



PRAKTISERENDE  
LÆGERS  
ORGANISATION

**Redegørelse  
for  
forhandlingsaftalen af 14. september 2017  
mellem RLTN og PLO**

## Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	3
2. Program for KOL og diabetes type 2 i almen praksis .....	3
3. Flere sygebesøg, herunder sygebesøg udover 5/15 km.....	4
4. Kontrol og opfølgning på kræftpatienter .....	6
5. Tidlig opsporing af mennesker med lungesygdom .....	7
6. Styrket fokus på astma hos børn og unge .....	8
7. Styrket opfølgningsindsats ved sektorovergange .....	8
8. Forløbsplaner .....	10
9. Lægedækning, herunder ændrede regler for delepraksis.....	11
10. Kvalitetsarbejde i almen praksis.....	13
11. Kvalitetsarbejde og akkreditering af praksis uden for klynger.....	17
12. Differentieret basishonorar.....	18
13. Aftalens økonomi .....	19
14. Andre elementer i aftalen .....	20

## 1. Indledning

Regionernes Lønnings- og Takstnævn og PLO indgik torsdag den 14. september en treårig forhandlingsaftale om vilkårene i almen praksis. Aftalen indebærer, at en ny overenskomst for almen praksis træder i kraft den 1. januar 2018. Parterne er enige om, at næste forhandling af aftalen på uopsagt grundlag bør være gennemført til ikrafttræden den 1. januar 2021.

Denne redegørelse indeholder en nærmere beskrivelse af forhandlingsaftalen.

## 2. Program for KOL og diabetes type-2 i almen praksis

Parterne er enige om at flytte en del af aktiviteten på sygehusambulatorier vedrørende patienter med diagnosticeret diabetes type-2 og KOL til almen praksis, så den overvejende del af den almene behandling og opfølgning i forhold til de to patientgrupper samles i almen praksis. Almen praksis tilføres en samlet merøkonomi på 151,8 mio. kr. for den nye opgavevaretagelse. Formålet er at styrke almen praksis' ansvar og opgavevaretagelse i forhold til disse patienter.

Der skal flyttes ca. 25.000 patienter med diabetes type-2. Dette svarer til i gennemsnit ca. syv patienter pr. læge.

Opgaveflytningen betyder bl.a., at almen praksis bliver behandlingsansvarlig for flere patienter med diagnosticeret diabetes type-2 (se note 1 bagest i dokumentet) eller KOL (se note 2 bagest i dokumentet). Dette ændrer nogle samarbejdsstrukturer mellem almen praksis og de specialiserede behandlingstilbud på sygehuset. Bl.a. indebærer omlægningen, at regionerne stiller specialiserede rådgivningstilbud til rådighed for almen praksis, fx med henblik på at undgå unødvendige indlæggelser eller ambulante besøg. Den praktiserende læge skal til gengæld tage kontakt til relevant sygehusafdeling før en eventuel indlæggelse/ambulant kontakt for en mere kompliceret patient, hvor henholdsvis KOL eller diabetes type-2 er hovedaktionsdiagnose. Akutte indlæggelser kan fortsat ske uden forudgående aftale.

Der udbetales et fast kronikerhonorar pr. patient i praksis, som er diagnosticeret med enten diabetes type-2, med KOL eller med begge sygdomme. I 2017-niveau udgør honorarerne henholdsvis kr. 2.034,61, kr. 1.821,78 og kr. 2.559,89, hvis patienten har begge diagnoser.

Kronikerhonoraret omfatter konsultationsydelsen, e-mail- og telefonkonsultationer samt aftalt specifik forebyggende indsats (årskontrol). Det faste honorar dækker alle patientens kontaktydelser, uanset hvilken årsag konsultationerne

har, dvs. også kontaktydelser i forbindelse med evt. andre lidelser, herunder andre kroniske lidelser. Hertil udbetales for alle patienter med diabetes type-2 og KOL fortsat basishonorar og de resterende aktivitetshonorerede ydelser, hvilket vil sige tillægsydelser, laboratorieundersøgelser, sygebesøg, opsøgende hjemmebesøg, samtaleterapi og ydelser i medfør af lokale aftaler. Den tekniske løsning på afregning af fx tillægsydelser mv. uden grundydelse er under udvikling.

Praksis skal inden den 1. juli 2018 over for PLO-R have meldt sig klar til at overgå på den nye honoreringsmodel. Alle patienter i praksis med diagnoserne diabetes type-2 og KOL, hvor almen praksis har behandlingsansvaret, overgår efter klarmeldingen til kronikerhonoraret i forbindelse med den førstkommende årskontrol, som afregnes med ydelse 0120 samtidig med, at der til RKKP fra lægesystemet afsendes diagnosekode. Herefter finder udbetaling af kronikerhonoraret automatisk sted hvert kvartal sammen med basishonoraret. Honoraret udbetales, så længe almen praksis har behandlingsansvaret.

Med indførelsen af de nye kronikerhonorartakster ligestilles ukomplicerede og komplicerede diabetes- og KOL-patienter i praksis honoreringsmæssigt. Aftalen indebærer, at patienter, som i dag passes i almen praksis, og som aktuelt (2017-niveau) koster i gennemsnit ca. 1650 kr. pr. år (diabetes) efter praksis' klarmelding, stiger til 2.034,61 kr. (diabetes). I løbet af overenskomstperioden vil regionen ifølge aftale i praksisplanudvalgene udflytte de omfattede patienter fra sygehusambulatorierne til praksis.

Årskontroller for patienter diagnosticeret med diabetes type-2 og KOL kan fremover udføres af såvel læge som praksispersonale.

Praksis skal arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling med henblik på kontinuerligt at styrke fokus på kvaliteten af behandlingen af diabetes type-2 og KOL-patienter.

Ny økonomi vedrørende diabetes type-2 og KOL på 151,8 mio. kroner lægges ind under nuværende ramme. En overskridelse af den samlede ramme vil fortsat medføre et tilbagebetalingskrav, uanset om overskridelsen skyldes forbrug på kronikerhonorar eller øvrig aktivitet. Kronikerhonorar indgår ikke i kontrolopgørelserne i henhold til § 87 (højeste grænser).

### **3. Flere sygebesøg, herunder sygebesøg udover 5/15 km**

Aftalen indebærer en opprioritering af sygebesøgsopgaven. Med aftalen forventes således et øget antal almindelige sygebesøg både i patienternes hjem og på

de kommunale akutpladser. I forhold til akutpladserne kan øvrigt samarbejde med praktiserende læge fastlægges i lokale aftaler<sup>1</sup> indgået med PLO-R.

Opprioriteringen understøttes dels af væsentlige honorarstigninger på sygebesøg (se note 3 for eksakte sygebesøgshonorarer bagest i dokumentet), dels af en udvidelse af økonomirammen på i gennemsnit ca. 29 mio. kr. pr. år i de tre overenskomster som følge af forventet aktivitetsstigning.

Praktiserende læger skal som hidtil vurdere, om der er et sundhedsfagligt behov for at køre et konkret sygebesøg. Er det tilfældet, er lægen som hovedregel forpligtet til at køre sygebesøget, også uden for 5/15 km-grænsen.

Egen læge kan dog konkret aftale, at en stedlig læge kører sygebesøg til patienter udover 5/15 km fra egen læges praksis. Med henblik på at lette denne løsning skal der lokalt arbejdes for, at der etableres gode løsninger med stedlige læger. En stedlig læge vil som compensation for fravær fra egen klinik og tidsforbrug til transport oppebære et ekstra tillæg på 500 kr. ved et sådant sygebesøg. Hertil kommer naturligvis sygebesøgstakst og kilometergodtgørelse. Det anslås, at stedlig læges løsning af sygebesøgsopgaven vil have et omfang svarende til ca. 4.200 besøg pr. år. Såfremt dette fraviges væsentligt, kan parterne tage forholdet op.

Ordningen med en stedlig læge kan alene anvendes til sygebesøg udover 5/15 km.

Sygebesøg kan som hidtil køres af såvel læge som praksispersonale.

Egen læge/stedlig læge kan i følgende situationer undlade at køre et fagligt indiceret sygebesøg og i stedet sikre, at patientens behov varetages på anden vis, fx ved indlæggelse:

- Hvor det ikke er muligt for egen læge at foretage sygebesøget som følge af stor geografisk afstand væsentligt ud over 5/15 km mellem egen læge og patient samtidigt med ekstraordinært arbejdspress hos såvel egen læge som stedlig læge
- I ekstraordinære situationer hos såvel egen læge som stedlig læge, hvor der må tages væsentlige hensyn til øvrige patienter
- Ved helt særegne udfordringer i lægedækningstruede områder.

---

<sup>1</sup> [https://www.sst.dk/da/aeldre/aeldre-medicinske-patient/~/\\_media/CECB00E1053347A495E9EFF3C27B93F5.ashx](https://www.sst.dk/da/aeldre/aeldre-medicinske-patient/~/_media/CECB00E1053347A495E9EFF3C27B93F5.ashx)

Egen læge er forpligtet til at registrere, at udførelsen af sygebesøg ikke var mulig. Den tekniske løsning for registrering er under udvikling.

Sygebesøg til tre tilmeldte patienter fx bosiddende på et plejecenter 20 km fra praksis afregnes i henhold til overenskomsten som følger (opgjort i priser på 2016-niveau): 1 x 0451 (= 1017 kr.) + 2 x 0491 (= 2 x 370 kr.) + kørselsgodtgørelse.

Samme afregning finder anvendelse, såfremt en plejehjems-læge udfører sygebesøgene til egne sikrede. Udføres besøg af en stedlig læge, kommer der 3 x 500 kr. oveni.

#### **4. Kontrol og opfølgning på kræftpatienter**

##### Kontrol af kræftpatienter

Med henvisning til Sundhedsstyrelsens opfølgingsprogrammer for kræftsygdomme har overenskomstens parter aftalt, at der konkret overdrages opfølgningskontroller fra sygehus til almen praksis for patienter med prostata-, urinvejs- og blære- og nyrekræft. Opgaveoverdragelsen indebærer ekstra blodprøvetagning, blodprøvesvar og PSA prøver/kastrationsinjektion.

I relation til prostatakræft anslås den årlige patienttilgang til almen praksis til 2000 patienter. Disse patienter skal kontrolleres 1-2 gange årligt med PSA-prøve og 1-2 gange årligt med kastrationsinjektion.

Under konsultationerne vil der ifølge den kliniske beskrivelse tillige skulle foretages screening for osteoporose og metabolisk syndrom.

I relation til nyrekræft og urinvejskræft/blærekræft anslås det, at der årligt vil tilgå ca. 210 nye urinvejs-/blærekræftpatienter til kontrol i almen praksis og ca. 400 nye nyrekræftpatienter til kontrol i almen praksis.

Merarbejdet i forhold til såvel patienter med urinvejs-/blærekræft som nyrekræft udgør umiddelbart én årlig blodprøvekonsultation (se-creatinin) med svar-konsultation.

Det er aftalt, at den forventede ekstra aktivitet indgår som en udvidelse af den økonomiske ramme med 5,4 mio. kr. pr. år, og at implementeringen af opfølgningsprogrammerne skal ske lokalt, således at der kan ske tilpasning til lokal organisering. Den lokale aftale om implementering skal indgås i praksisplanudvalgene.

### Opfølgning på kræftpatienter

Kræftpatienter og tidligere kræftpatienter udgør i dag en stor og voksende patientgruppe med forskellige behov, alt afhængig af kræftsygdommens type, sygdommens alvor/fremskredenhed, patientens alder og sociale forhold. Opfølgning i almen praksis skal tilpasses den enkelte patients situation og forhold.

Der er derfor aftalt et løft i basishonorarer på 10 mio. kr. pr. år, således at almen praksis kan tilpasse kapaciteten til at kunne medvirke aktivt til at sikre en tilstrækkelig, differentieret og relevant opgavevaretagelse i forbindelse med mennesker med kræftsygdom, herunder særligt udsatte patienter i vanskelige forløb, både ved overgang fra sygehusvæsen til almen praksis samt i forhold til fortsat og vedvarende opfølgning på kræftsygdomme generelt.

Den individuelle kræftopfølgning og lægens indsats kan eksempelvis indeholde følgende elementer:

- Opsporing af recidiv
- Senfølger af kræftsygdommen
- Kontrol og behandling for andre kroniske sygdomme
- Forebyggelse
- Henvisning til relevante kommunale rehabiliteringstilbud

## **5. Tidlig opsporing af mennesker med lungesygdom**

Forhandlingsaftalen indebærer, at der i almen praksis skal ske en styrket indsats for tidlig opsporing af mennesker med lungesygdomme. Der er således afsat midler til 75.000 flere lungefunktionsundersøgelser pr. år med henblik på en tidlig opsporingsindsats målrettet borgere med uopdaget KOL (se note 4 bagest i dokumentet). Herudover er der afsat økonomi til den forventede vækst i antallet af patienter med diagnosticeret KOL, som herefter skal afregnes med kronikertakst for KOL.

Almen praksis forudsættes at foretage disse lungefunktionsundersøgelser, når patienterne alligevel er i praksis. Der er således ikke tale om indkaldelse af patienter og ikke tale om en formaliseret screening.

Regionerne tilbyder kompetenceudvikling til praktiserende læger og klinikpersonale med henblik på udførelse og tolkning af lungefunktionsundersøgelser. Endelig laver Sundhedsstyrelsen i 2018 en særlig oplysningskampagne målrettet borgere i risikogruppen.

De 75.000 undersøgelser svarer til, at hver praktiserende læge (klinikpersonalet) udfører og registrerer i gennemsnit 22 lungefunktionsundersøgelser ekstra pr. år. Opnås dette måltal ikke, vil den overordnede kollektive økonomiramme blive nedreguleret.

Lungefunktionsundersøgelsen afregnes som vanligt med ydelse 7113.

## **6. Styrket fokus på astma hos børn og unge**

Med henblik på at styrke fokus på børn og unge med astma og med mistanke om astma er basishonoraret tilført 8 mio. kr. i 2018 og 15 mio. kr. pr. år i 2019 og 2020. Det er forudsat, at almen praksis implementerer og anvender 'Undersøgel- sesprogram for Astma hos Børn og Unge' udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i 2016.

Almen praksis skal således medvirke til en tidlig og målrettet opsporing, diagno- stik og udredning af børn og unge (0-18 år) med astma, eller hvor der foreligger mistanke herom, samt medvirke til en systematisk opfølgning af børn og unge med astma. Målet er at give børnene og deres forældre redskaber til at leve et godt liv med sygdommen og til at mestre de udfordringer, som livet med en kro- nisk sygdom giver.

Indsatsen skal i høj grad ske i samspil mellem almen praksis, kommuner og rele- vante hospitalsafdelinger. De praktiserende læger forpligter sig dermed til at indgå i det tværsektorielle samarbejde, som er beskrevet i undersøgelsespro- grammet.

Undersøgelsesprogrammet for astma hos børn og unge tager udgangspunkt i ek- sisterende vejledninger og anbefalinger på området.

## **7. Styrket opfølgningsindsats ved sektorovergange**

Overenskomstens parter er enige om, at der i visse situationer er et behov for at sikre en særlig hurtig opfølgning i almen praksis efter en sygehusindlæggelse. Herved kan risikoen for sektorskift og potentielt farlige situationer undgås.

Det drejer sig i særlig grad om de patienter, der på grund af egen fysiske eller psykiske svækkelse ikke selv forventes at kunne tage initiativ til den opfølgning hos deres praktiserende læge, som mange sygehusindlæggelser efterfølges af. Problemet forstærkes, hvis heller ikke borgernes netværk kan træde til i denne situation.



Formålet med denne indsats er at mindske antallet af tilfælde, hvor patienten "falder mellem to stole", og hvor væsentlige indsatser bliver forsinkede.

Almen praksis tilføres en merøkonomi på 30 mio. kr.<sup>2</sup>, som tillægges basishonoraret for opgaven med en særlig opfølgingsindsats ved følgende to forhold:

- 1) Behov for akut opfølgingsindsats i almen praksis inden for 1-2 hverdage efter sektorovergang (rødt flag)
- 2) Behov for opsøgende indsats fra almen praksis over for særligt sårbare patienter, som har et opfølgingsbehov efter sektorovergang, men som ikke af egen drift henvender sig til almen praksis (gult flag).

Den praktiserende læge er, særligt i forhold til epikriser med rødt og gult flag, forpligtet til at følge op over for patienten ved aktivt at forholde sig til epikrisen og reagere adækvat på den udskrivende læges anbefalinger.

En opsøgende indsats pr. telefon afregnes som en telefonkonsultation.

Epikriser med grønt flag skal den praktiserende læge som nu naturligt følge op på over for patienter, som modtager behandling i flere sektorer.

Den akutte opfølgingsforpligtelse (rødt flag) dækker dagtid og ferier. Det betyder bl.a., at den praktiserende læge skal sørge for monitorering og nødvendig opfølgning af indkomne epikriser ved stedfortræder i ferieperioder. Den praktiserende læge kan kontakte udskrivende læge, såfremt opfølgningen af faglige eller rent praktiske årsager ikke kan gennemføres.

Det er udskrivende eller afsluttende læge på sygehuset, der vurderer behovet for opfølgning. Denne vurdering skal ske med udgangspunkt i en faglig vejledning, som PLO forventer at blive involveret i udarbejdelsen af.

Praktiserende læger bliver understøttet i opfølgningen, når der foreligger en epikrisestandard, som muliggør en tydelig angivelse af opfølgingsbehov, fx via et grønt, gult eller rødt flag. Den tekniske epikrisestandard skal dog først udvikles og implementeres i de lokale systemer, dvs. henholdsvis i almen praksis og i de regionale systemer. Den forventes at være i drift senest ved udgangen af 2. kvartal i 2019.

---

<sup>2</sup> Derudover tillægges 10 mio. kr. til den økonomiske ramme til forventet meraktivitet som følge af den øgede opsøgende indsats.

Indtil den elektroniske løsning er udarbejdet, skal sygehuset i særlige situationer, hvor der er behov for en specifik opfølgningsindsats, samtidig med epikrisen sende en korrespondancemeddelelse til den praktiserende læge. I emnefeltet på korrespondancemeddelelsen skal sygehuset tydeligt markere, at epikrisen beskriver et behov for en specifik opfølgningsindsats, og om opfølgningen er rød eller gul.

Da alle lægesystemer endnu ikke har mulighed for autosvar ved modtagne korrespondancemeddelelser i tilfælde af ferielukning, stiller PLO en webbaseret oversigt over ferieperioder og ferieaflysere til rådighed for sygehuslægen med henblik på en sikker overlevering af rødmarkerede epikriser. De praktiserende læger vil således løbende skulle oplyse, hvilken praktiserende læge/klinik som er stedfortræder ved lukning.

Udover de 30 mio. kr. pr. år, der tillægges basishonoraret, er der afsat 10 mio. kr. til øget aktivitet.

## **8. Forløbsplaner**

Som led i en styrket indsats for kronikere indebærer aftalen, at elektroniske forløbsplaner implementeres i overenskomstperioden. En forløbsplan anvendes som et værktøj til at inddrage patienten, så patienten sikres overblik og viden om forløbet af sin sygdom og behandlingen samt gives det bedste grundlag for egenomsorg. Det sundhedsfaglige indhold i forløbet defineres ud fra det faglige indhold, som er beskrevet i relevante retningslinjer og anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, DSAM m.fl.

Forløbsplaner skal udarbejdes til alle patienter, som inden for de seneste fire år er diagnosticeret med enten diabetes type-2, KOL og/eller kroniske lænderygsmærter. Praksis skal oprette, anvende og vedligeholde forløbsplaner i samarbejde med patienten. Det er tanken at det er klinikkens personale, der sammen med patienten opretter forløbsplanen under en konsultation.

Forløbsplaner for patienter med diabetes type-2 og KOL oprettes og vedligeholdes som en del af kronikerhonoraret for henholdsvis KOL og diabetes type-2.

Der laves forløbsplaner for KOL i hele 2018, mens diabetes type-2 kommer til i løbet af året. I 2019 og 2020 laves forløbsplaner for alle tre sygdomme. Det anslåede antal er i 2018 40.000 planer, i 2019 og 2020 skal der laves 75.000 om året svarende til i gennemsnit 22 forløbsplaner pr. praktiserende læge.

Overenskomstens parter har aftalt, at en forløbsplan ikke afregnes med et specifikt ydeshonorar, men at der i stedet til basishonoraret tilføres 18 mio. kr. i 2018, 35 mio. kr. i 2019 og 40 mio. kr. i 2020 og i årene fremover.

Derudover er der afsat midler til udvikling, udbredelse samt vedligeholdelse og drift af it-løsningen, herunder til betaling af Nets for borgernes adgang til forløbsplanerne via NemID.

For hvert overenskomstår følges der op på, om antallet er nået.

Er antallet ikke nået, drøfter parterne tiltag, der kan understøtte en bedre målopfyldelse. Laves der flere forløbsplaner end aftalt, udløser det ikke en merøkonomi i tillægget til økonomirammen.

Parterne er enige om i 2020 at evaluere omfang og udvikling i anvendelsen af forløbsplanerne.

## **9. Lægedækning, herunder ændrede regler for delepraksis**

Forhandlingsaftalen indeholder en række tiltag, som forhåbentlig skal medvirke til en bedre lægedækning. Her er tale om særlige tiltag i de områder, som Praksisplanudvalget i medfør af praksisplanen har defineret som lægedækningstruede områder (herefter benævnt "LTO"). Udover at indføre et differentieret basis-honorar, som dels tager højde for lægedækning, dels for patienttyngde, jf. afsnit 11, indebærer aftalen følgende:

### Videreførelse af delepraksistilladelser generelt

Med indgåelsen af overenskomsten i 2014 blev delepraksisordningen gjort personlig. Tilladelsen til delepraksis bortfalder dermed, såfremt det forhold, der begrundede tilladelsen, ophører, herunder hvis den læge, som har været syg eller har haft et aflastningsbehov, og som har tilladelse til delepraksis, udtræder af praksis. For læger og praksis, der har fået tilladelse til delepraksis før 1. september 2014, fastholdt overenskomstens parter dengang deres ret til, at de automatisk kunne videreføre tilladelsen, hvis praksis har mere end 1.600 tilmeldte patienter pr. lægekapacitet. Delepraksisordningen administreres derfor forskelligt afhængig af, hvornår tilladelsen er givet.

Overenskomstens parter har ønsket at gøre op med denne forskellighed. Derfor indebærer forhandlingsaftalen nu, at praksis, der har fået delepraksistilladelse in-

den 1. september 2014, kan fortsætte på gældende vilkår indtil en ejers udtræden og/eller salg af praksis, eller en ansat læge fratræder i en delekapacitet<sup>3</sup>. I tilfælde af salg, udtrædelse eller fratrædelse bortfalder tilladelsen uanset patientantal, og praksis skal søge Samarbejdsudvalget om fornyet tilladelse til delepraksis, hvis der fortsat er behov for det.

#### Grundlaget for delepraksistilladelse

Tilladelse til delepraksis meddeles fortsat af Samarbejdsudvalget (SU), jf. dog afsnit nedenfor vedrørende læger i LTO. SU meddeler, som nu, tilladelse til delepraksis, hvor den praktiserende læge på grund af kronisk sygdom eller alvorlig sygdom i nær familie har brug for aflastning. Tilladelse kan endvidere meddeles, såfremt den praktiserende læge stiller sin arbejdskraft til rådighed for andre faglige funktioner så som undervisning, konsulentarbejde (fx plejehjemslæge) eller fagpolitisk arbejde i minimum ti timer pr. uge. Denne grænse var tidligere seks timer pr. uge.

#### Ansatte læger i almen praksis

Med henblik på at opnå en mere smidig rekrutteringssituation og reducere bureaukrati i den enkelte praksis skal praksis ikke længere søge SU om tilladelse til at besætte en ledig kapacitet med en ansat. Ansættelse af læger i en ledig kapacitet skal fortsat meddeles PLO/regionen som ved en almindelig praksisovertagelse. Det er fortsat hovedreglen, at antallet af ansatte læger i ledige kapaciteter maksimalt må udgøre 50 pct. af kapaciteterne i en praksis.

#### Læger i lægedækningstruede områder i henhold til praksisplanen

Læger i LTO har følgende **særlige rettigheder**:

- De har **ret til i indtil seks år at etablere delepraksis** (med delekompagnon eller ansat læge). SU skal ikke ansøges. Hvis man herefter ønsker at fortsætte delepraksis, skal SU ansøges på linje med, når læger uden for LTO søger delepraksistilladelse.
- I forhold til nuværende overenskomst må antallet af ansatte læger i ledige kapaciteter maksimalt udgøre 50 pct. af kapaciteterne i en praksis. Læger i LTO er undtaget denne begrænsning og må således **besætte alle ledige kapaciteter med ansatte læger**.
- De har **ret til dækning fra administrationsudvalget**, når de betaler løn under sygdom og barselsorlov/adoption **til ansatte læger**.
- SU kan give læger i LTO dispensation til at **ansætte læger i fase tre** af deres uddannelsesforløb til speciallæge i almen medicin. Det gælder både (fast-

<sup>3</sup> Hvis en ansat læge indtræder i kompagniskabet i forlængelse af en ansættelse, anses lægen ikke som fratrædt.

)ansættelse og i vikariater af mere end to måneders varighed. Muligheden kan være relevant, fx hvis en uddannelseslæge på grund af barselsorlov har "et slip", før uddannelsen kan færdiggøres, eller fx i et længerevarende vikariat få timer pr. uge som alternativ til lægevagtskørsel eller andet bijob.

#### Tekniske åbne-/lukkegrænser for patientantal

Som et bidrag til en bedre udnyttelse af lægekapaciteten hæves den nedre åbnegrænse fra aktuelt 1475 patienter til 1550 patienter. Praktiserende læger kan til enhver tid se praksis' aktuelle antal sikrede på Praksis- og Afregningsportalen og vil derfor have gode muligheder for at følge med i, hvornår der bliver åbnet og lukket for tilgang i praksis. Åbnegrænsen hæves, således at der åbnes for tilgang, når patienttallet falder til 1550 pr. lægekapacitet eller det andet antal, der måtte være fastsat for den enkelte kapacitet. Når patientantallet på ny når en aftalt lukkegrænse, lukker regionen automatisk for tilgang. Tiltaget vil samtidig sikre lægerne imod at få tilmeldt flere patienter i en åbningsperiode, end praksis vurderer at have kapacitet til.

#### Ændret opsigelsesvarsel ved ophør

Såfremt en læge ikke umiddelbart lykkes med et ønsket salg af praksis, men må indstille sig på, at en lukning kan blive nødvendig, skal lægen varsle et sådant ophør over for regionen seks måneder før ophørsdato. Ifølge nuværende overenskomst skal lægen tre måneder forinden den varslede ophørsdato meddele endeligt ophør. Da tre måneder er for kort planlægningstid til, at regionen kan træffe de nødvendige foranstaltninger til at sikre lægedækningen, er der enighed om, at reglerne ændres, således at lægen i forbindelse med seks måneders varsel skal tilkendegive, om man forventer at sælge praksis/ydernummer eller ikke forventer at sælge praksis/ydernummer.

Alle parter, dvs. PLO-R, region og kommune, vil da straks kunne gå i gang med at løse et evt. lægedækningsproblem. To måneder senere, dvs. fire måneder før (i OK14 var det tre måneder før) endeligt ophør, afgiver lægen retten til at disponere over ydernummeret til regionen. Lægen kan således ikke efter denne frist sælge sin kapacitet/ydernummer.

## **10. Kvalitetsarbejde i almen praksis**

Med forhandlingsaftalen tages der hul på et nyt kvalitetsregime i almen praksis. Det er besluttet, at implementeringen af en ny kvalitetsorganisation og et nyt kvalitetsarbejde i almen praksis bedst understøttes ved at etablere et "Program for kvalitetsudvikling i almen praksis" med tilhørende programbestyrelse og pro-

gramstyregruppe. Dette sker i erkendelse af, at den bedste model for dette kvalitetsarbejde bør udvikles under hensyntagen til de erfaringer, man gør sig undervejs.

Parternes fælles vision for kvalitetsudvikling i almen praksis er:

- At arbejdet med almen medicinsk kvalitetsudvikling når ud til alle praktiserende læger
- At kvalitetsarbejdet opleves som relevant og praksisnært
- At den enkelte praktiserende læge arbejder med datadrevet kvalitetsudvikling i egen praksis
- At kvalitetsarbejdet udfolder sig mellem læger og i dialog med det øvrige sundhedsvæsen.

Ønsket er, at "Programmet" skal bygge kvalitetsudviklingen på, at de praktiserende læger indgår i såkaldte klynger, jf. nedenfor. Derfor er "Programmets" målsætning at fremme og understøtte, at alle praktiserende læger finder sammen i faglige fællesskaber (klynger), som mødes og arbejder med kvalitetsdata og kvalitetsudvikling.

Programbestyrelse og styregruppe skal i "Programmet" bl.a. arbejde med:

- At etablere et datagrundlag, som understøtter klyngernes arbejde med kvalitet og dialogen med det øvrige sundhedsvæsen
- At udvikle kvalitetsindikatorer for almen praksis med afsæt i de otte nationale mål for kvalitet i sundhedsvæsenet samt almen medicinsk faglighed som grundlag for databaseret kvalitetsarbejde i almen praksis
- At understøtte lægernes etablering af og deltagelse i klyngearbejdet
- At fastlægge rammerne for og forventninger til samspillet mellem klynger og det øvrige sundhedsvæsen, herunder særligt de regionale kvalitetsenheder.

### Formålet med klynger

Internationale studier og erfaringer har vist, at de bedste forudsætninger for kvalitetsstigninger, uanset udgangspunkt, er, hvis fagfolk (læger) placeres i en gruppe (klynge), hvor de forholder sig til egne kvalitetsdata, drøfter sammenhænge og drøfter mulige indsatser. Ved at følge kvalitetsdata over tid får lægepraksis mulighed for at følge virkningerne af egne indsatser, og de har samtidig mulighed for at blive inspireret af kolleger i klyngen.

En klynge er dermed et professionelt fællesskab af praktiserende læger, som mødes jævnligt og arbejder med kvaliteten af behandlingen af patienterne i deres

optageområde internt i klyngen og i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.

#### Forudsætninger for arbejdet i klynger

En forudsætning for resultaterne i klyngerne er, at kvalitetsarbejdet er drevet af ønsket om at blive bedre. Selve arbejdet i klyngerne sker derfor adskilt fra kontrol og sanktionsforanstaltninger. Målområderne kan fastlægges både uden for klyngen og internt i klyngen. Det er til gengæld afgørende, at deltagerne i den enkelte klynge har metodefrihed i forhold til den konkrete indsats til at forbedre kvaliteten. Det er udviklingen, der er afgørende – ikke metoden.

#### Klyngernes størrelse, interne organisering og behov for bistand

Klynger udgøres af flere lægeklinikker inden for et vist geografisk område for at tilgodese det lokale samarbejde, både lægerne imellem og med det øvrige sundhedsvæsen. En klynge bør minimum omfatte et antal lægeklinikker med i alt 30.0 gruppe 1-sikrede borgere. Klynger kan fx etableres med udgangspunkt i nuværende efteruddannelsesgrupper.

Det er hensigten, at alle læger i klinikkerne aktivt deltager i kvalitetsudviklingen.

Arbejdet i klynger omfatter tre felter – a) kvalitetsarbejde, som læger i klyngen selv udvælger og initierer med henblik på at skabe kvalitetsforbedringer, b) kvalitetsarbejde relateret til nationale mål/-indikatorer med relevans for almen praksis og c) kvalitetsarbejde foranlediget lokalt, herunder på tværs af sektorgrænser.

Hver klynge udpeger en klyngekoordinator, som er en læge fra klyngen. Koordinatoren har ansvar for at skabe de bedst mulige rammer for kvalitetsarbejdet i klyngen. Dvs. samle lægerne, vise datagrundlaget og sikre fremdrift gennem opfølgning. Klyngekoordinatoren kan, hvor det findes relevant, trække på de regionale støttefunktioner og konsulentordninger, som kan bidrage i forhold til værktøjer og metoder til at arbejde systematisk med kvalitetsforbedringer.

#### Klyngernes datagrundlag

Klinikkerne i de enkelte klynger vil arbejde med sundhedsdata i meget bred forstand:

- Data fra patientbehandlingen og patientservice fra de enkelte klinikker (fx kronikerforløb, medicin, ventetider og patienttilfredshed)
- Data fra patientforløb fra både sygehuse og kommuner (fx indlæggelser, genindlæggelser, genoptræning, hjemmepleje og akutfunktioner)
- Data om ressourceforbrug i sundhedssektoren (fx ydelsesforbrug, indlæggelser, henvisninger, lægevagt og medicin)

- Data fra andre fagområder (fx attester, socialområdet, overførelsesindkomster etc.).

#### Klyngernes samarbejde med det regionale og lokale sundhedsvæsen

Efterhånden som der dannes en lang række lokale klyngefællesskaber, der arbejder med udvikling af lægefaglig kvalitet i almen praksis, vil det være både naturligt og fornuftigt at skabe lokale kontakter, både formelle og uformelle, til kvalitetsarbejdet i den øvrige del af sundhedsvæsenet, såvel regionalt som lokalt.

Man kan forestille sig, at dette samarbejde også rækker ind over forskning, undervisning og lokale projekter udover egentlig kvalitetsudvikling.

#### Økonomi til klyngerne

Hver klynge tildeles et klyngebudget, som administreres som for DGE-grupper af regionerne. Som led heri er det klyngekoordinatorens opgave at give meddelelse til regionen om, hvilke klinikker som indgår i klyngen.

Klyngernes årlige budget fastsættes som 4,20 kr. pr. gruppe 1-tilmeldte i klinikker i klyngen. Dannes en klynge af fx 20 praksis med hver 1600 gruppe 1-sikrede, udgør klyngens årlige budget ca. 134.000 kr.

Udover klyngebudgettet indbetales til klyngen et opstartsbeløb på 10.000 kr. pr. praktiserende læge, som indgår i klyngen. Beløbet er et engangsbeløb og udbetales ikke ved et eventuelt skift fra en klynge til en anden. Træder lægen ud af klyngen inden for et år, føres pengene tilbage til regionen med henblik på anvendelse til kvalitetsområdet.

Klyngernes udgifter udgør honorar til klyngekoordinatoren og/eller køb af bistand hertil. Klyngen beslutter selv omfanget af honorering til klyngekoordinator henholdsvis aflønning for praktisk bistand i klyngen inden for budgettet. Hertil kommer udgifter til mødeafholdelse, mødelokale og forplejning. De enkelte klyngelægers deltagelse i kvalitetsarbejdet honoreres ikke. Deltagelsen kan dog indgå som en del af den decentrale gruppebaserede efteruddannelse og dermed udløse honorar for tabt arbejdsfortjeneste.

#### Økonomi til det regionale kvalitetsarbejde

Det regionale kvalitetsarbejde omfatter kvalitetsenheder og (læge)konsulenter, som understøtter kvalitetsarbejdet i almen praksis. Arbejdet finansieres dels via de regionale budgetter, dels via overenskomstmidler (2,03 kr. pr. gruppe 1-sikrede). Indbetalingerne til Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalgene (KEU) udfases i



overenskomstperioden i takt med, at der etableres klynger, som overtager hovedparten af de tidligere indbetalinger til KEU. Indbetalingerne, organiseringen og arbejdet i den decentrale gruppebaserede efteruddannelsesordning (DGE) fortsætter uændret i forhold til tidligere aftaler.

## **11. Kvalitetsarbejde og akkreditering af praksis uden for klynger**

Det er som sagt målet, at flest muligt og helst alle praktiserende læger indtræder i og deltager aktivt i kvalitetsklynger. De praksis, som ikke indgår i en klynge, skal tilsvarende arbejde med kvalitetsforbedringer i deres egen praksis.

Eftersom disse praksis ikke vil blive understøttet i deres kvalitetsarbejde gennem de aktiviteter, der foregår i klyngerne, skal regionen spille en større rolle over for disse praksis i forhold til at indgå i en dialog om kvalitetsarbejdet. Praksis er således forpligtet til at indgå i en løbende dialog med de regionale kvalitetsenheder om, hvordan praksis præsterer i forhold til definerede kvalitetsmål og indikatorer med relevans for almen praksis, samt hvor der er potentiale for forbedringer.

Praksis uden for klynger skal således arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling på lige fod med de praksis, der indgår i en klynge. Dialogen med de regionale kvalitetsenheder skal derfor tage udgangspunkt i de data, som praksis får stillet til rådighed og selv producerer, hvilket bl.a. kan omfatte ICPC-koder, RKKP-indikatorer, data på indlæggelser og genindlæggelser mv.

Praksis, som ikke indgår i en klynge pr. 1. november 2019, skal gennemgå en anden akkrediteringsrunde.

Akkrediteringen i anden runde vil foregå efter et revideret standardsæt baseret på de erfaringer, der er gjort i den igangværende akkrediteringsrunde, og det kvalitetsarbejde, som er påbegyndt i klyngerne.

Anden akkrediteringsrunde varsles over for de enkelte praksis fra 1. maj 2020, og surveys/akkreditering kan tidligst påbegyndes seks måneder herefter, dvs. fra 1. november 2020. Tidspunktet for, hvornår den enkelte klinik skal akkrediteres igen, fastsættes med udgangspunkt i akkrediteringstidspunktet i den igangværende runde.

Der vil ikke være mulighed for at søge dispensation for akkreditering grundet alder under anden akkrediteringsrunde. Der vil alene blive taget hensyn til, om klinikken indgår i en klynge eller ej.

Såfremt der pr. 1. november 2019 kun er få praksis, som ikke indgår i en kvalitetsklynge, vil RLTN vurdere, om der volumenmæssigt er basis for at gennemføre anden runde af akkrediteringen.

## **12. Differentieret basishonorar**

Med forhandlingsaftalen indføres fra 1. januar 2018 et differentieret basishonorar. Det differentierede basishonorar tillægges nuværende basishonorar. Ingen læger mister således basishonorar pr. patient i forhold til i dag.

Det nye differentierede basishonorar tager dels højde for variationer i patienttyngde, og dermed den enkelte læges arbejdsbyrde, dels for, om praksis er beliggende i et lægedækningstruet område.

Puljen til differentieret basishonorar udgør 60 mio. kr. pr. år.

Af de 60 mio. kr. anvendes 24 mio. kr. årligt til fordeling blandt praktiserende læger beliggende i lægedækningstruede områder. Disse områder fastlægges af regionen inden den 1. maj 2018 og låses fast i den tre-årige overenskomstperiode. Dvs., at læger, der pr. 1. maj 2018 praktiserer i disse områder, i hele overenskomstperioden vil få et tillæg til basishonoraret pr. tilmeldte patient.

Af de 60 mio. kr. anvendes 36 mio. kr. årligt til praktiserende læger, som har en patienttyngde over gennemsnittet. Dette beregnes ved at sammenligne patientpopulationens nuværende honorering med en statistisk beregnet model, der vægter honoreringen for alder, køn og sygelighed anderledes (se note 5 bagest i dokumentet). Vægtene fastlåses i den tre-årige overenskomstperiode, og den enkelte praksis' andel af puljen beregnes årligt inden den 1. maj på baggrund af klinikpopulationens alder, køn og sygelighed den 31. december.

En læge kan maksimalt modtage 100.000 kr. pr. år i forhold til patienttyngde. Der fastsættes ligeledes en minimumsgrænse for de beløb, som en læge kan modtage. Minimumsgrænsen er dynamisk og bliver oplyst parallelt med udmelding om udbetaling fra ordningen. Minimumsbeløbet fastsættes, så alle de 36 mio. kr., der er i puljen, tildeles.

Udbetalingen af det differentierede basishonorar sker i to rater hvert år pr. 1. juli og 1. december. Honoraret udbetales kun til virksomme praksis på udbetalings-tidspunktet.

Det differentierede basishonorar indgår ikke i beregningen af årsopgørelse og fastsættelse af højstegrænser i henhold til overenskomstens § 87.

### 13. Aftalens økonomi

Det økonomiske indhold i forhandlingsaftalen er sammenfattet i forhandlingsaftalens kapitel 21 og udgør i overenskomstens tredje år i alt 660 mio. kr., hvortil kommer et midlertidigt statstilskud på 20 mio. kr. til indfasning af differentieret basishonorar.

Den samlede forhandlingsøkonomi udgør i år 3 summen af et løft af basishonoraret på i alt 282 mio. kr., en forøgelse af honorarerne til sygebesøg på 65,9 mio. kr., nye opgaver til 186,7 mio. kr. og et aktivitetsløft på 150,4 mio. kr. med fradrag af 5 mio. kr., som flyttes fra opsparede midler i Fonden for Almen Praksis.

For den enkelte praktiserende læge betyder det, at basishonoraret øges med ca. 65.0 kr. pr. læge (ca. 39 kr. pr. patient) samt eventuelle midler fra ordningen for differentieret basishonorar. Hertil kommer ekstra midler til aktivitetsløft, nye opgaver og højere takster for sygebesøg, der samlet beløber sig til ca. 116.000 kr. pr. læge.

<b>OK 18, mio. kr.</b>	År 1	År 2	År 3
Løft af basishonorar i alt	211,0	257,7	282,0
Løft af ydeshonorar i alt	65,9	65,9	65,9
Aktivitetsløft i alt	76,1	115,4	150,4
Nye opgaver i alt	154,9	176,3	186,7
Midler til efteruddannelsesfond	-5,0	-5,0	-5,0
<b>I alt</b>	<b>502,9</b>	<b>610,3</b>	<b>680,0</b>
<b>I alt uden diff. basis (midlertidigt)</b>	<b>462,9</b>	<b>580,3</b>	<b>660,0</b>

#### Reguleringsordningen videreføres

Til et samlet overblik over økonomien i den nye overenskomst hører, at den nuværende reguleringsordning videreføres i hele overenskomstperioden. Reguleringsordningen indebærer, at alle overenskomstens honorarer også fremover bliver reguleret med den pris- og lønudvikling, der foregår i samfundet. Dermed er reguleringsordningen med til at sikre praksis' realindkomstudvikling i overenskomstperioden. Det anslås, at reguleringsordningen i den kommende periode vil give en honorarregulering svarende til årligt ca. 120 mio. kr., som altså er midler, som kommer oven i den ovenfor omtalte forhandlingsøkonomi.

#### Økonomiprotokollatet

Forhandlingsaftalen indebærer, at der fortsat er en overordnet årlig økonomiramme for almen praksis under ét. Der er dog ikke fastsat nogen økonomisk ramme for perioden efter den 31. december 2020. Følgende ydelser er undtaget fra økonomirammen:

- Profylakseydelser
- Influenzavaccinationer
- Cervixcytologi (ydelse 2102 inkl. én 0101)
- Lokale aftaler og rammeaftaler
- Økonomi i regions- og udbudsklinikker

Overskrider almen praksis denne kollektive økonomiramme, skal der fortsat ske modregning i reguleringsprocenten og om nødvendigt af basishonoraret. En overskridelse forudsættes tilbagebetalt i løbet af et år. Overskridelser på indtil 0,6% af økonomirammen et år er dog undtaget modregning. Året efter gælder denne bagatelgrænse ikke.

#### Opfølgning på udviklingen i økonomien

Som noget nyt er det præciseret, at både PLO som organisation, og regionerne som myndighed, skal kunne give løbende information og vejledning til de praktiserende læger om det aktuelle udgiftsniveau set i forhold til den økonomiske ramme og om de overenskomstmæssige konsekvenser af, at den økonomiske ramme overskrides. Parterne er enige om, at både regioner og PLO har et aktivt medansvar for at levere information og vejledning med henblik på at bistå med at sikre, at aktiviteten holder sig inden for det fastlagte loft.

Ovennævnte opfølgning vil som minimum basere sig på kvartalsvise opgørelser, og det er aftalt, at hvis der er udsigt til overskridelse af økonomirammen, skal overenskomstparterne drøfte fælles tiltag.

## **14. Andre elementer i aftalen**

Forhandlingsaftalen indeholder en række øvrige ændringer, hvoraf særligt skal nævnes:

#### Tilskudsberettiget efteruddannelse

- ☐ Tidsrummet for udbetaling af tabt arbejdsfortjeneste udvides til kl. 8-20 for efteruddannelsesaktiviteter i den systematiske gruppebaserede efteruddannelse. Den systematiske efteruddannelse vil fremover indeholde kompetenceudvikling inden for behandlingen af patienter med type 2-diabetes og KOL.

- Der indføres tilskudsberettiget efteruddannelse til praksispersonale inden for diagnoserne diabetes type-2 og KOL.

#### Patienttilfredshedsundersøgelser

- Der skal fortsat foretages undersøgelser af patienternes tilfredshed med den oplevede kvalitet i almen praksis. Disse undersøgelser skal indgå som en del af datagrundlaget i arbejdet med kvalitetsudvikling og forbedring af behandlingsindsatsen i den enkelte klinik og i klynger.
- Det skal undersøges, om DANPEP-spørgeskemaet (Danske Patienter Evaluerer Almen Praksis), som anvendes i dag, bør erstattes af et nyt spørgeskema.
- Patienttilfredshedsundersøgelserne gennemføres ved udsendelse til borgernes e-Boks. Dog tages der højde for, at en del af befolkningen er fritaget fra brug af Digital Post (e-Boks), hvorfor der til denne gruppe udsendes spørgeskema med brevpost til et repræsentativt udsnit.
- Den enkelte praksis skal gøre resultatet af undersøgelsen tilgængeligt på hjemmesiden.

#### Lægevagten

- Regionernes opsigelsesfrist forlænges fra 12 til 18 måneder.
- Udbuds- og regionsklinikker kan indgå i lægevagtsbetjeningen på samme vilkår som de alment praktiserende læger i regionen, såfremt der lokalt indgås en supplerende aftale mellem PLO-R og regionen herom.
- Regionerne skal have adgang til data vedrørende bemandingsforhold, udgiftsfordeling mv., da det er en forudsætning for et oplyst beslutningsgrundlag om ændringer i lægevagtsforhold.

#### Kapacitetsopbygning til en styrket indsats for kronikere

- Der er i overenskomsten årligt afsat 67 mio. kr. stigende til 81 mio. kr. til styrket fokus på mennesker med kroniske sygdomme eller med risiko for at udvikle kroniske sygdomme. Midlerne udbetales over basishonoraret.

#### Digital kommunikation mellem sektorer

- Der igangsættes et arbejde med at forbedre epikriserne fra sygehusene til almen praksis, korrespondancerne mellem kommunerne og almen praksis og henvisningerne fra almen praksis til sygehusene.

#### Oplysninger om adgangsforhold i almen praksis

- Oplysninger om indvendige og udvendige adgangsforhold samt toiletforhold skal basere sig på kendte standarder for tilgængelighed og fremgå af

praksisdeklarationen. Regionerne implementerer snarest et nyt administrationssystem, PrakSys, som gør det muligt og nemt for lægen at angive adgangsforhold.

- Praktiserende læger vurderer selv handicaptilgængeligheden med henblik på videreformidling på praksisdeklarationen. Regionerne kan dog, uden omkostning for lægen, tilbyde konsulentbistand til denne opgave.

### Milepælsplan for adgang til data i almen praksis

Det er fastlagt i lovgivningen, at praktiserende læger skal:

- Leverer data til godkendte nationale og regionale kvalitetsdatabaser
- Stiller data til rådighed for regionerne til afgrænsede og specifikke formål
- Arbejder med egne data og kvalitetsrapporter.

Med lukning af DAMD blev der sat en stopper for levering af data, men det er nu aftalt, at almen praksis igen og hurtigst muligt skal leve op til de lovgivningsmæssige forpligtigelser og også sikre, at borgerne, efter eget valg, kan få adgang til egne kliniske data fra almen praksis. Parterne har aftalt, hvornår data kan påbegyndes afsendt fra praksissystemerne.

---

Note<sup>1</sup> Almen praksis har behandlingsansvar for alle tilmeldte patienter med diabetes type-2 på nær nedenstående undergrupper, hvor behandlingsansvaret ligger på sygehuset:

- Indlagte patienter med diabetes type-2
- Gravide med diabetes type-2
- Patienter med behov for specialistbehandling af signifikante komplikationer: Svære fodsår, nefropati og/eller svær retinopati (proliferativ og maculopati)
- Patienter med tendens til hypoglykæmi

\*Kilde: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med diabetes-type 2, Sundhedsstyrelsen 2016.

Diagnosen er stillet ved måling af Hba1c, hvor en værdi  $\geq 48$  mmol/mol (6,5%) er den diagnostiske grænse for diabetes-type 2.

Note<sup>2</sup> Almen praksis har behandlingsansvar for alle tilmeldte patienter med diagnosticeret KOL på nær nedenstående undergrupper, hvor behandlingsansvaret ligger på sygehuset:

- Patienter i GOLD gruppe D, som har hyppige eksacerbationer (2 eller flere om året)
- Patienter, hvor KOL er kompliceret som følge af svære udvidelser på bronchiegrenene (bronkiektasier)
- Patienter med meget svært nedsat lungefunktion (FEV1 under 30 pct. af forventet), specielt hvis de er potentielle transplantationskandidater, kandidater til volumenreducerende terapi eller ventilanlæggelse og/eller har komplicerende pulmonal hypertension
- Patienter, hvor man overvejer eller har iværksat behandling med noninvasiv ventilation (NIV) i hjemmet.

\*Kilde: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL, Sundhedsstyrelsen 2015.

For patienter i langtids-hjemmeiltbehandling gælder det, at sygehuset er ansvarligt for iltbehandlingen, mens almen praksis er ansvarlig for den øvrige del af KOL-behandlingen.

Diagnosen er stillet på baggrund af ryge- og erhvervsanamnese, symptomer samt spirometريفund. Ved spirometri måles FEV1 og FVC (eller VC), og herefter foretages en beregning af FEV1/FVC % samt af FEV1 i % af forventet værdi. KOL-diagnosen forudsætter, at man påviser FEV1/FVC <70 % efter bronkodilatation.

Note<sup>3</sup> Honorar oktober 2016-niveau for sygebesøg:

	Oktober 16-takster	Nye takster (okt. 2016-niveau)
Sygebesøg indtil 4 km.	212,50	370,00
Sygebesøg fra 5-8 km.	249,10	509,00
Sygebesøg fra 9-12 km.	283,54	582,00
Sygebesøg fra 13-16 km.	318,22	658,00
Sygebesøg fra 17-20 km.	353,14	1.017,00
Sygebesøg fra 21 km.	374,75	1.316,00
Afstandstakst over 21 km.	8,65	31,00
Sygebesøg på ruten	212,50	370,00
Tillæg stedlig læge, 4.200 besøg		500,00

Note<sup>4</sup> Målgruppen for den styrkede tidlige opsporingsindsats er defineret i Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for Tværsektorielle forløb for Borgere med KOL".

Note<sup>5</sup> Differentieret basishonorar ad sygelighed: Følgende variable indgår i den statistiske model:

- Afhængig variabel: Forbruget af sundhedsydelser målt ved bruttohonoraret, afgrænses til afregnet honorar i 2016, for ydelser i almen praksis dagtid, der udgør en særskilt kontakt (konsultation (0101), telefonkonsultation (0201), e-mailkonsultation (0105), sygebesøg (0411-61), andet fysisk fremmøde) mellem behandler og patient. På yderniveau er det samlede afregnede kontakthonorar for borgere tilmeldt yderen pr. 1. januar 2016.
- Uafhængig variabel: Alder og køn på gruppe-1 sikrede patienter.
- Uafhængig variabel: Sygelighed måles ud fra Charlsons komorbiditetsindeks. I beregningen af Charlsons komorbiditetsindeks indgår alle diagnosekoder (aktions- eller bidiagnoser), der er registreret på sygehuset i perioden 2011 til 2015 (Landspatientregisteret). Indekset tildeler sygelighed en score 1,2,3 eller 6 efter sygdomstydge. I de anvendte vægte samles score 1 og 2 i vægten CCI=1,2 og score 3+ i CCI=3.

Den statistiske model resulterer i følgende basishonorar for de omfattede patientprofiler. Vægtene gælder for hele overenskomstperioden.

**Tabel over vægte og differentieret basishonorar (alder, køn og sygelighed) (tabellen bliver ikke den gældende, men opdateres forud for overenskomstens ikrafttræden):**

---

Vægte		Basishonorar	
		Ratio	(kr. , 2015)
Mænd	alder_0_14	0,51	208
	alder_15_24	0,40	164
	alder_25_34	0,46	187
	alder_35_44	0,53	217
	alder_45_54	0,67	274
	alder_55_59	0,84	344
	alder_60_64	0,99	405
	alder_65_69	1,18	483
	alder_70_74	1,41	574
	alder_75over	1,87	764
Kvinder	alder_0_14	0,56	228
	alder_15_24	0,92	377
	alder_25_34	1,25	510
	alder_35_44	1,05	430
	alder_45_54	1,05	427
	alder_55_59	1,10	449
	alder_60_64	1,18	481
	alder_65_69	1,30	532
	alder_70_74	1,51	617
	alder_75over	1,97	804
	CCI12	0,55	224
	CCI3	0,96	394

---

I modellen vægter alder og køn knap 92 pct. i udbetalingen af basishonoraret og sygelighed godt 8 pct.

For at modellen er gennemsigtig og håndterbar, låses de statistiske vægte fast i overenskomstperioden, således at det kun er variationer i klinikkens patient-population, der har betydning for det differentierede basishonorar.

Senest pr. 1.9.2020 opdateres vægtene i henhold til den aftalte statistiske model (på baggrund af ydelsesmønsteret for 2019), medmindre andet er aftalt, og herefter hvert tredje år. De nye vægte træder i kraft pr. 1.1.2021.