede kapacitet 100% på den nye klinik og med 0% på den gamle klinik.

Parterne er desuden enige om, at der for evt. kapaciteter, som er opslået af regionen/kommunerne i perioden og derfor ikke har fulde 2 års afregningshistorik, ved fastsættelsen af kapaciteten skal tages hensyn ved, at der anvendes den del af perioden, som har en afregningshistorik.

Regionen meddeler senest 15. oktober 2023 klinikejer, hvad klinikkens datagrundlag for beregning af den fremtidige kapacitet fra 2024 er opgjort til. Meddelelsen er skriftlig og indeholder beregningsgrundlaget, samt beløb pr. speciale.

Regionen orienteres om parternes beregningsgrundlag vedr. overgangsordningen og sikrer, at dette er korrekt inden fremsendelse til klinikken. Det bemærkes, at der i parternes beregningsgrundlag kan være usikkerheder (f.eks. klinik-sammenlægninger), som regionen skal tage højde for, inden fremsendelse til den enkelte klinik. Klinikken meddeles i afgørelsesbrevet, at klinikken har 3 ugers klagefrist i forhold til evt. fejl i beregningen. Klager vedr. eventuelle fejl i beregningen sendes til regionen. Klinikken kan ikke klage over den af parterne fastsatte beregningsmetode.

Hvis regionen/kommunerne finder, at der er øvrige særlige forhold, der taler herfor, kan der fastsættes en højere kapacitet. Et eksempel kunne være en klinik, der grundet sygdom, dødsfald, ulykke, overdragelse af klinikken eller andre dokumenterbare omstændigheder, som må forventes at have ført til en markant lavere aktivitet, har haft en periode uden "normal" aktivitet, og således ikke har 2 eller 3 fulde års afregningshistorik. Det er en forudsætning for klinikkens klage over særlige forhold, at klinikken i en periode på mindst 3 sammenhængende måneder i de 2 eller 3 år, der indgår i beregningen af klinikkens kapacitet, i hver af månederne har haft en omsætning, som ligger mindst 30 % under den gennemsnitlige månedlige omsætning i de år, som indgår i beregningen af klinikkens kapacitet. Klinikken har 3 ugers klagefrist i forhold til evt. fejl i beregningen. Parterne udarbejder et klageskema med de forudsætninger, der skal være til stede, før klinikken kan klage vedr. særlige forhold. Det vil sige, at klinikken skal redegøre for, at forudsætningen om en periode på mindst 3

sammenhængende måneder med den markant lavere gennemsnitlige omsætning i hver måned, samt forudsætningen om en dokumenterbar omstændighed er opfyldt. Klager over særlige forhold, hvor klageskemaet ikke er anvendt, eller hvor forudsætningerne ikke er opfyldt, kan umiddelbart afvises. Klageskemaet fremsendes i første instans til Danske Fysioterapeuter, som tager til stilling til klagens berettigelse. Hvis klagen efter Danske Fysioterapeuters vurdering er berettiget, videresendes den til regionen/kommunerne. Klagen har ikke opsættende virkning.

Regionerne melder pr. 21. december 2023 klinikkernes kapacitetsgrundlag inkl. eventuelle justeringer i 2022-niveau til parterne. Parterne beregner, hvad den generelle justering af kapacitetsgrundlaget skal være, og melder dette til regionerne senest 8. januar 2024. Regionen meddeler senest den 15. januar 2024 klinikkerne, hvad deres kapacitet er. Meddelelsen er skriftlig og indeholder det endelige beregningsgrundlag, samt antal kapaciteter pr. speciale og beløb pr. speciale.

Tidsplan i overgangsordningen

- Regionen orienteres om parternes beregningsgrundlag vedr. overgangsordningen, herunder datagrundlag for de enkelte klinikker.
- Regionerne beregner de enkelte klinikkers datagrundlag for de år som skal indgå i kapacitetsberegningen og sender til klinikken senest 15. oktober 2023 med 3 ugers klagefrist.
- Klinikken sender en evt. klage over fejl i datagrundlaget direkte til regionen.
- Klinikken sender en evt. klage over øvrige særlige forhold til Danske Fysioterapeuter, der påser, at forudsætningerne for klagen er opfyldt, inden klageskemaet i givet fald videresendes til regionen.
- Regionerne behandler eventuelle klager over datagrundlaget og melder pr. 21. december klinikkernes kapacitetsgrundlag inkl. eventuelle justeringer i 2022-niveau til parterne.
- Parterne beregner, hvad den generelle justering af kapacitetsgrundlaget skal være, og melder dette til regionerne senest den 8. januar 2024.
- Regionen meddeler senest den 15. januar 2024 klinikkerne, hvad deres kapacitet er.
- Regionen meddeler i 22. januar 2024 til parterne, hvilken kapacitet, der er meldt ud til klinikkerne pr. speciale.
- RLTN meddeler årligt til regionerne, hvad én kapacitet udgør pr. speciale for det følgende år.

Antal fysioterapeuter på klinikken

Klinikken kan frit anvende lejere og ansatte inden for klinikens samlede kapacitet. Antallet af ydernumre (ejere og lejere) på klinikken kan dog ikke overstige

antallet af kapaciteter rundet op. Hvis en klinik eksempelvis har tilknyttet 2,00 kapaciteter på speciale 51 og 2,40 kapaciteter på speciale 62, er klinikkens samlede kapacitet 4,40. Denne klinik vil kunne have tilknyttet op til i alt 5 fysioterapeuter med ydernummer (ejere og lejere).

De klinikker, hvor antallet af ydernumre er større end det antal kapaciteter, som klinikken bliver tildelt ved overgangen til den nye model, kan dog fortsat anvende det ved overgangen til den nye kapacitetsmodel gældende antal ydernumre (ejere og lejere).

Særlige regler om kontrolstatistik på speciale 51

Parterne er enige om, at der gælder særlige regler for kontrolstatistikken på speciale 51 med henblik på at sikre, at overgangen til den nye kapacitets- og styringsmodel ikke medfører en utilsigtet stigning i udgiften pr. patient på speciale 51.

Undersøgelsesgrænsen på speciale 51 fastsættes i forhold til årets gennemsnitlige udgift pr. patient i regionen i det aktuelle kalenderår, men dog med et maksimum svarende til udgiften pr. patient i regionen i perioden marts 2022 - februar 2023 reguleret til aktuelle pl-niveau. Undersøgelsesgrænsen sænkes fra regionsgennemsnittet +15% til regionsgennemsnittet +10%.

Højstegrænser fastsættes til regionsgennemsnittet +10% eller derover.

Parterne følger udviklingen i udgiften pr. patient på landsplan. Hvis det konstateres, at den gennemsnitlige udgift pr. patient stiger i forhold til perioden marts 2022 - februar 2023 reguleret til aktuelle pl-niveau, er parterne enige om enten at skærpe de særlige regler for kontrolstatistikken eller overveje en anden model til formålet.

Der tages ved fastsættelse af maksimum for undersøgelsesgrænsen hensyn til den udgiftsmæssige effekt på udgiften pr. patient ved indførelsen af strukturerede forløb.

Kontrolstatistikarbejdet følger i øvrigt reglerne i § 45 om information og kontrol.

De særlige regler vedr. kontrolstatistikken på speciale 51 bortfalder, hvis parterne kan konstatere, at den gennemsnitlige udgift pr. patient i landet i gennemsnit i 2024-2026 ikke ligger over marts 2022-februar 2023 (reguleret til 2026-niveau, og justeret for evt. effekt vedr. indførelse af nye strukturerede forløb, som er indført i 2026, samt justeret for den demografiske effekts skønnede betydning for udgiften pr. patient). Hvis betingelsen (om det konstaterede maksimale niveau for udgiften pr. patient) ikke er opfyldt for perioden 2024-2026,

bortfalder de særlige regler, når og hvis betingelsen er opfyldt første gang i en senere 3 årig periode (første gang 2025-2027).

Højestegrænser fastsat til et lavere niveau end regionsgennemsnittet +15% fastholdes på dette niveau, indtil de bortfalder i henhold til § 45, stk. 13.

3.2 Højestegrænser

Parterne ønsker at styrke kontrolstatistikarbejdet, samt forenkle administrationen vedr. kontrolstatistikker og højestegrænser for speciale 51 og 62. Herunder er parterne enige om at lette kontrolstatistikudvalgets arbejde med at vurdere betydningen af patienternes alderssammensætning på klinikken. Endvidere holdes afstandstillæg fremover ude af beregningen af den gennemsnitlige udgift pr. patient på klinikken ved sammenligningen med regionsgennemsnittet. Dette betyder, at der ved vurderingen af klinikkens afvigelse fra undersøgelsesgrænsen ikke længere skal tages højde for betydningen af klinikkens brug af afstandstillæg ved hjemmebehandling.

Parterne er med henblik på at styrke den styringsmæssige effekt af kontrolstatistikarbejdet enige om, at en afvigelse fra regionsgennemsnittet, som ikke kan forklares på acceptabel vis, som udgangspunkt vil medføre fastsættelse af en højestegrænse og ikke en henstilling.

Ifølge overenskomsternes bilag om højestegrænser kan en højestegrænse tidligst have virkning fra starten af det kvartal, der følger efter fremsendelsen af afgørelsen. Parterne er enige om, at højestegrænser fremover træder i kraft den 1. januar efter meddelelsen af afgørelsen. Samtidig er parterne enige om at ændre bilaget, så en anke over en højestegrænse ikke længere har opsættende virkning. Dette sikrer, at højestegrænser følger kalenderåret, hvilket kan lette både regionernes administration og klinikkens muligheder for at følge sin højestegrænse. Endvidere bortfalder reglen om, at regionen kvartalsvist skal sende en opgørelse over klinikkens ydelsesforbrug i forhold til højestegrænsen, da behovet for denne opgørelse, når højestegrænser følger kalenderåret, overflødiggøres af, at alle klinikker får tilsendt en månedlig kontrolstatistik opgjort fra januar til og med den seneste måned af året. For eventuelle eksisterende højestegrænser, der ikke følger kalenderåret, må regionen fortsat kvartalsvist udsende en opgørelse, der følger perioden for opgørelsen af højestegrænsen. En højestegrænse, som pålægges fremadrettet, er gældende for 3 år.

Ændringer vedr. ikrafttrædelsesdato og bortfald af opsættende virkning gælder ligeledes for ridefysioterapi.

Bilag 6. Tilrettet overenskomsttekst om kontrolstatistik og højestegrænser

3.3 Løbende information til klinikkerne om udgiftsudvikling

Parterne er enige om at facilitere klinikernes muligheder for løbende at følge deres aktivitet på klinikken. Formålet er, at klinikkerne kan vurdere deres aktivitet i forhold til 1) klinikens egen kapacitet, 2) eventuelle aftaler på klinikken om fordeling af aktivitetsmuligheder inden for klinikens kapacitet, 3) klinikens udgift pr. patient i forhold til regions-/landsgennemsnit, samt 4) de overordnede udgiftsrammer.

Parterne er derfor enige om, at alle klinikker månedligt modtager klinikens kontrolstatistik opgjort fra januar til og med seneste måned i året. Kontrolstatistikken gøres tilgængelig via Sundhed.dk hurtigst muligt og senest ved udgangen af den efterfølgende måned.

Ligeledes modtager ridefysioterapeuter deres kontrolstatistik månedligt.

4 Ejerskabsforhold

Parterne er enige om, at det er muligt at eje op til 6 klinikker under overenskomsten. Endvidere fastsættes det i overenskomsten, at det ikke er muligt at eje et ydernummer uden at have hovedbeskæftigelse med at drive og tage ansvar for egen klinik/egne klinikker.

Parterne er enige om følgende ændringer i overenskomsten om almen fysioterapi og overenskomsten om vederlagsfri fysioterapi:

§ 39, Stk. 2

Fysioterapeuter, som har tiltrådt overenskomsten, kan eje eller være medejer af **op til og med 6 klinikker under overenskomsten. Det er ikke muligt at eje et ydernummer uden at have hovedbeskæftigelse med at drive og tage ansvar for egen klinik/egne klinikker. Ansvar for at overenskomsten overholdes, ligger hos den fysioterapeut, som ejer ydernummeret/ydernumrene.**

Anmærkning til § 39

Klinikker erhvervet før 22. september 2023 er undtaget bestemmelsen om maksimum 6 klinikker. Bestemmelsen angående krav om hovedbeskæftigelse med at drive og tage ansvar for egen klinik/egne klinikker gælder dog upåagtet, hvornår klinikkerne er erhvervet.

Danske Fysioterapeuter tager initiativ til at samarbejde med parterne og eventuelt andre praksisorganisationer med henblik på videre drøftelse med relevante ministerier, om der kan foretages yderligere justeringer af overenskomstens ejerskabsbestemmelser for at undgå en u hensigtsmæssig koncentration af ejerskab og herunder sikre fokus på faglighed, kvalitet og økonomisk ansvar i forhold til

overenskomsten. I givet fald søges aftalt ændringer af overenskomstens ejer-skabsbestemmelser i overenskomstperioden.

5 Pension

Regionerne har pt. en administrativ opgave med at indberette data på vegne af en selvstændig fysioterapeut til dennes pensionsordning og varetage indbetalingen hertil på vegne af fysioterapeuten.

Pensionsindbetalingerne er vanskelige at håndtere for både fysioterapeuter og regionerne. De forskellige ansættelsesformer har indflydelse på, hvem der skal indbetales pension til og for hvilken periode.

Protokollat tilrettes således:

Ansvarsbeskrivelse

Fysioterapeuten

Den enkelte fysioterapeut er forpligtiget til at sikre, at regionen har korrekte data om vedkommendes status i forhold til overenskomsten. Fysioterapeutens indberetning til regionen foregår normalt via ydernummerskema.

Hvis fysioterapeuten konstaterer, at regionen ikke har registeret korrekte data, er fysioterapeuten forpligtiget til at kontakte regionen for at få dette rettet. **Eventuelle korrektioner af indberettede eller manglende beløb til PFA /den af Danske Fysioterapeuter valgte administrator af ordningen udredes til enhver tid mellem PFA og fysioterapeuten. Er regionen årsag til manglende eller fejlagtig indberettet pension, foretager regionen korrektionen.**

Regionerne/kommunerne

Regionen er forpligtet til at indberette de fra fysioterapeuten oplyste data og overføre det aftalte beløb. Regionen er forpligtiget til at indberette oplysninger i det aftalte system og at være tilmeldt PBS for overførsel af pensionsbidrag. Første registrering af en fysioterapeut sker ved aktiv indberetning og dermed godkendelse. Denne registrering bruges fremover som grundlag for de følgende måneder medmindre regionen ændrer denne. Træk af bidrag via PBS sker på baggrund af indberetningen.

Regionerne/kommunerne er kun erstatningspligtige i tilfælde af grov uagtsomhed i forhold til forpligtigelserne til at foretage den korrekte indberetning/betaling.

PFA/den af Danske Fysioterapeuter valgte administrator af ordningen

PFA forpligter sig til at levere et system, hvor regionen kan indberette pensionsoplysninger. Systemet skal sikre, at data valideres i forhold til åbenlyse fejl i forbindelse med indberetningen.

Løbende drøftelser om driftseffektivisering

Parterne er enige om i overenskomstperioden at undersøge om der kan foretages administrative effektiviseringer, der letter indberetningen fra regionerne.

6 Børneattest

Det ses som en naturlig og vigtig udvikling, at der sikres børneattester på al personale i fysioterapiklinikkerne, særligt når der er tale om et direkte behandlingsansvar overfor kommunens og regionens borgere.

I forbindelse med overenskomsterne af 1. januar 2019 blev det indført, at regionerne indhenter børneattester på fysioterapeuter i forbindelse med deres tiltrædelse af overenskomsten. RLTN ønsker, at der også skal være mulighed for at indhente børneattester på de eksisterende ydernummerindehavere, som er tiltrådt overenskomsten før 1. januar 2019.

Parterne finder det derudover vigtigt, at der foreligger børneattester på ansatte fysioterapeuter, idet ansatte fysioterapeuter og vikarer i klinikkerne ofte står for at varetage en stor del af behandlingerne af kommunens og regionens borgere.

OK-tekst

Tilføjelse til anmærkningen til § 22, stk. 7:

”For fysioterapeuter, som er tiltrådt før 1. januar 2019 og dermed ikke har givet fuldmagt til indhentelse af børneattest i forbindelse med tiltrædelse til overenskomsten, giver fysioterapeuten fuldmagt til regionen til at indhente en børneattest, såfremt regionen stiller forslag herom.

Som ny § 24, stk. 4:

”Klinikejer indhenter samtykke fra den ansatte til indhentelse af en børneattest vedr. den ansatte fysioterapeut og påser, at børneattesten ikke er påtegnet med alvorlige anmærkninger med relevans for virke under overenskomsten. Børneattesten indhentes senest 3 uger efter ansættelsen.”

Som ny § 33, stk. 6:

”Klinikejer indhenter samtykke fra vikaren til indhentelse af en børneattest vedr. vikaren og påser, at børneattesten ikke er påtegnet med alvorlige anmærkninger med relevans for virke under overenskomsten. Børneattesten indhentes senest 3 uger efter vikarens tiltrædelse.”

Anm. til §24 stk. 3 og § 33, stk. 6

Børneattesterne indsendes alene til regionen, hvis regionen fremsætter ønske herom.

7 Elektronisk booking

For patienter er det vigtigt med en let adgang til fysioterapipraksis gennem møderne og tidssvarende kommunikationsformer.

Ved at gøre det nemt og tilgængeligt for patienter at kontakte en fysioterapeut på en måde, som giver mening i forhold til patientens behov, bidrager parterne til at skabe gode rammer for borgerens helbredelse og tilbagevenden til fx arbejdsmarkedet.

I dag er mange patienter vant til, at en stor del af kontakten til sundhedsvæsenet foregår online. Særligt tidsbestilling og mindre komplicerede spørgsmål foregår via online portaler. Patienterne har derfor en forventning om, at de på tværs af sundhedstilbud kan anvende lignende kommunikationsformer.

Parterne har en fælles målsætning om, at fysioterapeuterne skal tilbyde patienterne elektronisk booking. Parterne er derfor enige om, at alle klinikker tilbyder elektronisk booking fra den 1. oktober 2024. Det betyder, at alle patienter, der har haft første konsultation, skal have mulighed for at booke tid elektronisk som et supplement til eksisterende kontaktmuligheder. Der skal dog tages hensyn til praktiske eller faglige årsager, hvor elektronisk booking ikke er hensigtsmæssig, herunder vedr. nye patienter, som bør screenes, patienter, hvor der skal afsættes tid til transport til hjemmet, og patienter, hvor patientens ønsker til behandling afviger fra fysioterapeutens vurdering af behandlingsbehovet.

8 Basisvilkår

I Danmark er det som udgangspunkt arbejdsmarkedets parter på lønmodtager- og arbejdsgiversiden, der sammen forhandler løn- og arbejdsvilkår. Praksisoverenskomsterne mellem RLTN og Danske Fysioterapeuter indeholder alene konkrete forpligtelser for den enkelte klinikejer og ydernummerindehaver, løn- og ansættelsesvilkår for ansatte aftales mellem klinikejer og ansatte. Det offentlige har dermed ikke ansættelsesretlige forpligtelser over for ansatte i fysioterapipraksis.

Parterne er derfor enige om, at der indsættes følgende tekst i præambelen i overenskomsterne om fysioterapi, vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi:

”Klinikejer skal arbejde for at sikre, at fysioterapeuter, som udfører behandling under overenskomsten som ansat, er sikret løn, arbejdstid og andre arbejdsvilkår, som ikke er mindre gunstige end de vilkår, der er gældende for arbejde af samme art inden for branchen på det danske arbejdsmarked.”

9 Gebyr for ikke-medlemmer

Overenskomsten indeholder et tillæg vedr. gebyrer for fysioterapeuter, som er tilsluttet fysioterapioverenskomsterne, men som ikke er medlem af Danske Fysioterapeuter. Tillægget beskriver, at fysioterapeuten i dette tilfælde betaler et løbende gebyr til dækning af ikke-medlemmets forholdsmæssige andel af Danske Fysioterapeuters omkostninger ved levering af de ydelser, som bliver stillet til rådighed for ikke-medlemmet.

Parterne er enige om at justere indbetalingen til 75% af det til enhver tid gældende medlemskontingent for organiserede ydere under overenskomsten.

10. Ridefysioterapi

10.1 Udeblivelsesgebyr

Ved udeblivelse eller for sent afbud fra patienten bør ridefysioterapeuten kunne opkræve et beløb fra patienten, som kompenserer for ridefysioterapeutens og rideskolens tab. Ifølge den nuværende bestemmelse i overenskomsten om ridefysioterapi, kan patienten pålægges et gebyr på 50 kr. til ridefysioterapeuten og 150 kr. til rideskolen, hvis patienten udebliver og ikke har meldt afbud senest kl. 18 dagen før.

Overenskomstens afbudsbestemmelse bør harmoniseres med bestemmelsen i de øvrige overenskomster (som blev ændret ved seneste overenskomstfornyelse), så ridefysioterapeuten kan opkræve et beløb fra patienten svarende til den planlagte behandling, dog med en nærmere fastsat maksimal beløbsgrænse.

Parterne er enige om, at ordensbestemmelsen (§ 47) ændres til følgende:

§ 47 AFBUD TIL OG UDEBLIVELSE FRA BEHANDLING

Stk. 1

Afbud fra patienten skal så vidt muligt meddeles fysioterapeuten dagen før den aftalte behandlingsdato. Undlader patienten at melde afbud senest kl. 18 dagen før behandlingen, kan ridefysioterapeuten pålægge pågældende at godtgøre 50 kr. til ridefysioterapeuten, samt et beløb til rideskolen. Beløbet til rideskolen kan maksimalt svare til honoraret til rideskolen for den planlagte behandling af patienten, dog maksimalt svarende til 225 kr. (1. april 2022-niveau). Beløbet reguleres i henhold til § 27.

10.2 Omlægning af ridefysioterapeutens honorar

Parterne er enige om at lave en mere hensigtsmæssig fordeling af honoraret, så det understøtter hold med 4-5 deltagere og øget honorar til bagsidder.

På speciale 65 sker følgende ændringer af honorarerne:

- Honoraret pr. deltager ved hold med 1 eller 2 deltagere (0311, 0312, 0321, 0322, 0331, 0332, 0421, 0422, 0431 og 0432) reduceres til niveauet pr. deltager ved hold med 3 deltagere.
- Honoraret til ridefysioterapeuten ved 4 eller 5 deltagere (0311-0312) hæves med 22,07% og honoraret til rideskoler/-klubber for bagsidder (0305 og 0405) samt honoraret ved 4 eller 5 deltagere (0324-0325, 0334-0335, 0424-0425, 0434-0435) hæves med 14,10%.

På speciale 57 sker følgende ændringer af honorarerne:

- Honoraret pr. deltager ved hold med 1 eller 2 deltagere (0311, 0312, 0321, 0322, 0331, 0332, 0421, 0422, 0431 og 0432) reduceres til niveauet pr. deltager ved hold med 3 deltagere.
- Honoraret til ridefysioterapeuten ved 4 eller 5 deltagere (0311-0312) hæves med 20,06% og honoraret til rideskoler/-klubber for bagsidder (0305 og 0405) samt honoraret ved 4 eller 5 deltagere (0324-0325, 0334-0335, 0424-0425, 0434-0435) hæves med 15,53%.

10.3 Lokale aftaler om ekstra ansat

Overenskomsten om ridefysioterapi indeholder ikke en mulighed for, at en ridefysioterapeut kan ansætte en ridefysioterapeut, som også kan have aktivitet under ydernummeret. Der er mulighed for, at der lokalt kan indgås en aftale mellem regionen/kommunerne i regionen og en ridefysioterapeut om, at ridefysioterapeuten kan anvende en ekstra ansat ridefysioterapeut, og at myndigheden kan fastsætte, at dette ikke må indebære en stigning i omsætningen på det pågældende ydernummer.

10.4 Vikar bestemmelser

Vikarbestemmelsen ændres, hvorved kravet til vikaren er, at det er en fysioterapeut, som ridefysioterapeuten vurderer egnet til patientsikkert at kunne varetage behandlingen ved ridefysioterapeutens fravær.

§ 22. Vikar

Stk. 1

Ridefysioterapeuten kan ved fuldt eller delvist fravær antage en vikar til at varetage de patientforløb, som ridefysioterapeuten selv ville have varetaget, hvis fysioterapeuten ikke havde været fraværende. Anvendelsen af vikar må ikke bevirke en udvidelse af kapaciteten.

Stk. 2

Vikarperioden må maksimalt vare 1 år. Regionen/kommunerne i regionen kan dog dispensere fra 1-års reglen efter ansøgning fra fysioterapeuten.

Stk. 3

Vikaren udfører behandling på vegne af ridefysioterapeuten ved dennes fravær. Ridefysioterapeuten skal vurdere, at vikaren vil være egnet til patientsikkert at varetage behandlingen. Vikaren skal være fysioterapeut og har dermed selvstændigt behandleransvar og har i øvrigt pligt til at udøve ridefysioterapeutvirksomhed efter de i denne overenskomst fastsatte bestemmelser. Hvis vikaren er selvstændig, skal vikaren have tegnet en erhvervsansvarsforsikring.

Stk. 4

Ved antagelse af vikar meddeles dette Danske Fysioterapeuter og regionen/kommunerne i regionen, inden vikarens tiltrædelse, hvis varigheden er over 2 måneder.

Stk. 5

Vikaren afregner på den fraværende fysioterapeuts ydernummer.

Anmærkningen til § 22 ændres til.

Vikaren skal som udgangspunkt være uddannet ridefysioterapeut. Det er kun muligt at anvende en vikar, som ikke er uddannet ridefysioterapeut, hvis det ikke har været muligt at finde en uddannet ridefysioterapeut. Vikaren skal i dette tilfælde have tilmeldt sig ridefysioterapiuddannelsen og/eller have erfaring som hjælpepersonale vedr. ridefysioterapeutisk behandling.

11. Økonomi

11.1 Protokollater om overenskomsternes økonomi

Protokollat om decentral udmøntning af midler til nynedsættelser for almen fysioterapi og vederlagsfri fysioterapi.

Der afsættes decentrale midler svarende til 39,978 mio. kr. i tilskud til vederlagsfri fysioterapi (2022-niveau) med henblik på udmøntning af nynedsættelser i forbindelse med håndtering af lokale demografiske udfordringer (midler til forhøjelser af rammen for speciale 62 inkl. midler vedr. aftale om forhøjelse af rammen med 1,5% i 2023). Parterne er enige om, at regioner og kommuner råder over de decentrale midler, men i videst muligt omfang forpligter sig på at anvende midlerne til nedsættelse af nye ydernumre med nye ejere efter § 20 om praksisplanens realisering. Regionen og kommunerne i regionen reviderer kapacitetsdelen af praksisplanen senest den 1. juli 2025 med henblik på udmøntning af nynedsættelserne i 2025 og 2026. Midlerne finder anvendelse i regioner og kommuner pba. regionernes bloktilskudsnøgle.

For vederlagsfri fysioterapi udmøntes decentrale midler i 2022-niveau svarende til:

- 31,850 mio. kr. i 2025
- 8,127 mio. kr. i 2026

Det er parternes forventning, at udmøntningen af demografimidler til nynedsættelser på speciale 62 i tilsvarende omfang medfører nynedsættelser på speciale 51. Regionen meddeler ved nynedsættelse fysioterapeuten, hvordan kapacitetens tilskud er fordelt på de 2 specialer og samlet.

RLTN følger løbende op på, om udmøntningen af decentrale midler medfører nynedsættelser som forventet og indgår i dialog med kommuner og regioner herom. Hvis ikke alle de decentrale midler disponeres til nynedsættelser inden udgangen af overenskomstens 3. år (2026), tillægges de ikke-disponerede midler via en procentuel forhøjelse af eksisterende klinikkers kapacitet på specialet. For speciale 51 foretager parterne denne opgørelse i forhold til det beløb, som parterne i beregningen af klinikkernes kapacitet i 2024 afsatte til forventet udmøntning af nynedsættelser i løbet af overenskomstperioden.

Protokollat vedrørende overenskomstens økonomi (almen fysioterapi)

Parterne er enige om, at den samlede økonomiske ramme for udgifterne til fysioterapeutisk behandling udgør **488,459 mio. kroner (2022-niveau)**. Rammen tillægges løn- og prisregulering af honorarerne i henhold til § 44 i overenskomsten. Rammen følger kalenderåret, og udgiftsudviklingen inden for overenskomstens område følges af parterne i månedlige opgørelser, der skal indeholde oplysninger om udgifter og antal patienter vurderet i forhold til den samlede ramme.

Hvis den månedlige opgørelse viser tegn på, at udgifterne ikke kan holdes inden for den samlede aftalte ramme, drøfter parterne muligheden for at iværksætte udgiftsdæmpende tiltag.

Hvis de årlige udgifter til fysioterapi på trods af eventuelle udgiftsdæmpende foranstaltninger alligevel overstiger den aftalte ramme, sker der med virkning fra den førstkommande regulering en nedsættelse af de regionale tilskud i kr. samt en tilsvarende nedsættelse af honorarerne i kr., således at modregningen ikke overvælttes på patienterne.

Modregningen skal give compensation svarende til den konstaterede forskel mellem den afsatte ramme og de regionale udgifter.

Modregningen afvikles over ét år med virkning fra førstkommande regulering, hvorefter overskridelsen betragtes som tilbagebetalt.

Såfremt parterne bliver enige om at udskyde forhandlingerne om fornyelse af overenskomsten, drøftes niveauet for rammen i denne periode.

ANMÆRKNING TIL PROTOKOLLAT OM OVERENSKOMSTENS ØKONOMI

RLTN foretager månedsvise opgørelser af det aktuelle udgiftsniveau set i forhold til den aftalte økonomiske ramme. Både regioner og kommunerne som myndighed og Danske Fysioterapeuter som organisation kan give løbende information og

vejledning til fysioterapeuterne om det aktuelle udgiftsniveau set i forhold til den økonomiske ramme. Parterne er enige om, at både regioner, kommuner og Danske Fysioterapeuter har et aktivt medansvar for at levere information og vejledning med henblik på at bistå med at sikre, at aktiviteten holder sig inden for den aftalte ramme.

Danske Fysioterapeuter vejleder endvidere fysioterapeuterne om, hvordan fysioterapeuterne kan håndtere situationer, hvor efterspørgslen hos den enkelte fysioterapeut eller mere generelt i branchen overstiger udbuddet, således at der opstår ventetid.

Protokollat om vedrørende overenskomstens økonomi (vederlagsfri fysioterapi)

Den samlede økonomiske ramme for udgifterne til vederlagsfri fysioterapi udgør **1.051,790 mio. kr.(2022-niveau)**. Rammen justeres for pris- og lønregulering af honorarerne i henhold til aftalens reguleringsbestemmelse § 44 i overenskomsten.

Der tillægges et råderum til rammen på

- **0,75 pct. i 2024**
- **0,75 pct. i 2025**
- **0,75 pct. i 2026**

Råderummet som følge af rammevæksten i overenskomstperioden anvendes til udmøntning af nynedsættelser jf. protokollat om midler til nynedsættelser.

Rammen følger kalenderåret og udgiftsudviklingen inden for overenskomstens område følges af parterne i månedlige opgørelser, der viser ordningens udgifter vurderet i forhold til den aftalte ramme. Oplysningerne kommunikerer ud til kommuner og regioner.

Opgørelsen skal vise udgifterne, antal patienter, antal ydelser og udgift pr. patient i løbende og faste priser hen over året. Endvidere indeholder oplysningerne brugen af individuel behandling, herunder antal normalbehandlinger pr. patient. Oplysningerne opgøres for hele landet og for regionerne.

Kommunerne leverer senest den 1. juni en opdateret oversigt over kommunale tilbud med betydning for vederlagsfri fysioterapi til parterne. Parterne leverer et spørgeskema til brug for belysning af bl.a. hvilke patientgrupper, der har valgt at få vederlagsfri fysioterapi i kommunalt regi samt oprettelser, nedlæggelser eller ændringer i fysioterapeutiske tilbud, som har betydning for vederlagsfri fysioterapi.

Hvis den månedlige opgørelse viser tegn på, at udgifterne ikke kan holdes inden for den samlede aftalte ramme, drøfter parterne mulighederne for at iværksætte udgiftsdæmpende tiltag.

Hvis de årlige udgifter til vederlagsfri fysioterapi på trods af eventuelle udgifts-dæmpende tiltag alligevel overstiger den aftalte ramme, sker der med virkning fra den førstkomende pris- og lønregulering en modregning ved nedsættelse af honorarerne via en justering af regulering jf. § 44 og en tilsvarende justering af regulering af økonomirammen. Modregningen skal give kompensation svarende til den konstaterede forskel mellem den aftalte ramme og de kommunale udgifter.

Modregningen bortfalder efter et år, hvorefter overskridelsen betragtes som tilbagebetalt.

Såfremt parterne bliver enige om at udskyde forhandlingerne om fornyelse af overenskomsten, drøftes niveauet for rammen i denne periode.

ANMÆRKNING TIL PROTOKOLLAT OM OVERENSKOMSTENS ØKONOMI

RLTN foretager månedsvise opgørelser af det aktuelle udgiftsniveau set i forhold til den aftalte økonomiske ramme. Både regioner og kommunerne som myndighed og Danske Fysioterapeuter som organisation kan give løbende information og vejledning til fysioterapeuterne om det aktuelle udgiftsniveau set i forhold til den økonomiske ramme. Parterne er enige om, at både regioner, kommuner og Danske Fysioterapeuter har et aktivt medansvar for at levere information og vejledning med henblik på at bistå med at sikre, at aktiviteten holder sig inden for den aftalte ramme.

Danske Fysioterapeuter vejleder endvidere fysioterapeuterne om, hvordan fysioterapeuterne kan håndtere situationer, hvor efterspørgslen hos den enkelte fysioterapeut eller mere generelt i branchen overstiger udbuddet, således at der opstår ventetid.

12. Tekniske krav

Dødsfald

Parterne er enige om, at der har vist sig behov for en tekst i overenskomsten omkring håndtering af dødsbo ift. klinikejers dødsfald. Følgende tekst indsættes som ny § 23. stk. 4:

Stk. 4.

Dødsboet efter en klinikejer er berettiget til at sælge praksis inden for en periode af 12 måneder efter dødsfaldet. Dødsboet kan i perioden anvende en fysioterapeut som vikar i praksis. Overtagelse finder sted efter reglerne i § 22.

Såfremt der ikke inden for 12 måneder efter dødsfald er indgået aftale om overdragelse af praksis, således at der etableres nyt ejerskab ved en eller flere fysioterapeuter, kan regionen søge praksis videreført ved at opslå tilladelse til nynedsættelse, jf. reglerne i § 20.]

Navneændring Aps

Det er i dag et krav i overenskomsten (jf. § 40), at et Aps skal have et navn, hvor der indgår betegnelsen "autoriseret fysioterapeut.... Aps" eller "autoriserede fysioterapeuter....Aps"

Parterne er enige om, at formålet med navnekravet er, at det er transparent at det er en fysioterapeutvirksomhed, der er ejet af fysioterapeuter, der er tiltrådt overenskomsten.

Denne transparens kan dog godt udtrykkes på en mere fleksibel måde ligesom ejerskabsforholdene til enhver tid fremgår klart i det offentlige cvr register.

(Parterne er enige om, at § 40, stk. 3, punkt 1) ændres således:

"Et fysioterapeutanpartsselskab skal med sit navn leve op til lov om markedsføring af sundhedsydelser og må ikke være vildledende, urigtig eller mangelfuld i forhold til formålet at drive fysioterapivirksomhed og virksomhed, der er naturligt forbundet hermed."

Epikriser

Konsekvens rettelse af aftale af 07-09-2018, hvor det blev aftalt at når der i regi af kvalitets- og moderniseringsarbejdet er udarbejdet retningslinjer vedrørende udarbejdelse af epikriser, og de er implementeret i overenskomstens år 2 og 3, skal de praktiserende fysioterapeuter sende epikriser til de praktiserende læger i forbindelse med alle afsluttede behandlinger.

§ 6

Stk. 1

Med henblik på størst mulig tværfaglig sammenhæng og udbytte af den samlede behandlingsindsats, skal der mellem fysioterapeut og henvisende læge videregives relevant orientering om behandlingsforløb og resultaterne heraf med en epikrise.

13 Aftalens løbetid

Parterne er enige om, at overenskomsterne om almen fysioterapi, vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi med de ændringer, der følger af nærværende aftale, træder i kraft den 01-01-2024.


Parterne er enige om, at næste forhandling af overenskomsten på uopsagt grundlag bør være gennemført til ikrafttræden den 01-01-2027.

København, den 1. september 2023

For
Regionernes Lønnings- og
Takstnævn



Bo Libergren



Michael Fenger



Kirsten Jørgensen



Nanna Skovgaard

For
Danske Fysioterapeuter



Jeanette Præstegaard



Jens Peter Vejbæk

Bilag

Bilag 1. Organisering, funktionsbeskrivelse, styring og økonomi for Enheden for Kvalitet og Modernisering

Parterne er enige om, at det fremtidige kvalitets- og moderniseringsarbejde varetages af Enhed for Kvalitet og Modernisering, for at understøtte parternes interesser og indflydelse på projekterne.

Der ansættes en sekretariatsleder, som har den daglige ledelse af enheden.

Partene er enige om, at den fysiske placering af Enheden ikke må påvirke Enhedens arbejde. Enheden refererer fortsat løbende til et fælles sekretariat bestående af repræsentanter fra overenskomstens parter.

Personale sammensætning i Enhed for Kvalitet og Modernisering

5 medarbejdere: 1 sekretariatsleder, 3 AC-medarbejdere, 1 student.

Medarbejder i EKM:

1 sekretariatsleder, der har den daglige ledelse af de medarbejdere, som udgør EKM.

Enheden skal kunne varetage koordination i forhold til de lokale kvalitetsnetværk, hvilket forudsætter dyb indsigt i fysioterapipraksis

Enheden skal have særlige kompetencer i forhold til sundhedsdata

Enheden skal have generelle ac-kompetencer med viden og/eller erfaring med udvikling af sundhedsvæsenet

Sekretariatslederen referer i sine løbende personaleforhold til nærmeste leder, i den organisation, hvor sekretariatslederen er placeret.

Opgavebeskrivelser

Sekretariatsleder:

Daglig ledelse

Ansvar for koordinering

Sikrer at opdraget fra styregruppen efterleves

Sikrer at netværksmøderne opfylder ok-aftalens formål

Understøtter enhedens udvikling af kvalitetsudviklingsindsatser.

Øvrige medarbejdere i EKM:

Udarbejde diagnosekodekatalog

Afdækker behov for kvalitetsudviklingsindsatser

Understøtter, at klyngepakkerne tager afsæt i relevant data og nyeste viden

Understøtter netværkskoordinatorernes udvikling af andet mødemateriale og implementeringsværktøjer

Opretter, understøtter og vedligeholder de lokale faglige netværk

Understøtter netværkskoordinatorerne i planlægning og afvikling i møder

Underviser netværkskoordinatorerne i mødeafvikling/facilitering

Udarbejder årlig status om netværkenes aktiviteter

Ansvarlig for at planlægge årlige kvalitetsseminar for netværkskoordinatorerne.

Alle medarbejdere i enheden skal kunne bidrage til at løse enhedens samlede opgaver, så enheden er fleksibel i forhold til at sikre leverancer i både moderniseringsarbejdet og på kvalitetsområdet. Alle medarbejdere i enheden skal have indsigt i fysioterapipraksis og sundhedsvæsenet. Det er afgørende, at enheden er tæt på fysioterapipraksis og deltager i relevante fora og arrangementer som bl.a. arrangeres af Danske Fysioterapeuter.

Kvalitets- og moderniseringsarbejdet tager afsæt i følgende opgaver:

Modernisering af overenskomstens ydelser herunder udvikling af strukturerede forløb

Implementering af strukturerede forløb

Udvikling af datadrevet kvalitet

Udvikling og implementering af ny kvalitetsmodel

Styregruppe

Der etableres en styregruppe med repræsentation fra alle tre parter. Styregruppen er udpeget af overenskomstens parter.

Styregruppen skal bestå af i alt 8 personer:

1 formand som udpeges af parterne

3 repræsentanter udpeget af Danske Fysioterapeuter

2 repræsentanter udpeget af Danske Regioner

2 repræsentanter udpeget af KL

Styregruppen har det overordnede ansvar for prioritering af enhedens opgaver, igangsætter og følger opgaverne for kvalitetsudvikling og modernisering af fysioterapi praksis samt træffer overordnede, strategiske beslutninger.

Sekretariatslederen referer løbende til formanden for styregruppen.

Styregruppens konkrete opgaver:

- Fastsætter nøgleleverancer og den overordnede tidsplan
- Er ansvarlig for at igangsætte, løbende følge op på samt sikre fremdrift
- Træffer overordnede beslutninger
- Godkender årligt en årsrapport, der udarbejdes af Enhed for Kvalitet og Modernisering.

Økonomi

Parterne forventer udgifter for 7,192 mio. kr. i 2024, 7,904 mio. kr. i 2025 og 7,904 mio. kr. i 2026 til Enhed for kvalitet og modernisering og kvalitetsarbejde herunder datadrevet kvalitet via Sentinel.

De forventede udgifter dækker over Enhedens løbende driftsudgifter samt omkostninger til udvikling af strukturerede forløb. Dertil kommer udgifter til kvalitetsnetværk på 20.000 kr. pr. netværkskoordinator pr. hele år og 500 kr. pr. fysioterapeut pr. møde til aktivitet i kvalitetsnetværkene, som dækker blandt andet leje af mødelokaler, mødeforplejning mm. Beløbene er i 2022-niveau og reguleres én gang årligt i takt med reguleringen af honorarer jf. § 44. Parterne forventer i gennemsnit tre kvalitetsnetværksmøder om året.

Enheden for kvalitet og modernisering og kvalitetsarbejdet finansieres af Fonden.

Økonomi til enhed og kvalitetsarbejde (mio. kr.)

	2024	2025	2026
Enhed for kvalitet og modernisering			
Lønomkostninger	2,534	2,564	2,564
Lokaleleje	0,209	0,209	0,209
IT – drift og udstyr	0,065	0,065	0,065
Administration regnskab	0,024	0,024	0,024
Administration løn	0,031	0,031	0,031
Møder og forplejning	0,040	0,040	0,040
Transport	0,025	0,025	0,025
Øvrige eksterne omkostninger	0,200	0,200	0,200
I alt	3,127	3,158	3,158
Kvalitet og data			
Driftsaftale med Sundhed.dk – Sentinel inkl. udvikling IT-udvikling	2,000	1,750	1,750
Kvalitetsnetværk			
Kvalitetsnetværksmøder (forplejning, lokaler mv.)	1,465	2,197	2,197
Honorering af netværkskoordinatører	0,600	0,800	0,800
Finansiering			
Årlig bevilling til Enheden	3,313	3,313	3,313
Midler fra fondens kvalitetsarbejde	0,510	0,510	0,510
Finansiering fra Fondens egenkapital	3,368	4,081	4,081

I alt	7,192	7,905	7,905
--------------	--------------	--------------	--------------

Skønnene er behæftet med en vis usikkerhed. Hvis beløbet er overestimeret det ene år, er parterne enige om, at pengene overføres til finansiering af næste års udgifter. Er den afsatte finansiering ikke tilstrækkelig tager parterne i fællesskab stilling til den fortsatte finansiering af kvalitetsområdet.

Der afsættes midler til overenskomstperioden, hvorfor parterne er enige om, at man ved aftalens udløb tager stilling til, hvordan den varige finansiering tilvejebringes. Finansieringen er en forudsætning for at kunne opretholde de aftalte kvalitetsnetværk samt indsamling af data.

Overenskomstens § 46 om kvalitetsudvikling konsekvensrettes.

Overenskomstens § 48 om akkreditering af fysioterapi praksis udgår.

Overenskomstens § 50 om indbetaling til fonden konsekvensrettes.

Bilag 2. Faseinddeling af kvalitetsarbejdet

Faseopdeling af kvalitetsarbejdet i den kommende overenskomstperiode

Fase	EKM	Sentinel	Fysioterapeuter/Kvalitetsnetværk
1	<ul style="list-style-type: none"> - Udvikling af diagnosekodekatalog og implementering heraf (fx roadshows og/eller webinarer for fysioterapipraksis) - Etablering af kvalitetsnetværk. 	<ul style="list-style-type: none"> - Udvikling af databehandleraftale 	<ul style="list-style-type: none"> Etablering af kvalitetsnetværk herunder udpegning af netværkskoordinator og evt. suppleant.
2	<ul style="list-style-type: none"> - Implementering af kvalitetsnetværk - Udarbejdelse af relevant materiale til brug i kvalitetsnetværkene evt. på baggrund af kvalitetsindikatorer fra akkrediteringen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Certificering af IT-leverandører - Implementering i fysioterapipraksis 	<ul style="list-style-type: none"> - Opstart af kvalitetsnetværk med mødeindhold uden behov for dataindsamling evt. med udgangspunkt i erfaringerne fra akkrediteringen
3	<ul style="list-style-type: none"> - Opstart af diagnosekodningsindsamling til kvalitetsarbejde - Fortsat udarbejdelse af materiale til brug i kvalitetsnetværkene (diagnosespecifikke). 	<ul style="list-style-type: none"> - Opstart af indsamling af diagnosekoder -Udarbejdelse af kvalitetsrapporter 	<ul style="list-style-type: none"> - Fortsat mødes i kvalitetsnetværk om mødeindhold uden behov for dataindsamling - I takt med at diagnosekodningen implementeres i praksis, kan der arbejdes med mødeindhold med relevans for specifikke diagnosegrupper
4	<ul style="list-style-type: none"> - Afsøgning af relevante muligheder for opsamling af data til effektmålsvurderinger, patienttilfredshed e.l. - Udarbejdelse af struktur-, proces eller resultatindikatorer med baggrund i tilgængelig data til brug i kvalitetsnetværkene. -Vurdering af relevante effektmålsredskaber til specifikke målgrupper (kan eventuelt kobles op på udviklingen af strukturerede forløb og kvalitetsindikatorer). 	<ul style="list-style-type: none"> -Integrering af andre kvalitetsindikatorer med henblik på opsamling af yderligere data 	<ul style="list-style-type: none"> - Bidrage med erfaringer og behov for yderligere data materiale til videre udvikling af kvalitetsarbejdet.

--	--	--	--

Bilag 3. Ny ydelsesstruktur og ydelsesbeskrivelser

Ny ydelsesstruktur og ydelsesbeskrivelser for eksisterende og nye ydelser

Oversigt over eksisterende honorarbårne ydelser og forslag til nye ydelser

Eksisterende behandlingsydelser (som der er nye beskrivelser af):

- Første konsultation
- Individuel konsultation (tidligere normalbehandling)
- Afgrænset konsultation (tidligere kort behandling)
- Superviseret selvtræning på klinik (tidligere opfølgende træningsterapi)
- Holdkonsultation (tidligere holdtræning)
- Statuskonsultation for vederlagsfri fysioterapi er beskrevet i § 5, stk. 9
- Individuel behandling og holdtræning samme dag (ydelsesnummer 0120,0121 og 0122) er beskrevet i §12 stk. 2.
- Statuskonsultation

Øvrige eksisterende ydelser (som der er nye beskrivelser af):

- Honorarer for behandling uden for åbningstiden
- Vejledende honorering af fysioterapeuter for deltagelse i møder m.v. om konkrete patienter

Nye ydelser:

- Individuel videokonsultation
- Hold videokonsultation
- Evalueringskonsultation
- Udvidet konsultation
- Digital opfølgning på selvtræning

Første konsultation (eksisterende ydelse)

Ydelse og ydelsesnummer	Første konsultation (0110)
Honorar, oktober 2022-niveau	Speciale 51: 484,31 kr. Speciale 62: 484,31 kr.
Målgruppe	Første konsultation anvendes som udgangspunkt ved alle patienter, der starter et nyt forløb i fysioterapipraksis. Det afklares om fysioterapi er det rette tilbud til patienten.
Forudsætninger for brug/indikation	Ny lægehenvi-sning. Hvis behandling fortsætter i forbindelse med, at forrige henvisning udløber, kan der ikke honoreres for en ny første konsultation.
Indhold i ydelser	<ul style="list-style-type: none"> • Årsagen til kontakten/arbejdshypotese/diagnose • Anamnese • Klinisk undersøgelse, herunder test- og måleredskaber • Screening for tegn og symptomer på alvorlig patologi og evt. opfølgning på fund af alvorlig patologi (røde flag) • Konklusion på den fysioterapeutiske undersøgelse og vurdering af om der er indikation for fysioterapeutisk behandling. • Fælles målsætning/forventningsafstemning for behandlingsforløbet • Behandlingsplan herunder aftale for videre opfølgning • Vejledning og rådgivning • Eventuel opstart af behandling • Vurdering af behov for tværfagligt samarbejde og in-volvering af pårørende • Journalføring af fund og konklusion på eventuel be-handling
Limiteringer	<p>Der kan kun gives én første konsultation (ydelse 0110) i behandlingsforløbet for samme sygdomsaktivitet.</p> <p>Der kan ikke gives honorar for 1. konsultation i de tilfælde, hvor en patient behandles af en anden fysioterapeut ved ferie, sygdom, kursus, barsel eller anden for afløsnings-virk-somhed.</p> <p>Der kan gives honorar for 1. konsultation i de tilfælde, hvor en fysioterapeut overtager behandlingen af en patient fra en anden klinik.</p> <p>Der kan kun gives et honorar pr. konsultation og kun 1 konsultation/hold pr. kalenderdag.</p>

	Ydelsen kan dog, ved særlige behov for patienten, kombineres med holdkonsultation samme dag. I de tilfælde afregnes ydelsen med 0120. Kombinationen af individuel behandling og hold på samme dag kan ske, hvis forudgående individuel behandling er forudsætning for, at patienten kan deltage på hold og/eller ved særlige transportbehov.
--	--

Individuel konsultation (eksisterende ydelse, tidligere: normalbehandling)

Ydelse og ydelsesnummer	Individuel konsultation (0111)
Honorar, oktober 2022-niveau	Speciale 51: 307,95 kr. Speciale 62: 327,68 kr.
Målgruppe	Alle patienter, hvor der er indikation for individuel fysioterapi.
Forudsætninger for brug/indikation	Sket på baggrund af fysioterapeutens faglige vurdering. Det er afgørende, at patientens problemstilling forudsætter et forløb, hvor der indgår individuelle behandlinger for at opnå målsætningen for behandlingen. Det kan fx være, hvis der er indikation for manuel behandling eller, patientens samlede sygdomstilstand ikke ville kunne profitere af andre konsultationsformer.
Indhold i ydelser	<ul style="list-style-type: none"> • Træningsterapi, manuel behandling, instruktion i øvelser, rådgivning og vejledning, apparaturbehandling m.m. • Vurdering af og opfølgning på eventuelle komplikationer/bivirkninger • Løbende vurdering af behandlingsforløb og behandlingsmål, herunder eventuelt anvendelse af test/måleredskaber • Det vurderes løbende om behandlingsmålet er opnået og om patienten kan afsluttes. Hvis ikke om, der er behov for tilpasning af mål og behandlingsplan • Journalføring inkl. eventuelle afgivelser eller tilpasninger.

Limiteringer	<p>Der kan kun gives et honorar pr. konsultation og kun 1 konsultation pr. kalenderdag.</p> <p>Ydelsen kan dog, ved særlige behov for patienten, kombineres med holdkonsultation samme dag. I de tilfælde afregnes ydelsen med 0121. Kombinationen af individuel behandling og hold på samme dag kan ske, hvis forudgående individuel behandling er forudsætning for, at patienten kan deltage på hold og/eller ved særlige transportbehov.</p>
--------------	---

Afgrænset individuel konsultation (eksisterende ydelse, tidligere: kort behandling)

Ydelse og ydelsesnummer	Afgrænset individuel konsultation (0112)
Honorar, oktober 2022-niveau	Speciale 51: 205,30 kr. Speciale 62: 218,46 kr.
Målgruppe	Alle patienter, når der er indikation for en afgrænset fysioterapeutisk behandling. Fx en intervention, der ikke kræver en <i>individuel konsultation (0111)</i> .
Forudsætninger for brug/indikation	Anvendes, når der er tale om simple problematikker, hvor der alene er indikation for en enkelt behandlingstilgang for at afhjælpe problematikken.
Indhold i ydelser	<ul style="list-style-type: none"> • Manuel behandling, progression af øvelser og vejledning/rådgivning m.m. • Håndtering af eventuelle komplikationer og bivirkninger • Det vurderes løbende om behandlingsmålet er opnået og om patienten kan afsluttes • Journalføring inkl. eventuelle afgivelser eller tilpasninger.
Limiteringer	<p>Der kan kun gives et honorar pr. konsultation og kun 1 konsultation pr. kalenderdag.</p> <p>Ydelsen kan kombineres med ydelsen superviseret selvtræning på klinik samme dag.</p> <p>Ydelsen kan dog, ved særlige behov for patienten, kombineres med holdkonsultation samme dag. I de tilfælde afregnes ydelsen med 0122. Kombinationen af individuel behandling og hold på samme dag kan ske, hvis forudgående individuel behandling er</p>

	forudsætning for, at patienten kan deltage på hold og/eller ved særlige transportbehov.
--	---

Superviseret selvtræning på klinik (eksisterende ydelse, tidligere: opfølgende træningsterapi)

Ydelse og ydelsesnummer	Superviseret selvtræning på klinik (0113)
Honorar, oktober 2022-niveau	Speciale 51: 102,66 kr. Speciale 62: 109,21 kr.
Målgruppe	<p>Patienter hvor der er indikation for selvtræning som behandlingstilgang.</p> <p>Anvendes når der er indikation for, at selvtræning er relevant og patienten er i stand til selv at følge et træningsprogram i tilfredsstillende grad.</p> <p>Ydelsen anvendes ikke til patienter, hvor der er indikation for, at patienten hjemmetræner.</p>
Forudsætninger for brug/indikation	<p>Patienten har mulighed for at komme i kontakt med en fysioterapeut under træningen. Det kan være af hensyn til patientsikkerhed, mulighed for kort rådgivning eller lejlighedsvis støtte til benyttelse af fx træningsudstyr.</p> <p>Klinikken har træningsfaciliteter af tilstrækkelig kvalitet tilgængelig for patienten, samt at benyttelsen af disse er nødvendig for patientens behandling.</p> <p>Ydelsen anvendes som en del af et igangværende behandlingsforløb og det vurderes løbende om behandlingsmålet er opnået og om patienten kan afsluttes.</p> <p>Det er fysioterapeutens ansvar at tilrettelægge træningen, progredierte træningsprogrammet samt sørge for, at træningen foregår under tilstrækkelig supervision.</p>
Indhold i ydelser	<ul style="list-style-type: none"> • Superviseret træningsterapi i klinikkens lokaler. Det vil være en træningsplan, som typisk vil indeholde struktureret træning med fokus på fx styrke, koordination, kondition m.m.

	<ul style="list-style-type: none"> • Journalføring inkl. eventuelle afgivelser eller tilpasninger, hvis patienten har haft behov for kontakt med fysioterapeut.
Limiteringer	Ydelsen kan anvendes samme dag som afgrænset individuel konsultation (0112) og statuskonsultation (0125), men ikke samme dag som hold konsultation og individuel konsultation.
Bemærkninger	Da patienten opholder sig i klinikens træningsarealer uden kontinuerlig supervision ved fysioterapeut, bør der være særlig opmærksomhed på patientsikkerheden ved brug af denne ydelse.

Hold konsultation (eksisterende ydelse, tidligere: holdtræning)

Ydelse og ydelsesnummer	Hold konsultation (speciale 51: 8050, speciale 62: 40XX/41XX/50XX/51XX/60XX/61XX/70XX/71XX)
Honorar, oktober 2022-niveau	Speciale 51: 205,30 kr. Speciale 62: jf. takstkort pr. 1. oktober 2022
Målgruppe	<p>Patienter. Hvor der er indikation for holdkonsultation og hvor det er sikkert for patienten, at behandlingen foregår på hold.</p> <p>Patienter uden svært fysisk handicap med progressiv sygdom modtager som udgangspunkt holdtræning. Rent undtagelsesvist kan der gives individuel behandling, jf. §5A stk. 3 og anmærkning til § 45, stk. 6.</p>
Forudsætninger for brug/indikation	At patienten kan modtage kollektive instrukser og følge disse uden større behov for individuel støtte.
Indhold i ydelsen	<ul style="list-style-type: none"> • Træningsterapi, rådgivning og vejledning • Løbende screening og korrektion af øvelsesvalg, herunder pro- eller regression af øvelser samt brug af relevante test- og måleredskaber • Det vurderes løbende om, behandlingsmålet er opnået og om patienten kan afsluttes • Behandlingen journalføres inkl. Eventuelle afgivelser eller tilpasninger.

Information om ydelsen	Ydelsen anvendes som en del af et samlet behandlingsforløb.
Limiteringer	Der honoreres kun for ét hold pr. patient pr. kalenderdag

Statuskonsultation (eksisterende ydelse)

Ydelse og ydelsesnummer	Statuskonsultation (0115 og 0125)
Honorar, oktober 2022-niveau	Speciale 62: 484,31 kr.
Målgruppe	Patienter, hvis henvisning er ved at udløbe (henvisningsperiode 12 mdr.).
Forudsætninger for brug/indikation	Statuskonsultationen og -redegørelsen udføres kort inden henvisningsperioden udløber. Den udføres af fysioterapeuten i samarbejde med patienten. Statusredegørelsen sendes til patientens egen læge.
Indhold i ydelsen	<p>(Re)vurdering af patientens:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsmål • Funktionsevne evt. ved brug af tests- og måle-redskaber • Mestringsevne • Forventede prognose for behandlingsforløbet • Behandlingsplan og målsætning • Instruktion i ny behandlingsplan • Vejledning/rådgivning • Evt. registrering af testresultater (forudsætter mulighed for indsamling af data) • Journalføring inkl. Eventuelle afgivelser eller tilpasninger.
Information om ydelsen	Ydelsen bruges til at udforme en statusredegørelse til patientens læge. Lægen vurderer på baggrund af redegørelsen og patientens sygdomstilstand, om fysioterapeutisk behandling i praksissektoren fortsat er det relevante behandlingstilbud.

Limiteringer	<p>Der kan ikke gives honorar for en anden ydelse samme dag bortset fra holdtræning (i dette tilfælde anvendes ydelse 0125 til afregning af statuskonsultationen) og superviseret selvtræning på klinik.</p> <p>Statuskonsultation kan tages 1 gang pr. henvisning.</p>
--------------	---

Honorarer for behandling udenfor åbningstiden

Ydelse og ydelsesnummer	Hverdage kl. 16-20, lørdage dog kl. 8.00-20.00 (3001) Hverdage kl. 20.00-8.00 og søn-og helligdage (3002)
Honorar, oktober 2022-niveau	Speciale 51: 167,44 kr. ydelse 3001 og 334,86 kr. ydelse 3002 Speciale 62: 167,44 kr. ydelse 3001 og 334,86 kr. ydelse 3002
Målgruppe	Patienter som af særlige årsager har behov for konsultationer udenfor fysioterapeutens sædvanlige arbejdstid.
Forudsætninger for brug/indikation	Al behandling forudsættes udført inden for fysioterapeutens sædvanlige arbejdstid. Hvis dette, af særlige årsager, ikke er tilfældet, betaler patienten et tillæg uden tilskud.
Limiteringer	Kan kun tages som tillæg til anden ydelse fx individuel konsultation.

Vejledende honorering af fysioterapeuter for deltagelse i møder m.v. om konkrete patienter

Ydelse og ydelsesnummer	<p>Telefonisk henvendelse eller elektronisk kommunikation til/fra kommunen/regionen (3201)</p> <p>Deltagelse i møder med kommunen/regionen om konkrete patienter. Afregnes pr. påbegyndt kvarter (3301)</p> <p>Transport til møder, der ikke finder sted i fysioterapeutens klinik. Afregnes pr. påbegyndt kvarter (3410)</p>
-------------------------	---

Honorar, oktober 2022-niveau	Speciale 51: 51,33 kr. ydelse 3201, 153,96 kr. ydelse 3301, 153,96 kr. ydelse 3410 Speciale 62: 51,33 kr. ydelse 3201, 153,96 kr. ydelse 3301, 153,96 kr. ydelse 3410
Målgruppe	<p>Den praktiserende fysioterapeut og personale i kommuner og regioner, der varetager opgaver ift. den konkrete patient. Det er ved behov for dialog om en konkret patient, der enten allerede modtager kommunale ydelser eller indsatser, eller hvor fysioterapeuten vurderer, at et tværfagligt/tværasektorielt samarbejde og eller koordinering vil være relevant for den konkrete patients forløb.</p> <p>Der henvises til "Vejledning til dialog om komplekse patienter i den vederlagsfri ordning".</p> <p>Patienten skal samtykke til dialog om patientforløb mellem fysioterapeut og kommune/region.</p>
Forudsætninger for brug/indikation	Der kan honoreres for telefoniske henvendelser eller elektronisk kommunikation fra fysioterapeuten til kommunernes og regionernes forvaltninger/sundhedspersoner, når det skønnes, at en kommunal/regionale indsats er særligt påkrævet eller en dialog er absolut nødvendig for at optimere patientens videre behandlingsforløb, herunder i en arbejdsmarkedsindsats.
Indhold i ydelsen	<p>For deltagelse i konferencer og møder m.v. i regioner og kommuner om konkrete patienter fastsættes de nævnte vejledende honorarer. Honoraret gælder altid, såfremt der ikke foreligger en alternativ aftale om honorering. Honoraret betales fuldt ud af regionen eller kommunen.</p> <p>Telefoniske henvendelser og elektronisk kommunikation kan anvendes til at afklare enkle problemstillinger eller som indledende orienteringer forud for en egentlig sagsbehandling. Elektronisk kommunikation skal foregå via sikker post, korrespondancemeddelelser eller epikriser.</p> <p>Hverken telefoniske henvendelser eller elektronisk kommunikation kan anvendes til indhentning af</p>

	<p>oplysninger, der normalt indhentes via skriftlige erklæringer.</p> <p>Eventuelle beslutninger journalføres.</p>
Information om ydelsen	<p>Fysioterapeuten, kommunen eller regionen har ikke pligt til at deltage i konferencer, møder og lignende om konkrete patienter, men der tilstræbes deltagelse. Udarbejdelse af skriftlige erklæringer eller lignende er ikke indeholdt i honorarerne.</p> <p>Honoraret kan suppleres med kørselsgodtgørelse efter statens gældende takster.</p>

Nye ydelser

Evalueringskonsultation (ny ydelse)

Ydelse og ydelsesnummer	Evalueringskonsultation XXXX
Honorar, oktober 2022-niveau	Speciale 51 kr. 256,63 Speciale 62 kr. 273,07
Målgruppe	<p>Patienter i længerevarende behandlingsforløb, som selvtræner på klinik eller via digitale løsninger, eller modtager behandling på hold, hvor der er indikation for en vurdering af patientens status ift. behandlingsplan og målsætning.</p> <p>Der er indikation, hvis der er behov for en vurdering af ændringer i patientens:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funktionsevne • Mål for behandlingsindsatsen
Forudsætninger for brug/indikation	<p>Evalueringskonsultationen beror på indikation og en faglig vurdering af et specifikt behov for opfølgning på et igangværende forløb, som ikke kan tilgodeses ifm. holdtræning.</p> <p>Ydelsen kan ikke anvendes som erstatning for den årlige statuskonsultation på speciale 62.</p> <p>Ydelsen er ikke en forudsætning for at kunne afslutte en patient.</p>

Indhold i ydelser	(Re)vurdering af patientens: <ul style="list-style-type: none"> • Mål for behandlingen • Funktionsevne evt. ved brug af tests • Tilpasning af behandlingsplan og målsætning • Instruktion i ny behandlingsplan • Evt. registrering af testresultater (forudsætter mulighed for indsamling af data) • Journalføring inkl. eventuelle afgivelser eller tilpasninger.
Information om ydelsen	Hvis patienten har nået sit behandlingsmål, afsluttes forløbet.
Limiteringer	Ydelsen kan kun honoreres ved forløb længere end 3 måneder. Ydelsen kan ikke honoreres sammen med Individuel konsultation. Ydelsen kan honoreres samme dag som Hold konsultation eller superviseret træning. Ydelsen kan honoreres maksimalt 3 gange pr. henvisningsperiode.
Bemærkninger	Vurdering pba. testresultater bør beskrives i status til patientens henvisende læge, når denne sendes.

Udvidet konsultation (ny ydelse)

Ydelse og ydelsesnummer	Udvidet konsultation XXXX
Honorar, oktober 2022-niveau	Speciale 51: 394,18 kr. Speciale 62: 419,43 kr.
Målgruppe	Patienter med særlige komplekse problemstillinger, og ved patienter hvor der er alvorlige ændringer i deres tilstand.
Forudsætninger for brug/indikation	Ydelsen kan kun anvendes i følgende tilfælde: <ul style="list-style-type: none"> • Ved patienter, som har særligt komplekse problemstillinger, der kan håndteres i fysioterapipraksis. Eksempel:

	<p>Patient som er arbejdsruet, sygemeldt, hvor der er mange influerende psykosociale faktorer (stress, søvnløshed, bekymringer for familien osv.), som har indflydelse på den fysioterapeutiske behandling.</p> <p>Patient med fx sclerose, som nyligt har haft et attack og dermed ændret funktionsevne, og hvor der skal ske ændring af behandlingsplan og målsætning.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ved flere samtidige sygdomme (co-morbiditet) Eksempel: Patient med akut opståede skader/smerter, som yderligere markant begrænser funktionsevnen. Patient med kognitive begrænsninger, som udfordrer koncentration eller forståelse af instruktioner. <p>Patient med fibromyalgi, som samtidig har en nyopstået arbejdsskade i den ene skulder, hvor patienten skal have behandlingsindsatser målrettet både sin fibromyalgi og sin arbejdsskade.</p>
Indhold i ydelser	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluering og vurdering for gennemførelse af behandlingsplan og målsætning • Monitorering ved brug af test- og måleredskaber • Håndtering af komplikationer/bivirkninger • Fokus på at håndtere psykologiske og sociale risikofaktorer for udvikling af langvarige smertetilstande (gule flag) og plan herfor • Træningsterapi, manuel behandling, vejledning, rådgivning, apparaturbehandling m.m. • Eventuel tilpasning af mål og behandlingsplan • Afdækning af behov for tværfagligt samarbejde med læge og/eller kommune • Journalføring inkl. eventuelle afgivelser eller tilpasninger.
Limiteringer	Det gennemsnitlige antal udvidet konsultation pr. patient på klinikken kan være højst for speciale 62: 4

	<p>konsultationer/årligt og for speciale 51: 0,3 konsultationer/årligt.</p> <p>Der kan kun gives et honorar pr. konsultation og kun 1 konsultation pr. kalenderdag.</p>
--	---

Digital opfølgning på selvtræningsforløb (ny ydelse)

Ydelse og ydelsesnummer	Digital opfølgning på selvtræning XXXX
Honorar, oktober 2022-niveau	<p>Pr. måned: Speciale 51: 250 kr. Speciale 62: 350 kr.</p> <p>Honoreres 1x pr. måned. Honoraret afregnes ved konsultationsperiodens opstart.</p>
Målgruppe	<p>Patienter som ville kunne profitere af de fordele, der er ved selvtræning understøttet af en digital løsning</p> <p>Patienter som har behov for understøttelse af selvtræning med henblik på fastholdelse og justering af træningen.</p> <p>Patienter hvor der er indikation for et behandlingsforløb eller dele af et forløb består af selvtræning, der er tilrettelagt af fysioterapeuten fx ved brug af træningsapps.</p>
Forudsætninger for brug/indikation	<p>Formålet med denne ydelse er at facilitere og fastholde at flere patienter i perioder selvtræner for at øge patientens egen mestring. Ydelsen vil give patienten større fleksibilitet ift. hvornår og hvor træningen gennemføres og dermed mulighed for øget træningshyppighed, som kan være vigtig for at opnå den ønskede effekt. Det er afgørende, at fysioterapeuten understøtter patientens motivation og det sker løbende tilpasning af programmet efter behov.</p> <p>Kan kun anvendes, hvis patienten kan selvtræne og derved har behov for simpel vejledning/rådgivning eller pro- og regression af øvelser.</p> <p>Ydelsen benyttes, hvis patienten kan følge et aftalt selvtræningsprogram, men har behov for</p>

	<p>opfølgning/justeringer, som ikke kræver en individuel konsultation ved fysisk fremmøde.</p> <p>Det vurderes løbende om, behandlingsmålet er opnået og om patienten kan afsluttes</p>
Indhold i ydelser	<ul style="list-style-type: none"> • Opstart af digitalt forløb herunder forventningsafstemning om form og indhold i kontakten imellem patient og fysioterapeut • Mindre tilpasninger af behandlingsplanen (pro- og regression af øvelser) • Monitorering og justering af selvtræning • Feedback som motivationselement og sikring af compliance
Information om ydelser	<p>Denne ydelse tages, når en patient overgår til et tidsafgrænset selvtræningsforløb med løbende monitorering og justering af fysioterapeut.</p> <p>Kommunikation, vejledning mv fra fysioterapeuten sker som udgangspunkt digitalt.</p> <p>Det kan ske efter behov via:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elektroniske træningsapps • Webportaler • Kort videokonsultation • Mailkorrespondance • Kort telefonkonsultation <p>Journalføring inkl. eventuelle afgivelser eller tilpasninger.</p>
Limiteringer	<p>Kan kun tages én gang pr. måned.</p> <p>Der kan forekomme øvrige ydelser før og efter et digitalt forløb og i særlige tilfælde kan der forekomme øvrige ydelser midt i et digitalt forløb.</p>
Bemærkninger	<p>Det skal sikres, at den anvendte IT-løsning er i overensstemmelse med gældende lovgivning, herunder GDPR og databehandleraftaler.</p> <p>Hvis ikke patienten kontakter fysioterapeuten i den aftalte periode, tager fysioterapeuten den nødvendige</p>

	kontakt til patienten på baggrund af monitoreringen på behandlingsforløbet fx via træningsapps.
--	---

Individuel videokonsultation

Ydelse og ydelsesnummer	Videokonsultation (4531 skal ændres til generelt ydelsesnr.)
Honorar, oktober 2022-niveau	Speciale 51: 307,95 kr. Speciale 62: 327,68 kr.
Målgruppe	<p>Patienter, hvor der er indikation for fysioterapeutisk behandling via videokonsultation.</p> <p>Ydelsen kan anvendes på baggrund af fysioterapeutens faglige vurdering og patientens præferencer. Fysioterapeuten skal vurdere at det er en relevant behandling, og at det er patientsikkert i forhold til den enkelte patients aktuelle problemstilling.</p>
Forudsætninger for brug/indikation	<p>Konsultation forudsætter, at IT-løsningen lever op til gældende regler om databeskyttelse og giver mulighed for tovejs-kommunikation mellem fysioterapeut og patient.</p> <p>Videokonsultationen forudsætter som udgangspunkt, at patienten tidligere har været set i klinikken.</p> <p>Fysioterapeuten har foretaget en faglig vurdering af, at patienten kognitivt og teknisk er i stand til at drage nytte af videokonsultation.</p>
Indhold i ydelser	<ul style="list-style-type: none"> • Status siden sidst fx evaluering og status for gennemførelse af planen • Monitorering/evaluering • Håndtering af eventuelle komplikationer/bivirkninger • Træningsterapi, vejledning/rådgivning samt korrektion og instruktion i øvelser • Eventuel tilpasning af mål og behandlingsplan • Det vurderes om behandlingsmålet er opnået og patienten kan afsluttes

	<ul style="list-style-type: none"> • Journalføring inkl. eventuelle afgivelser eller tilpasninger.
Information om ydelsen	<p>Ydelsen kan bruges, i de tilfælde, hvor behandlingen foregår som videokonsultation i stedet for individuel konsultation, hvor patienten kommer fysisk på klinikken, hvis behandlingen består af træning eller information og vejledning om hensigtsmæssig smertehåndtering, hensigtsmæssigt aktivitetsniveau, instruktion af øvelser, opfølgning på hjemmeøvelser mv.</p> <p>Videokonsultation bør tage udgangspunkt i samme anerkendte faglige standarder som ved en individuel konsultation.</p>
Limiteringer	<p>Der kan kun gives et honorar pr. konsultation og kun 1 konsultation/hold pr. kalenderdag.</p> <p>Pt. har som udgangspunkt tidligere i forløbet haft en konsultation i klinikken.</p>
Bemærkninger	<p>Da patienten og fysioterapeuten ikke fysisk er i samme rum, bør der være særlig opmærksomhed på patientsikkerheden ved brug af denne ydelse.</p> <p>Det skal sikres, at den anvendte løsning er i overensstemmelse med gældende lovgivning, herunder GDPR.</p>

Hold videokonsultation (tidligere: videoholdtræning)

Ydelse og ydelsesnummer	Hold videokonsultation XXXX
Honorar, oktober 2022-niveau	Speciale 51: 199,26 kr. Speciale 62: 228,09 kr.
Målgruppe	<p>Patienter der har behov for fleksibilitet.</p> <p>Patienter, hvor der er indikation for video vil være relevant behandling, og hvor det er patientsikkert, at behandlingen modtages på hold som videokonsultation.</p>
Forudsætninger for brug/indikation	Konsultation forudsætter, at IT-løsningen lever op til gældende regler om databeskyttelse og giver mulighed

	<p>for tovejskommunikation mellem fysioterapeut og patient.</p> <p>Konsultationen forudsætter som udgangspunkt, at patienten tidligere i forløbet har været set i klinikken. Dette er for at vurdere, om hold videokonsultation er det rette tilbud til patienten.</p> <p>Fysioterapeuten har vurderet, at patientens sygdomstilstand kan profitere af en videokonsultation på et hold.</p>
Indhold i ydelser	<ul style="list-style-type: none"> • Træningsterapi, rådgivning og vejledning • Løbende screening og korrektion af øvelsesvalg, herunder pro- eller regression af øvelser samt brug af relevante test- og måleredskaber • Det vurderes løbende om, behandlingsmålet er opnået og om patienten kan afsluttes • Journalføring inkl. eventuelle afgivelser eller tilpasninger.
Information om ydelsen	<p>Ydelsen kan bruges, hvis behandlingen består af træning eller information og vejledning om hensigtsmæssig smertehåndtering, hensigtsmæssigt aktivitetsniveau, instruktion i øvelser, opfølgning på hjemmeøvelser mv.</p> <p>Hold videokonsultationen skal tage udgangspunkt i samme anerkendte faglige standarder, som ved en almindelig holdkonsultation.</p>
Limiteringer	Der honoreres kun for ét hold pr. patient pr. kalenderdag.
Bemærkninger	Da patienterne og fysioterapeuten ikke fysisk er i samme rum, bør der være særlig opmærksomhed på patientsikkerheden ved brug af denne ydelse.

Ændring af overenskomstens bilag 1: Ydelsesbeskrivelse

De nye vejledende ydelsesbeskrivelser erstatter selve registreringen og kodningen af de fysioterapeutiske ydelser jf. nuværende ydelsesbeskrivelse (bilag 1). Ydelsesbeskrivelsen er fortsat et bilag i overenskomsten, der grundlæggende beskriver, hvilke fysioterapeutiske interventioner der er omfattet af

overenskomsten. Blot uden: 1) formuleringerne om, at fysioterapeuten skal registrere koderne, og 2) beskrivelsen af førstekonsultation.

Bilag 4: Rammer for strukturerede forløb

Udvælgelse af målgruppe

- Overenskomstens parter udvælger relevant patientpopulation til udarbejdelse af strukturerede forløb indenfor både speciale 62 og 51.

Udarbejdelse af faglige anbefalinger for forløbet

- Enhed for Kvalitet og Modernisering undersøger gældende evidens m.m. i samarbejde med fagpersoner indenfor området.
- Der udvikles på speciale 62:
- Faglige anbefalinger for behandling (faseopdelt)
- Anbefalinger for relevante ydelser
- Anbefalinger for hvilke og hvor mange behandlinger en typisk patient vil modtage
- *Arbejdet kvalificeres løbende af relevante fysioterapeuter fra praksis.*

Udvikling af relevante målepunkter til brug i kvalitetsnetværk (Kvalitetsindikatorer)

- Der udarbejdes kvalitetsindikatorer i samarbejde med en styregruppe, som kan belyse behandlingseffekten under de strukturerede forløb, evt. mulige årsagssammenhænge og behov for justering af de strukturerede forløb (kan bruges i evalueringen).

Fastsættelse af honorarstruktur

- For speciale 51 aftaler overenskomstens parter en særlig honorarstruktur for det strukturerede forløb, hvis der er behov herfor.
- For speciale 62 aftaler overenskomstens parter enhedshonorarer for de forskellige undergrupper under den givne diagnosegruppe

Implementering og evaluering

- Enhed for Kvalitet og Modernisering udfører implementeringsaktiviteter så praktiserende fysioterapeuter er klædt på til at arbejde med de strukturerede forløb.
- Sentinel udvikler datafangst for relevante målepunkter
- Enhed for Kvalitet og Modernisering udarbejder kvalitetspakker til kvalitetsnetværkene på baggrund af kvalitetsindikatorerne, så kvalitetsnetværkene løbende kan evaluere på, hvordan de strukturerede forløb er implementeret og om de har de ønskede behandlingseffekter
- Parterne foretager efter indkøringsperioden en korrektion af enhedshonorarerne, så økonomien svarer til det forudsatte

Bilag 5: Beregning af forløbshonorar for de udvalgte diagnosegrupper på speciale 62

På speciale 62 kendes tal for samlede honorarer og antal patienter pr. diagnosegruppe. Parterne skønner, hvordan dette antal patienter vil fordele sig på undergrupperne. I denne forbindelse inddrages statistik vedr. antal ydelser pr. patient i en henvisningsperiode for de forskellige eksisterende ydelser (det opgøres således, hvor mange patienter der har modtaget henholdsvis 1, 2, 3 osv. ydelser på et år). Desuden inddrages vurderinger fra praksissektoren i form af pilotafprøvning i regi af Enhed for Kvalitet og Modernisering, hvor der bl.a. indhentes erfaringer vedr. patienternes fordeling samt brugen af ydelser i de forskellige undergrupper for den givne diagnosegruppe.

Forløbshonoraret pr. undergruppe fastsættes på baggrund af dette skøn, således at de samlede honorarer (ekskl. udgifter til afstandstillæg og møder vedr. konkrete patienter) svarer til enhedshonoraret for undergruppen ganget med det skønnede antal patienter i gruppen, summeret for de forskellige undergrupper. Parterne skønner herunder, hvor mange måneder af året den gennemsnitlige patient vil udløse det månedlige honorar, idet ikke alle patienter i gruppen vil være i behandling hele året grundet udskiftning blandt patienterne.

På grund af usikkerheden om, hvordan patienterne vil fordele sig på undergrupperne, fastsætter parterne en opfølgende korrektion efter en nærmere aftalt indkøringsperiode (som udgangspunkt 1 år), hvor forløbshonorarerne korrigeres, således at den samlede økonomi (udgifter) fremover svarer til det, som parterne har forudsat, hverken mere eller mindre og under forudsætning af den aftalte patienttilgang. Parterne har udvekslet et eksempel vedr. beskrivelse af regnemethoden.

Bilag 6 Overenskomsttekst vedr. kontrolstatistik

Udkast til aftaletekst vedr. kontrolstatistik vedr. vederlagsfri fysioterapi (tilsvarende ændringer foretages i overenskomsten om almen fysioterapi og overenskomsten om ridefysioterapi)

§ 45. Informations- og kontrolbestemmelse

Stk. 1

Regionen/kommunerne i regionen foretager hvert år pr. 1. januar en opgørelse over de samlede udgifter og det samlede antal ydelser, der er præsteret det foregående regnskabsår på klinikniveau og yderniveau. Endvidere udarbejder regionen en opgørelse over det samlede antal patienter, der har modtaget fysioterapeutisk behandling i det foregående kalenderår, herunder på klinikniveau og yderniveau.

Stk. 2

Regionen/kommunerne i regionen foretager endvidere hvert år pr. 1. januar en opgørelse over udgifter, antal ydelser, antal patienter og udgiften pr. patient samlet for klinikken og fordelt på de enkelte ydere.

Opgørelsen skal omfatte de absolutte udgifts-, honorar- og patienttal samt de tilsvarende oplysninger i forhold til regionen og landet som helhed. Endvidere skal opgørelsen til brug for klinikken og den enkelte yder indeholde oplysninger om den gennemsnitlige udgift pr. patient sammenholdt med de tilsvarende tal for regionen og landet som helhed.

Alle opgørelser af gennemsnitlig udgift pr. patient opgøres ekskl. udgifter til afstandstillæg. Udgifter til afstandstillæg indgår i opgørelsen af klinikkens samlede udgift. Antal patienter, antal ydelser og udgifter til afstandstillæg indgår ligeledes i opgørelsen med henblik på at give et indtryk af klinikkens brug af hjemmebehandling.

Alle opgørelser skal være opdelt på hhv. almindelig fysioterapi og vederlagsfri fysioterapi og skal indeholde oplysninger om patienters alder, køn, diagnoser samt oplysninger om antal patienter, ydelser, udgifter og gennemsnitlige udgifter til patienter uden svært fysisk handicap med progressiv sygdom, samlet for klinikken og fordelt på de enkelte ydere.

Opgørelsen indeholder oplysning om, hvilken procentuel afvigelse klinikkens alderssammensætning kan forklare vedr. den gennemsnitlige udgift pr. patient på klinikken i forhold til den gennemsnitlige udgift pr. patient i regionen.

Den nærmere udformning af opgørelserne aftales mellem parterne.

Stk. 3

Opgørelsen med de i stk. 2 nævnte oplysninger stilles til rådighed for klinikejer på afregningsportalen på sundhed.dk. Klinikejer videresender opgørelsen til de øvrige ydere på klinikken.

Stk. 4

Regionen/kommunerne i regionen vurderer senest et halvt år efter kalenderårets afslutning den enkelte kliniks gennemsnitlige udgift pr. patient i forhold til den gennemsnitlige udgift pr. patient i regionen som helhed.

Stk. 5

Samarbejdsudvalget nedsætter et kontrolstatistikudvalg, der har til opgave at vurdere de enkelte klinikkers udgiftsniveau.

Stk. 6

Kontrolstatistikudvalget har pligt til at sammenholde den enkelte kliniks ydelsesforbrug med gennemsnittet for samtlige klinikker i regionen under et.

Såfremt det ved vurderingen af de enkelte klinikkers kontrolstatistik viser sig, at den gennemsnitlige udgift pr. patient hos en klinik har overskredet gennemsnittet i regionen med 10 % eller derover under samtidig hensyntagen til landsgennemsnittet, skal der foretages en undersøgelse af årsagen til det høje udgiftsniveau. Undersøgelsen skal omfatte både almindelig og vederlagsfri behandling, sådan at regionen/kommunerne i regionen kan opnå et helhedsindtryk af klinikkens behandlingsaktivitet.

ANMÆRKNING TIL § 45, STK. 6

Regionen/kommunerne i regionen foretager en undersøgelse, hvis det gennemsnitlige antal normalbehandlinger pr. patient uden svært fysisk handicap med progressiv sygdom for klinikken som helhed er større end 4. Regionen/kommunerne i regionens henvendelse til klinikken skal indeholde følgende:

"I henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi skal den fysioterapeutiske indsats til denne gruppe foregå på hold. Individuel behandling er ikke udelukket, men skal være undtagelsen.

Regionen/kommunerne i regionen har opgjort det gennemsnitlige antal normalbehandlinger (ydelsesnummer 0111+0121) pr. patient henvist uden svært fysisk handicap med progressiv sygdom. Det er konstateret, at klinikken i gennemsnit har X normalbehandlinger for patienterne registreret i denne gruppe.

Regionen/kommunerne i regionen har opgjort det gennemsnitlige antal afstandstillæg pr. patient henvist uden svært fysisk handicap med progressiv sygdom. Det er konstateret, at klinikken i gennemsnit har Y afstandstillæg for patienterne registreret i denne gruppe.

Regionen/kommunerne i regionen skal på denne baggrund anmode dig om senest den dd.mm.åå at redegøre for klinikkens høje anvendelse af

normalbehandling og/eller afstandstillæg (hjemmebehandling) til patienterne registreret i denne gruppe.

Regionen/kommunerne i regionen gør opmærksom på, at samarbejdsudvalget kan fastsætte en højstegrænse for klinikkens anvendelse af normalbehandling og/eller afstandstillæg til denne gruppe patienter.

Regionen/kommunerne i regionen skal gøre opmærksom på, at patienter uden svært fysisk handicap med progressiv sygdom skal have en ny henvisning i henvisningsperioden, hvis de progredierer til at have et svært fysisk handicap, herunder hvis der skal henvises til hjemmebehandling.

Citat afsnit 4.4 i Sundhedsstyrelsens vejledning:

Den fysioterapeutiske indsats til patienterne uden svært fysisk handicap (progressiv sygdom) foregår på hold.

Individuel behandling er ikke udelukket, men skal være undtagelsen. Det kan f.eks. være nødvendigt, hvis personen har kognitive problemer, som kræver individuelle hensyn, eller hvis der indledningsvist er behov for – ved individuel kontakt – at give personen indsigt i sin situation, vejledning i hensigtsmæssig brug af kroppen i dagligdagen og/eller instruktion i specifik træning. Den første kontakt vil i alle tilfælde være individuel kontakt.”

Hvis der er enighed i samarbejdsudvalget, kan samarbejdsudvalget aftale en anden formulering af høringsbrevet.

Stk. 7

De klinikker i regionen, hvis udgift pr. patient ligger over gennemsnittet med mere end nævnt i stk. 6, høres af regionen/kommunerne i regionen, idet der ved undersøgelsen skal tages hensyn til forhold, som kan have indflydelse på det høje udgiftsniveau. Undersøgelsen sker på klinikniveau, hvorfor regionen/kommunerne i regionen foretager en høring af ejeren/ejerne på klinikken. Klinikejer er berettiget til efter eget frit skøn at bede de enkelte ydere (lejere) om at bidrage til klinikkens redegørelse ved at oplyse relevante oplysninger.

Der foretages ikke en undersøgelse af klinikken, hvis effekten af alders- sammensætning på klinikken kan forklare overskridelsen af undersøgelsesgrænsen.

Stk. 8

Kontrolstatistikudvalget kan på baggrund af gennemgangen af den enkelte kliniks kontrolstatistik og eventuelle redegørelse a) tage redegørelsen til efterretning, b) henstille til at klinikkens ydelsesforbrug tilpasses i forhold til gennemsnittet og gøre opmærksom på, at der vil blive rejst en sag om højstegrænse, hvis ikke henstilling om reduktion af ydelsesniveauet bliver efterfulgt.

Kontrolstatistikudvalget forelægger en samlet orientering til Samarbejdsudvalget med afgørelserne i ovenstående **2 kategorier** af sager.

Kontrolstatistikudvalget kan endvidere indstille til samarbejdsudvalget, at en klinik pålægges en højestegrænse, hvis det efter foretaget undersøgelse og høring af klinikejer(e) finder grundlag for det.

En højestegrænse kan ikke fastsættes på et lavere niveau end hvad effekten af alderssammensætning på klinikken tilsammen kan forklare i forhold til afvigelse fra den gennemsnitlige udgift pr. patient i regionen.

Stk. 9

Samarbejdsudvalget kan på baggrund af indstilling fra kontrolstatistikudvalget fastsætte en højestegrænse på klinikniveau på regionsgennemsnittet + 10 % eller derover. **Højestegrænsen fastsættes ekskl. udgiften til afstandstillæg.**

Ved en højestegrænse forstås en grænse for regionens udbetaling til klinikken fastsat i forhold til udgiften til overenskomstmæssige ydelser. En afvigelse fra regionsgennemsnittet, som ikke kan forklares på acceptabel vis, **vil som udgangspunkt medføre fastsættelse af en højestegrænse og ikke en henstilling.**

Stk. 10

Klinikejer orienterer de enkelte ydere tilknyttet klinikken om afgørelser om henstillinger om reduktion af klinikkens ydelsesforbrug eller fastsættelse af højestegrænse. Klinikejer og de enkelte ydere er berettiget til efter eget frit skøn at indgå aftale om, at de enkelte ydere er forpligtet til at tage hensyn til en henstilling om reduktion af klinikkens ydelsesforbrug, eller at klinikkens højestegrænse overholdes. Klinikejer og de enkelte ydere kan udveksle kommercielt følsomme oplysninger.

Stk. 11

Klinikejer kan anke samarbejdsudvalgets afgørelse om højestegrænser til Landssamarbejdsudvalget, som kan fastholde, ændre eller ophæve højestegrænsen. Landssamarbejdsudvalget kan endvidere tilbagesende sagen til fornyet behandling i samarbejdsudvalget.

Stk. 12

Højestegrænsen kan iværksættes fra følgende 1. januar efter sagens behandling i samarbejdsudvalget og administreres for et kalenderår ad gangen.

Regionen/kommunerne i regionen stiller månedsvis en kontrolstatistik til rådighed for alle klinikker. Herved kan de klinikker, der er

pålagt en højestegrænse eller har fået en henstilling, følge med i, hvordan de ligger i forhold til gennemsnittet. Klinikejer orienterer de enkelte ydere om den månedlige kontrolstatistik. Kontrolstatistikken indeholder oplysninger om de absolutte udgifts-, honorar- og patienttal for klinikken og for den enkelte yder hidtil i kalenderåret. Endvidere indeholder den månedlige kontrolstatistik for klinikken og for den enkelte yder, oplysninger om den gennemsnitlige udgift pr. patient (**ekskl. udgifter til afstandstillæg**) sammenholdt med det tilsvarende tal for regionen.

Stk. 13

Højestegrænsen for klinikkens udgiftsniveau pr. patient fastsat af samarbejdsudvalget eller Landssamarbejdsudvalget bortfalder, når udgiften i **3** år har ligget under den aftalte højde, men kan af det udvalg, der har fastsat højestegrænsen, forlænges for et **kalenderår** ad gangen. Hvis klinikejer over for samarbejdsudvalget sandsynliggør, at forudsætningerne for den fastsatte højestegrænse er ændret væsentligt i perioden efter fastsættelsen, er samarbejdsudvalget forpligtet til at vurdere den pålagte højestegrænse på ny. Samarbejdsudvalget kan på baggrund af vurderingen fastholde, ændre eller fjerne højestegrænsen.

Stk. 14

De i stk. 6 og 7 nævnte undersøgelser kan i øvrigt iværksættes på ethvert tidspunkt, hvis regionen/kommunerne i regionen finder det nødvendigt.

Stk. 15

Når årsopgørelsen for klinikkens udgifter pr. patient set i forhold til gennemsnittet pr. patient i regionen foreligger, gøres højestegrænsen endeligt op for det pågældende år. Hvis klinikken har fået udbetalt tilskud, som overstiger højestegrænsen, modregner regionen beløbet i klinikejers almindelige honorarafregning. Klinikejer og de øvrige ydere er berettiget til efter eget frit skøn at indgå aftale om, hvordan beløbet efterfølgende fordeles.

Til brug for indgåelsen af denne aftale og til brug for efterfølgende fordeling kan klinikejer og de øvrige ydere udveksle kommercielt følsomme oplysninger.

ANMÆRKNING TIL § 45, STK. 1-15

I bilag 2 til overenskomsten findes en vejledning til brug for behandling af sager om kontrolstatistik for fastsættelse af højestegrænser.

ANMÆRKNING TIL § 45, STK. 7 OG STK. 15

Eventuelle uoverensstemmelser mellem ejer og lejer om bidrag til klinikkens redegørelse eller om efterfølgende fordeling af et modregningskrav kan ikke indbringes til afgørelse i det overenskomstmæssige system.

Bilag 2. Behandling af sager vedrørende informations- og kontrolstatistik og fastsættelse af højestegrænser, jf. overenskomstens § 45

Når kontrolstatistikken er udarbejdet vurderer kontrolstatistikudvalget (jf. § 45 stk. 5), om der er klinikker, som har et så afvigende udgiftsniveau pr. patient som helhed eller på enkelttydelser (ydelsesmønstre), at der skal foretages en høring af klinikken med henblik på eventuel efterfølgende stillingtagen i samarbejdsudvalget til, om der er grundlag for at pålægge en højestegrænse. Kriterierne for udtagelse til høring er defineret i § 45, stk. 6.

Det anbefales, at regionen/kommunerne i regionen i relevant omfang inddrager fysioterapeuter udpeget af samarbejdsudvalget i det forberedende arbejde med kontrolstatikken.

Udgangspunktet for undersøgelsen er aktiviteten i ét helt kalenderår. De klinikker, der udtages til undersøgelse, høres om aktiviteten i det pågældende kalenderår.

Klinikker, der starter i løbet af et kalenderår, kan dog også gøres til genstand for undersøgelse, såfremt regionen/kommunerne i regionen finder, at aktiviteten i praksis giver anledning hertil.

Vurdering af kontrolstatistikken – første runde

Kontrolstatistikudvalget i regionen foretager indledningsvis en kritisk gennemgang af de kontrolstatistikker, som opfylder de i § 45, stk. 6 nævnte kriterier for udtagelse. Formålet med denne gennemgang er at sortere eventuelle klinikker fra, hvor der allerede ved en nærmere gennemgang af kontrolstatistikken kan findes en forklaring på afvigelserne, herunder om der er et tilstrækkeligt statistisk grundlag for at iværksætte en nærmere undersøgelse (f.eks. få patienter), eller hvor regionen/kommunerne i regionen på forhånd har kendskab til, at der foreligger relevante grunde til afvigelserne. I sådanne tilfælde er det unødvendigt at gennemføre høring af klinikken. Endvidere kan høring af klinikker, der allerede har en højestegrænse, undlades, uanset om ydelsesforbruget fortsat falder ind under udtagelseskriterierne.

Høring af klinikkerne

Regionen er ansvarlig for, at høringen gennemføres. Det anbefales, at høringen gennemføres i løbet af april måned. Klinikken bør normalt have to ugers svarfrist, dog således at der tages hensyn til eventuelle helligdage i høringsperioden.

Høringsbrevet skal indeholde oplysninger om:

hvilke udtagelseskriterier, der er overskredet og med hvor meget, at klinikken har ret til at komme med oplysninger, der kan bidrage til at forklare det afvigende ydelsesforbrug, frist for indsendelse af bemærkninger, orientering om det videre forløb, herunder mulige sanktioner.

Regionen skal, i de tilfælde hvor kontrolstatistikken ikke er tilgængelig på praksis- og afregningsportalen, medsende den kontrolstatistik, som høringen vedrører.

Såfremt der ikke iværksættes rykkerprocedure, i de tilfælde regionen ikke har modtaget bemærkninger inden udløbet af den angivne svarfrist, anbefales det, at der udtrykkeligt gøres opmærksom herpå i høringsbrevet.

Klinikken er ikke forpligtet efter overenskomsten til at give svar på høringen. Klinikken vælger således selv, om pågældende ønsker at bidrage til at forklare ydelsesforbruget.

Al korrespondance som led i behandlingen af sagen skal være adresseret og dateret korrekt. Det anbefales endvidere, at der sikres kvittering for modtagelse af al fremsendt post.

Vurdering af kontrolstatistikken – anden runde

Når høringsrunden er gennemført, og klinikkerne har haft lejlighed til at afgive en udtalelse foretages en opdeling i sagerne i to kategorier: Sager, hvor klinikkens høringssvar af regionen vurderes at være acceptabel og som følge heraf henlægges administrativt af regionen. Sager, som skal forelægges for samarbejdsudvalget til afgørelse.

Sager i kategori 1 forelægges samarbejdsudvalget til orientering med oplysning om antal henlagte sager og angivelse af accepterede forklaringskategorier. Klinikken orienteres skriftligt om, at sagen er henlagt.

Sager i kategori 2 forelægges samarbejdsudvalget til afgørelse.

Sagsfremstillingen til samarbejdsudvalget skal indeholde: oplysning om hvilket udtagelseskriterie, der er overskredet og med hvor meget, gengivelse af klinikkens forklaringer, stillingtagen til klinikkens forklaringer.

Følgende skal vedlægges som bilag til sagsfremstillingen:

kontrolstatistik
høringsbrev fra regionen
høringssvar fra klinikken.

Det er vigtigt, at der foretages en konkret individuel vurdering af de enkelte klinikker.

Har klinikken ikke svaret på høringen, afgøres sagen på det foreliggende grundlag, dvs. det lægges til grund, at klinikken ikke har yderligere oplysninger, der kan bidrage til at forklare det afvigende udgiftsniveau.

Har klinikken svaret på høringen, skal dennes oplysninger indgå i vurderingen af det høje udgiftsniveau, og sagsfremstillingen skal forholde sig til klinikkens forklaringer.

Ved gennemgangen af kontrolstatistikken og undersøgelsen af årsagerne til det høje udgiftsniveau pr. patient bør man være opmærksom på følgende forhold:

Hvis en klinik har et uforholdsmæssigt stort antal patienter med en meget behandlingskrævende diagnose, kan det ofte være en rimelig forklaring på overskridelsen af grænseværdien. F.eks. vil et stort antal børn med spastisk lammelse ofte kunne være en saglig begrundelse for overskridelsen af grænseværdierne i overenskomsten.

Også aldersfordelingen kan have en vis betydning.

Hvis en klinik har mange multihandicappede, som bor på institution, kan det være en anledning for regionen/kommunerne i regionen til at vurdere, om behandlingen overhovedet skal udføres i praksissektoren eller andet steds. Dog skal der altid være mulighed for behandling.

Hvis en klinik har en lille andel af patienter uden svært fysisk handicap (progressiv sygdom) i forhold til fordelingen i regionen, kan det ofte være en rimelig forklaring på overskridelsen af grænseværdierne.

Fysioterapeuter uden fast klinikadresse og andre klinikker med et stort antal hjemmebehandlinger vil ofte have patienter, der er karakteriseret ved at være mere behandlingskrævende end patienter, der kan behandles på klinik. Disse forhold skal der tages hensyn til ved den samlede vurdering af, om der skal pålægges en højestegrænse.

Om praksis er nyetableret

Om klinikken har særlige kompetencer

Andre relevante forhold

Det vil normalt være relevant at høre den kommune, hvor klinikken er beliggende, om der er forhold i kommunen, som kan bidrage til at forklare klinikkens ydelsesmønster.

I en del tilfælde vil det ikke være muligt at dokumentere, i hvilken grad fysioterapeutens argumenter kan forklare afvigelsen. I så fald må samarbejdsudvalget foretage et samlet skøn ud fra klinikkens argumenter og praksisbetingelser sammenholdt med ydelsesmønsteret i andre sammenlignelige praksis.

Det kan være relevant at foretage yderligere undersøgelser for at af- eller bekræfte klinikkens forklaringer. Hvis resultatet af den samlede undersøgelse tilvejebringer nye oplysninger, der er til ulempe for klinikken, skal sekretariatet for samarbejdsudvalget høre klinikken over den endelige sagsfremstilling og indstilling. Klinikken skal gives en rimelig høringsfrist, dvs. mindst en uge.

Afgørelsen vedr. kategori 2-sager

På baggrund af de samlede foreliggende oplysninger træffer samarbejdsudvalget i enighed én af følgende beslutninger:

At samarbejdsudvalget på det foreliggende grundlag kan acceptere klinikkens ydelsesmønster og derfor ikke vil foretage sig yderligere i sagen. Klinikken orienteres skriftligt.

At samarbejdsudvalget henstiller til klinikken, at aktivitetsniveauet tilpasses regionsgennemsnittet. Klinikken orienteres skriftligt og gøres opmærksom på, at en henstilling kan blive efterfulgt af, at samarbejdsudvalget ved behandling af det følgende års kontrolstatistik beslutter at fastsætte en højestgrænse for klinikken. Det vil i så fald ske efter en fornyet høringsproces og en konkret vurdering på baggrund af den seneste kontrolstatistik.

At klinikken pålægges en højestegrænse for udgifterne pr. patient. Højestegrænsen fastsættes som en maksimal procentoverskridelse af den gennemsnitlige udgift pr. patient i regionen.

Hvis samarbejdsudvalget vurderer, at patientsammensætningen på klinikken ikke kan begrunde det afvigende ydelsesmønster, fastsætter samarbejdsudvalget som udgangspunkt en passende højestegrænse.

Der bør være særlige grunde, hvis der i stedet tildeles en henstilling om tilpasning af ydelsesmønsteret. Dette kan eksempelvis være, at det er en nyetableret klinik, eller en klinik med et meget lille patientvolumen inden for det pågældende speciale. Der bør ikke tildeles en henstilling vedrørende den samme klinik flere år i træk.

Samarbejdsudvalgets begrundede afgørelse fremsendes til klinikken. Konsekvenserne af højstegrænsen skal fremgå af brevet.

Hvis Samarbejdsudvalget ud fra en konkret individuel vurdering beslutter sig til at pålægge en klinik en højstegrænse, skal der i brevet til den pågældende gives en konkret individuel begrundelse herfor.

En begrundelse, som alene siger, at klinikkens forklaring på overskridelsen ikke er fyldestgørende, vil normalt ikke være tilstrækkelig.

Det er vigtigt, at klinikken præcis ved, hvorfor højstegrænsen pålægges. Dette kan også medvirke til at formindske antallet af ankesager væsentligt.

Det skal fremgå af brevet til klinikken, at en overskridelse af højstegrænsen vil indebære et tilbagebetalingskrav, således at pågældende på forhånd kender konsekvenserne. Tilbagebetaling kan ske ved modregning i klinikejerens tilgodehavende hos regionen.

Højstegrænsen har virkning fra **det kalenderår**, der følger efter fremsendelsen af afgørelsen.

I brevet skal der informeres om, at højstegrænsen kan ankes til Landssamarbejdsudvalget inden 6 uger fra modtagelsen af brevet. Anke kan enten ske ved skriftlig henvendelse direkte til Landssamarbejdsudvalget, eller ved at klinikken inden for 6 ugers fristen beder samarbejdsudvalget om at forelægge sagen for Landssamarbejdsudvalget.

Anke til Landssamarbejdsudvalget har **ikke** opsættende virkning.

Den kommune, hvor klinikken er beliggende, skal orienteres om pålagte højstegrænser.

Manglende enighed i samarbejdsudvalget

Hvis samarbejdsudvalget ikke kan opnå enighed om en afgørelse, skal sagen forelægges for Landssamarbejdsudvalget. Ved indsendelsen til Landssamarbejdsudvalget medsendes samtlige af samarbejdsudvalget indhentede oplysninger samt den kontrolstatistik, som danner baggrund for sagen.

Anke til Landssamarbejdsudvalget

Hvis en klinik ønsker at anke til Landssamarbejdsudvalget over en pålagt højestegrænse skal samarbejdsudvalgets sekretariat fremsende følgende materiale til Landssamarbejdsudvalget:

Kontrolstatistikken

Høringsbrev til klinikken fra regionen

Klinikkens høringssvar

Uddrag af referat fra det samarbejdsudvalgsmøde, hvor sagen blev behandlet

Samarbejdsudvalgets brev til klinikken, hvorved afgørelsen meddeles

Klinikkens ankeskrivelse (hvis den ikke er fremsendt direkte til Landssamarbejdsudvalget)

Tidsmæssigt kan proceduren opsummeres, som det er beskrevet i skemaet nedenfor.

Figur 1. Vejledende tidslinje for kontrolstatistik

Tidspunkt	Aktør	Begivenhed
Primo marts	Region/ kommunerne i regionen	Årsoppgørelse vedr. det forudgående år.
Marts-april	Region/ kommunerne i regionen	Vurdering af kontrolstatistik – første runde, stillingtagen til, hvilke praksis skal høres.
Ultimo april	Region/ kommunerne i regionen	Høring af klinikker, hvis ydelsesforbrug overstiger udtagelseskriterierne.
Maj	Region/ kommunerne i regionen	Vurdering – anden runde, udarbejdelse af sagsfremstillinger og indstillinger til SU om sagernes afgørelse. Sager, hvor klinikkens høringssvar vurderes at være tilfredsstillende, henlægges.
Juni	SU	Træffer afgørelse om højestegrænser og beslutter henstillinger om at tilpasse ydelsesforbruge ydelsesforbruget. Sager, hvor der er behov for en ekstra høring på baggrund af klinikkens høringssvar kan behandles efter 1. august.
Inden 1. juli	Region/ kommunerne i regionen	Afgørelser i SU fremsendes til berørte praksis.
Inden 1. juli	Region/ kommunerne i regionen	Afgørelser om fastsatte højestegrænser fremsendes til LSU

August-september	SU	Træffer afgørelse i eventuelt resterende sager.
September-oktober	Region/ kommunerne i regionen	Resterende afgørelser i SU fremsendes til berørte praksis, og afgørelser om fastsatte højstegrænser fremsendes til LSU.
Oktober - november	LSU	Evt. behandling af ankesager
Første januar		Højstegrænsen træder i kraft

Tidslinjen er vejledende. Regionen planlægger tidslinjen endeligt.

Bemærkning:

Regionen og kommunerne i regionen har i dag en lokal intern arbejdsdeling omkring opgørelsen vedrørende højstegrænser.

Følger af højstegrænsen og henstillinger

Alle klinikker modtager månedligt klinikkens kontrolstatistik opgjort fra januar til og med seneste måned i året. Kontrolstatistikken gøres tilgængelig via Sundhed.dk hurtigst muligt og senest ved udgangen af den efterfølgende måned.

En klinik med en højstegrænse kan hermed løbende følge med i, hvordan ydelsesforbruget ligger i forhold til højstegrænsen. Når årsopgørelsen for praksis' udgifter pr. patient set i forhold til gennemsnittet pr. patient i regionen foreligger, gøres højstegrænsen endeligt op for det pågældende **kalenderår**. Hvis praksis har fået udbetalt tilskud, som overstiger højstegrænsen, modregner regionen beløbet i klinikejers almindelige honorarafregning.

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

Når der pålægges en højstegrænse, er det overskridelsen på tilskuddelen, som kan kræves tilbagebetalt.

I øvrigt

Vejledningen kan ikke betragtes som udtømmende.