

# Forenkling og fag- lighed med fokus på patienten

Forslag til en ny honorarstruktur i almen praksis

Honorarstrukturrådet for almen praksis 2023

## Indhold

1	Indledning.....	6
1.1	Baggrund.....	6
1.2	Formål.....	9
2	Motivation – hvad påvirker adfærden i almen praksis .....	11
3	Forudsætninger .....	14
3.1	Udarbejdelse af en "Common trunk" for almen praksis .....	14
3.2	Brud med enkelttydelsesprincippet.....	15
3.3	Forenkle og fremtidssikre.....	16
3.4	Samme opgaver – samme økonomi.....	17
3.5	Adskille afregnings- og kvalitetsdata .....	17
3.6	Sikre mulighed for at følge aktivitet og kvalitet.....	18
3.7	Almen praksis er selvstændige erhvervsdrivende .....	18
3.8	Til- og fravalg af honorartyper i forslaget til model.....	18
4	Forslag til ny honorarstruktur .....	20
4.1	Blandet model .....	21
4.2	Fast honorar.....	22
4.2.1	Den gode læge – fast honorar pr. sikret.....	24
4.2.2	Populationsomsorg – fast honorar pr. tildelt kapacitet .....	27
4.2.3	Koordinering – fast honorar pr. tildelt kapacitet .....	29
4.2.4	Honorar pr. ydernummer .....	30
4.2.5	Plejhjemslæge/ institutionslæge.....	31
4.2.6	Kronikerhonorar .....	32
4.2.7	Differentiering af det faste honorar .....	33
4.3	Aktivitetsafhængig honorar .....	36
4.3.1	Konsultationsydelser .....	37
4.3.2	Konsultation i hjemmet – sygebesøgstillæg og afstandstillæg .....	44
4.3.3	Konsultationstillæg.....	46
4.3.4	Tværasektoriel konference.....	51
4.3.5	Pluspatienter .....	54
4.3.6	Indplacering af nuværende, særlige takster i den nye honorarstruktur.....	58
4.4	Udvikling i almen praksis .....	61
4.4.1	Udviklingsydelse .....	63
4.4.2	Nye opgaver i almen praksis .....	65
4.4.3	Tilvalgsaftaler.....	67
4.4.4	Lokalaftaler til udvikling i almen praksis.....	70

4.5	Økonomi .....	72
4.5.1	Økonomisk ramme .....	72
4.5.2	Forslag til takster, som vil kunne sikre uændret økonomi .....	74
4.5.3	Fordelingsmæssige konsekvenser .....	79
5	Opfølgning og kontrol .....	85
5.1	Højestegrænser i den fremtidige model .....	88
5.2	Opfølgning og kontrol i tre opfølgningsregimer .....	89
5.2.1	Tilgang til opfølgning og kontrol .....	91
5.2.2	De organisatoriske rammer for sanktionering .....	93
5.2.3	Understøttelse af forslag om opfølgning og kontrol .....	94
6	Overgangsordninger .....	96
6.1	Scenarie 1 – valgfri overgang fra nuværende til ny honorarstruktur .....	96
6.2	Scenarie 2 – tilførsel af ekstra midler .....	97
6.3	Scenarie 3 – udligning mellem praksis .....	98
6.4	Scenarie 4 – pilotafprøvning af ny honorarstruktur i én region .....	99
6.5	Scenarie 5 – alle overgår til ny honorarstruktur på én gang .....	101
7	Implementering .....	102
7.1	Information og dialog .....	102
7.2	Administration og teknisk understøttelse .....	103
7.3	Opfølgning og kontrol .....	104
7.4	Differentiering .....	106
7.5	Revision af ydelsesvejledning og overenskomst .....	106
7.6	Opfølgning og evaluering .....	106
8	Bilag .....	107
8.1	Kommissorium for Honorarstrukturrådet inklusiv rådsmedlemmer .....	107
8.2	Målhierarki for Honorarstrukturrådets arbejde .....	110
8.3	Fælles ramme for konsultationsydelse .....	110
8.3.1	To konsultationer samme dag - undtagelse .....	111
8.3.2	Konsultation ved tredje mand .....	111
8.4	Afgrænsning af receptfornyelse og tidsbestilling .....	112
8.5	Konsultationer i hjemmet – Honorarstrukturrådets foreslåede alternativer ...	113
8.5.1	Alternativ 1 - Honorering tilsvarende eksisterende sygebesøg .....	113
8.5.2	Alternativ 2 - Øget honorering til "Konsultation i hjemmet" på afstande fra 17 km. eller derover .....	114
8.6	Modultakst til tværsektorielt samarbejde .....	115
8.7	Pluspatienter .....	116

8.7.1	Målgruppe for pluspatient .....	116
8.7.2	Model for udpegning af pluspatienter.....	117
8.7.3	Behandling af pluspatienter.....	117
8.7.4	Honorering.....	118
8.7.5	Opfølgning og kontrol .....	118
8.7.6	Beregning af antal mulige pluspatienter i praksis .....	119
8.7.7	Systemkrav.....	119
8.7.8	Bemærkninger til pluspatient modellen .....	120
8.7.9	Patienter uden alvorlig sygdom med hyppig kontakt til almen praksis....	121
8.8	Proces for indførelse af periodisk udviklingsydelse .....	121
8.9	Beslutningstræ – nye opgaver .....	125
8.10	Håndtering af eksisterende ydelseskoder i den nye honorarstruktur .....	126
8.11	Fordelingsmæssige konsekvenser uden differentiering .....	135
8.12	Eksempler på brugen af den nye honorarstruktur.....	136
8.12.1	Eksempel 1 .....	136
8.12.2	Eksempel 2 .....	137
8.12.3	Eksempel 3 .....	138
8.12.4	Eksempel 4 .....	138
8.12.5	Eksempel 5 .....	139
8.12.6	Eksempel 6 .....	139
8.12.7	Eksempel 7 .....	140
8.12.8	Eksempel 8 .....	140
8.12.9	Eksempel 9 .....	140
8.13	Tillæg til pluspatienter .....	142
8.14	Forslag til ændringer af profylakseaftalen.....	142
8.14.1	Eksisterende ydelser i profylakseaftalen.....	143
8.14.2	Forslag til nye ydelser i profylakseaftalen.....	146
8.14.3	Forslag til inkorporering af profylakseaftalens ydelser i forslaget til ny honorarstruktur .....	148
9	Understøttende materiale.....	150
9.1	Honorering og motivation i almen praksis .....	150
9.2	Common Trunk for almen praksis.....	192

## Forord

Almen praksis udgør en hjørnesten i det danske sundhedsvæsen, og det er afgørende, at almen praksis kan varetage sine opgaver bedst muligt. Derfor er det også vigtigt, at rammerne for almen praksis er tidssvarende, relevante og håndterbare. Dette er ikke længere tilfældet for den eksisterende honorarstruktur, som er et resultat af mange års tilpasninger og knopskydninger, der gør det besværligt og til tider uigennemskueligt at benytte honorarstrukturen korrekt. Den eksisterende honorarstruktur er blevet kilde til mange uenigheder mellem praktiserende læger og regionerne i tolkning af hvordan, og i hvilke kombinationer, de eksisterende ydelseskoder kan benyttes. Dette medfører frustrationer og et deraf følgende uhensigtsmæssigt samarbejdsklima vedrørende afregningen, som kan have negativ afsmittende effekt på andre samarbejdssituationer mellem praktiserende læger og regionerne. Honorarstrukturrådet håber og tror, at det udarbejdede forslag til en ny honorarstruktur for almen praksis kan afhjælpe disse problemer og derved have en positiv indvirkning på samarbejdsklimaet mellem praktiserende læger og regionerne. Honorarstrukturen skal også understøtte de formulerede sundhedspolitiske mål for almen praksis og være fremtidsikret, så den kan rumme den udvikling, der løbende sker af almen praksis i forhold til organisering og opgavevaretagelse.

Det tillidsbaserede forhold mellem de alment praktiserende læger og regionerne er fundamentalt for oprettelse af en velfungerende ordning med almen lægehjælp til befolkningen. Tillid kommer ikke af sig selv. Der skal værnes om den, og den skal holdes ved lige ved hjælp af ordentlighed og troværdighed i adfærd og samarbejde. Derfor har Honorarstrukturrådet brugt meget tid på at drøfte etik og ordentlighed i samarbejdet, herunder brugen af honorarstrukturen. Forslaget til en ny honorarstruktur indebærer en fastholdelse af det tillidsbaserede udgangspunkt og en fastholdelse af den nuværende organisering af almen praksis.

At udarbejde en god honorarstruktur for alment praktiserende læger er en svær, men også vigtig opgave. Opgaven er svær, idet honorarstrukturen og måden honoreringen bliver forstået på, er resultatet af et historisk og fasttømret paradigme. Samtidigt er der ingen "rigtige" løsninger – alle forslag til en ny honorarstruktur vil indeholde fordele og ulemper. Man kan vælge hvilke opgaver, man særligt vil understøtte og hvilke udfordringer, man vil slås med. Opgaven med at udarbejde en ny struktur er vigtig, da incitamenterne i honorarstrukturen har stor betydning for adfærden i almen praksis og dermed for hele sundhedsvæsenet.

Det er fortsat overenskomstparternes ansvar at forhandle en overenskomst på plads. Honorarstrukturrådet håber, at forslaget til en ny honorarstruktur vil udgøre et godt udgangspunkt for disse forhandlinger. Honorarstrukturrådet har bestræbt sig på at frembringe et helstøbt og konsistent forslag, som lever op til de krav overenskomstparterne har stillet i kommissoriet for Honorarstrukturrådet. I forbindelse med udarbejdelsen af forslag er der derfor foretaget økonomiske beregninger og fremlagt forslag til størrelsen af honorarerne i den nye struktur. Forslaget til honorarerne er beregnet med udgangspunkt i fordeling af de nuværende honorarer for dagtid og Honorarstrukturrådet har ikke forholdt sig til honorar for- eller lægernes forpligtelse til at sikre lægevagtsdækning. Honorarstrukturrådet finder det naturligt, at overenskomstparterne foretager sine egne beregninger og overvejelser om honorarernes størrelse.

Rapporten er skrevet af sekretariatet i et tæt samarbejde med Honorarstrukturrådet. Rådets model afleveres i enighed, men med det forbehold, at de enkelte rådsmedlemmer ikke nødvendigvis er enige i alle udsagn og formuleringer i rapporten.

I processen med at udforme forslag til ny honorarstruktur har Dansk Center for Sundhedsøkonomi (DaCHE), Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet bidraget med arbejds- og oplæg om honorering og motivation i almen praksis, herunder viden om honorarsystemer i andre lande og erfaringerne med dette. DaCHE har endvidere deltaget i Honorarstrukturrådets møder for kontinuerligt at gøre Honorarstrukturrådet opmærksom på eventuelle økonomiske eller motivationsmæssige u hensigtsmæssigheder, konsekvenser eller usikkerheder i forslaget til ny honorarstruktur. Honorarstrukturrådet påskønner DaCHEs deltagelse og skriftlige bidrag og vil gerne særligt takke lektor Anne Sophie Oxholm for hendes store og kvalificerede indsats som særlig sagkyndig for Honorarstrukturrådet. Rådet understreger samtidig, at anbefalingerne til en ny honorarstruktur alene er udtryk for Honorarstrukturrådets prioriteringer indenfor de rammer, som parterne har fastlagt.

Honorarstrukturrådet vil også takke Kommunernes Landsforening, repræsenteret ved Københavns Kommune, Sundhedsministeriet, Danske Patienter og Dansk Selskab for Almen Medicin for bidrag og inspiration til Honorarstrukturrådets arbejde. Rådet vil samtidig takke Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation for at vise Honorarstrukturrådet tillid til at varetage opgaven og for sparring, støtte og vejledning undervejs i processen.

Honorarstrukturrådet håber, at overenskomstparterne vil tage godt imod forslaget til ny honorarstruktur og på baggrund af forslaget aftale en ny overenskomst, som vil fastholde og udvikle almen praksis som en hjørnesteen i vores sundhedsvæsen – også i fremtiden.

April 2023. Formand for Honorarstrukturrådet Leif Vestergaard Pedersen.

# 1 Indledning

I Forhandlingsaftalen om Overenskomst 2022 blev parterne enige om, at der i overenskomstperioden skulle igangsættes et arbejde for at forenkle honorarstrukturen for almen praksis. Parterne (Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO)) har på den baggrund nedsat et råd – Honorarstrukturrådet – som skal komme med forslag til en ny honorarstruktur for almen praksis omfattende lægernes opgaver i dagtid. Honorarstrukturrådet er udpeget af parterne i fællesskab og er nedsat med tre repræsentanter for almen praksis, tre repræsentanter for regionerne og tre repræsentanter med særlig indsigt i sundhedsøkonomi og forskning.

Honorarstrukturrådet startede sit arbejde i maj 2022 og har afholdt i alt 9 møder, hvoraf flertallet var heldagsmøder.

Honorarstrukturrådet har ikke forhandlet en ny honorarstruktur, men derimod har medlemmerne i fællesskab og med udgangspunkt i deres respektive erfaringer og kompetencer søgt at stille forslag til en struktur, som vil være til gavn for patienterne og som vil kunne udgøre et godt fundament for almen praksis som en vigtig aktør i et sammenhængende sundhedsvæsen.

Forslaget til honorarstruktur er udarbejdet under en forudsætning om en uændret økonomisk ramme for almen praksis. Honorarstrukturrådets beregning af forslag til takster i modellen er foretaget ud fra denne forudsætning. Dermed er taksterne baseret på den eksisterende aktivitet og økonomi i dagtid i almen praksis. I beregningerne af den forventede fremtidige økonomi med den nye honorarstruktur, samt beregningen af de fordelingsmæssige konsekvenser, benyttes Honorarstrukturrådets forslag til takster samt den eksisterende aktivitet i dagtid. Det må dog forventes, at en ny honorarstruktur vil påvirke aktiviteten i almen praksis, hvorfor det er omfattet med usikkerhed, hvordan den reelle aktivitet -og dermed den samlede økonomi og de fordelingsmæssige konsekvenser - vil blive.

De foreslåede takster er udtryk for Honorarstrukturrådets omfordeling af den eksisterende økonomi. Det vil være op til overenskomstparterne at fastlægge de endelige takster i honorarstrukturen, ligesom det vil være op til parterne at vurdere, om der skal tilføres nye midler til de foreslåede nye honorartyper i modellen.

Oversigt over Honorarstrukturrådets medlemmer og kommissoriet for Rådet kan ses i bilag 8.1.

## 1.1 Baggrund

Overenskomst om almen praksis, som indgås mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN), danner rammen om samarbejdet mellem regionerne og almen praksis om at sikre befolkningen adgang til almen lægehjælp. Et af de centrale elementer i overenskomsten er honorarstrukturen. Den nuværende honorarstruktur er resultatet af en lang række tilpasninger og justeringer af den oprindelige model for honorering af alment praktiserende læger. Disse tilpasninger afspejler parternes historiske prioritering af hvilke opgaver, man har ønsket, at almen praksis skal varetage og prioritere. De betyder samtidig, at den nuværende honorarstruktur ikke længere udgør

en sammenhængende og konsistent ramme for honoreringen af almen praksis i et sammenhængende sundhedsvæsen anno 2023. Der er især to historiske forhold, som spiller ind på tænkningen omkring honorering af de praktiserende læger:

- Udviklingen i relationen mellem den praktiserende læge på den ene side og sygesikringen/amtet/regionen på den anden side
- Den oprindelige honorarmodel mellem sygekasserne og de praktiserende læger

Oprindeligt var der kun en relation mellem lægen og den patient, som efterspurgte lægehjælp. Lægen hjalp den syge patient med råd, vejledning og behandling og modtog herfor en betaling fra patienten fra vedkommendes egen lomme.

Med sygekassernes opståen i slutningen af 1800-tallet kom der en tredje part på banen. I starten var den primære relation fortsat mellem lægen og patienten. Patienten betalte lægens ydelseshonorar. Patienten kunne efterfølgende få noget af betalingen refunderet hos sygekassen, som havde sin finansiering fra sine medlemmers kontingentbetaling. Lægen havde således ingen direkte relation med sygekassen. Lægen besluttede selv hvilke ydelser, der blev leveret og honoraret herfor, mens sygekassen ydede tilskud til patienten efter de gældende regler.

Naturligt begyndte sygekasserne at interessere sig for, hvad der skete i relationen mellem lægen og patienten – for eksempel hvilke honorarer, lægen skulle have for sine ydelser. Efterhånden blev relationen mellem lægen og sygekassen – og senere amterne efter sygekassernes nedlæggelse i 1973 – udviklet gennem aftaler mellem parterne til at omfatte flere og flere forhold.

De to første og meget vigtige forhold var aftaler om honorarernes størrelse og regulering og aftale om nettoafregningen – altså at sygesikringen (amterne) betalte patientens tilskud direkte til lægen. Hermed opstod den vigtige og væsentlige relation imellem lægen og sygesikringen/amterne som omhandler afregning af honorarer. Aftalerne med lægerne og sygesikringen udviklede sig til at omfatte stadig flere forhold for eksempel praksisregulering, planlægning, krav til service og kvalitet.

Med sundhedslovens ændring og regionernes opståen i 2007 skete der en ny markant ændring i relationen mellem de praktiserende læger og sygesikringen. Hvor sygesikringen (amterne) før havde givet tilskud (100%) til patienternes behandling hos praktiserende læger med ydernummer, blev det med ændringen af sundhedsloven fastsat, at regionsrådet har ansvar for at tilvejebringe og sikre tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner. Hermed ændrede relationen mellem lægen og sygesikringen (regionen) sig fra at være primært en afregningsfunktion til at svare til en entreprenørkontrakt om levering af almen lægehjælp til befolkningen. Regionen har således ansvaret for at tilvejebringe almen lægehjælp til befolkningen og de praktiserende læger er entreprenørerne, som leverer lægehjælp. Kontrakten er udformet som overenskomsten om almen praksis og udgør en fælles kontrakt mellem parterne (PLO og RLTN) som omhandler både honorering og rammer for drift af praksis i form af eksempelvis serviceniveau og kvalitet. Overenskomsten udgør også en individuel aftale/kontrakt mellem den enkelte region og læge med ydernummer. En praktiserende læge med ydernummer har således indgået kontrakt med regionen om at levere almen lægehjælp i henhold til overenskomstens bestemmelser til de personer, som er tilmeldt som sikrede i praksis. Dette binder regionen og lægerne sammen i en samarbejdsaftale om at betjene befolkningen med almen lægehjælp.



### Det nye paradigme

I den nuværende honorarstruktur er der et dominerende fokus på sammenhængen mellem en given aktivitet og en tilhørende særskilt honorering af denne aktivitet. Hermed er der en tendens til at fokusere på enkeltydelser – enkeltydelsestænkning. Oprindeligt gav dette mening – patienten efterspurgte og modtog en lægelig ydelse og betalte et ydelseshonorar herfor.

I en samarbejdsrelation, der minder om et entreprenørforhold, giver enkeltydelsestænkningen mindre mening. Her vil det være mere naturligt at fokusere på opgavebeskrivelsen, indholdet i opgaven og den samlede honorering for dette. Det er dermed ikke meningsfuldt med en enkeltydelsestænkning vedrørende lægens behandling af patienten.

Dette er også i overensstemmelse med en af kerneværdierne i almen praksis – man ser ikke patienten i enkeltepisoder, men i sammenhængende og kontinuerlige forløb.

Fokus bør derfor være på at levere almen lægehjælp, med alt hvad det indebærer, til de patienter, som er sikrede i praksis. Derfor har Honorarstrukturrådet også valgt at anbefale en væsentligt forenklet honorarstruktur, hvor de detaljerede ydelseshonorarer nedtones, og at overenskomstparterne i den centrale økonomiforhandling forlader enkeltydelsesprincippet og i stedet fokuserer på den samlede betaling for den opgave, man har aftalt, almen praksis skal løse.

Med forslaget til den nye honorarstruktur sker der et brud med paradigmet om enkeltydelser og der sættes i stedet fokus på samarbejdsrelationen mellem regionen, som ansvarlig for at levere almen lægehjælp til befolkningen, og de alment praktiserende læger, som leverandører af almen lægehjælp til lægens patienter. Selve indholdet og vilkårene i overenskomsten aftales centralt mellem PLO og RLTN – det er også her økonomien aftales. Det bør i forbindelse med aftaleindgåelsen sikres, at der er en fælles forståelse af:

- hvad der er indholdet i specialet almen medicin
- hvilke opgaver, bør løses i almen praksis af hensyn til patienterne og patientforløbene
- at arbejdsvilkår og indtjening i almen praksis er tilfredsstillende

Når disse forudsætninger er til stede, bør relationen mellem regionerne og de praktiserende læger blive en samarbejdsrelation, hvor de lokale parter har et fælles ansvar for de syge og dermed for at etablere gode forløb for patienterne.

Fremadrettet bør emnerne for den lokale dialog og samarbejdet mellem almen praksis og regionen have fokus på kvalitet, sammenhæng i patientforløb, det tværsektorielle samarbejde og arbejdsdeling.

Som ansvarlig for sundhedsvæsenet, bør regionerne også tage et medansvar for, at de læger, der praktiserer i regionen, har et ordentligt grundlag for at drive deres praksis i henhold til overenskomsten. Regionen bør have ansat ekspertise inden for almen medicin (eventuelt knyttet til de enkelte sundhedsklynger), som kan støtte og bistå almen praksis i at varetage deres opgaver, for eksempel ved at facilitere samarbejdet mellem lægerne og kommuner, sygehuse og øvrige aktører i praksissektoren. Regionen bør endvidere sikre, at der ikke flyttes opgaver mellem aktørerne i sundhedsvæsenet uden gensidigt velforberedte aftaler.

## 1.2 Formål

De praktiserende læger indtager en meget central plads i det samlede sundhedsvæsen, idet de typisk er patientens indgang og første kontakt i sundhedsvæsenet. Det er derfor vigtigt, at opgavevaretagelsen i almen praksis er afstemt med den udvikling, der er i sundhedsvæsenet i øvrigt, og at overenskomsten med almen praksis afspejler de forventninger, der er til lægerne. I den sammenhæng er honorarstrukturen central, idet honorarudbetalingen påvirker tilrettelæggelsen af arbejdet og prioriteringen af opgaver i almen praksis. Økonomien er dog kun én ud af en række motivationsfaktorer, der driver lægerne, hvorfor der også skal tænkes i andre baner, hvis der ønskes en anden tilrettelæggelse af opgavevaretagelsen i almen praksis.

Honorarstrukturrådet skal komme med anbefalinger til en ny honorarstruktur for de praktiserende læger. Honorarstrukturen indgår som en del af overenskomst om almen praksis og virker i samspil med denne. Overenskomsten beskriver rammen for at drive praksis og honorarstrukturen beskriver, hvordan lægerne bliver honoreret for at levere almen medicinsk lægehjælp.

Forslaget til ny honorarstruktur skal derfor ses i sammenhæng med overenskomsten i øvrigt, men også de faglige oplæg, der er med til at sætte rammen om de praktiserende lægers virke såsom Dansk Selskab for Almen Medicin "Pejlemærker for almen medicin" og "Professionsetik for praktiserende læger". Honorarstrukturrådet har noteret sig, at der ikke foreligger en beskrivelse af hvilke opgaver, det forventes, at der bliver udført i almen praksis og hvilke kompetencer og udstyr, lægerne forventes at være i besiddelse af. Honorarstrukturrådet har derfor anmodet Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) om at udarbejde et udkast til en beskrivelse heraf, i form af en "Common trunk" (fælles basale opgaver) for faget almen medicin.

Forslaget til ny honorarstruktur skal ligeledes være i tråd med parternes- og de politiske tilkendegivelser om ønsker til almen praksis, hvorfor "Vision for almen praksis 2030" ligeledes har været rammesættende for Honorarstrukturrådets arbejde.

Forslaget til en ny honorarstruktur er derfor også udarbejdet med henblik på at understøtte de aktuelle politiske visioner for sundhedsvæsenet, herunder sikre sammenhængende patientforløb og afhjælpe ulighed i sundhed. Dette skal gøres gennem et øget fokus på de patienter, der har det største behov for almen lægehjælp, blandt andet gennem databaseret populationsomsorg, hvor lægen på baggrund af data om populationen yder en større opsøgende indsats til relevante patienter. Samtidig skal lægens rolle som tovholder og koordinator styrkes, så lægen bedre kan hjælpe patienten i forløb på tværs af sundhedsvæsenet og hjælpe patienten med at træffe beslutninger om relevant behandling. Yderligere er der i kommissoriet for Honorarstrukturrådet opstillet en række supplerende krav til forslaget til ny honorarstruktur. Forslaget skal således medvirke til at forenkle honorarstrukturen og være lettere at administrere både for de praktiserende læger og regionerne. Forslaget skal også sikre at opgaverne løses sundhedsøkonomisk forsvarligt<sup>1</sup>, give et bedre udgangspunkt for en ubesværet, sikker og korrekt afregning og samtidigt give mulighed for en effektiv kontrol i forhold til eventuelle forsøg på bevidst misbrug.

---

<sup>1</sup> Udfra LEON-princippet (Lavest Effektive Omkostnings- og Omsorgs Niveau).

Forslaget skal yderligere give plads til udvikling og innovation i almen praksis, så opgaverne i almen praksis kan tilpasses og udvikles. Forslaget til en ny honorarstruktur skal dermed være fremtidssikret.

For at skabe overblik over, hvilke formål forslaget til ny honorarstruktur skal understøtte, har Honorarstrukturrådet opstillet og arbejdet efter et målhierarki, der med "Patienten i centrum" som hovedformål, lægger vægt på at honorarstrukturen skal understøtte, at:

- patienten gives et godt og sammenhængende tilbud, herunder at almen praksis
  - prioriterer mellem sine patienter og giver mest til dem med størst behov
  - udviser ansvar og omsorg for patientpopulationen
  - tager medansvar og støtter patientens forløb i sundhedsvæsenet, også selvom behandlingsansvaret måtte ligge hos andre aktører
- det tillidsbaserede afregningssystem opretholdes og der sikres arbejdsglæde og godt samarbejde mellem læger og region via
  - en forenkling, som sikrer overskuelighed i honorarstrukturen
  - et princip om rimelighed, således at alle parter oplever honorarerne som retfærdige
  - indsigt i kvaliteten i almen praksis og gennemsigtighed i forhold til afregningen
- midlerne til almen praksis bruges på en samfundsøkonomisk forsvarlig og omkostningseffektiv måde ved at
  - understøtte at almen praksis behandler de rette patienter og behandler dem tilstrækkeligt
  - honorarstrukturen indeholder de rette incitamenter for opgavevaretagelsen i almen praksis

Det samlede målhierarki kan findes i bilag 8.2.

## 2 Motivation – hvad påvirker adfærden i almen praksis

Honorarstrukturrådet har været optaget af at sikre, at de økonomiske incitamenter i den foreslåede honorarstruktur understøtter de opstillede mål for honorarstrukturen. Honorarstrukturrådet har derfor bedt Dansk Center for Sundhedsøkonomi (DaCHE) ved Syddansk Universitet om at bistå Rådet med viden om motivation blandt alment praktiserende læger og de indbyggede økonomiske incitamenter i forskellige honorartyper.

I løbet af Honorarstrukturrådets arbejde med udarbejdelse af forslaget til den nye honorarstruktur, har DaCHE således bidraget med en række oplæg. Formålet med oplæggene har været at give Honorarstrukturrådet forskningsbaseret viden om lægers motivation samt de bagvedliggende incitamenter ved forskellige honorarmodeller. DaCHE har også udarbejdet et arbejdsrapport (supplerende materiale 9.1), som et supplement til denne rapport.

I dette afsnit fremhæves nogle af pointerne fra DaCHEs bidrag.

### Motivation i almen praksis

Alment praktiserende læger er, ligesom andre, motiveret af både økonomiske og ikke-økonomiske faktorer. Det er således ikke kun en øget indtægt som motiverer lægerne. Lægerne kan, for eksempel, også være motiveret af at modtage en akkrediteringsgodkendelse eller af at få information om deres behandlingskvalitet i forhold til kollegaer. Derudover kan læger være intrinsisk motiveret, hvilket betyder, at de er motiveret af arbejdsopgaverne i sig selv, da de har en iboende interesse og glæde ved arbejdet. Hvad adskiller lægestanden fra mange andre professioner er, at de i høj grad også motiveres af at gøre det godt for andre. Læger er således også motiveret af det formål at gøre gavn for den enkelte patient, eller samfundet som helhed (se kapitel 5 i DaCHEs arbejdsrapport (supplerende materiale 9.1)) for en uddybende beskrivelse af alment praktiserende lægers motivationsprofiler).

Der er således forskellige faktorer, der motiverer de praktiserende læger. Motivationsprofilen er også forskellig blandt lægerne. Honorarstrukturen fokuserer naturligt primært på den økonomiske motivation. De økonomiske faktorer kan dog ikke stå alene, hvis der ønskes ændret aktivitet på tværs af almen praksis. Forslaget til ny honorarstruktur peger derfor også på feedback til lægerne som et redskab, der kan motivere lægerne til kvalitetsforbedring. En sådan tilbagemelding vil samtidig være en vigtig læring og dokumentation af lægernes arbejde. Denne dokumentation er særlig vigtigt ved en forenkling af honorarmodellen, som fører til mindre afregningsbaseret viden om aktiviteten i praksis. Honorarstrukturrådet anbefaler derfor, at parterne genbesøger mulighederne for, eksempelvis gennem kvalitetsorganisationerne, at øge den feedback, der gives til lægerne om kvaliteten af deres behandling, patienternes tilfredshed med servicetilbuddet i praksis og de afledte konsekvenser i det øvrige sundhedsvæsen af lægens handlinger. Dette element indgår også i den opfølgning og kontrol som Honorarstrukturrådet anbefaler jævnfør kapitel 5.

Honorarstrukturrådet vil ligeledes opfordre parterne til også at tænke i lægernes ikke-økonomiske motivation, når der i andre sammenhænge ønskes ændringer i almen praksis.

I dette afsnit fokuseres der imidlertid på, hvordan alment praktiserende læger motiveres af økonomiske faktorer for at belyse incitamenterne tilknyttet ofte anvendte honorarmodeller i almen praksis: fastløn, basishonorering, ydelseshonorering og resultataflønning (se kapitel 1 i DaCHEs arbejdspapir for en uddybende beskrivelse).

### Fastløn

Fordelen ved at give læger en fastløn er, at regionerne har budgetsikkerhed og lægerne et kendt indtægtsniveau, samtidigt med at lønnen er nem at administrere for parterne. Fastløn indeholder dog intet økonomisk incitament til, at lægerne yder en ekstra indsats, da lønnen er afkoblet fra deres aktiviteter. Lægerne har derfor et økonomisk incitament til at henvise deres patienter til andre aktører i sundhedsvæsenet, da dette reducerer lægernes arbejdsmængde uden at påvirke deres indtægt.

### Basishonorering

Ved basishonorering honoreres alment praktiserende læger for antallet af patienter, der er tilknyttet praksis. En forudsætning for basishonorering er derfor, at patienterne er tilmeldt en almen praksis. En fordel ved denne aflønningsform er, at den giver regionerne budgetsikkerhed og lægerne et forholdsvist stabilt indtægtsniveau. En ulempe ved basishonorering er, at lægerne har et økonomisk incitament til at selektere de mest profitable patienter til deres praksis. I en dansk kontekst kan denne selektion finde sted, når lægerne vælger, hvor de ønsker at købe et ydernummer, eller ved at de åbner for patienttilgang ved udsigten til at få patienter tilmeldt praksis, som ventes at have et lavt behandlingsbehov. Eftersom basishonoreringen er afkoblet fra lægernes indsats, har denne aflønningsform de samme ulemper som beskrevet under fastløn. Lægerne har således ikke et økonomisk incitament til selv at levere ydelser til patienterne, hvilket kan medføre en øget henvisningsaktivitet.

### Ydelseshonorering

Ved ydelseshonorering modtager lægerne honorarer for udvalgte aktiviteter. En fordel ved denne honoreringsform er, at den kan benyttes af overenskomstparterne til at påvirke prioriteringen af aktiviteter i almen praksis, da der vil være en større økonomisk tilskyndelse til at levere en ydelse ved et højere honorar. Ydelseshonorering øger dermed også lægernes incitament til at behandle patienter i egen praksis fremfor at viderehenvise dem, så længe honorarerne afspejler indsatsen og dermed omkostningen i almen praksis. Den øgede aktivitet er en fordel, hvis den skyldes, at patienterne i højere grad modtager den påkrævede behandling i almen praksis fremfor hos aktører, som leverer en mindre omkostningseffektiv behandling. Den øgede aktivitet vil derimod være en ulempe, hvis den skyldes at almen praksis genererer et behov og en aktivitet, som kun har marginal eller ingen værdi for patienten. En yderligere ulempe ved ydelseshonorering er, at lægerne kan have et økonomisk incitament til at strække behandlingsforløb over flere konsultationer for at opnå flere honorarer.

### Resultataflønning

Resultataflønning betyder, at lægernes betaling afhænger af opnåelse af bestemte mål. En fordel ved resultataflønning er, at politiske prioriteringer tydeliggøres igennem de indikatorer, der benyttes til at måle resultaterne. Resultataflønning kan også sende et signal om, at regionerne ikke ønsker at betale for aktiviteter, der ikke genererer de ønskede resultater. Derudover får lægerne som led i betalingen også en tilbagemelding på resulta-

terne af deres arbejde. En ulempe ved resultataflønning er dog, at lægernes indre motivation til at arbejde kan blive reduceret, da der sker en øget ekstern styring af almen praksis. Derudover er der risiko for, at lægerne i mindre grad fokuserer på resultaterne af den behandling, som ikke aflønnes. Resultataflønning belønner også kun lægerne for at behandle patienter, som kan opfylde de opstillede mål. Lægerne har således ikke et økonomisk incitament til at behandle patienter, som ikke kan opfylde målene, hvilket ventes ofte at være mere behandlingstunge patienter. Resultataflønning kan dermed føre til en øget ulighed i adgangen til sundhedsydelser. Resultataflønning kræver derudover et detaljeret databaseret indblik i aktivitet og resultater i almen praksis.

Formålet med en ny honorarstruktur er at sikre betaling til lægerne, for de opgaver de udfører og gennem honorarstrukturen at tilskynde lægerne til at udføre det, som er politisk ønsket jævnfør målhierarkiet (bilag 8.2). Dette afspejles i denne rapport, hvor der primært er fokus på de økonomiske incitamentter i honorarstrukturen, og hvordan de forventes at påvirke adfærden i almen praksis. Honoreringsmodeller kan dog udover at indeholde økonomiske incitamentter, også påvirke adfærd gennem de signaler, som de sender om den ønskede adfærd. Med viden om at lægerne ikke kun motiveres af økonomiske faktorer, er det derfor også vigtigt at fokusere på signalerne, som sendes i en ny honorarmodel. Honorarstrukturrådet har blandt andet forsøgt at gøre dette for de faste honorarer, som gennem navngivningen signalere hvilken ønsket handling, de honorerer.

## 3 Forudsætninger

Forslaget til ny honorarstruktur hviler på en række forudsætninger, der skal indfris, for at den nye honorarstruktur kan implementeres og virke efter hensigten. Forudsætningerne er oplistet herunder.

### 3.1 Udarbejdelse af en "Common trunk" for almen praksis

Honorarstrukturrådet foreslår en forenklet honorarstruktur med betydeligt færre ydelses-koder og et paradigmeskift væk fra den enkeltydelsestænkning, der i årevis har præget overenskomsten og arbejdet omkring overenskomsten. Dermed bliver det i endnu højere grad således, at det ikke er ydelseskoderne, der definerer, hvad der skal udføres af arbejde i almen praksis. Opgaveporteføljen og arbejdet i almen praksis bør i stedet defineres med udgangspunkt i en faglig beskrivelse af hvad der er almen medicin og hvordan arbejdet i praksis bør tilrettelægges af hensyn til patienterne og de gode patientforløb. Den nye honorarstruktur skal i sammenhæng hermed sikre, at disse opgaver honoreres med rimelige honorarer, men ikke definere hvilke opgaver, der skal varetages i almen praksis.

For at sikre klarhed over, hvilke forventninger, der er til almen praksis' opgavevaretagelse, har Honorarstrukturrådet haft drøftelser med DSAM (Dansk Selskab for Almen Medicin) om, hvorvidt det er muligt at udarbejde en beskrivelse heraf, en såkaldt "Common trunk" for almen praksis. "Common trunk" skal her forstås som den "fælles stamme" ("trunk") som definerer almen praksis som sektor.

DSAM har på baggrund af dialogen med Honorarstrukturrådet udarbejdet et forslag til en sådan oversigt ("Common trunk"), som beskriver de basale krav til undersøgelser, behandlinger og udstyr, samt de undersøgelser, behandlinger og udstyr, som er ønskværdige, men som man ikke aktuelt kan forvente, at alle praksis kan udføre. Forslaget til "Common trunk" er vedlagt som supplerende materiale 9.2.

Den samlede beskrivelse af "Common trunk" for almen praksis vil omfatte den førnævnte beskrivelse af undersøgelser, behandlinger og udstyr, målbeskrivelsen for almen praksis samt en beskrivelse af generelle principper for tilrettelæggelse af arbejdet i almen praksis ud fra hensynet til gode patientforløb og principper for snitfladerne/arbejdsdelingen i forhold til andre aktører i sundhedsvæsenet – herunder principper for hvordan man foretager ændringer i arbejdsdelingen (flytter opgaver).

Denne beskrivelse er vigtig i sammenhæng med honorarstrukturen, da "Common trunk" fastslår, hvilke aktiviteter almen praksis skal varetage, og dermed hvilke aktiviteter, honorarerne i den nye honorarstruktur dækker.

Det er centralt, at beskrivelsen tager et fagligt udgangspunkt og det bør derfor være DSAM, der med henblik på parternes godkendelse og eventuelle politiske prioritering, har ansvar for at udarbejde udkast til beskrivelsen og vedligeholde denne. Det er også centralt, at der søges opnået en konsensus med andre faglige parter/specialer, hvorfor relevante samarbejdspartnere bør have beskrivelserne til høring.



**Honorarstrukturrådets forslag**

Honorarstrukturrådet foreslår, at følgende proces benyttes i forhold til arbejdet med "Common trunk":

- DSAM uarbejder et fagligt revideret forslag til "Common trunk" forud for hver overenskomstforhandling
- "Common trunk" sendes i faglig høring hos sundhedsstyrelsen og de øvrige faglige selskaber samt i høring i samarbejdsudvalgene og andre relevante udvalg i regionerne
- På baggrund af høringssvarene tilpasser DSAM udkastet og sender forslaget til behandling og godkendelse hos de centrale parter

Det er tanken, at "Common trunk" kan danne grundlag for konstruktive drøftelser af opgavevaretagelsen i almen praksis og vurdering af eventuelle nye opgaver for almen praksis. "Common trunk" bliver dermed også et væsentligt baggrundsdokument for forhandlingen af nye overenskomster for almen praksis. "Common trunk" bør derfor løbende opdateres i takt med udviklingen af faget, behov, krav og muligheder.

Der er i dag forskelle mellem tilbuddene i de enkelte praksis – ligesom der er stor forskel på arbejdsdelingen mellem almen praksis og praktiserende speciallæger/sygehusene i forskellige dele af landet . Der må gerne være forskel på opgavevaretagelsen mellem alment praktiserende læger, men udarbejdelse af en "Common trunk" vil betyde fastsættelse af fælles minimumskrav til de enkelte praksis og udpege retningen for den ønskede udvikling af faget. Dog kan den enkelte praksis, efter aftale med regionen, afvige fra "Common trunk" på grund af patientsammensætning, sundhedsvæsnets tilbud og/eller klinikkens muligheder og kunnen.

"Common trunk" er ikke en kritik af den indsats praktiserende læger har ydet indtil nu. Indsatsen har været bestemt af lokale tilbud, lokalemæssige forhold og lignende.

For nogle praksis vil beskrivelsen af "Common trunk" formentlig betyde, at der skal løses "nye" opgaver, som man ikke før har udført og dermed vil modellen i sig selv betyde, at der bliver tilført og udført flere opgaver i almen praksis. Medvirkende hertil vil være, at "Common trunk" formentligt vil have et relativt højt, men dog realistisk fagligt ambitionsniveau.

I det omfang en sådan forøgelse af opgavevaretagelsen i almen praksis ikke kan rummes via tilførsel af flere alment praktiserende læger og finansieres via besparelser i andre sektorer eller på anden måde, må der ske en prioritering af hvilke nuværende opgaver, der eventuelt kan nedrosles set i lyset af "Common trunk" beskrivelsen.

## 3.2 Brud med enkeltydelsesprincippet

Honorarmodellen bryder med den én-til-én sammenhæng mellem opgaver og honorarer, der har domineret honorarmodellen for almen praksis. Bruddet betyder, at de opgaver, som almen praksis skal løse fremadrettet ikke er beskrevet via honorarstrukturen, men via "Common trunk" for almen praksis, udarbejdet og vedligeholdt af DSAM og godkendt af parterne.



Bruddet med enkeltydelsesprincippet betyder også, at når der skal forhandles ny overenskomst, skal parterne vurdere, om den samlede honorering af almen praksis for den samlede opgaveportefølje er tilstrækkelig og om der er ressourcemæssigt råderum til at varetage nye opgaver. Tilføres der nye opgaver til almen praksis skal de honoreres indenfor rammerne af den nye honorarstruktur. Der skal ikke ske "knopskydninger" gennem tilføje af nye honorarer eller honorartyper. Opgaverne skal indpasses i den nye struktur og ikke gennem forhandling om konkret honorar for nye enkelttydelser. Den samlede økonomiske ramme for almen praksis kan ændres, eller taksten for de enkelte honorarer kan tilpasses.

Det er vigtigt, at den ændrede ramme for honoreringen af almen praksis formidles til både læger og regioner. Det kræver et solidt kommunikationsarbejde inden implementeringen og en grundig implementeringsproces.

### 3.3 Forenkling og fremtidssikre

Den nye honorarstruktur forenkler honorarstrukturen for almen praksis og er tænkt til at skulle være langtidsholdbar uden at der sker knopskydninger jævnfør ovenstående. Forenklingen betyder, at der er langt færre honorartyper til at afregne den eksisterende aktivitet og opgavemængde i almen praksis. Afledt af dette vil der indenfor det enkelte honorar skulle favnes flere og mere forskelligartede opgaver. Herved vil honoraret for den enkelte opgave ikke kunne tilpasses så præcist, som hvis der var fastsat et honorar for hver enkelt opgave. Nogle opgaver indenfor det samme honorar vil blive afregnet for højt, og andre for lavt. Den samlede model skal dog sikre, at den enkelte praksis fortsat honoreres rimeligt og tilstrækkeligt for den samlede opgaveportefølje set i forhold til antal patienter og behandlingsopgaven. Dette skal være fokus i parternes forhandlinger om den samlede overenskomst, herunder den samlede økonomiske ramme for almen praksis.

Samtidig skal strukturen i høj grad fremtidssikre, at der på sigt kan tilføres flere opgaver og en eventuelt større økonomisk ramme til almen praksis, uden der opstår en ny "underskov" af honorartyper og ydelseskoder. Udarbejdelsen af en "Common trunk" for almen praksis er en vigtig forudsætning for dette, da "Common trunk" fremadrettet skal definere opgaveporteføljen og opdateres, hvis der fjernes eller tilføres opgaver til almen praksis.

Sammenhængen mellem honorarstrukturen og "Common trunk" bliver derfor central, da "Common trunk" vil definere den opgaveportefølje som almen praksis forventes og forpligtes til at løfte. Almen praksis er således forpligtet til at levere den samlede indsats som defineret i "Common trunk" for hele patientpopulationen. Almen praksis kan således ikke vælge, kun at løse de opgaver, der er økonomisk profitable for praksis, da opgaveporteføljen og de fastsatte takster skal ses som et samlet hele, der tilsammen danner rammen om en rimelig og tilstrækkelig honorering af lægerne.

Den forenkledede honorarstruktur betyder også, at regionerne mister indsigt i hvilke konkrete behandlingsaktiviteter, der foregår i almen praksis. Den øgede tillid, der følger af den forenkledede honorarstruktur, og styringen af aktiviteten via "Common trunk" skal afbalanceres og sikres via en øget indsigt i aktiviteten gennem adgang til data fra almen praksis.

### 3.4 Samme opgaver – samme økonomi

Som udgangspunkt hverken tilføjer eller fjerner den nye honorarstruktur opgaver eller økonomi fra almen praksis. Den nye honorarstruktur betyder imidlertid, at betalingen for opgaverne ændres. Der vil være opgaver i almen praksis, der i dag honoreres med et særskilt honorar, eksempelvis forsendelse af blodprøver og visse laboratorieanalyser, som ikke honoreres direkte i forslaget til ny honorarstruktur, mens der også vil være opgaver, der i dag udføres i almen praksis uden særskilt honorar, der vil blive eksplicit honoreret i den nye model, for eksempel tværsektorielt samarbejde.

Den nye honorarstruktur indeholder således økonomiske incitamenter til ændret adfærd i almen praksis ud fra politisk og fagligt prioriterede mål. Den nye honorarstruktur må derfor forventes at påvirke aktivitet (hvor mange og hvilke opgaver almen praksis løser) og dermed økonomi i almen praksis efter implementering.

Forslaget til ny honorarstruktur er udarbejdet inden for den nuværende økonomiske ramme, uagtet at der kan være argumenter for at ændre på rammen, blandt andet fordi der med "Common trunk", på visse områder, kan ske en flytning af aktivitet fra andre dele af sundhedsvæsenet til almen praksis.

Forslagene til honorar og forventet aktivitet indenfor de enkelte honorarer er ligeledes udarbejdet inden for den nuværende økonomiske ramme, hvilket betyder, at de foreslåede honorarer er udtryk for en omfordeling og omprioritering af honorar mellem de nuværende og de foreslåede honorarer.

Modellen vil betyde omfordeling af de nuværende midler, hvilket (jævnfør foregående afsnit) vil betyde, at:

- der vil være opgaver, hvor honoraret for opgaven ændrer sig
- økonomien i den enkelte klinik vil blive påvirket, men ikke den samlede økonomiske ramme for almen praksis under forudsætning af uændret aktivitet

Der bliver lavet konsekvensberegning af omfordeling og beskrevet mulige overgangsordninger, som parterne kan vælge at benytte ved implementering af modellen, se også kapitel 6.

### 3.5 Adskille afregnings- og kvalitetsdata

Med modellen lægges der op til, at der skal skelnes mellem afregnings- og kvalitetsdata. Oplysninger baseret på lægernes afregning skal bruges til opfølgning på afregning mellem lægen og regionen, og til regningskontrol, men ikke til kvalitetsformål.

Den forenklede honorarstruktur betyder endvidere, at honorarstrukturen også påvirker måden, der kan føres kontrol med afregningen på. Opfølgningen på afregning vil fremadrettet i højere grad end i dag handle om opfølgning på afregningsmønstre i og mellem praksis samt praksis' henvisning til og brug af det øvrige sundhedsvæsen. Sammen med honorarstrukturen fremlægges endvidere forslag til loft for brugen af bestemte ydelser, så der er klare forventninger til hvor meget ydelserne bruges, hvilket kan understøtte den regionale afregningskontrol.

Til brug for opfølgning på kvaliteten i almen praksis skal der ikke anvendes afregningsdata. Afregningsdata er indsamlet med henblik på afregning. Data til brug for kvalitetsmonitoring og -opfølgning i almen praksis skal være indsamlede til dette formål og aftalt mellem parterne. Disse data savnes i dag. Det betyder, at parterne skal aftale nye, fælles mål for kvalitet i almen praksis, og sikre, at der stilles data om disse til rådighed for både lægerne og regionerne.

Aftales der nye indsatser eller opgaver i almen praksis skal der ligeledes aftales kvalitetsmål og dataindsamlingsmetode for disse. Målene kan eventuelt være tværsektorielle og der kan måles på ønsket effekt af aktivitet, behandlingskvalitet i forhold til faglige standarder eller andet.

### 3.6 Sikre mulighed for at følge aktivitet og kvalitet

Regionerne skal sikres adgang til de aftalte aktivitets- og kvalitetsdata for at sikre, at regionerne kan varetage deres forpligtelse som ansvarlig for opgavevaretagelsen i almen praksis.

Den enkelte læge/praksis skal ligeledes sikres adgang til egne data, så kvaliteten i behandlingen af den enkelte patient og patientpopulationen kan følges af lægen. Herunder skal regionen sikre lægen adgang til oplysninger om afledte effekter af egen behandling, som for eksempel henvisningsmønster og mønster for patienternes brug af lægevagt og skadestue/FAM (Fælles Akut Modtagelse) og eventuel brug af kommunale forebyggelses-tilbud.

### 3.7 Almen praksis er selvstændige erhvervsdrivende

De praktiserende læger er selvstændige erhvervsdrivende og tilrettelægger selv deres virksomhed. Lægen har ansvar for at drive egen praksis og frihed til at tilrettelægge behandlingen. Den praktiserende læge har dermed også ansvar for at tilrettelægge sin virksomhed effektivt og omkostningsbevidst.

Den nye honorarstruktur understreger dette ansvar og denne frihed. I forslaget til honorarstrukturen er der således lempet væsentligt på restriktioner på tilrettelæggelse af behandlingen i forhold til medie (fremmøde, telefon, video) så længe det valgte medie imødekommer behovet for lægehjælp.

Honorering af almen praksis for at levere lægehjælp er uafhængig af hvem, der løser en opgave, og der er således ikke honorarmæssige restriktioner på brug af praksispersonale – såfremt kvalifikationer, instruktioner og delegation er på plads.

### 3.8 Til- og fravalg af honorartyper i forslaget til model

I arbejdet med at udforme forslaget til ny honorarstruktur, har Honorarstrukturrådet foretaget en del til- og fravalg angående sammensætningen af elementer i honorarstrukturen og typer af honorarer.

I den nuværende honorarstruktur indgår der faste honorarer udbetalt pr. kapacitet og pr. sikret tilmeldt praksis. Derudover indgår der aktivitetsafhængige honorarer, der udbetales pr. foretaget handling i almen praksis.

I forslaget til ny honorarstruktur er det fortsat disse honorartyper, der anvendes. Honorarstrukturrådet har søgt inspiration fra internationale erfaringer med honorering af almen praksis. Herunder inspiration fra Norge og England. Fra Norge er der afsmitning i

forhold til den mere simple model for tillægsydelse og inklusionen af visse af de nuværende tillægs- og laboratorieydelse i konsultationshonoraret. Fra England har Honorarstrukturrådet særligt interesseret sig for kvalitetsafregning<sup>2</sup>, "pay for performance". Honorarstrukturrådet har særligt fundet incitamentet til kvalitetssikring af indsatsen i almen praksis, som kvalitetsafregning indeholder, interessant. Honorarstrukturrådet har dog vurderet, at der ikke foreligger de nødvendige data om kvaliteten i almen praksis i Danmark, til at opstille et datagrundlag og en model for at indføre "pay for performance" i en ny honorarstruktur. Derudover er Honorarstrukturrådet bekymret over de utilsigtede effekter, kvalitetsafregning kan have på aktiviteten i almen praksis, såsom tilsidesættelse af relevante mål og indsatser, som ikke indgår i de honorerede kvalitetsmål<sup>3</sup>. I den beskrevne model anbefaler Honorarstrukturrådet dog, at der anvendes kvalitets- og aktivitetsdata til at give de praktiserende læger og regionerne adgang til oplysninger om kvalitet og aktivitet målt på aftalte områder og faktorer. Dermed opnås der, via feedback til almen praksis og regionerne, nogle af de samme effekter som "pay for performance", men uden tilkøbet økonomi.

---

<sup>2</sup> Kapitel 2 i DaCHes arbejdspapir beskriver dette nærmere. Se supplerende materiale 9.1.

<sup>3</sup> Se eventuelt mere i kapitel 1 i DaCHes arbejdspapir.

## 4 Forslag til ny honorarstruktur

Den nuværende honorarstruktur giver i vidt omfang anledning til mange af de problemer, som både læger og regioner oplever i relation til almen praksis. Dette skyldes blandt andet, at honorarstrukturen ikke har ændret sig i takt med at sundhedsvæsnets har ændret sig. Det er derfor tid til, at ændringerne i sundhedsvæsnets afspejler sig i en ny honorarstruktur og et nyt paradigme for, hvordan honoreringen af alment praktiserende læger skal forstås.

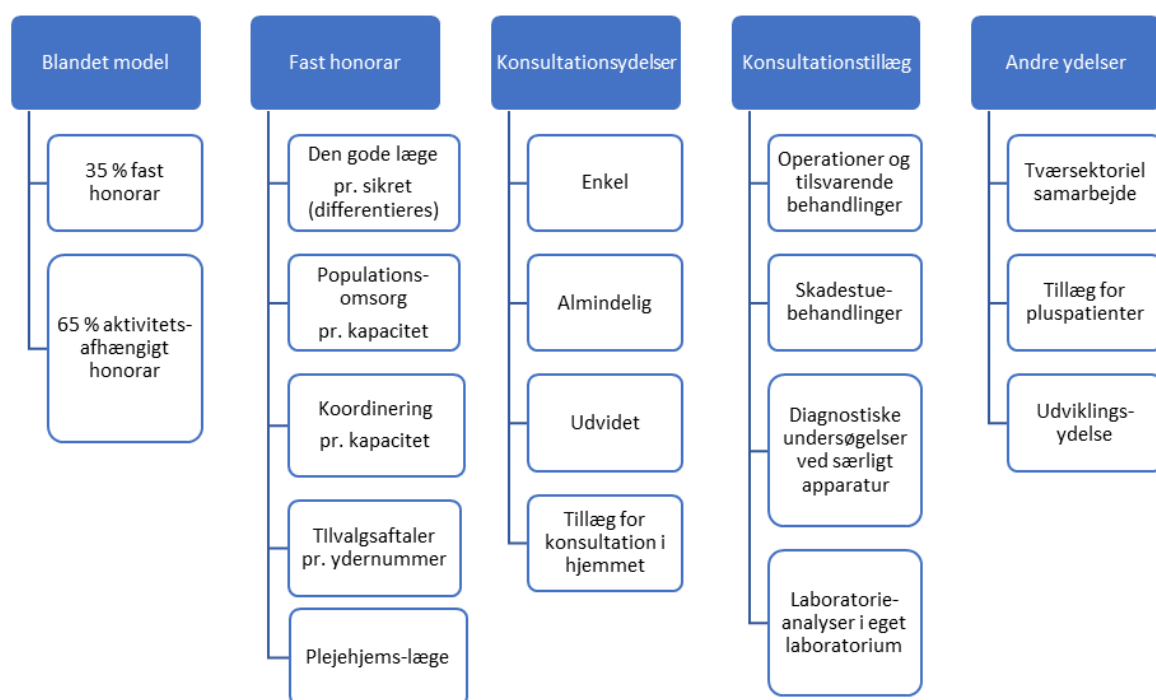
Honorarstrukturrådet har derfor foreslået en ny struktur, som indebærer en kraftig forenkling og dermed et brud med den enkelttydelsestænkning, som præger den nuværende overenskomst samt en mere direkte understøttelse af de sundhedspolitiske mål for almen praksis, såsom populationsomsorg, tværfagligt- og tværsektorielt samarbejde.

Forslaget til en ny struktur vil fortsat give incitament til effektiv drift og værne imod uhenigtsmæssige henvisninger til andre dele af sundhedsvæsnets.

Med forslaget til den nye honorarstruktur vil overenskomstparterne have et udgangspunkt for forhandlinger, hvor fokus kan være på opgaverne i almen praksis, arbejdsmængden og hvorvidt taksterne er rimelige. Den foreslåede honorarstruktur er langtidsholdbar og kan dermed opsuge ændringer i arbejdet i almen praksis uden at det er nødvendigt at ændre på honorarstrukturen.

Forslaget til en ny honorarstruktur vil understøtte de praktiserende læger i at udføre deres vigtige opgaver samt at give den største opmærksomhed til de patienter, der har størst behov. Hermed forventes det, at strukturen kan bidrage til udligning af ulighed i sundhed.

I figur 1 nedenfor fremgår elementerne i Honorarstrukturrådets forslag til den nye honorarstruktur.



Figur 1 - Forslag til ny honorarstruktur

I det efterfølgende vil de enkelte elementer i forslaget til ny honorarstruktur blive præ-senteret.

## 4.1 Blandet model

Den eksisterende honorarstruktur består af en såkaldt blandet model. Det vil sige en model, der både indeholder fast honorering og aktivitetsafhængig honorering. I den nuværende honorarstruktur udgør de faste honorarer ca. 40 % af den samlede honorering i almen praksis og de aktivitetsafhængige honorarer udgør de resterende ca. 60 %. Fordelingen på 40 % fast honorar og 60 % aktivitetsafhængigt honorar udgør den gennemsnitlige fordeling mellem honorarerne på landsplan. Det betyder, at for de konkrete praksis kan fordelingen være anderledes, blandt andet afhængig af patientsammensætning og arbejdstilrettelæggelse.

### Honorarstrukturrådets forslag

Honorarstrukturrådet foreslår at:

- den nye honorarstruktur fortsat er en blandet model, bestående af både faste- og aktivitetsafhængige honorarer
- den nuværende vægtning på landsplan ændres, så de faste honorarer i gennemsnit udgør ca. 35 % og de aktivitetsafhængige honorarer udgør ca. 65 %, svarende til fordelingen før 2018-overenskomsten

### Argumenter

Der er forskellige bagvedliggende økonomiske incitamenter ved henholdsvis fast honorering og aktivitetsafhængig honorering<sup>4</sup>. Begge honoreringsformer indeholder således fordele og ulemper, men ved at opstille en blandet honorarmodel giver de to honorartyper incitamentsmæssig modvægt til hinanden. De negative effekter ved de rene modeller udjævnes, samtidig med at fordelene ved modellerne bevares. Honorarstrukturrådet har tilstræbt en fordeling svarende til den nuværende, da der ikke foreligger evidens eller undersøgelser, der giver grundlag for at ændre fordelingen. Blandt andet af hensyn til fordelingsmæssige effekter på tværs af landsdele er den endelige fordeling dog ændret i den nye model, således at det faste honorar udgør ca. 35 % og de aktivitetsafhængige honorarer ca. 65 %. Dette svarer omtrent til fordelingen af honorarerne før 2018-overenskomsten og indførelsen af kronikerhonoraret.

Princippet bag honorarerne i den blandede model i forslaget til ny honorarstruktur er, at aktivitet, der vedrører en konkret patient, honoreres med et aktivitetsbestemt honorar, mens aktiviteter i almen praksis af mere generel karakter, der ikke er knyttet til en konkret patient, honoreres gennem faste honorarer.

### Fordele

De faste honorarer giver budgetsikkerhed for både læger og regioner. Derudover muliggør fast honorering, at arbejde i almen praksis, der er af generel karakter og ikke vedrører en konkret patient, kan honoreres. Yderligere giver honorering pr. sikret incitament til at holde åbent for tilgang, således at borgerne har mulighed for at tilmelde sig en praksis. Det aktivitetsafhængige honorar giver incitament til at se de sikrede og udføre de relevante aktiviteter på en effektiv måde.

---

<sup>4</sup> Fordele og ulemper ved de to modeller beskrives nærmere i kapitel 1 i DaCHes arbejdspapir. Se supplerende materiale 9.1.

### Ulemper

En blandet model, hvor der gives både faste og aktivitetsafhængige honorarer for aktiviteter i almen praksis, kan betyde, at de aktiviteter, der honoreres via det faste honorar underprioriteres, da betalingen foreligger uanset aktivitet. Praksis kan dermed optimere sin indtjening ved at prioritere de aktiviteter, der direkte medfører betaling, og nedprioritere aktiviteter, der honoreres uanset aktivitet.

### Opmærksomhedspunkter

Ved omfordelingen af den samlede økonomi kan der ske forskydninger mellem klinikker, så nogle praksis oplever en stigning i det samlede honorar for det samme aktivitetsniveau som nu og andre vil opleve et fald.

---

### *Honorarstrukturrådets foreslåede alternativer*

Parterne kan vælge at ændre vægtingen mellem faste og aktivitetsafhængige honorarer. En ændret vægting vil påvirke det beløb, der kan fordeles på de enkelte honorartyper i både det faste og det aktivitetsafhængige honorar. Derudover forventes en ændret vægting at påvirke adfærden i almen praksis. Således vil en forøgelse af det aktivitetsafhængige honorar almindeligvis øge aktiviteten i almen praksis.

## 4.2 Fast honorar

I den nye honorarstruktur gives faste honorarer i udgangspunktet for aktiviteter i praksis, der ikke er direkte relateret til behandlingen af en konkret patient. Det kan eksempelvis være opgaver knyttet til almindelig drift af praksis. I den eksisterende honorarstruktur foretages der fast honorering pr. sikret, fast honorering pr. kapacitet, fast honorering pr. kroniker<sup>5</sup>. Derudover differentieres det faste honorar pr. sikret.

### **Honorarstrukturrådets forslag**

Honorarstrukturrådet foreslår, at:

- den nye honorarstruktur skal indeholde et fast honorar pr. sikret – "Den gode læge"
- den nye honorarstruktur skal indeholde to faste honorarer pr. tildelt kapacitet – "Populationsomsorg" og "Koordinering"
- den nye honorarstruktur skal indeholde et fast honorar pr. ydernummer – "Tilvalgsaftaler"
- den eksisterende plejehjemslægeordning bibeholdes og foreslås udvidet
- det faste honorar pr. sikret skal differentieres
- kronikerhonorar-modellen afskaffes

### Argumenter

Honorarstrukturrådets forslag til fast honorering indeholder separate honorartyper, der hver for sig relaterer til bestemte opgaver i almen praksis, som honoraret skal understøtte, at almen praksis varetager. Dette er også grunden til, at der foreslås to separate honora-

---

<sup>5</sup> Kronikere er opgjort som sikrede med KOL og/eller diabetes type 2.

rer, der udbetales pr. kapacitet. For bedst muligt at sikre den rette understøttelse anbefaler Honorarstrukturrådet at den faste honorering skal udbetales pr. sikret, pr. tildelt kapacitet og pr. ydernummer. Principperne for hver af honoreringsformerne er:

- Honorar pr. sikret  
Vil som udgangspunkt dække aktivitet, der vedrører alle patienter, og som dermed forventes at vokse med antal patienter (sikrede) tilmeldt praksis. I forslaget til honorarstrukturen drejer det sig om aktivitet knyttet til selve det at drive praksis, sikre tilgængelighed og yde en god service til patienterne.
- Honorar pr. tildelt kapacitet  
Vil som udgangspunkt dække aktiviteter, som alle læger skal udøve. I forslaget til en ny honorarstruktur gælder det for eksempel lægens opgaver knyttet til kvalitetssikring og databaseret populationsomsorg. Det er dermed aktivitet, hvor omfanget af opgaven ikke nødvendigvis øges med antallet af patienter tilmeldt praksis.
- Honorar pr. ydernummer  
Kan anvendes til at honorere praksis, hvis der indføres opgaver, der kræver væsentlige investeringer for praksis i for eksempel nyt apparatur, der er uafhængig af antal kapaciteter i praksis. Fast honorar pr. ydernummer anvendes i Honorarstrukturrådets forslag i forbindelse med tilvalgsaftaler<sup>6</sup>, der supplerer overenskomsten med frivillige aftaler om ønskede strukturelle tiltag i praksis.

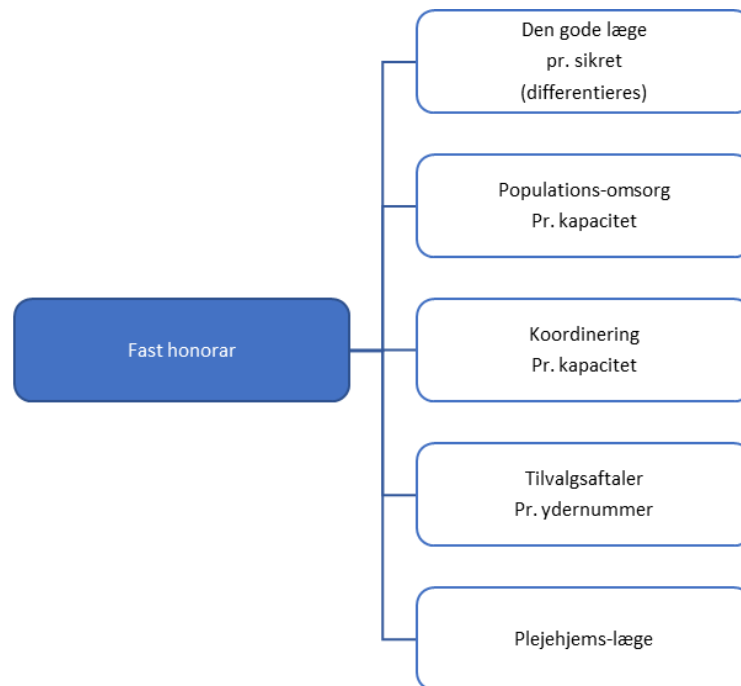
I de følgende afsnit præsenteres Honorarstrukturrådets forslag til faste honorartyper. For de enkelte honorartyper er det beskrevet, hvilke forventninger til opgavevaretagelse, der følger med honoraret. Forslagene til elementer, der indgår i de forskellige honorartyper, skal ses som retningspile for, hvad de praktiserende læger skal levere for det faste honorar.

De faste honorarer omfatter:

---

<sup>6</sup> Se mere om tilvalgsaftaler i afsnit 4.4.3.





Figur 2 - Faste honorarer

#### 4.2.1 Den gode læge – fast honorar pr. sikret

Honorarstrukturrådet anbefaler, at der laves et fast honorar pr. sikret, som er knyttet til patienternes oplevelse af at være tilmeldt en god læge. Det vil sige, at honoraret knyttes an til den service, som lægen yder for patienten. Honoraret dækker dermed en del af de elementer, der skal til for at drive praksis alt i alt. Honorarbeskrivelsen kan dog ikke læses én til én som en afspejling af overenskomsten og som udtømmende for, hvilke overenskomstkrav praksis skal leve op til. Beskrivelsen er en vejledning i, hvad praksis honoreres for gennem honoraret.

Honoraret dækker at almen praksis er en del af det samlede sundhedsvæsen, og har en særlig rolle som gate-keeper og aktør i det nære, sammenhængende sundhedsvæsen. Lægen medvirker til at løse opgaven i det samlede sundhedsvæsen ved at udføre de almen medicinske opgaver, der hører til almen praksis og i henhold til arbejdsdelingen med de øvrige aktører i sundhedsvæsenet. Det betyder at:

- Lægen varetager den fornødne og relevante undersøgelse, diagnostik og behandling af patienten og søger i videst muligt omfang at færdigbehandle patienten fremfor at henvise til andre aktører i sundhedsvæsenet
- Lægen tilstræber, at patienternes helbredsproblemer kan behandles i dagtiden, således at patienternes brug af lægevagten begrænses mest muligt
- Lægen holder sig orienteret om tilbud om specialistrådgivning og indhenter i relevant omfang specialistrådgivning fra sygehuse og andre speciallæger for at færdigbehandle patienterne i almen praksis fremfor at henvise til andre aktører
- Lægen henviser til andre aktører, når lægen i henhold til de kliniske retningslinjer ikke skal varetage behandlingen, eller lægen vurderer, at den konkrete behandling ligger uden for lægens kompetence- eller opgaveområde
- Lægen læser og forholder sig til epikriser og korrespondancer i henhold til overenskomstens rammer og lokale aftaler herom

- Lægen indgår i den patientrettede forebyggelsesindsats og holder sig orienteret om- og henviser til relevante kommunale forebyggelsestilbud, både de specifikke patientrettede tilbud og de borgerrettede forebyggelsestilbud
- Lægen kender og henviser ligeledes til relevante kommunale rehabiliteringstilbud
- Lægen tilrettelægger tillige sin behandling efter de særlige lokale forhold, der måtte være, hvor lægen praktiserer. (Dette kan eventuelt understøttes yderligere via tilvalgsaftaler)

Honoraret dækker også, at almen praksis inddrager patienten i egen behandling. Det vil sige, at lægen inddrager patienten og pårørende i beslutninger om til- og fravalg af behandling. Herunder støtter lægen patienten i valg og prioritering af behandling i almen praksis og på tværs af sundhedsvæsnen og deltager ved komplekse beslutninger, der tages, når patienten er i andre dele af sundhedsvæsnen.

Honoraret dækker derudover, at almen praksis er tilgængelig – både elektronisk og fysisk – således at den gode læge har en god tilgængelighed. Det betyder at:

- Overenskomstens rammer for telefonisk, elektronisk og fysisk tilgængelighed skal overholdes
- Patienten har adgang til tidsbestilling, både telefonisk og gennem elektroniske selvbetjeningsløsninger

Yderligere dækker honoraret at almen praksis har relevant og opdateret udstyr til undersøgelse, diagnostik og behandling. Herunder at praksis skal sikre, at udstyret løbende vedligeholdes, serviceres og kalibreres med videre, samt at læge og praksispersonale skal være instrueret i korrekt anvendelse af udstyret.

Honoraret dækker, at almen praksis har opdaterede og relevante praksisoplysninger på Sundhed.dk, på egen hjemmeside og i MinLæge-appen. Herunder at almen praksis gennemfører patienttilfredshedsundersøgelser efter bestemmelserne i overenskomsten og sikrer offentlig tilgængelig synlighed af resultatet, som en tilkendegivelse overfor patienterne om lægens serviceniveau.

Honoraret dækker også, at almen praksis ansætter relevant hjælpepersonale, der kan aflaste lægen og bidrage til, at lægen kan prioritere indsatsen til de patienter, der har mest behov herfor. Derudover sikrer lægen som har ydernummeret relevant instruktion og supervision af personalet, samt sikrer kontinuitet i patientens kontakt med behandlere i klinikken og relevant lægelig tilstedeværelse. Dette indebærer, at lægen som har ydernummeret, er en gennemgående figur for patienterne og klinikkens personale, og dermed normalt er til stede i klinikkens åbningstid.

Derudover dækker honoraret også, at almen praksis sikrer kvalitet i behandlingen ved at læge og personale deltager i relevant efteruddannelse for at være fagligt opdaterede samt at lægen deltager i arbejdet i kvalitetsklyngerne og praksis arbejder med egen kvalitetsudvikling og kvalitetssikring.

De alment praktiserende lægers roller som gatekeeper, tovholder og koordinator for deres patienter stiller store krav til lægens opgavevaretagelse og til lægens samspil med andre

vigtige aktører i sundhedsvæsenet. I denne sammenhæng er det vigtigt, at samarbejdspartnere – regioner, kommuner, sygehuse med flere – er opmærksomme på at bidrage til at skabe gode forudsætninger for de alment praktiserende lægers arbejde.

Der kan i den forbindelse eksempelvis peges på følgende forhold:

- Sygehusene skriver gode epikriser med relevante oplysninger
- Sygehusene er opmærksomme på at bistå almen praksis med nem og hurtig adgang til specialistrådgivning, subakutte ambulante tilbud og en bred palet af diagnostiske servicefunktioner (laboratorie, billeddiagnostisk etc.)
- Regionerne er i deres planlægning af kapaciteten i praksissektoren opmærksomme på almen praksis' behov for støtte fra og henvisningsmuligheder til praktiserende speciallæger, fysioterapeuter og andre aktører i praksissektoren
- Regionerne faciliterer gode patientforløb, god kommunikation og samspil i sundhedsvæsenet, samt kvalitetsudviklingsarbejde
- Regionerne sikrer, at der ikke sker opgaveoverdragelse til almen praksis uden dialog og forberedelse
- Kommunerne har gode tilbud inden for forebyggelse og rehabilitering, som lægerne kan henvise til
- Kommunerne sikrer en effektiv og relevant kommunikation mellem almen praksis og kommunens sundhedspersonale

#### **Honorarstrukturrådets forslag**

Honorarstrukturrådet foreslår, at honorar for "Den gode læge":

- udbetales pr. tilmeldt sikret
- udgør et grundbeløb på 440 kr. pr. sikret pr. år i 1. april 2023 priser
- differentieres efter en model, der tilgodeser praksis med en særlig stor behandlingsopgave pr. patient og pr. konsultation<sup>7</sup>

#### Argumenter

Da en del af omkostningerne i almen praksis, som honoraret skal være med til at dække, forventes at vokse med et øget patientantal anbefaler Honorarstrukturrådet, at honoraret udbetales pr. sikret. Honoraret dækker også over omkostninger, som ikke forventes at stige med et øget patientantal, men da disse omkostninger er tæt forbundne med beskrivelsen af "Den gode læge" anbefaler Honorarstrukturrådet at de omfattes af dette honorar.

#### Fordele

Honoreringen pr. sikret giver praksis et incitament til at holde åbent for patienttilgang, så patientantallet i praksis kan øges.

Honorarbeskrivelsen tydeliggør, hvilke opgaver det forventes at almen praksis løser og hvorfor honoreringen finder sted. Det betyder, at såfremt en praksis ikke lever op til de beskrevne forpligtelser, kan regionen sanktionere praksis jævnfør afsnit 5.2.

#### Ulemper

Et fast honorar pr. sikret kan tilskynde lægen til at have et stort antal patienter tilknyttet praksis, uden at sikre patienterne nødvendig adgang til lægehjælp. Antallet af patienter

---

<sup>7</sup> Se afsnit 4.2.7 om differentiering af det faste honorar.

skal derfor afstemmes med den behandlingskapacitet, der er i praksis. Dette sikres gennem overenskomstens bestemmelser om patientantal (§ 14).

#### *Honorarstrukturrådets foreslåede alternativer*

Parterne kan vælge at udskifte, tilføje eller fjerne indhold i honorarbeskrivelsen. Beskrivelsen skal afspejle hvilke forventninger der er til "Den gode læge".

Parterne kan vælge hvorvidt det faste honorar pr. sikret skal differentieres.

#### 4.2.2 Populationsomsorg – fast honorar pr. tildelt kapacitet

Honorarstrukturrådet anbefaler, at der laves et fast honorar pr. tildelt kapacitet, som honorerer praksis for at varetage deres populationsomsorg for de sikrede i praksis. Beskrivelsen relaterer sig til "Notat om populationsomsorg" udgivet af Fonden for Almen Praksis<sup>8</sup>.

Honoraret for "Populationsomsorg" dækker at praksis laver dataarbejde, er proaktive, laver opsøgende indsatser og fungerer som tovholder. Honoraret dækker dermed at lægen arbejder systematisk, struktureret og proaktivt med data om patientpopulationen og anvender data til at fremsøge patienter, hvor det kan være relevant, at lægen kontakter patienten. Det kan eksempelvis være i forbindelse med udeblivelser fra aftaler eller ikke gennemførte årskontroller. Det kan også være i forhold til opfølgning for patienter med et kompliceret medicinforbrug eller patienter, der på trods af sygdomsbilledet ikke henvender sig til praksis. Det kan eksempelvis være patienter med dårlig egenomsorgsevne som følge af mentale/psykiske eller sociale udfordringer. Dermed er populationsomsorgshonoraret med til at dække omkostninger for praksis i forbindelse med det aktivt opsøgende arbejde hvor lægen kontakter patienter, der kan have behov for lægehjælp, men som ikke selv opsøger lægen.

Hvis lægen i kontakten med en patient får mistanke eller bekymring om, at patienten har andre sygdoms- eller sundhedsproblematikker, end dem, patienten har henvendt sig med, bør lægen på eget initiativ adressere disse. Det gælder også i situationer, hvor det umiddelbart forlænger konsultationens varighed. Dog er lægen ikke forpligtet til at varetage undersøgelse eller behandling af tilstanden i samme konsultation, hvis dette giver uforholdsmæssig ventetid for andre patienter. I disse situationer bør der i stedet aftales en ny tid for patienten.

En del af populationsomsorgen handler om praksis' rolle som tovholder. Lægen er tovholder i de tværsektorielle patientforløb og varetager patientens almen medicinske behandlingsbehov i forløbene. Det vil sige, at den praktiserende læge hjælper patienten med at prioritere mellem behandlinger i det tiltagende specialiserede sundhedsvæsen, hvor mange aktører deltager i behandling af patienter med komplekse, ofte multiple sygdomme. Her er lægens indblik i patientens liv og prioriteringer udenfor sygehusene afgørende. Dermed bistår og støtter den praktiserende læge patienter, som er i behandlingsforløb hos andre aktører i sundhedsvæsenet, med henblik på at sikre det bedst mulige tværsektorielle forløb og at patientens ønsker og muligheder er inddraget i videst muligt omfang. Herunder benytter lægen sit kendskab til patientens egenomsorgsevne, behandlingspræferencer og lægens generelle kendskab til patientens situation i tilrettelæggelsen

---

<sup>8</sup> Fagligt Råd for Almen Praksis, Notat om populationsomsorg i almen praksis, Oktober 2018. Kan findes på: [https://www.laeger.dk/media/ro2lwuql/notat\\_om\\_populationsomsorg\\_oktober\\_2018.pdf](https://www.laeger.dk/media/ro2lwuql/notat_om_populationsomsorg_oktober_2018.pdf)

af tværgående behandlingsforløb. Dette indebærer for eksempel at lægen orienterer sig i patientens journal inden deltagelse i tværsektorielle konferencer.

### Honorarstrukturrådets forslag

Honorarstrukturrådet foreslår, at honorar for "Populationsomsorg":

- udbetales pr. tildelt kapacitet i praksis
- udgør 50.206 kr. pr. kapacitet pr. år i 1. april 2023 priser, svarende til en forventning om, at der afsættes et estimeret timetal på 48 timer pr. kapacitet pr. år til opgaven

### Argumenter

Honorarstrukturrådet anbefaler et fast honorar for praksis' udførelse af populationsomsorg, for at kompensere praksis for tidsforbruget til opgaven. Tidsestimatet er tænkt som en indikator for, hvor meget tid lægen som minimum forventes at afsætte til opgaven pr. kapacitet. Honoraret for "Populationsomsorg" udbetales pr. tildelt kapacitet fremfor pr. sikret, da alle læger aktivt skal deltage i varetagelsen af populationsomsorgen.

### Fordele

Det tydeliggøres, at det forventes, at almen praksis varetager opgaverne vedrørende populationsomsorg. Det tydeliggøres også, at parterne anser disse opgaver i almen praksis som værdifulde og de tidsmæssige omkostninger for almen praksis til udførelsen af populationsomsorgen anerkendes gennem honoraret. Honoraret "Populationsomsorg" har også en indbygget tydeliggørelse af forventningen om omfanget af opgaven. Generelt indeholder honoraret en stor signalværdi til både almen praksis, regionerne, det resterende sundhedsvæsen og patienterne i forhold til ønsket opgavevaretagelse og forventninger til omfanget af opgaven.

### Ulemper

Almen praksis bliver honoreret for opgaverne vedrørende populationsomsorgen uagtet om opgaven løses eller ej. Dermed er der ikke et økonomisk incitament til at udføre aktiviteten.

2023-01-10 10:00:00 2

### Honorarstrukturrådets foreslåede alternativer

Parterne kan vælge en anden størrelse på honoraret.

Parterne kan vælge, at honoraret kun, helt eller delvist, udbetales pr. besat kapacitet. Det vil sige, at der kun udbetales honorar for kapaciteter, der er registreret en læge i (ansat eller kompagnon). Vælges dette vil det dog betyde, at praksis, der har ubesatte kapaciteter, men har tilmeldte patienter svarende til antallet af kapaciteter, måske vil tilskyndes til at frasige sig kapaciteter og patienter. Omvendt kan det også tilskynde praksis til at få besat alle kapaciteter, eventuelt gennem tilskyndelse til at registrere eventuelle læger, som allerede er ansat.

Parterne kan vælge at lægge honoraret for "Populationsomsorg" sammen med honoraret for "Koordinering"<sup>9</sup>, hvis der ønskes færre faste honorarer. Det har dog den bivirkning, at det bliver mindre tydeligt, hvad honoraret gives for.

2023-01-10 10:00:00 2

<sup>9</sup> Se beskrivelse af honoraret for "Koordinering" i afsnit 4.2.3.

#### 4.2.3 Koordinering – fast honorar pr. tildelt kapacitet

Honorarstrukturrådet anbefaler, at der laves et fast honorar pr. tildelt kapacitet, som honorerer praksis for at deltage i koordinerende aktivitet, som ikke er knyttet til et konkret patientforløb, men derimod omhandler generelt samarbejde og koordinering mellem praksis og andre aktører. Honoraret skal synliggøre lægens forpligtelse til at deltage i koordinerende aktiviteter med samarbejdspartnerne i det nære sundhedsvæsen, samt fungere som en kompensation for lægens forpligtelse til at stå til rådighed for samarbejdspartnerne, hvilket i nogle tilfælde kan forstyrre den tilrettelagte tidsplan.

Honoraret dækker almen praksis' deltagelse i koordinering af konkret praksisnært samarbejde. Det vil sige, koordinering af arbejdsdeling og kommunikation i det patientnære-, men ikke patientspecifikke samarbejde mellem lægen og sygehus eller kommune. Det kan for eksempel være drøftelse af aftaler om arbejdsdeling eller samarbejde omkring en bestemt gruppe patienter, enten defineret på diagnoseniveau, eller på andet karakteristika, eksempelvis særligt sårbare patienter, hvor det kan være nødvendigt med en konkret, lokal, praksisnær koordinering mellem parterne for en bestemt målgruppe. Det kan blandt andet være koordinerende møder med hjemmesygeplejersker, sundhedsplejersker, jobcentre eller en sygehusafdeling om tilrettelæggelse af samarbejdet om en fælles patientgruppe.

En forudsætning for god koordinering er, at almen praksis i et relevant system har opdaterede, lettilgængelige kontaktoplysninger til sygehus og kommune og har opdaterede ferie- og vikarpraksis-oplysninger som er synlige for samarbejdspartnerne. Derudover er det en forudsætning at almen praksis sikrer god tilgængelighed for relevante samarbejdspartnerne i sundhedsvæsenet, så disse kan drøfte fælles patienter med lægen, og dermed understøtte gode, og sammenhængende patientforløb. Herunder skal det være muligt for samarbejdspartnerne at få kontakt med almen praksis til afklaring af akutte problemstillinger for fælles patienter<sup>10</sup>.

Honoraret dækker ikke lægens deltagelse på kollegaernes vegne i arbejdsgrupper til udarbejdelse af deciderede tværsektorielle samarbejdsaftaler, patientforløbsprogrammer eller lignende. Dette honoreres efter særskilt aftale.

Hvis samarbejdet eller koordineringen omhandler lægens rolle i et behandlingsforløb for en bestemt patient, honoreres samarbejdet via de aktivitetsafhængige ydelser.

Indsatsen under det faste honorar "Koordinering" kan ligne den aftalte rådgivning og vejledning af personale på plejecentrene, i ordningen med faste plejehjemslæger. Honoraret "Koordinering" er dog målrettet koordinering og aftaler mellem parterne om fælles patientgrupper og dækker en bredere samarbejdskreds end plejepersonale på plejecentrene, mens honoraret for plejehjemslægefunktionen er målrettet rådgivning og/eller undervisning af plejecenterpersonalet.

---

<sup>10</sup> Dette kan have afledte konsekvenser i form af forsinkelse for andre patienter og dermed længere arbejdsdag for lægen, eller andre "forstyrrelser" for praksis. Koordineringsydelsen er også tiltænkt som et "genetillæg" for dette.

**Honorarstrukturrådets forslag**

Honorarstrukturrådet foreslår at honorar for "Koordinering":

- udbetales pr. tildelt kapacitet i praksis
- udgør 25.103 kr. pr. kapacitet pr. år i 1. april 2023 priser, svarende til en forventning om, at der afsættes et estimeret timetal på 24 timer pr. kapacitet pr. år til opgaven

Argumenter

Honorarstrukturrådet anbefaler et fast honorar for praksis' udførelse af opgaver i relation til koordinering, for at kompensere praksis for tidsforbruget til dette. Tidsestimatet er tænkt som en indikator for, hvor meget tid lægen som minimum forventes at afsætte til opgaven pr. kapacitet. Honoraret for "Koordinering" udbetales pr. kapacitet fremfor pr. sikret, da alle læger skal varetage koordinerende opgaver.

Fordele

Det tydeliggøres, at det forventes, at almen praksis varetager opgaverne vedrørende koordinering. Det tydeliggøres også at parterne anser disse opgaver i almen praksis som værdifulde og de tidsmæssige omkostninger for almen praksis til udførelsen af koordineringen anerkendes gennem honoraret. Honoraret "Koordinering" har også en indbygget tydeliggørelse af forventningen om omfanget af opgaven. Generelt indeholder honoraret en stor signalværdi til både almen praksis, regionerne, det resterende sundhedsvæsen og patienterne i forhold til ønsket opgavevaretagelse og forventninger til omfanget af opgaven.

Ulemper

Almen praksis bliver honoreret for opgaverne vedrørende koordineringen uagtet om opgaven løses eller ej. Dermed er der ikke et økonomisk incitament til at udføre aktiviteten.

*Honorarstrukturrådets foreslåede alternativer*

Parterne kan vælge en anden størrelse på honoraret.

Parterne kan vælge, at honoraret kun, helt eller delvist, udbetales pr. besat kapacitet. Det vil sige, at der kun udbetales honorar for kapaciteter, der er registreret en læge i (ansat eller kompagnon). Vælges dette vil det dog betyde, at praksis, der har ubesatte kapaciteter, men har tilmeldte patienter svarende til antallet af kapaciteter, måske vil tilskyndes til at frasige sig kapaciteter og patienter. Omvendt kan det også tilskynde praksis til at få besat alle kapaciteter, eventuelt gennem tilskyndelse til at registrere eventuelle læger, som allerede er ansat.

Parterne kan vælge at lægge honoraret for "Koordinering" sammen med honoraret for "Populationsomsorg"<sup>11</sup>, hvis der ønskes færre faste honorarer. Det har dog den bivirkning, at det bliver mindre tydeligt, hvad honoraret gives for.

#### 4.2.4 Honorar pr. ydernummer

Honorarstrukturrådet anbefaler, at der laves et fast honorar pr. ydernummer. Honorarstrukturrådet peger på denne mulighed, da denne honorartype kan anvendes til at honorere praksis, hvis der indføres opgaver, der for eksempel kræver væsentlige investeringer

---

<sup>11</sup> Se beskrivelse af honoraret for populationsomsorg i afsnit 4.2.2.



i nyt apparatur i praksis. Der er dog ikke i forslaget til ny honorarstruktur afsat midler til honorar af denne type.

I den nye honorarstruktur foreslås honorar pr. ydernummer anvendt som "Tilvalgsaftaler" i forbindelse med udvikling i almen praksis.

"Tilvalgsaftaler" er nærmere beskrevet i afsnittet 4.4.3.

#### 4.2.5 Plejehjemslæge/ institutionslæge

Den eksisterende honorarstruktur indeholder honorering for at være fasttilknyttet læge på et plejehjem – plejehjemslæge. Udover at yde almen medicinsk lægehjælp til beboere tilmeldt lægen, yder plejehjemslægen også generel sundhedsfaglig rådgivning og undervisning til- og/eller deltager i samarbejds møder i relation til sundhedsfaglige problemstillinger af generisk karakter med plejepersonalet på det plejehjem, hvor lægen er tilknyttet. Det forventes, at plejehjemslægen afsætter et estimeret timetal på 24 timer pr. år til opgaven. Læger tilknyttet et plejehjem/-afsnit med over 30 beboere kan yde og honoreres for yderligere 12 timers rådgivning og/eller undervisning om året. Lægen skal udover undervisnings- og rådgivningsforpligtelsen holde åbent for tilgang for plejehjemmets beboere.

##### **Honorarstrukturrådets forslag**

Honorarstrukturrådet foreslår, at honorar for "Plejehjemslæge":

- Bevares som i den nuværende honorarstruktur
- udbetales pr. plejehjemslæge svarende til at der afsættes et estimeret timetal på hhv. 24 eller 36 timer pr. år
- Honoreres med henholdsvis 25.103 kr. eller 37.655 kr. pr. år
- At ordningen understøttes teknisk, så honoraret kan udbetales via den almindelige afregning
- At ordningen udvides til også at omfatte rådgivning og vejledning af personale på kommunale og regionale institutioner for personer med udviklingshæmning og/eller psykiske lidelser. Denne aktivitet er dog ikke medtaget i Honorarstrukturrådets beregning af anslået økonomi for den nye honorarstruktur og vil kræve at parterne finder særskilt finansiering af aktiviteten

Den aftalte rådgivning og vejledning af personale på plejecentre/institutioner kan ligne den aftalte indsats for det faste honorar "Koordinering". Honoraret for plejehjems-/institutionslægefunktionen er dog målrettet rådgivning og/eller undervisning af det kommunale personale, mens "Koordinering" er målrettet koordinering og aftaler mellem parterne om fælles patientgrupper, og dækker en bredere samarbejds kreds end personale på plejecentre/institutioner.

##### Argumenter

Ordningen med plejehjemslæger/institutionslæger understøtter samarbejdet mellem den kommunale sygepleje og den praktiserende læge og bidrager til en opkvalificering af plejepersonalets viden og kompetencer. Samtidig styrker ordningen relationen mellem plejepersonale og læge og medvirker til at styrke indsatsen for nogle af de mest sårbare patienter.



### Fordele

Den fastsatte ramme for tidsforbrug til opgaven sender et klart signal til begge parter om forventet omfang af rådgivning og vejledning/undervisning, hvilket medvirker til at sikre, at der leveres den aftalte indsats.

### Ulemper

Det er uvist om den fastsatte tidsmæssige ramme anvendes til generelle rådgivningsformål eller om den anvendes til andre formål, for eksempel behandlingsanvisninger for konkrete borgere/patienter. Derudover er der ikke et økonomisk incitament til at løse opgaverne i relation til at være plejehjemslæge, da honoraret udbetales uagtet om opgaven løses eller ej.

### *Honorarstrukturrådets foreslåede alternativer*

Parterne kan vælge at lempe på rammerne for lægernes deltagelse i ordningen med plejehjemslæger/institutionslæger på baggrund af erfaringerne med administration og rekruttering af plejehjemslæger i den indeværende overenskomstperiode. For eksempel restriktionen om, at en læge kun kan være fast plejehjemslæge på ét plejehjem/afsnit, eller rammerne for opdelingen af større plejecentre i mindre afsnit.

Parterne kan vælge, at honoraret i højere grad end i forslaget gradueres efter antallet af borgere på plejehjemmet/institutionen.

## 4.2.6 Kronikerhonorar

Den eksisterende honorarstruktur indeholder et kronikerhonorar, som blev indført, da der var et ønske om at sikre en bedre, mere samlet indsats for især de mest sårbare patienter med en eller begge af de to sygdomme – KOL og diabetes type 2 – uafhængigt af den normale honorarstruktur. Formålet med kronikerhonoraret i den eksisterende honorarstruktur er derfor at give lægerne mulighed for at tilrettelægge indsatsen for de kroniske patienter mere frit og uafhængigt af enkelttydelsestænkningen i honorarstrukturen.

### **Honorarstrukturrådets forslag**

Honorarstrukturrådet foreslår at kronikerhonoraret:

- afskaffes og honoraret er derfor ikke en del af Honorarstrukturrådets forslag til en ny honorarstruktur

### Argumenter

I forslaget til ny honorarstruktur imødekommes parternes ønske om, at lægerne tilgodeser de mest syge og sårbare patienter, gennem ordningen med "Pluspatienter". Der vil ikke være tale om en direkte kobling mellem de to patientgrupper, som henholdsvis kronikerne og "Pluspatienterne" udgør, men der vil være et overlap.

### Ulemper

Honorering af en indsats for de forventeligt mest behandlingskrævende patienter gennem et fast honorar pr. kroniker kan tilskynde lægerne til at underlevere behandlingsindsats til gruppen, da der ikke er et direkte økonomisk incitament til at yde aktivitet. Særligt i en situation, hvor indsatsen for de øvrige patientgrupper er aktivitetshonoreret.

Alternativt kan det lede lægerne til at selektere hvilke patienter med kronisk sygdom, der tilmeldes programmet, så kun patienter med et mindre behandlingsbehov tilmeldes ordningen, mens de mest behandlingskrævende patienter i kronikergruppen ikke tilmeldes. Vælger lægerne at gøre dette, vil den store behandlingsopgave, for de mest behandlingskrævende patienter blive honoreret via aktivitetsafhængige honorarer, og dermed muligvis højere, end hvis de var honoreret med det faste kronikerhonorar. Samtidig vil lægen få det faste kronikerhonorar for at varetage den mindre omfattende behandling af de mindst behandlingskrævende patienter. Da kronikerhonoraret er fastsat ud fra en gennemsnitsbetragtning af behandlingsomfang, vil lægen derigennem blive honoreret for højt for indsatsen for denne patientgruppe. Samlet set vil lægen således maksimere sin indtjening, gennem selektering af hvilke patienter, der tilmeldes kronikerprogrammet, hvilket ikke var hensigten.

#### 4.2.7 Differentiering af det faste honorar

I den eksisterende honorarstruktur differentieres den faste honorering, således at praksis beliggende i lægedækningstruede områder<sup>12</sup>, samt praksis med en patienttyngde over gennemsnittet ifølge en statistisk beregnet sammenhæng mellem forbrug og alder/køn/sygelighed, modtager en øget honorering<sup>13</sup>.

##### **Honorarstrukturrådets forslag**

Honorarstrukturrådet foreslår, at:

- det faste honorar pr. sikret differentieres efter relevante parametre (eksempelvis sygelighed, alder, socioøkonomi og vilkår for opgavevaretagelse) for tyngden af behandlingsopgaven i almen praksis
- der snarest nedsættes en arbejdsgruppe til at opstille og konsekvensberegne en model for differentiering af det faste honorar pr. sikret
- der fastsættes et minimumsbeløb for honorar pr. sikret, som alle praksis modtager, og at differentieringen herefter tillægges beløbet, så ingen praksis vægtes negativt
- den differentierede honorarandel udbetales månedligt sammen med det øvrige faste honorar
- ordningen skal teknisk understøttes
- der reserveres 230 mio. kr. pr. år i 1. april 2023 priser til differentiering af det faste honorar

Honorarstrukturrådet anbefaler en differentiering af det faste honorar pr. sikret, for at tilføre midler til de praksis, der har en generelt større behandlingsopgave. En større behandlingsopgave sammenlignet med en gennemsnitlig praksis skyldes både forhold ved patientpopulationen og geografiske forhold:

- Patientpopulationen er mere syg, er ældre og er dårligere stillet socioøkonomisk end den gennemsnitlige patientpopulation i praksis

<sup>12</sup> De lægedækningstruede områder udpeges efter en objektiv model fastlagt af regionerne i fællesskab. Modellen kan ses her: <https://www.regioner.dk/media/9160/ordning-vedroerende-differentieret-basishonorar.pdf>. De lægedækningstruede områder, hvor lægerne kan modtage differentieret basishonorar, er ikke nødvendigvis sammenfaldende med de lægedækningstruede områder, udpeget i henhold til overenskomsten i øvrigt, der giver lægerne særlige rettigheder i forhold til etablering af delepraksis mv.

<sup>13</sup> Se eventuelt bilag 6 i Overenskomst om almen praksis. Overenskomsten kan blandt andet findes her: <https://laeger.dk/foreninger/plo/overenskomsten-og-aftaler/overenskomst-om-almen-praksis-ok22/>.

- Geografisk ligger praksis længere fra specialiserede sundhedstilbud i form af sygehuse og speciallæger, hvorfor almen praksis varetager opgaver, der andre steder henvises til speciallæger eller sygehuse

Beregningen af vægten for almen praksis skal derfor tage højde for disse forhold. Derfor foreslår Honorarstrukturrådet, at en model for differentiering eksempelvis baseres på følgende parametre:

*Tabel 1 Honorarstrukturrådets forslag til parametre, til differentiering af det faste honorar pr. sikret*

Sygelighed	Der skal findes eller opstilles et indeks for patienternes sygelighed. Da Charlson co-morbiditetsindeks er baseret på oplysninger om sygelighed registreret som hospitalskontakter, anbefaler Honorarstrukturrådet, at der anvendes et andet mål for sygelighed, der afspejler kontakten med almen praksis.
Alder	Alder kan enten indgå som selvstændigt element eller indregnes som en del af sygelighed.
Socioøkonomi	Til opgørelse af patienternes socioøkonomiske status kan for eksempel anvendes "DADI- indekset" <sup>14</sup> , der er beregnet ud fra faktorer om for eksempel uddannelse, indkomst og tilknytning til arbejdsmarkedet. Alternativt kan der findes inspiration i det svenske "Care Need Index", der angiver en værdi for borgerens eller populationens socioøkonomiske status, eller det skotske "Scottish Index of Multiple Deprivation (SIMD)", der inddrager en lang række af faktorer til at beregne et områdes socioøkonomiske status.  Det vurderes, at det er væsentligt, at data om socioøkonomi beregnes på praksisniveau, for at modellen er præcis og tilgodeser de rigtige praksis. Der kan dog være en udfordring med at få adgang til data på praksisniveau, som skal adresseres på centralt niveau.
Vilkår for opgavevaretagelse	Vilkår for opgavevaretagelse kan eksempelvis måles ved afstand til nærmeste akutsygehus og tilgængeligheden af praktiserende speciallæger i nærområdet. Der skal findes en opgørelsesmetode til dette, for eksempel opgjørt som antal speciallæger pr. 1.000 indbyggere i praksis' beliggenhedskommune, eller køretid til speciallæge/sygehus. Der kan eventuelt skeles til udenlandske erfaringer på området, for eksempel Skotland eller Sverige. Alternativt kan lægens henvisningsmønster indgå i vægtingen, så et højt antal henvisninger til sygehus og praktiserende speciallæge pr. sikret vægter negativt i den samlede beregning af praksis' behandlingstyngde.

Der skal naturligvis tages højde for eventuelle sammenfald mellem de elementer, der måtte indgå i beregningen af de enkelte faktorer. Der skal ligeledes fastsættes en intern vægtning mellem de faktorer, der indgår i modellen.

<sup>14</sup> Se Kim Rose Olsen: Patientkarakteristika og honoreringsmodeller for almen praksis, Månedsskrift for læger, april 2014.

For at sikre en model der opfylder de opstillede mål for differentieringen, foreslår Honorarstrukturrådet, at parterne snarest nedsætter en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter for almen praksis, regionerne og det videnskabelige miljø med viden om økonomiske forhold i og omkring almen praksis, til at opstille og konsekvensberegne modeller for differentiering af det faste honorar, eller dele heraf.

Hvis udgangspunktet for beregningen af det differentierede honorar er et objektivt nulpunkt, hvor alle praksis vægtes positivt, vil der ikke være praksis, der får udbetalt et lavere honorar end det objektivt fastsatte nulpunkt. Parterne kan eventuelt vælge, at det kun er praksis med en vægtning over en bestemt værdi, der skal have udbetalt et højere fast honorar end det objektive nulpunkt.

For at sikre en ensartet beregning og løbende udbetaling af det differentierede faste honorar skal beregningen af vægten for praksis foregå ét sted. Det kan for eksempel være i regi af Fonden for Almen Praksis, herunder ved en af forskningsenhederne for almen praksis eller et andet centralt organ.

Da der løbende sker ændringer i patientsammensætning, samt opstart og afgang af praksis, vil det være hensigtsmæssigt, hvis vægtningen kan beregnes løbende over året, gerne månedligt, eller alternativt hvert kvartal.

Da der givetvis skal søges tilladelse til at sammenkøre de data, der ønskes brugt til beregning af differentieringen på praksisniveau, kan det imidlertid være nødvendigt kun at beregne vægtningen af praksis én gang årligt. Er dette tilfældet, skal der findes en beregningsmetode for vægtning af de praksis, der etableres i løbet af året og når der sker større ændringer i praksis.

Der skal derfor etableres mulighed for at den beregnede vægtning af praksis overføres til det regionale afregningssystem, så udbetalingen kan ske løbende.

Vægtningen bør også overføres til lægepraksissystemerne.

Differentiering af det faste honorar skal teknisk understøttes, så udbetalingen af honoraret kan integreres med udbetalingen af det øvrige faste honorar, og ikke ske i en særskilt udbetaling som nu.

### Argumenter

Hovedformålet med differentieringen er at sikre en tilførsel af midler til de praksis, hvor de aktivitetsafhængige honorarer ikke kompenserer praksis for en generelt større behandlingsopgave pr. patient og/eller pr. konsultation. Honorarstrukturrådet har derfor kun anbefalet at differentiere det faste honorar pr. sikret, da formålet med differentieringen primært er udligning for karakteristika ved patientpopulationen.

### Fordele

En differentiering af det faste honorar pr. sikret kan dels medvirke til at praksis, der har den største behandlingsbyrde bliver økonomisk kompenseret for den større indsats og dermed oplever honorarstrukturen som mere rimelig. Derudover kan et øget fast honorar til denne del af praksis være medvirkende til at gøre det mere attraktivt at nedsætte sig som læge i disse praksis, blandt andet fordi det højere honorar vil give bedre mulighed for aflastning gennem mere praksispersonale eller aflønning af vikar i praksis.

### Ulemper

Differentiering af det faste honorar gør honorarmodellen mere kompleks og mindre gennemskuelig.

En større fast honorarandel til de praksis, der har de mest behandlingskrævende patienter, kan have den effekt, at det øgede honorar ikke omsættes til øget aktivitet jf. hypotesen om "Target income" (se kapitel 1 i DaCHes arbejdsrapport i det supplerende materiale 9.1) Der kan være praksis, der betragter sig selv som udfordrede i forhold til behandlingsbyrde, men som ikke får andel i det højere honorar og dermed vil opleve ordningen som uretfærdig.

Hvis ordningen, eller den valgte beregningsmetode ikke er præcis nok, vil der være en utilsigtet fordeling af honoraret og modellen vil dermed ikke nå sit formål.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000

### *Honorarstrukturrådets foreslåede alternativer*

Parterne kan vælge at differentiere både det faste honorar pr. sikret og det faste honorar pr. tildelt kapacitet.

## 4.3 Aktivitetsafhængig honorar

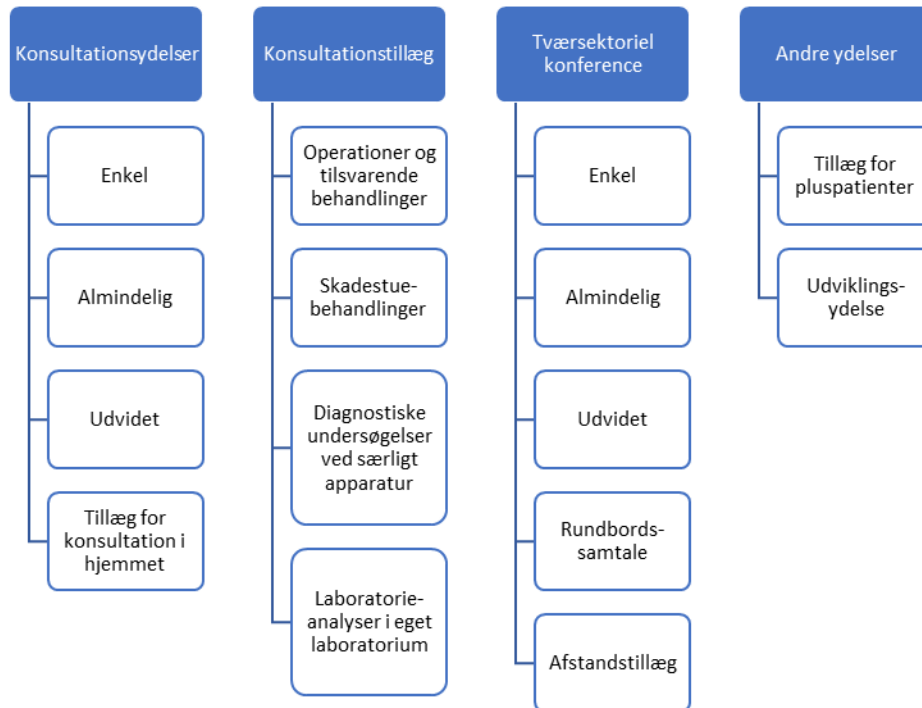
Aktivitetsafhængige honorarer gives for aktiviteter i praksis, der er direkte relateret til behandlingen af en konkret patient. I den eksisterende honorarstruktur findes der en lang række af ydelseskoder, der modsvarer konkrete aktiviteter i almen praksis. I den eksisterende honorarstruktur er ydelseskoder opdelt i forskellige grupper, såsom grundydelse, tillægsydelse og laboratorieydelse. Ydelserne dækker over forskellige indsatser af forskellig karakter og er forskelligt honoreret for at kompensere for, at der er forskel på den indsats, lægen leverer i de forskellige konsultationer.

### **Honorarstrukturrådets forslag**

Honorarstrukturrådet foreslår, at den nye honorarstruktur indeholder:

- Tre konsultationsydelser
- Tillæg for konsultationer i hjemmet (sygebesøgstillæg og afstandstillæg)
- Fire konsultationstillæg
- Aktivitetsafhængigt honorar for tværsektorielle konferencer
- Tillæg til konsultationsydelserne for "Pluspatienter"
- Udviklingsydelse

Honorarstrukturrådets anbefaling til en ny honorarmodel indeholder en meget forenklet struktur for aktivitetsafhængigt honorar, typisk benævnt ydelseshonorar. De aktivitetsafhængige honorarer i forslaget til den nye honorarstruktur fremgår af Figur 3 herunder. Den forenkledede honorarstruktur påvirker også den måde, som honorarstrukturen skal anvendes på. Honorarstrukturrådet har derfor udarbejdet eksempler på, hvordan forskellige konsultationer kan honoreres i den nye struktur – se bilag 8.12.



Figur 3 - Aktivitetsafhængige honorarer

### Argumenter

Med den nye honorarstruktur er det ønsket, at den nuværende struktur forenkles. I den mest enkle honorarstruktur vil der kun være én konsultationsydelse, der skulle rumme alle aktiviteter i almen praksis. Honorarerne skal dog i vis grad afspejle den kliniske situation lægen står i, hvor nogle konsultationer er meget komplekse og omfattende, mens andre er lettere. Konsultationshonoraret er derfor underopdelt i tre kategorier.

Med forenklingen vil der være situationer, hvor honoraret ikke præcist afspejler lægens indsats i situationen og enten er for højt eller for lavt. Det vil dog være i mindre grad, end hvis der kun var én konsultationsydelse. De tre konsultationsydelser er dermed et kompromis mellem forenkling på den ene side og præcis honorering af lægens indsats på den anden side. De tre konsultationstyper er dermed også en vis sikring mod over- og underudbud af specifikke ydelser.

I afsnittene herunder redegøres nærmere for ydelserne.

#### 4.3.1 Konsultationsydelser

Honorarstrukturrådet anbefaler, at der laves tre konsultationsydelser – enkel, almindelig og udvidet. I nedenstående beskrives Honorarstrukturrådets anbefalinger til rammer for konsultationsydelserne. Rammerne uddybes i bilag 8.3.

**Honorarstrukturrådet forslag**

Honorarstrukturrådet anbefaler at:

- der indføres tre konsultationsydelser:
  - Enkel konsultation: omhandler et afgrænset spørgsmål eller en problemstilling med et kort og afgrænset svar eller råd
  - Almindelig konsultation: kan være af kortere eller længere varighed og kan omhandle én eller flere problemstillinger
  - Udvidet konsultation: er den mere sjældne konsultationstype og omfatter konsultationer, hvor patienten har et særligt behov, der ikke kan håndteres i en almindelig konsultation
- honorar for konsultation omfatter kontakter, hvor der er ydet undersøgelse, behandling, rådgivning eller vejledning
- der ikke honoreres for tidsbestilling og receptfornyelse
- alt hvad der er indeholdt i en konsultation i dag, såsom blodtryksmålinger og brug af andre relevante hjælpemidler, også fremadrettet er indeholdt i en konsultation
- der som udgangspunkt kun kan afregnes én konsultation pr. dag pr. patient
- almen praksis opfordres til at ICPC-kode alle konsultationer
- der stilles krav om ICPC-kodning af udvidede konsultationer
  - den kravsatte diagnosekodning skal fremgå af regningen, som praksis sender til regionen
  - hvis der indsendes regning uden påkrævet kodning vil udvidede konsultationer blive afregnet som en almindelig konsultation
- der indføres en monitorering på omfanget af udvidede konsultationer i den enkelte praksis

I bilag 8.4 redegøres der for, hvordan der kan sondres mellem konsultationer og tidsbestilling og receptfornyelse.

Hvorvidt en kontakt med almen praksis skal registreres som en enkel, almindelig eller udvidet konsultation afgøres af kompleksiteten af det lægefaglige indhold i konsultationen. Det er dermed ikke alene den medgåede tid til konsultationen der afgør, om der er tale om den ene eller anden type konsultation.

Honorarstrukturrådet har ønsket, at honoreringen af aktiviteterne i almen praksis i udgangspunktet ikke er afhængig af lægens/praksis' tilrettelæggelse af, hvordan de konkrete aktiviteter udføres, eller af hvem. Hvor og hvordan konsultationen gennemføres, afhænger af en lægefaglig vurdering af, hvad der er mest hensigtsmæssigt under hensyntagen til patientens situation og ønsker. Konsultationen kan derudover udføres af lægen eller af personale efter delegation fra lægen efter rammerne herfor.

**To konsultationer samme dag**

Udgangspunktet er, at patienten så vidt muligt færdigbehandles i den aktuelle konsultation og at der kun afholdes en ny konsultation med patienten samme dag eller nær følgende dag, såfremt der er klinisk begrundelse herfor.

Det er dermed udgangspunktet, at der kun kan afregnes én konsultation pr. dag pr. patient. Dette er også gældende selvom konsultationen gennemføres hos to eller flere forskellige behandlere i praksis. Det betyder eksempelvis, at en patient kan være i kontakt med både lægen og praksispersonale i samme konsultation.

Undtagelsesvist kan der afholdes to konsultationer for en patient på samme dag:

- Hvis en patients sygdom forværres i en sådan grad, at det er nødvendigt med to konsultationer
- Hvis en patient oplever akut behov for lægehjælp, før eller efter en planlagt konsultation
- Ved afgivelse af prøvesvar på prøver taget tidligere på dagen
- Hvis en patients akutte sygdom kræver aftalt opfølgning senere samme dag

I disse tilfælde skal der indsendes begrundelse for, at der er afholdt to konsultationer samme dag, sammen med regningen.

Det anbefales, at regionerne løbende gennemfører kontrol af brugen af to konsultationer pr. dag pr. patient gennem sammenligning mellem praksis. Yderligere skal det forventes, at regionerne vil lave kontroller af hyppigheden, hvormed patienterne bliver tilset i praksis. Dette er for at sikre, at der ikke er praksis, der uden klinisk eller praktisk begrundelse, får patienterne til at komme på to forskellige dage, fremfor at tilse patientens problemstillinger og gennemføre supplerende undersøgelser i én konsultation.

#### Konsultation ved tredje mand

En konsultation kan gennemføres via tredjemand, hvis en pårørende eller en ikke-sundhedsfaglig samarbejdspart henvender sig til lægen på patientens vegne med henblik på lægelig undersøgelse, behandling, eller vejledning vedrørende patientens helbredsforhold, uden at patienten deltager i kontakten

Kontakt mellem lægen og en sundhedsfaglig samarbejdspart, om undersøgelse, behandling, råd eller vejledning for en konkret patient honoreres som "Tværsektoriel konference" og ikke som "konsultation ved tredje mand".

Se bilag 8.3.2 for uddybning.

#### Sammenhæng til lokalaftaler

Med den bredere definition af, hvad konsultationshonorarerne dækker, vil de også favne de fleste af de indsatser, der i dag er omfattet af lokalaftaler, herunder for eksempel aftalerne om palliation og aftalen om krisesamtaler. Det betyder, at den aktivitet og økonomi, der i dag er forbundet med lokalaftaler, vil blive omfattet af overenskomstrammen. Parterne skal forholde sig til, hvordan dette konkret skal håndteres.

Konsultationshonorarerne skal også favne fremtidige nye opgaver, der skal løses i almen praksis, så der ikke oprettes yderligere honorartyper i den nye struktur. Der er nærmere beskrivelse af dette i afsnit 4.4.



### Ydelser indeholdt i konsultationshonoraret

Med Honorarstrukturrådets anbefaling vil nedenstående ydelser, som tidligere har været honoreret via separate ydelseskoder, være forudsat honoreret via konsultationshonoraret<sup>15</sup>:

- Forsendelse (nuværende ydelseskoder 2101, 2133, 2102)
- Svangerskabsvejledning (nuværende ydelseskoder 2142, 2143)
- Skemaer og attester (nuværende ydelseskoder 2131, 2134, 2135, 2151, 5093, 5993)
- Mindre laboratorieanalyser (nuværende ydelseskoder 7101, 7108, 7115, 7136, 7175, 7177, 7183, 7116, 7122)
- Særlige patientforhold (nuværende ydelseskoder 2161, 2201, 2401, 2402, 2403)

Konsultationstyperne beskrives nærmere herunder. De generelle rammer om konsultationsydelserne uddybes i bilag 8.3.

#### 4.3.1.1 Enkel konsultation

"Den enkle konsultation" vil typisk omhandle et afgrænset spørgsmål eller problemstilling med et kort og afgrænset svar eller råd. Således omhandler "Enkel konsultation" typisk kun ét sundhedsfagligt spørgsmål.

"Enkel konsultation" kan gennemføres af lægen eller praksispersonale, og kan også foregå som en konsultation ved tredje mand.

"Enkel konsultation" udføres via telefon, e-mail eller videokonsultation. "Enkel konsultation" omfatter ikke konsultationer, hvor patienten har fysisk fremmøde i praksis.

Ved gennemførelse af "Enkel konsultation" kan der registreres en ICPC-diagnosekode for den primære grund til henvendelsen.

Baseret på den nuværende adfærd og aktivitet i almen praksis udgør "Enkel konsultation" ca. 48 % af det samlede antal konsultationer i en given praksis pr. måned.

#### 4.3.1.2 Almindelig konsultation

"Den almindelige konsultation" kan være af kortere eller længere varighed og kan omhandle én eller flere problemstillinger.

"Almindelig konsultation" kan gennemføres ved fysisk fremmøde, som videokonsultation, konsultation i hjemmet og telefonkonsultation. "Almindelig konsultation" kan ikke gennemføres pr. e-mail.

"Almindelig konsultation" kan gennemføres af lægen eller praksispersonale, og kan også foregå som en konsultation ved tredje mand.

Ved gennemførelse af "Almindelig konsultation" anbefales det, at der registreres en ICPC diagnosekode for den primære grund til henvendelsen.

Baseret på den nuværende adfærd og aktivitet i almen praksis udgør "Almindelig konsultation" ca. 48 % af det samlede antal konsultationer i en given praksis pr. måned.

---

<sup>15</sup> Praksis modtager således konsultationshonorar for kontakten med patienten også i de tilfælde, hvor formålet med konsultationen udelukkende er at gennemføre den pågældende procedure.

#### 4.3.1.3 Udvidet konsultation

”Den udvidede konsultation” er den mere sjældne konsultationstype, og omfatter konsultationer, hvor patienten har et særligt behov, der ikke kan håndteres i en ”Almindelig konsultation”. Det vil sige, at det er konsultationer, hvori der udføres særligt omfattende eller komplekse undersøgelser, målinger eller behandlinger. ”Udvidet konsultation” kan omhandle én eller flere problemstillinger. ”Udvidet konsultation” er mere krævende for lægen og/eller praksispersonale med hensyn til forberedelse/planlægning, indhold i konsultationen, opfølgning eller lignende. ”Udvidet konsultation” er som hovedregel aftalt på forhånd.

En ”Udvidet konsultation” vil typisk foregå ved fremmøde eller i hjemmet, men kan også gennemføres pr. telefon eller video, hvis omstændighederne omkring konsultationen i øvrigt tillader det. ”Udvidet konsultation” kan ikke gennemføres pr. e-mail.

En ”Udvidet konsultation” kan gennemføres af lægen eller praksispersonale. ”Udvidet konsultation” kan ikke foregå som en konsultation ved tredje mand.

En konsultation, hvor patienten fremlægger flere problemstillinger, honoreres ikke som en ”Udvidet konsultation” alene på grund af antallet af problemstillinger. Udgør problemstillingerne tilsammen et komplekst sygdomsbillede, der kræver nærmere undersøgelse og/eller behandling og gennemfører lægen dette på stedet/i situationen, vil der dog være tale om ”Udvidet konsultation”. Alternativt kan lægen, som i dag, i dialog med patienten prioritere hvilke problemstillinger, der skal håndteres i situationen og aftale en opfølgende konsultation med patienten. Denne kan afhængig af indholdet i konsultationen, eventuelt være en ”Udvidet konsultation”.

”Udvidet konsultation” kan eksempelvis omhandle<sup>16</sup>:

- Samtaleterapi
- Abortstøttesamtale
- Opsøgende hjemmebesøg
- Årskontrol efter gældende kliniske retningslinjer
- Komplekse sygdomme, som kræver ekstra tid til udredning, undersøgelse, vejledning og behandling
- Palliative konsultationer
- Krisesamtaler
- Tvangsindlæggelser
- Sundhedstjek til borgere på botilbud
- Fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med psykisk lidelse
- Konsulterende samtale til børn og familier

”Udvidet konsultation” er som hovedregel planlagt på forhånd, således at der er afsat længere tid til afholdelse af konsultationen. Dette er også et hensyn til de øvrige patienters ventetid.

Ved gennemførelse af en ”Udvidet konsultation” skal der registreres mindst en ICPC-diagnosekode for den primære grund til henvendelsen.

---

<sup>16</sup> Den udvidede konsultation omfatter dermed både aktiviteter, der i dag er honoreret via overenskomsten og aktiviteter, der ikke er omfattet af overenskomsten, men som eventuelt er dækket af lokalaftaler.

Baseret på fordelingen af aktivitet indenfor den nuværende honorarstruktur udgør "Udvidet konsultation" ca. 4 % af det samlede antal konsultationer i en given praksis pr. måned.

Det må imidlertid forventes, at den nye struktur for konsultationsydelser vil medføre en større opmærksomhed på muligheden for at anvende "Udvidet konsultation" og dette forventes at øge antallet af "Udvidede konsultationer" og dermed medføre en merudgift. Honorarstrukturrådet foreslår at parterne indfører en monitorering af de praktiserende lægers anvendelse af "udvidet konsultation". Monitoreringen vil danne grundlag for dialog om praksis' anvendelse af honoraret, uagtet om det er højere eller lavere end forventet.

I de økonomiske beregninger har Honorarstrukturrådet, taget udgangspunkt i, at omfanget af "Udvidede konsultationer" vil udgøre 4%. Rådet forventer dog, at omfanget af "Udvidede konsultationer" vil stige. Dette skyldes, at "Udvidede konsultationer" vil dække en del af den aktivitet, der i dag finder sted indenfor lokalaftalerne. I de økonomiske beregninger af den forventede økonomi relateret til forslaget til honorarstruktur forudsættes denne aktivitet finansieret via økonomien forbundet med lokalaftalerne.

#### Honorar for konsultation

Med henblik på at stille forslag til en helstøbt og konsistent honorarstruktur har Honorarstrukturrådet beregnet hvilke takster for konsultation, som vil kunne sikre en uændret økonomisk ramme samt understøtte de formål, som honorarstrukturen bør understøtte. Fastsættelsen af taksterne i en eventuelt kommende overenskomst med udgangspunkt i Honorarstrukturrådets anbefalinger til honorarstruktur skal dog naturligt ske på baggrund af overenskomstparternes forhandlinger.

Nedenfor fremgår Honorarstrukturrådets forslag til udgangspunkt for fastsættelse af taksterne for konsultationerne. Taksterne er opgjort i 1. april 2023 priser.

#### **Honorarstrukturrådets forslag**

Honorarstrukturrådet foreslår at taksterne for konsultationerne bliver følgende:

- Enkel konsultation 38 kr.
- Almindelig konsultation 159 kr.
- Udvidet konsultation 440 kr.

#### Argumenter

Med de tre konsultationstyper sker der en forenkling af strukturen og samtidig en generalisering af indholdet i konsultationerne. Konsultationsydelserne er dermed bredere defineret indholdsmæssigt end de nuværende konsultationstyper og er designet med henblik på at favne det relevante lægefaglige indhold i enhver konsultation. Indholdet i konsultationerne (almen praksis' opgave) beskrives i et fagligt regime i "Common trunk" i stedet for at blive defineret af honorarstrukturen. Lægen skal dermed ikke overveje om den relevante lægefaglige indsats er honoreret med konkret enkeltydelse.

De tre konsultationstyper er som udgangspunkt ikke afhængige af, hvilket medie de gennemføres på<sup>17</sup>, eller hvilken personalegruppe i praksis, der gennemfører konsultationen. Dette er valgt, fordi Honorarstrukturrådet ikke ønsker, at honorarstrukturen dikterer, hvordan lægen administrativt skal tilrettelægge sin behandling, men derimod ønsker at

<sup>17</sup> Dog særlige rammer for brugen af e-mail.

give lægen frihed til at tilrettelægge behandlingen efter det sundhedsfaglige behov og patientens ønske. Når der alligevel er lagt begrænsninger ind, så "Enkel konsultation" er pr. telefon, e-mail eller video, alle fremmøde konsultationer som minimum er en "Almindelig konsultation" og e-mail kun kan benyttes til "Enkel konsultation", er det ud fra en betragtning om, at honoraret skal afspejle og svare til lægens indsats i de pågældende situationer.

#### Fordele

Den primære fordel ved den nye struktur for konsultationshonoraret er den forenkling, der sker i forhold til afregning af aktiviteten. Derudover bidrager de mere generiske beskrivelser af, hvad der er omfattet af honoraret – nemlig en konsultation – til at lægen ikke skal overveje, om der er honorar for en given aktivitet. Samtidig opvejer de tre konsultationstyper for noget af den variation, der er i kompleksitet og opgavetyngde mellem de enkelte konsultationer. Når konsultationshonorarerne samtidig i høj grad gøres uafhængige af hvordan konsultationerne gennemføres (fysisk eller virtuelt) kan det medvirke til en større retfærdighedsfølelse i og med, at lægen honoreres efter sin indsats, også i de tilfælde, hvor en telefonkonsultation er lige så kompleks, som en almindelig konsultation.

#### Ulemper

Den bredere definition af konsultationstyperne medfører, at der vil være nogle honorarer der er for høje og nogle der er for lave, men at det samlede honorar for almen praksis er rimeligt og retfærdigt. I værste fald kan det, hvis honorarerne ikke opleves som rimelige for den konkrete indsats, medføre, at praksis ikke udfører bestemte aktiviteter, og for eksempel henviser patienten til yderligere undersøgelse eller behandling i andre dele af sundhedsvæsenet. Dette søges modvirket i honorarstrukturen gennem konsultationstillæggene<sup>18</sup> og i opfølgingsindsatsen, hvor lægernes henvisningsmønstre skal følges. De bredere beskrivelser kan gøre det sværere at gennemskue, hvilken type konsultation, der reelt (indholdsmæssigt) er gennemført, da der ikke er en én til én sammenhæng mellem aktivitet og honorar. Dette kan lede til drøftelser mellem region og læge af, om lægen i den givne situation har afregnet med den rette konsultationstype. Dette kan imødekommes ved at fastsætte en forventet fordeling af aktivitet mellem de tre konsultationstyper.

#### Teknisk understøttelse af forslag til konsultationer

Det skal gøres teknisk muligt, at begrundelsen (undtagelsesreglen) for, at der er afholdt to konsultationer med patienten på samme dag, kan skrives direkte i lægesystemerne og sendes med regningen ind i regionernes afregningssystem. Dette kan med fordel gøres ved hjælp af registrering på en foruddefineret formular, drop down menu eller lignende i lægepraksissystemet, for at sikre nem, ensartet og dermed søgbar registrering.

Lægepraksissystemerne og det regionale praksissystem skal kunne henholdsvis afsende og modtage ICPC-koder sammen med regningen. Det regionale praksissystem skal kunne regulere honorar for "Udvidet konsultation" til honoraret for "Almindelig konsultation", såfremt der ikke er indsendt ICPC-kode sammen med regningen.

Der skal udvikles en "alarm" i lægepraksissystemerne og det regionale praksissystem, der giver en advarsel, såfremt "Udvidet konsultation" udgør en bemærkelsesværdig høj eller

---

<sup>18</sup> Se afsnit 4.3.3.

lav andel af de samlede konsultationer. Regionen skal kunne regulere denne grænse manuelt for hver praksis.

#### *Honorarstrukturrådets foreslåede alternativer*

Parterne kan vælge om der skal indføres et loft over brugen af "Udvidet konsultation", så udvidede konsultationer over loftet enten ikke honoreres eller konverteres automatisk til en "Almindelig konsultation".

Parterne kan vælge at indføre krav om ICPC-kodning af alle konsultationer i almen praksis, eventuelt gennem en indfasning.

### 4.3.2 Konsultation i hjemmet – sygebesøgstillæg og afstandstillæg

Som beskrevet i de ovenstående afsnit kan "Almindelige" og "Udvidede konsultationer" foregå i hjemmet. Konsultation i hjemmet tilbydes på baggrund af en lægefaglig vurdering af situationen omkring patienten, herunder hensyn til patientens generelle helbreds- og sygdomstilstand. Konsultation i hjemmet registreres som den af de to konsultationstyper ("Almindelig" og "Udvidet"), der modsvarer indholdet af konsultationen.

#### **Honorarstrukturrådets forslag**

Honorarstrukturrådet anbefaler at:

- Konsultationer i hjemmet honoreres med den relevante konsultationsydelse samt "Sygebesøgstillæg" og "Afstandstillæg"
- "Afstandstillæg" beregnes pr. påbegyndt km på den kørte rute til patientens hjem og retur til praksis
- Ved flere besøg på samme rute beregnes "Afstandstillægget" på baggrund af den samlede kørte afstand
- Konsultation for 2. eller efterfølgende sikrede i samme hjem, på plejecentre og/eller institutioner honoreres med relevant konsultationstakst og "Sygebesøgstillæg". Der ydes kun "Afstandstillæg" til første og sidste konsultation på samme lokation

Ved konsultation i hjemmet suppleres det relevante konsultationshonorar med et "Sygebesøgstillæg" samt et "Afstandstillæg". "Sygebesøgstillægget" kompenserer for de ændrede arbejdsvilkår ved at foretage konsultationen i patientens hjem. "Afstandstillægget" til konsultation i hjemmet dækker tidsforbruget ved transport og kompenserer for lægens fravær fra klinikken under sygebesøget. "Afstandstillægget" beregnes på baggrund af antallet af påbegyndte km. på den kørte rute fra praksis til patientens hjem og retur.

Hvis lægen udfører konsultationer i flere forskellige hjem på samme tur (det der i den nuværende overenskomst betegnes "Sygebesøg på ruten") honoreres lægen som beskrevet ovenfor med den relevante konsultation ("Almindelig" eller "Udvidet"), "Sygebesøgstillægget" for hver konsultation samt "Afstandstillæg" for den kørte afstand mellem sygebesøgene – inklusiv afstanden tilbage til praksis efter den sidste af konsultationerne i hjemmet.

Udføres der flere konsultationer i samme hjem – herunder på plejehjem eller på institution – på anden eller følgende sikrede – honoreres lægen med konsultation og "Sygebesøgstil-

læg" for alle konsultationerne og med "Afstandstillæg" for den første og den sidste konsultation - som angivet i tabellen nedenfor. Krydserne angiver hvilke honorarer, der kan benyttes ved henholdsvis den første og de efterfølgende patienter i samme hjem - inklusiv beboere på plejehjem, institution eller lignende.

*Tabel 2 Eksemplificering af honorering af flere konsultationer i samme hjem - herunder på plejehjem eller på institution*

Patient	Konsultation	Sygebesøgstillæg	Afstandstillæg
1	X	X	X (fra praksis til patient)
2	X	X	
⋮	X	X	
(Sidste patient)	X	X	X (fra patient til praksis)

Konferencer mellem lægen og en samarbejdspart om status på en eller flere beboere på et plejehjem, institution eller lignende, uden at lægen fysisk tilser patienten, honoreres som tværsektorielt samarbejde - se afsnit 4.3.4.

Nedenfor fremgår Honorarstrukturrådets forslag til udgangspunkt for fastsættelse af taksterne for "Sygebesøgstillæg" og "Afstandstillæg". Taksterne er opgjort i 1. april 2023 priser.

<b>Honorarstrukturrådets forslag</b>	
Honorarstrukturrådet foreslår at taksterne for tillæg til konsultation i hjemmet bliver følgende:	
• Sygebesøgstillæg	157 kr.
• Afstandstillæg pr. påbegyndt km	15 kr.

Med Honorarstrukturrådets forslag fjernes kørselsgodtgørelsen, men det anbefales, at de skattemæssige effekter for læger, der kører i egen bil til konsultationer i hjemmet, undersøges.

#### Fordele

Den primære fordel ved den nye struktur for honoreringen af konsultationer i hjemmet, er den forenkling, der sker i forhold til afregning af aktiviteten, da der fremadrettet honoreres for den kørte afstand - inklusiv kørslen tilbage til praksis.

#### Ulemper

Med Honorarstrukturrådets forslag vil der ikke længere være forskel på honoreringen af konsultationer i hjemmet afhængig af distancen, der køres. Dette kan potentielt medvirke til at mindske incitamentet til at foretage konsultationer i hjemmet for patienter der bor langt fra praksis.

2

### *Honorarstrukturrådets foreslåede alternativer*

Parterne kan vælge at indsætte et knæk i "Sygebesøgstillægget" ved eksempelvis 17 km. for at give en øget honorering til konsultationer i hjemmet på de længste distancer. Se bilag 8.5 for en beskrivelse af alternativet.

Parterne kan vælge at benytte en honorering for konsultationer i hjemmet, der minder om den nuværende. Se bilag 8.5 for en beskrivelse af alternativet.

2

### 4.3.3 Konsultationstillæg

Honorarstrukturrådet anbefaler, at konsultationshonorarerne suppleres med fire generiske konsultationstillæg, der er en forenkling af de nuværende tillægs- og laboratoriydelser. Konsultationstillæggene er honorar for supplerende undersøgelser, behandlinger eller procedurer, som lægen udfører i forbindelse med konsultationen.

De undersøgelser og behandlinger, der honoreres gennem honorarstrukturen, enten gennem konsultationshonoraret eller et konsultationstillæg er dem, der fremgår af DSAMs beskrivelse af basale krav i "Common trunk". De undersøgelser og behandlinger, som er nævnt i afsnit 4.3.3.1 – 4.3.3.4 herunder, er dem, der pt. kan tages honorar for via konsultationstillæggene. Oversigterne i de nævnte afsnit er udtømmende lister.

De undersøgelser og behandlinger, der ikke er nævnt under konsultationstillæggene honoreres via konsultationshonoraret.

Fremgår en given undersøgelse eller behandling som "en særlig ydelse" i "Common trunk", men ikke af beskrivelsen af konsultationerne eller konsultationstillæggene, kan denne honoreres via konsultationshonorarerne eller konsultationstillæggene ud fra en betragtning om analogisering til en tilsvarende undersøgelse/behandling.

Sker der tilføjelse af opgaver i "Common trunk" skal parterne forholde sig til, hvorvidt opgaven skal honoreres via konsultationsydelserne eller -tillæggene. Fjernes der opgaver fra "Common trunk", er disse ikke længere honorarbærende for almen praksis.

**Honorarstrukturrådets forslag**

Honorarstrukturrådet foreslår at:

- der indføres fire konsultationstillæg:
  - Operationer og tilsvarende behandlinger
  - Skadestuebehandlinger
  - Diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur
  - Laboratorieanalyser i eget laboratorium
- konsultationstillæggene fungerer som et supplement til en konsultation
- det samme konsultationstillæg kan kun anvendes én gang pr. konsultation
- der kan tages to eller flere forskellige konsultationstillæg i den samme konsultation
- de aktiviteter i almen praksis, der pt. honoreres via konsultationstillæggene er udtømmende beskrevet i afsnit 4.3.3.1 – 4.3.3.4
- der stilles krav om ICPC-kodning af konsultationer, hvor konsultationstillægget "Laboratorieanalyser i eget laboratorium" og/eller "Diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur" anvendes
- den kravsatte diagnosekodning på konsultationstillæggene "Laboratorieanalyser i eget laboratorium" og "Diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur" skal fremgå af den regning, som praksis sender til regionen
- hvis der indsendes regningskrav på "Laboratorieanalyser i eget laboratorium" eller "Diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur" uden en medfølgende ICPC-kode, vil konsultationen blive afregnet uden tillægget

Honorarstrukturrådets anbefaling betyder desuden, at en række af de nuværende tillægs- og laboratorieydelse fremover honoreres via konsultationshonoraret og ikke med særskilt tillæg<sup>19</sup>. Disse aktiviteter skal fortsat udføres. Det drejer sig om:

- Forsendelse (nuværende ydelseskoder 2101, 2133, 2102)
- Svangerskabsvejledning (nuværende ydelseskoder 2142, 2143)
- Skemaer og attester (nuværende ydelseskoder 2131, 2134, 2135, 2151, 5093, 5993)
- Mindre laboratorieanalyser (nuværende ydelseskoder 7101, 7108, 7115, 7136, 7175, 7177, 7183, 7116, 7122)
- Særlige patientforhold (nuværende ydelseskoder 2161, 2201, 2401, 2402, 2403)

Nedenfor følger en beskrivelse af konsultationstillæggenes indhold samt beskrivelse af, hvordan de kan benyttes.

#### 4.3.3.1 Operationer og tilsvarende behandlinger

Konsultationstillægget "Operationer og tilsvarende behandlinger" dækker operationer og tilsvarende omfattende behandlinger og procedurer. Tillægget gives som kompensation for udgifter til utensilier, materialer og sterilisering af instrumenter samt for det øgede tidsforbrug ved disse konsultationer.

---

<sup>19</sup> Praksis modtager således konsultationshonorar for kontakten med patienten også i de tilfælde, hvor formålet med konsultationen udelukkende er at gennemføre den pågældende procedure.



Operationer og tilsvarende behandlinger dækker pt.:

- Blærekateterisation
- Biopsi
- Fjernelse af negl eller svulst
- Operationer
- Tapping af væskeansamling
- Venesection
- Udtagelse af implanterede stimulatorer og pumpe
- Indsættelse og fjernelse af implanon eller indsættelse af spiral

Konsultationstillægget "Operationer og tilsvarende behandlinger" kan anvendes sammen med "Almindelig konsultation". Konsultationstillægget kan tages én gang pr. konsultation, men kan kombineres med andre konsultationstillæg.

#### 4.3.3.2 Skadestuebehandlinger

Konsultationstillægget "Skadestuebehandlinger" omfatter behandling af akutte/subakutte skader, som skal vurderes indenfor de første 24 timer efter skaden er sket. Tillægget gives som kompensation for at praksis afsætter tid uden for den normale tidsbestilling til at kunne håndtere akutte/subakutte patienter, samt som kompensation for udgifter til utensilier, materialer og sterilisering af instrumenter, samt selve indsatsen.

Skadestuebehandlinger dækker pt.:

- Fjernelse af fremmedlegemer
- Næsetamponade
- Anlæggelse af immobiliserende bandager
- Førstehjælp i forbindelse med forstuvning, knoglebrud og ledskred
- Førstehjælp i forbindelse med større sår og forbrændinger
- Genoplivningsforsøg

Konsultationstillægget "Skadestuebehandlinger" kan anvendes sammen med "Almindelig konsultation". Konsultationstillægget kan tages én gang pr. konsultation, men kan kombineres med andre konsultationstillæg.

#### 4.3.3.3 Diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur

Konsultationstillægget "Diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur" dækker diagnostiske undersøgelser, hvor der anvendes særligt apparatur. Honoraret gives som kompensation for udgifter til utensilier og materialer samt for det øgede tidsforbrug ved disse konsultationer.

Diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur dækker pt.:

- Lungefunktionsundersøgelse (ekskl. peak flow)
- Audiometri- og tympanometriundersøgelser
- Elektrokardiografi

Konsultationstillægget "Diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur" kan anvendes sammen med "Almindelig konsultation" eller "Udvidet konsultation". Det forventes, at konsultationstillægget oftest anvendes sammen med "Almindelig konsultation". Konsultationstillægget kan tages én gang pr. konsultation, men kan kombineres med andre konsultationstillæg. Konsultationen skal kodes med ICPC-kode, for at konsultationstillægget kan afregnes.

#### 4.3.3.4 Laboratorieanalyser i eget laboratorium

Konsultationstillægget "Laboratorieanalyser i eget laboratorium" omfatter større laboratorieanalyser som analyseres i eget laboratorium. Konsultationstillægget kan således ikke bruges, hvis prøverne sendes til analyse i eksempelvis centrallaboratoriet. Tillægget gives som kompensation for udgifter til utensilier og materialer, samt for det øgede tidsforbrug ved disse konsultationer.

Laboratorieanalyser i eget laboratorium dækker pt.:

- Svælg-streptokok antigen
- CRP
- Koagulationsfaktorer
- Bakterier – dyrkning af biologisk materiale

Konsultationstillægget "Laboratorieanalyser i eget laboratorium" kan anvendes sammen med "Almindelig konsultation" eller "Udvidet konsultation". Det forventes, at konsultationstillægget oftest anvendes sammen med "Almindelig konsultation". Konsultationstillægget kan tages én gang pr. konsultation, men kan kombineres med andre konsultationstillæg. Konsultationen skal kodes med ICPC-kode, for at konsultationstillægget kan afregnes.

#### Honorar for konsultationstillæggene

Nedenfor fremgår Honorarstrukturrådets forslag til udgangspunkt for fastsættelse af taksterne for konsultationstillæggene. Taksterne er opgjort i 1. april 2023 priser.

#### **Honorarstrukturrådets forslag**

Honorarstrukturrådet foreslår, at taksterne for konsultationstillæggene bliver følgende:

- Operationer og tilsvarende behandlinger 333 kr.
- Skadestuebehandlinger 207 kr.
- Diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur 156 kr.
- Laboratorieanalyser i eget laboratorium 104 kr.

#### Argumenter

Sammenlægningen af de nuværende tillægs- og laboratorieydelse i fire konsultationstillæg forenkler honorarstrukturen i forhold til i dag. Samtidig giver de fire konsultationstillæg et indtryk af aktiviteten i almen praksis og giver et økonomisk incitament for lægerne, til at varetage de aktiviteter, som honorarerne dækker, fremfor at viderehenvise patienterne til undersøgelse eller behandling i andet regi.

Honoraret for de aktiviteter, der er dækket af konsultationstillæggene kunne i princippet være dækket af konsultationshonorarerne mod en forhøjelse af dette. Hvis tillæggene var inkluderet i konsultationshonoraret, ville en konsultation uden supplerende procedurer

imidtild blive honoreret med samme sats, som en konsultation med procedurer. Dette ville give lægen et økonomisk incitament til kun at udføre konsultationen og ikke de inkluderede undersøgelser, analyser eller prøver, og i stedet henvise patienten til at få dem foretaget andre steder. Konsultationstillæggene modvirker dette incitament.

De fire konsultationstillæg er dermed også et kompromis mellem den mest enkle honorarform og et mere præcist honorar for den konkrete udførte aktivitet. Samtidig ligger der bag tillæggene et ønske om at kompensere lægen økonomisk for at udføre bestemte procedurer i stedet for at viderehenvise patienten.

### Fordele

Konsultationstillæggene giver økonomisk incitament til at almen praksis udfører de ønskede aktiviteter i stedet for at henvise til andre aktører i sundhedsvæsenet.

De fire konsultationstillæg skal også sikre, at de læger, der foretager mange aktiviteter, der i dag er honoreret via tillægs- og laboratorieydelse, fortsat honoreres for den ekstra indsats. Hvis honorarerne blev inkluderet i konsultationshonoraret, ville den medfølgende økonomi blive fordelt ud til alle praksis, uagtet om de foretager de ekstra aktiviteter eller ej.

### Ulemper

De fire konsultationstillæg gør honorarstrukturen mere kompleks, end hvis de var inkluderet i konsultationshonorarerne. Dog sker der fortsat en forenkling af strukturen i forhold til i dag.

Sammenlægningen af tillægs- og laboratorieydelse betyder, at honorarerne er blevet mere upræcise i forhold til det konkrete indhold i kontakten med patienten. Dette øger risikoen for under- og overbud af de aktiviteter, der honoreres med tillæggene. Med risiko for underbud følger også risikoen for, at lægen unødigt henviser patienten til andre instanser i sundhedsvæsenet. Beregningen af satserne for konsultationstillæggene forsøger dog at tage højde for dette, ved at være baseret på et vægtet gennemsnit af de nuværende honorarer for de inkluderede aktiviteter.

### Teknisk understøttelse af forslag til konsultationstillæg

Lægepraksissystemerne og det regionale praksissystem skal kunne henholdsvis afsende og modtage ICPC-koder sammen med regningen. Det regionale praksissystem skal kunne regulere til en konsultation uden konsultationstillæg, såfremt der ikke er indsendt ICPC-kode sammen med regningen.

### *Honorarstrukturrådets foreslåede alternativer*

Parterne kan vælge, at underopdele honorarerne for konsultationstillæggene, så der for hvert eller nogle af tillæggene bliver en høj og en lav sats. Dette vil øge honorarets økonomiske "præcision", så honoraret bedre afspejler den konkrete aktivitet, som honoraret gives for. Dette vil mindske lægernes incitament til under-/overbud af konkrete undersøgelser afhængig af prissætning og provenu i praksis. En sådan underopdeling vil imidlertid bryde med honorarstrukturens generiske beskrivelse af, hvad honorarerne omfatter. Det vil ligeledes være svært at beskrive hvilke aktiviteter, der falder ind i hvilken underopdeling, uden at forfalde til den enkeltydelsestankegang, som modellen forsøger at bryde med.

#### 4.3.4 Tværsektoriel konference

Almen praksis forventes at løse en stadig større opgave som koordinator og tovholder i patientforløbene. Honorarstrukturrådet vil derfor gerne understøtte, at den praktiserende læge hjælper patienten med at navigere i det tiltagende specialiserede sundhedsvæsen, hvor mange aktører deltager i behandling af patienter med komplekse, ofte multiple sygdomme og hvor kommunerne også spiller en stadig større rolle som aktør i sundhedsvæsenet.

Den praktiserende læge skal hjælpe patienten med at prioritere mellem behandlinger i situationer, hvor specialister hver især følger deres fagområdes vejledninger, men hvor der, for den multimorbide patient, kan komme u hensigtsmæssige interaktioner mellem behandlingerne, der kan medføre små eller ligefrem negative effekter af behandlingen, eller hvor multimedcinering medfører, at gevinster ved en given behandling bliver marginale. Her er den praktiserende læges indblik i patientens liv og prioriteringer udenfor sygehusene afgørende, og den praktiserende læge har gennem sin generalistuddannelse og -tilgang de nødvendige forudsætninger for at varetage opgaven.

Det er derfor væsentligt, at en ny honorarstruktur understøtter de opgaver, der relaterer sig til det tværsektorielle samarbejde og lægens koordinerende rolle i det sammenhængende sundhedsvæsen. I forslaget til ny honorarstruktur sker dette gennem det faste honorar for "Koordinering", når aktiviteten ikke vedrører en konkret patient og gennem det aktivitetsafhængige honorar, når det vedrører en konkret patient.

#### **Honorarstrukturrådets forslag**

Honorarstrukturrådet foreslår at:

- tværsektorielt samarbejde og koordinering om sundhedsmæssige og sociale problemstillinger for en konkret patient honoreres særskilt
- honoraret for "Tværsektorielle konferencer" følger strukturen for "konsultation" -enkel, almindelig og udvidet
- der indføres et særligt honorar for lægens deltagelse i rundbordssamtaler
- praksis har pligt til at notere i patientens journal, at den tværsektorielle konference har fundet sted og hvem der deltog i mødet (organisation/person)
- såfremt den tværsektorielle konference finder sted udenfor praksis, suppleres honoraret med "Afstandstillæg"
- Honoraret kan tages sammen med honorar for en konsultation, såfremt konsultationen har afstedkommet samarbejde og koordinering med en anden aktør
- honoraret for "Tværsektoriel konference" kan tages flere gange samme dag for den samme patient, såfremt der har været afholdt flere separate konferencer angående patientens situation samme dag

Formålet med den tværsektorielle konference er for eksempel koordinering af den fælles indsats for en konkret, fælles patient/borger, og/eller afstemning af parternes individuelle behandling af, eller indsats for patienten, eller lægens drøftelse af patientens behandling med en anden sundhedsfaglig aktør (specialistrådgivning og teamsamarbejde).

Honoraret omfatter det nuværende socialmedicinske samarbejde, men også lægens deltagelse i udskrivningskonferencer, rundbordssamtaler, specialistrådgivning, koordinering

efter udskrivelse fra sygehus, koordination af palliativ indsats, koordinering ved tvangsindlæggelser med videre. Honoraret dækker uanset hvilken aktør, almen praksis samarbejder med: kommune, sygehuse, praktiserende speciallæger og andre aktører i sundhedsvæsenet, men også f.eks. politi og sociale myndigheder.

Honoraret kan tages sammen med honorar for en konsultation, såfremt konsultationen har afstedkommet samarbejde og/eller koordinering med en anden aktør. Det vil sige, at honoraret ikke kan anvendes ved f.eks. henvisning, epikrise eller automatisk korrespondance.

Kontakt mellem lægen og en sundhedsfaglig samarbejdspart, om undersøgelse, behandling, råd eller vejledning for en konkret patient honoreres som "Tværsektoriel konference" og ikke som "konsultation ved tredje mand".

Honoraret for "Tværsektoriel konference" kan tages flere gange samme dag for den samme patient, såfremt der har været afholdt flere separate konferencer, herunder telefonsamtaler, angående patientens situation samme dag. Konferencerne kan være med den samme eller forskellige aktører.

Honorarstrukturrådets anbefaling indbefatter fire typer af tværsektorielle konferencer, som defineres på følgende måde:

- Enkel tværsektoriel konference  
Den enkle tværsektorielle konference vil typisk omhandle et afgrænset spørgsmål eller en problemstilling med et kort og afgrænset svar eller råd. Den enkle konference gennemføres via telefon, e-mail eller video.
- Almindelig tværsektoriel konference  
Den almindelige tværsektorielle konference er af kortere eller længere varighed og kan omhandle en eller flere problemstillinger vedrørende den samme patient. "Almindelig tværsektoriel konference" kan være telefoniske drøftelser, videomøder eller møder med fysisk tilstedeværelse i praksis eller hos en anden fagperson. Møderne har karakter af dialog, drøftelse og koordinering af indsats vedrørende patientens problemstilling. På møder, hvor der gennemgås flere fælles patienter, kan honoraret tages pr. patient.
- Udvidet tværsektoriel konference  
Den udvidede tværsektorielle konference omfatter flere parter og omhandler flere interagerende problemstillinger, der betyder, at patientens problemstillinger ikke kan håndteres i en "Almindelig tværsektoriel konference". Den udvidede tværsektorielle konference er mere krævende for lægen og/eller praksispersonalet med hensyn til forberedelse/planlægning, indhold i konferencen og opfølgning. "Udvidet tværsektoriel konference" er planlagt og arrangeret på forhånd og er typisk af længere varighed.
- Rundbordssamtaler  
Rundbordssamtaler omfatter møder, hvor formålet er afklaring af patientens samlede situation og planlægning af en fælles, koordineret indsats for patienten, typisk omfattende både sundhedsfaglige, sociale og arbejdsrelaterede aspekter. Mødet

har typisk fokus på patientens arbejdsmarkedstilknytning, er af længere varighed og omfatter mange parter. Mødet gennemføres pr. video eller ved fremmøde.

### Honorarstrukturrådets forslag

Honorarstrukturrådet foreslår, at tværsektorielle konferencer honoreres med følgende takster:

- Enkle tværsektorielle konferencer 38 kr.
- Almindelige tværsektorielle konferencer 159 kr.
- Udvidede tværsektorielle konferencer 440 kr.
- Rundbordssamtaler 784 kr.

Med Honorarstrukturrådets forslag fjernes kørselsgodtgørelsen, men det anbefales at de skattemæssige effekter for læger, der kører i egen bil til tværsektorielle konferencer, undersøges.

Det må forventes, at regionerne vil følge op på brugen af tværsektorielle konferencer ved eksempelvis at lave opfølgning som omfatter:

- Den enkelte praksis' brug af honorarerne
- Sammenligning på tværs af praksis i brugen af honorarerne
- Stikprøvekontrol med journalaudit<sup>20</sup>

### Argumenter

Honoraret har til formål at tilskynde den praktiserende læge til at indgå som koordinator og tovholder i patientforløbet. Særligt i forløb med mange involverede parter og hvor patienten eventuelt har flere samtidige sygdomme. Honoraret har samtidig til formål at understøtte den praktiserende læge i at varetage patientens behandlingsforløb, fremfor at henvise eller indlægge patienten, ved at honorere lægen for den tid, der bruges på at indhente specialistvejledning eller deltage i tværfaglig sparring omkring patienten. Honoraret tjener dermed ultimativt til at sikre bedre patientforløb, herunder forebygge uhenigtsmæssige indlæggelser.

### Fordele

Med en firedelt aktivitetsafhængig takst for tværsektorielle konferencer kompenseres lægen økonomisk for den tid, der går med samarbejde eller sparring med andre parter. Dermed giver honoraret lægen et økonomisk incitament til at prioritere denne opgave.

### Ulemper

Det kan potentielt være svært at skelne mellem de fire typer af tværsektorielle konferencer, hvis de ikke er tilstrækkeligt definerede.

### Honorarstrukturrådets foreslåede alternativer

Parterne kan vælge at honorere tværsektorielle konferencer med en tidsmodultakst i stedet for de fire typer af tværsektorielle konferencer. Bilag 8.6 indeholder en beskrivelse af honorering for tværsektorielt samarbejde med en modultakst.

<sup>20</sup> Regionernes adgang til at foretage journalaudit forudsætter, at lægerne forpligtes til at give regionerne adgang til oplysninger i patientjournalerne om afholdte tværsektorielle konferencer.

#### 4.3.5 Pluspatienter

Honorarstrukturrådet ønsker at understøtte, at lægen prioriterer tid og indsats til de patienter, der har det største behov herfor. Der indføres derfor et tillæg for "Pluspatienter" i honorarstrukturen. Tillægget udgør en forhøjelse af konsultationshonoraret med 25% og lægges automatisk til honoraret for konsultationsydelsen for "Pluspatienterne". Der gives ikke tillæg til "Konsultationstillæg", "Tværsektoriel konference", "Sygebesøgstillæg", "Afstandstillæg" eller det faste honorar. Der kan gives tillæg til udviklingsydelsen<sup>21</sup>, hvis den erstatter en konsultation.

#### Honorarstrukturrådets forslag

Honorarstrukturrådet foreslår at:

- der indføres et tillæg for konsultationer med de mest sårbare patienter i praksis – såkaldte "Pluspatienter"
- tillægget udgør 25 % af konsultationshonoraret
- lægen udpeger de mest sårbare patienter, som "Pluspatienter"
- patienten udpeges for 12 måneder ad gangen
- andelen af patienter, der kan udpeges til "Pluspatient" differentieres mellem praksis, for at afspejle andelen af særligt sårbare patienter
- "Pluspatienter" udgør gennemsnitligt 5 % af patientpopulationen
- der ikke ydes tillæg til "Konsultationstillæg", "Tværsektoriel konference", "Sygebesøgstillæg", "Afstandstillæg" eller det faste honorar.
- alle konsultationer for "Pluspatienter" skal ICPC-kodes<sup>22</sup>. "Udvidet konsultation" og konsultationer med konsultationstillæggene "Diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur" og "Laboratorieanalyser i eget laboratorium" ICPC-kodes med kontaktdiagnose, jævnfør retningslinjerne for generel diagnosekodning af disse konsultationer. De resterende konsultationer for "Pluspatienterne" ICPC-kodes med forløbsdiagnoser, som relaterer til deres status som "Pluspatienter"
- den kravsatte diagnosekodning skal fremgå af regningen, som praksis sender til regionen
- hvis der indsendes regningskrav uden påkrævet kodning vil konsultationen blive afregnet uden tillægget for "Pluspatienter"
- tillægget for "Pluspatienter" skal understøttes teknisk af det regionale afregningssystem og lægepraksissystemerne
- Udbredelse og brugen af ordningen med "Pluspatienter" følges og evalueres

"Pluspatienter" er de mest sårbare patienter i almen praksis, der grundet alvorlig sygdom, lav egenomsorgsevne og typisk et utilstrækkeligt netværk, har størst behov for hjælp fra lægen. "Pluspatienten" har generelt, eller i en afgrænset periode, behov for en ekstraordinær omsorg og opmærksomhed, samt en øget grad af proaktivitet og koordination fra lægen. Patientens behov omfatter hjælp fra lægen til at håndtere behandling, sygdom og eventuelt psykiske reaktioner som følge af sygdommen, og hjælp til at koordinere den samlede indsats. "Pluspatienter" er sjældent de patienter, der kommer hyppigst i almen praksis.

Lægens indsats skal gøre en afgørende forskel for patienten. Det skal give værdi for patienten at være "Pluspatient". Indsatsen skal overordnet understøtte "Pluspatienterne" i at

<sup>21</sup> Se afsnit 4.4.1.

<sup>22</sup> Se evt. [https://kiap.dk/resources/files/icpc/icpc\\_2\\_hvordan.pdf](https://kiap.dk/resources/files/icpc/icpc_2_hvordan.pdf) -om anvendelse af ICPC-2-DK.



tage vare på egen sygdom og sundhed på en måde, så lægens indsats bidrager til, at der samfundsøkonomisk opnås mest mulig sundhed for pengene.

”Pluspatienter” udvises en særlig opmærksomhed og omsorg. Lægen og praksispersonalet skal i næsten alle situationer bruge ekstra tid til disse patienter og de vises en ekstraordinær proaktiv opmærksomhed. Indsatsen afvejes konkret i situationen. Almen praksis skal i særlig grad tilstræbe, at der er kontinuitet i relationen til patienten.

Patienter, der ofte henvender sig til almen praksis, men som ikke lider af alvorlig sygdom, er som udgangspunkt ikke i målgruppen som ”Pluspatient”. For disse udarbejder lægen i stedet en plan for, hvordan patientens sundhedsmæssige bekymringer og kontaktdadfærd håndteres.

Honorarstrukturrådet anbefaler, at andelen af patienter, der kan udpeges som ”Pluspatient” differentieres mellem praksis og at lægerne kan udpege gennemsnitligt 5 % af patienterne tilmeldt praksis som ”Pluspatienter”. Differentieringen skal tage højde for, at den generelle sårbarhed i patientpopulationen varierer mellem praksis. Modellen for differentiering skal derfor baseres på variable, der udpeger andelen af særligt sårbare patienter i almen praksis. De foreløbige erfaringer fra praksis, der selv har indført en ”Pluspatient” tilgang til patientpopulationen, viser, at det kan være svært at finde præcise indikatorer på sårbarhed. Der forventes dog at være en stærk sammenhæng til patientens socioøkonomiske status. Modellen for differentiering kan derfor for eksempel baseres på de socioøkonomiske elementer i modellen for differentiering af det faste honorar. Alternativt kan der på baggrund af erfaringer med modellen undersøges hvilke fællestræk, der er for ”Pluspatienterne”, og derefter kan der opstilles en model for differentiering af andelen. Honorarstrukturrådet anbefaler, at parterne, såfremt der ikke kan findes en beregningsmodel inden ibrugtagning af honorarstrukturen, overvejer en model, hvor det lægges ud til regionerne og lægerne (PLO-R) at fastsætte den enkelte praksis' andel af ”Pluspatienter” på baggrund af lokalt kendskab til patientsammensætningen i praksis. Det kan for eksempel være henholdsvis 3 %, 5 % eller 7 % af patienterne i den enkelte praksis, der kan udpeges til ”Pluspatienter”, dog således, at den samlede patientandel, der kan udpeges, svarer til 5 % af patientpopulationen i den enkelte region. Beregning af andel ”Pluspatienter” kan også afvente det danske ”deep-end” projekt, hvori der udarbejdes en model for beregning af patienttyngden i praksis. Denne kunne danne grundlag for en beregning af andel ”Pluspatienter” i den enkelte praksis.

Honorarstrukturrådets anbefaling indbefatter, at lægen skal inddrage patienten i beslutningen om, at vedkommende tildeles status som ”Pluspatient” og orientere om, hvorfor patienten udpeges og hvad det betyder. En samarbejdspart i kommune eller på sygehus kan gøre lægen opmærksom på, at patienten er sårbar/har særligt behov for opmærksomhed og støtte.

En patient udpeges som ”Pluspatient” for 12 måneder. Herefter udløber patientens status som ”Pluspatient” automatisk og lægen skal tage stilling til, om patienten fortsat skal være ”Pluspatient”. Der er en vis eksklusivitet i at blive udpeget til ”Pluspatient” og det skal give værdi og gøre en forskel for patienten. Det betyder, at lægen skal prioritere, hvilke patienter, der gøres til ”Pluspatienter”.



Lægen tilpasser naturligt sin indsats efter patienternes behov. Lægen yder derfor den samme støtte og koordineringsindsats til andre patienter, som har samme koordinerings- og støttebehov som "Pluspatienterne", men som ikke er udpeget som "Pluspatienter".

I bilag 8.7 redegøres der nærmere for målgruppe og indsats for "Pluspatienterne".

### Argumenter

Både differentiering af det faste honorar og tillægget til "Pluspatienter" øger lægens honorar for behandling af de mest syge-, og sandsynligvis svageste patienter i praksis. De to modeller tildeler dog økonomi på hver sin måde, hvilket har betydning for hvordan honoraret virker. Differentieringen af det faste honorar skal medvirke til at understøtte rekruttering til praksis med den tungeste behandlingsopgave gennem øget fast honorar til disse praksis. Det differentierede faste honorar skal dermed flytte midler *mellem* praksis til fordel for behandling af patienter med størst behov. Tillægget for "Pluspatienter" skal flytte lægens opmærksom mellem patienter *internt i* praksis for at sikre mest behandling til patienter med det største behov.

Tillægget for "Pluspatienter" skal dermed sammen med det differentierede basishonorar medvirke til at understøtte, at lægen yder den største indsats for de patienter, der har det største behov, og at lægen honoreres for den ekstra indsats. Derudover skal honorartillægget for "Pluspatienter" understøtte, at den praktiserende læge yder en særlig, proaktiv og koordineret indsats overfor målgruppen og tager sig ekstra tid i kontakten med denne patientgruppe.

### Fordele

Et øget fokus på "Pluspatienternes" behov og deraf følgende indsats forventes potentielt at kunne reducere antallet af akutte kontakter til det øvrige sundhedsvæsen eller antallet af henvisninger. Reduceret henvisningsantal er dog et usikkert element, da øget opmærksomhed på patientgruppen kan resultere i flere henvisninger på grund af hidtil uset behandlingsbehov.

Det kan øge incitamentet til at yde den ekstra og nødvendige indsats for "Pluspatienter", når der er et tillæg direkte knyttet til konsultationerne, da det medfører en økonomisk belønning og en følelse af retfærdighed over honoreringen for det tidsforbrug, som følger med den ekstra indsats til målgruppen.

En direkte honorering af "Pluspatienter" er med til at sætte fokus på denne gruppe af patienter. Ligeledes sættes der fokus på behovet for en ekstra indsats for de mest sårbare patienter i praksis, hvis der laves en ensartet andel i alle praksis. Således tydeliggøres det, at alle praksis har patienter med en lav egenomsorg, som har behov for en ekstra indsats.

### Ulemper

Tillægget kan tages uanset om lægen bruger ekstra tid, eller yder en ekstra indsats i forbindelse med konsultation. Der er dermed en risiko for, at lægen modtager honoraret uden at yde den ekstra indsats. Da det er lægen, der selv udpeger, hvem der er "Pluspatienter", er der også en risiko for, at lægen udpeger patienter, som "Pluspatienter", der ses hyppigt, men som ikke har behov for den særlige indsats, for derigennem at maksimere sin indtjening. Dette forsøges modvirket gennem krav om registrering af ICPC-kode og opfølgning på antal konsultationer, der gives tillæg til.

### Teknisk understøttelse af forslag om pluspatienter

Der skal indarbejdes et loft for antallet af "Pluspatienter" i lægepraksissystemerne, så praksis ikke kan udpege mere end den fastsatte andel af de tilmeldte patienter som "Pluspatienter".

Alle kontakter med "Pluspatienter" ICPC-kodes, så der sikres mulighed for at undersøge sammenhæng mellem status som "Pluspatient" og bestemte diagnoser og patienttyper (køn/alder) og kontaktmønster i almen praksis.

Kodes konsultationen ikke, vil der ikke blive udbetalt tillæg for "Pluspatient".

Pluspatientordningen skal understøttes af lægepraksissystemet og det regionale afregningssystem.

Lægepraksissystemet skal:

- Indeholde et modul til løbende beregning af antal mulige "Pluspatienter" i praksis pr. d. 1. i hver måned
- Indeholde felt til markering af patientens status som "Pluspatient" og formidle dette til det regionale afregningssystem
- Status som "Pluspatient" skal automatisk udløbe efter 12 måneder, hvis patienten dør eller fraflytter praksis
- Lægen skal påmindes om dette – enten som pop-up ved næste kontakt med patienten eller ved udløb af status som "Pluspatient"
- Give mulighed for at lægen kan udtrække en liste over aktuelle patienter med status som "Pluspatient", herunder kontakter med praksis og diagnosekode
- Give lægen en påmindelse om, at der skal registreres diagnosekode ved kontakt med en "Pluspatient"
- Automatisk sætte loft for, hvor mange patienter, lægen kan udpege til "Pluspatienter" jævnfør beregningsmetoden, så lægen ikke kan udpege flere patienter end beregningen tilsiger
- Oversende ICPC-koden for konsultationen sammen med regningen til regionen

Det regionale afregningssystem skal:

- Importere oplysninger fra lægepraksissystem om "Pluspatienter"
- Kunne beregne tillæg til de relevante honorarer automatisk
- Registrere, om der er tilknyttet en ICPC-kode til honorarkravet
- Registrere "Pluspatienter", til opfølgning på brugen af ordningen, i de enkelte praksis
- Indeholde mulighed for at udtrække lister over udpegede "Pluspatienter" herunder diagnosekode for patienterne, og omfang af tillæg, til brug for den regionale opfølgning på ordningen

### Opfølgning på ordningen med pluspatienter

Regionerne følger omfanget af brugen af tillægget (antallet af konsultationer til "Pluspatienter") og målgruppen (diagnosekodning, alder og køn) i og mellem praksis med fokus på uventede eller uhensigtsmæssige mønstre i brugen. Modellen for "Pluspatienterne" følges derudover i sundhedsklyngerne og i kvalitetsklyngerne herunder hvilke patienttyper i de respektive praksis, der udpeges og hvordan almen praksis tilrettelægger indsatsen for- og

samarbejdet med andre parter om patienten. Der skal opstilles mål for at følge effekten af indsatsen. Målene kan omfatte:

- bedre reguleret sygdomsforløb for den enkelte patient
- reduktion i antal akutte indlæggelser
- ændret henvisningsmønster for "Pluspatienterne" på sigt, da øget opmærksomhed på patientgruppen kan resultere i flere henvisninger på grund af hidtil uset behandlingsbehov

Udbredelse af ordningen med "Pluspatienter" følges og evalueres. Evalueringen skal dels belyse, om der opnås de forventede resultater med ordningen og dels undersøge om der er fællestræk for de udpegede patienter, der fremadrettet kan anvendes som kriterier for beregning af en differentieret andel af "Pluspatienter" pr. praksis. Det forventes at pluspatientordningen vil bidrage til mindre uhensigtsmæssigt brug af sundhedsvæsenet blandt andet i form af færre akutte indlæggelser, færre genindlæggelser samt mindre brug af lægevagt. I forbindelse med evalueringen bør det belyses hvad konsekvenserne faktisk er.

#### *Honorarstrukturrådets foreslåede alternativer*

Parterne kan vælge at lægge andelen af "Pluspatienter" fast på 5 % af populationen i den givne praksis, så den er ens for alle praksis. Modellen bliver hermed lettere at administrere, men kan opleves som mere uretfærdig, da andelen af alvorligt syge og sårbare patienter er uens fordelt mellem praksis. Der vil derfor være forskel mellem praksis i forhold til hvilket behandlings- og indsatsbehov patienterne, der udpeges til at være "Pluspatienter" har, og der kan dermed ske en suboptimal allokering af ressourcer mellem praksis.

Parterne kan vælge at tillægget til "Pluspatienter" ændres, så tillægget enten øges eller mindskes i forhold til de 25 %, som er anbefalet af Honorarstrukturrådet. I bilag 8.13 fremgår en beregning af, hvad det vil koste at øge tillægget til "Pluspatienter" med én procentpoint.

#### 4.3.6 Indplacering af nuværende, særlige takster i den nye honorarstruktur

Den nuværende honorarstruktur indeholder en række tillæg, der kun benyttes i meget begrænset omfang, samt aktiviteter, som er helt særligt honoreret.

De sjældent anvendte tillæg omfatter:

- 2100 Tillæg til stedlig læge ved sygebesøg
- 2161 Tillæg til anvendelse af kvalificeret tolk
- 2401 Akut behandling af EU-borgere
- 2402 og 2403 Tillæg ved behandling af borgere på øer, som ikke er tilmeldt en læge
- 2201<sup>23</sup> Rejsetillæg til øer uden læge

---

<sup>23</sup> Ydelseskoden 2201 benyttes både som rejsetillæg til øer uden læger og til patientledsagelse i ambulance. Honorarstrukturrådets forslag indbefatter en forskellig håndtering af disse to situationer fremadrettet og ydelseskoden fremgår derfor to gange i dette forslag – som "Rejsetillæg til øer uden læge" og som "Patientledsagelse i ambulance".

De særligt honorerede aktiviteter omfatter:

- 2201 Patientledsagelse i ambulance
- 0123 Sundhedstjek til borgere på botilbud
- 5001 1. Tvangsindlæggelse (røde eller gule papirer)
- 5002 Genindlæggelse ved tvang på samme institution (røde eller gule papirer)

#### **Honorarstrukturrådets forslag**

Honorarstrukturrådet foreslår, at følgende tillæg afskaffes:

- 2100 Tillæg til stedlig læge ved sygebesøg
- 2161 Tillæg til anvendelse af kvalificeret tolk
- 2401 Akut behandling af EU-borgere
- 2402 og 2403 Tillæg ved behandling af borgere på øer, som ikke er tilmeldt en læge
- 2201 Rejsetillæg til øer uden læge
- 2201 Patientledsagelse i ambulance
- 0123 Sundhedstjek til borgere på botilbud
- 5001 1. Tvangsindlæggelse (røde eller gule papirer)
- 5002 Genindlæggelse ved tvang på samme institution (røde eller gule papirer)

Honorarstrukturrådet foreslår derudover at:

- Aktiviteten i stedet honoreres via de foreslåede nye konsultationstakster og eventuelt konsultationstillæg og "Tværsektoriel konference" – se uddybning nedenfor

#### Tillæg til stedlig læge ved sygebesøg (2100)

Honorarstrukturrådets anbefaler, at tillægget afskaffes og sygebesøg ved stedlig læge honoreres som en "Konsultation i hjemmet" efter de almindelige regler og honorar herfor.

#### Tillæg til anvendelse af kvalificeret tolk (2161)

Honorarstrukturrådet anbefaler, at tolketillægget afskaffes af hensyn til forenkling af honorarstrukturen. Tillægget for tolkning indgår fremadrettet som en del af konsultationshonoraret. Praksis skal derfor fortsat rekvirere tolk, når det er nødvendigt.

#### Akut behandling af EU-borgere (2401)

Honorarstrukturrådet anbefaler, at tillægget for akutbehandling af EU-borgere afskaffes af hensyn til forenkling af honorarstrukturen. Tillægget indgår fremadrettet som en del af konsultationshonoraret.

#### Tillæg ved behandling af borgere på øer, som ikke er tilmeldt en læge (2402 og 2403)

Honorarstrukturrådet har vurderet, at de to tillæg for henholdsvis konsultation og telefonkonsultation for patienter, bosat på en ø uden læge, og ikke er tilmeldt en læge, er forældede. Rammerne for lægevalg er udvidet, så borgerne kan tilmeldes lægepraksis, der er beliggende længere end 15 km. fra patientens bopæl. Ændringen betyder, at patienter bosat på en ø uden læge, nu har mulighed for at vælge læge på fastlandet og vil derfor typisk være tilmeldt en læge.

Honorarstrukturrådet anbefaler derfor, at honoraret afskaffes og fremadrettet indgår om en del af konsultationshonoraret.

#### Rejsetillæg til øer uden læge (2201)

Honorarstrukturrådet anbefaler, at rejsetillæg til sygebesøg til patienter bosat på en ø uden læge afskaffes af hensyn til forenkling af honorarstrukturen. Tillægget anvendes kun i yderst begrænset omfang, hvorfor afskaffelsen kun vil berøre ganske få læger og betyde en forsvindende lille ændring i de berørte praksis' samlede honorering.

Fremadrettet vil sygebesøg på øer uden læge blive honoreret efter den almindelige takst for "Konsultation i hjemmet".

#### Patientledsagelse i ambulance (2201)

I de sjældne tilfælde, hvor lægen ledsager en patient i ambulance, honoreres lægen med det relevant konsultationshonorar samt "Afstandstillæg", svarende til afstanden tilbagelagt i ambulancen. Desuden kan der være "Sygebesøgstillæg" såfremt konsultationen er foregået i hjemmet og eventuelt konsultationstillæg såfremt der i forbindelse med konsultationen er udført enten "Operationer og tilsvarende behandlinger", "Skadestuebehandlinger", "Laboratorieundersøgelser i eget laboratorium" og/eller "Diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur".

#### Sundhedstjek til borgere på botilbud (0123)

Honorarstrukturrådet anbefaler, at sundhedstjek for borgere på botilbud udgår som selvstændigt honorar. Indsatsen honoreres i stedet med:

- relevante konsultationshonorarer
- tillæg for "Konsultation i hjemmet" – "Sygebesøgstillæg" og "Afstandstillæg"
- relevante konsultationstillæg for foretagne undersøgelser
- takst for "Tværsektoriel konference" for den koordinerende indsats mellem læge og botilbud og andre relevante parter

#### Tvangsindlæggelse (5001) og Genindlæggelse ved tvang på samme institution (5002) (røde eller gule papirer)

Honorarstrukturrådet anbefaler at honorar for lægens deltagelse ved tvangsindlæggelser udgår som selvstændigt honorar. Indsatsen honoreres i stedet med:

- "Udvidet konsultation"
- Tillæg for "Konsultation i hjemmet" – "Sygebesøgstillæg" og "Afstandstakst"
- Takst for "Tværsektoriel konference" for den koordinerende indsats med de involverede parter (politi, psykiatri, socialpsykiatri mv.)

#### *Honorarstrukturrådets foreslåede alternativer*

Parterne kan vælge at indføre en tilvalgsaftale<sup>24</sup> til håndtering af de honorarmæssige udfordringer, der måtte følge af, at de ovenstående honorarer udgår. Tilvalgsaftalerne kan bruges som redskab til at håndtere særlige situationer i relation til eksempelvis en særlig geografi.

---

<sup>24</sup> Se beskrivelse i afsnit 4.4.3.

## 4.4 Udvikling i almen praksis

Den nye honorarstruktur skal kunne rumme, at opgaverne i almen praksis forandrer sig. Der skal være plads til udvikling, uden at honorarstrukturen ændrer sig. Det er derfor udgangspunktet, at selvom almen praksis får nye opgaver, skal det ikke resultere i nye ydelser, honorarer eller honorartyper i honorarstrukturen. Nye opgaver skal i stedet honoreres via Honorarstrukturrådets forslag til honorarstruktur.

Almen praksis skal fagligt kunne udvikle sig kontinuert til glæde for patienterne og i samspil med det øvrige sundhedsvæsen. Faget udvikler sig med hensyn til metoder for diagnostik og behandling og der genereres løbende nye forskningsresultater og nye teknologiske redskaber, som kan danne baggrund for forbedring af diagnostik og behandling i almen praksis, ligesom det er ønskværdigt, at almen praksis selv bidrager til, at disse resultater fremkommer. Ligeledes fremkommer der løbende sundhedspolitiske ønsker til opgavevaretagelsen i almen praksis – det kan for eksempel være ønske om en styrket indsats over for bestemte patientgrupper, som er beskrevet i patientforløbsprogrammer.

De enkelte praksis arbejder løbende – støttet af kvalitetsorganisationen – med at forbedre og sikre kvaliteten i deres praksis, samt tilpasse arbejdet til udmeldinger i kliniske retningslinjer, praksisplaner med videre. Der er i overenskomsten og i regionerne en organisering af arbejdet med kvalitetsudvikling, for eksempel via KiAP, kvalitetsklyngerne og de lokale kvalitetsorganisationer og det er kvalitetsorganisationens opgave at bidrage til at nye tiltag indarbejdes i arbejdet i almen praksis.

Ofte vil det være således, at nogle praksis er hurtige til at indføre nye arbejdsmetoder og teknologier, mens andre kommer senere, når der er indhøstet erfaringer fra de mere innovative praksis. Honorarstrukturen skal derfor understøtte, at der kan være forskellig udviklingshastighed blandt praksis, men også at der sker udbredelse til alle praksis på sigt. Honorarstrukturen skal ligeledes kunne rumme plads til lokal udvikling af tilbuddet i almen praksis.

### **Honorarstrukturrådets forslag**

Honorarstrukturrådet foreslår at:

- der indføres en "Udviklingsydelse", der danner ramme om nationalt bestemte udviklingstiltag, som skal udbredes til alle praksis
- udviklingsydelsen er honoreret via den aktivitetsafhængige honorering
- der indføres "Tilvalgsaftaler", hvor praksis kan honoreres for strukturel udvikling, som ikke alle praksis deltager i (frivillig aftale for praksis)
- "Tilvalgsaftaler" er honoreret via den faste honorering
- der gives mulighed for "Lokalaftaler", som gælder for alle praksis i et geografisk afgrænset område

Forskellen på "Udviklingsydelsen", "Tilvalgsaftalen" og "Lokalaftaler" som Honorarstrukturrådet anbefaler er:

Tabel 3 - Beskrivelse af udviklingsydelse, tilvalgsaftaler og lokalaftaler

<b>Udviklingsydelse</b>	<b>Tilvalgsaftaler</b>	<b>Lokalaftaler</b>
National aftale	National rammeaftale eller regional aftale	Regional aftale
Obligatorisk for praksis at anvende udviklingsydelsen i relevante tilfælde.	Frivilligt at tilslutte sig en tilvalgsaftale. Region og praksis godkender aftalen for den pågældende praksis.	Obligatorisk for praksis placeret i det område lokalaf-talen vedrører.
Aktivitetsafhængig honorar	Fast honorar, som kompensation for strukturelle tiltag i praksis	Aktivitetsafhængigt eller fast honorar

Udvikling i almen praksis kan betragtes på tre måder:

- faglig, teknisk eller organisatorisk udvikling
- nye opgaver
- lokale behov for udvikling eller tilpasning

#### Faglig, teknisk eller organisatorisk udvikling

Der kan være tale om udvikling, der udspringer af et ønske om at udvikle almen praksis fagligt, teknisk eller organisatorisk. Denne udvikling er karakteriseret ved, at der ikke er den fornødne faglige viden eller det fornødne apparatur til stede i almen praksis og at opgavevaretagelsen i almen praksis skal udvikles - eksempelvis indførelse af nyt diagnostisk udstyr eller procedurer. Der kan også være tale om udvikling af nyt samarbejde eller arbejdsdeling mellem almen praksis og sygehuse eller kommuner.

Fælles for udviklingsopgaverne er, at almen praksis skal deltage i aktiviteter til efteruddannelse eller tværsektoriel planlægning, at der skal udvikles nye kompetencer og at der eventuelt skal indføres nyt apparatur.

Der indføres i den nye honorarstruktur en "Udviklingsydelse" til indførelse af denne type nye opgaver i almen praksis. Udviklingsydelsen er beskrevet yderligere i afsnit 4.4.1.

#### Nye opgaver

Der kan også være tale om nye opgaver, der ligner allerede eksisterende opgaver og hvor viden, kompetencer og udstyr allerede forefindes i almen praksis. Det kan for eksempel være opgaver, der aftales overført fra sygehuse og som ikke kræver særlig efteruddannelse eller tværsektoriel planlægning, og som ikke kræver investeringer i nyt apparatur af betydning. Det kan for eksempel være en udvidelse af målgruppen for en bestemt undersøgelse eller behandling, eller et nyt fokus i konsultationerne, men hvor det grundlæggende indhold er kendt - eksempelvis screening for sygdom gennem blodprøvetagning eller lignende.

Når denne type nye opgaver skal indføres, skal parterne aftale, hvordan de kan passes ind i den eksisterende honorarstruktur. Nye opgaver er beskrevet yderligere i afsnit 4.4.2.

#### Lokale udviklingsbehov

Endelige kan der være tale om lokale udviklingsbehov eller behov for tilpasning i almen praksis, der kan understøtte særlige behov i et område, eller i et sammenhængende, lokalt sundhedsvæsen. Dette håndteres gennem frivillige "Tilvalgsaftaler" eller bindende "Lokalaftaler", som er beskrevet i henholdsvis afsnit 4.4.3 og 4.4.4.



Herunder redegøres nærmere for hvordan de tre typer af nye opgaver håndteres i den nye honorarstruktur.

#### 4.4.1 Udviklingsydelse

Udviklingsydelsen skal understøtte faglig, teknisk og organisatorisk udvikling af almen praksis. Udviklingsydelsen skal give incitament til, at *centralt* aftalte udviklingstiltag gennemføres i *alle* praksis til gavn for patienterne. Udviklingsydelsen kan for eksempel bruges ved indførelse af nye undersøgelsesmetoder, hvor provenuet fra ydelsen understøtter, at almen praksis indkøber nyt apparatur og deltager i efteruddannelse af læger og personale i brugen af nyt apparatur/metode. Ydelsen kan også bruges til at udvikle og understøtte nye arbejdsrutiner såsom øget brug af data, nyt samarbejde med sygehus/kommune, eller andet som parterne aftaler.

Honorarstrukturrådets anbefalinger er, at honoraret er en aftalt, tidsbegrænset ydelse, der skal kompensere praksis for de omkostninger, herunder forbrugt ekstra tid, der er forbundet med at indføre den nye opgave i praksis.

For hver indsats aftaler parterne taksten for den konkrete udviklingsydelse som gælder i en begrænset tidsperiode, for eksempel en overenskomstperiode. Herefter bortfalder den/overgår til honorering i den normale honorarstruktur. Honoraret skal dermed understøtte en mere ensartet tidsmæssig implementering af nye tiltag i almen praksis ved at understøtte udbredelse til alle praksis henover en aftalt periode.

Udviklingsydelsen vil typisk være højere end den forventede efterfølgende honorering af opgaven, da praksis vil have udgifter forbundet med implementering af indsatsen i den periode udviklingsydelsen er gældende. Udviklingsydelsen kan enten være et fast honorar eller et aktivitetsafhængigt honorar. Honoraret bør dog i videst muligt omfang være aktivitetsafhængigt, for at tilskynde praksis til at udføre den aftalte indsats.

Ved aftale om en udviklingsydelse bør der indgås et obligatorisk samarbejde med:

- PLO-E (Praktiserende Lægers Organisation Efteruddannelse) om etablering af relevant efteruddannelse
- Forskningsenhederne for Almen Praksis om udvikling af indsats og evaluering af ydelsen
- DSAM om faglige retningslinjer til at understøtte brugen af den nye udviklingsydelse

Dette skal sikre, at aktiviteten vinder indpas i almen praksis i løbet af den aftalte periode. Ligeledes bør kvalitetsorganisationerne understøtte implementeringen via centrale og lokale initiativer – for eksempel i regi af kvalitets- og/eller sundhedsklyngerne.

Udviklingsydelsen er ikke tiltænkt udvikling og afprøvning af nye behandlingsmetoder eller gennemførelse af forskningsprojekter. I disse situationer aftales det fra projekt til projekt, hvordan de deltagende praksis honoreres indenfor den eksisterende honorarstruktur. Udviklingsydelsen er derimod en understøttelse til implementeringen af eksempelvis vedtagne nye behandlingsmetoder.



### Proces for indførelse af periodisk udviklingsydelse

For hver overenskomstperiode undersøger parterne, om der er ønske om og/eller behov for at indføre nye opgaver i almen praksis. Såfremt der er en ny opgave som parterne er interesserede i, at almen praksis varetager skal det afklares:

- Giver det god faglig mening at gøre det?
- Kan det praktisk lade sig gøre?
- Kan den forøgede indsats rummes i almen praksis i forhold til arbejdsmængden?
- Kan/bør opgaven prioriteres højere end andet?

Er parterne enige om at ovenstående er tilfældet, skal det vurderes om den nye opgave kan varetages indenfor de eksisterende honorarer, eller om der er behov for noget "ekstra" i form af "Udviklingsydelsen".

Er der tale om en udviklingsydelse aftaler parterne, hvor længe udviklingsydelsen skal være gældende – for eksempel overenskomstperioden, hvordan den skal honoreres og hvordan indsatsen skal fagligt understøttes og evalueres.

Hvis der skal tilføres ekstra midler honoreres udviklingsydelsen med et aktivitetsafhængigt honorar. Når der indføres en udviklingsydelse, aftaler parterne samtidig, hvad der skal ske med honoraret, når perioden, hvori udviklingsydelsen gælder, udløber. Skal opgaven honoreres, kan det ske gennem de eksisterende honorarer, eller der kan ske en forhøjelse af et konsultationshonorar, et konsultationstillæg, eller eventuelt et fast honorar.

I bilag 8.8 er rammerne for indgåelse af aftale om udviklingsydelse nærmere beskrevet.

### Argumenter

Udviklingsydelsen skal understøtte at nye tiltag og opgaver udbredes til alle praksis. Honoraret skal medvirke til at kompensere praksis for de udgifter, der måtte være ved at implementere opgaven i form af udstyr, efteruddannelse, registrering til evaluering og lignende. Honoraret bør være aktivitetsafhængigt for at tilskynde praksis til at udføre den aftalte indsats.

### Fordele

Indførelsen af et særskilt, forhøjet honorar for en opgave i en periode, hvorefter honoraret enten nedsættes eller bortfalder som selvstændigt honorar, sender et signal til praksis om, at det forventes, at de løser opgaven. Honoraret kan også tilskynde praksis til at implementere opgaven, mens der kompenseres økonomisk for det. Da honoraret typisk vil være aktivitetsafhængigt, er det nødvendigt for praksis at udføre opgaven for at kunne høste provenuet til den forudsatte udviklingsaktivitet (indkøb af udstyr, efteruddannelse med videre).

### Ulemper

Praksis kan vælge at udføre opgaven og modtage honoraret uden at foretage de forudsatte investeringer i udstyr eller efteruddannelse. Der bør gennem evalueringsindsats og kvalitetsmonitorering følges op på dette.

### Teknisk understøttelse af forslag til udviklingsydelse

Lægepraksissystemerne og de regionale praksisadministrationssystemer skal kunne understøtte, at der indføres tidsbegrænsede udviklingsydelser.

#### *Honorarstrukturrådets foreslåede alternativer*

Parterne kan vælge, at indføre en regel om, at praksis skal dokumentere deltagelse i efteruddannelse eller indkøb af relevant udstyr inden praksis kan benytte udviklingsydelsen.

#### 4.4.2 Nye opgaver i almen praksis

Den sundhedspolitiske målsætning om at styrke og udvikle det nære sundhedsvæsen kan understøttes ved blandt andet at flytte opgaver fra sygehusene til almen praksis.

Når parterne aftaler, at almen praksis skal varetage nye opgaver, der ikke er udviklingsydelser, for eksempel opgaver overdraget fra sygehusene, der ikke kræver ny viden eller nye kompetencer i almen praksis, aftaler parterne samtidigt, om opgaven kan løses indenfor den eksisterende økonomiske ramme, eller i hvilket omfang, der skal bortfalde andre opgaver fra almen praksis eller tilføres økonomi til almen praksis til opgaveløsningen.

#### **Honorarstrukturrådets forslag**

Honorarstrukturrådet foreslår at:

- når der aftales en ny opgave i almen praksis, som erstatter en eksisterende aktivitet, tilføres der ikke merøkonomi
- når der aftales en ny opgave i almen praksis, som ligger udover den eksisterende opgaveportefølje, og dermed giver en forventet meraktivitet i almen praksis, tilføres der merøkonomi, eller der aftales bortfald af andre opgaver

For at sikre at det samlede honorar afspejler opgavebyrden og er rimeligt for både almen praksis og regionerne kan der "føres regnskab" med hvilke opgaver, der tilføjes til- eller fjernes fra opgaveporteføljen i almen praksis. "Opgaveregnskabet" bruges i forbindelse med de løbende overenskomstforhandlinger og regnskabet kan eventuelt føres gennem en opdatering af "Common trunk".

Almen praksis' varetagelse af opgaven kan/skal følges gennem monitorering af henvisningsmønster og evt. andre kvalitetsdata relateret til opgavevaretagelsen.

Når der skal tilføres økonomi til almen praksis kan det ske på flere måder. Det er op til parterne at aftale, hvordan tilførslen skal ske i det konkrete tilfælde.

#### 1. Det faste honorar kan forhøjes

Dette er relevant, hvis den nye aktivitet ikke er relateret til behandlingen af en konkret patient, men i stedet omhandler opgaver, som almen praksis skal varetage ved siden af patientbehandlingen. Det kunne for eksempel være en øget forpligtelse i forhold til tilgængelighed/åbningstid i praksis, øget tilgængelighed for samarbejdspartnere eller nye kvalitetsopgaver. Det kan endvidere være relevant i forbindelse med omkostninger som følge af indkøb af nyt standardudstyr i almen praksis.

## 2. Merøkonomi kan tilføres gennem aktivitetsafhængigt honorar

- a) Den nye opgave kan indplaceres i en af konsultationstyperne uden at taksten for konsultationstypen ændres. Samtidig øges økonomirammen, så antallet af konsultationer i almen praksis kan øges. Med rum for øget aktivitet fremfor øget konsultationshonorar vil merøkonomien tilflyde de praksis, der rent faktisk løser den nye opgave. I dette tilfælde er det vigtigt at være opmærksom på hvorvidt højstegrænsen er en barriere.

Denne metode er relevant, hvis det vurderes, at:

- aktiviteten er en selvstændig handling, der ikke udføres sammen med en ordinær konsultation
- omfanget af den nye opgave vil være uens mellem praksis

- b) Den nye opgave kan indplaceres i en af konsultationstyperne og taksten for konsultationstypen forhøjes. Samtidig øges økonomirammen, så den samlede omsætning i almen praksis kan øges. Gennem et forhøjet konsultationshonorar vil alle praksis blive honoreret for at varetage opgaven, hver gang, der gennemføres en konsultation.

Denne metode er relevant hvis det vurderes at:

- aktiviteten indgår som en hyppig del af den ordinære konsultation i alle praksis og udvider konsultationen
- aktiviteten er en opgave, som alle læger ofte skal varetage

- c) Opgaven kan placeres under et af de generiske konsultationstillæg, uden at taksten for konsultationstillægget øges. Samtidig øges økonomirammen, så den samlede omsætning i almen praksis kan øges.

Denne metode er relevant, hvis det vurderes at:

- Aktiviteten foregår sammen med, men ikke som en (almindelig/hyppig) del af en ordinær konsultation
- Aktiviteten er en ny selvstændig procedure. Det vil sige at den enten erstatter en af de andre aktiviteter i det relevante konsultationstillæg, eller typisk ikke udføres sammen med disse
- Behovet for at udføre aktiviteten varierer mellem praksis. Brugen af konsultationstillægget kan dermed øges for de relevante praksis

Hvis det er en opgave, hvor det forventes at omfanget af opgaven varierer mellem praksis, skal der tages højde for dette i måden højstegrænsen beregnes.

- d) Opgaven kan placeres under et af de generiske konsultationstillæg og taksten for konsultationstillægget øges. Det betyder, at alle praksis får del i den tilførte økonomi for opgaven, hver gang det relevante konsultationstillæg anvendes.

Dette er relevant hvis det vurderes at:

- Aktiviteten foregår sammen med, men ikke som en (almindelig/hyppig) del af en ordinær konsultation
- Aktiviteten typisk udføres sammen med andre procedurer. Det vil sige at den typisk udføres i sammenhæng med en anden aktivitet i det relevante konsultationstillæg, eller supplerer disse

Øgede omkostninger ved en given behandling som følge af brug af utensilier kan kompenseres via rekvisitionsordning, således at taksterne eventuelt ikke behøves ændres.

I bilag 8.9 er processen illustreret.

Det er således ikke tanken, at der skal indføres nye ydelseskoder for nye opgaver. Såfremt der tilføres nye opgaver til almen praksis, som det ikke forventes at alle praksis løser, er det vigtigt, at den ramme, der sættes for den individuelle aktivitet i almen praksis (højeste grænse), ikke står i vejen for, at de relevante praksis kan løfte opgaven. Rammen for aktivitetsniveauet i almen praksis skal derfor kunne håndtere, at der er forskelle i opgavemængden og aktiviteten imellem klinikkerne.

Indplaceringen af nye opgaver i den eksisterende honorarstruktur i kombination med forenklingen af strukturen betyder også, at når der tilføres honorar for nye opgaver, vil honoraret for nogle aktiviteter ligge lidt for højt i forhold til den ydede indsats, og for andre lidt for lavt, men tilsammen vil honorarerne dække praksis' omkostninger inklusive provenu for de leverede aktiviteter.

#### Argumenter

Nye opgaver indplaceres i den nye, foreslåede honorarstruktur og honorarstørrelsen tilpasses, hvis det er nødvendigt. Dermed bevares honorarstrukturen overskuelig.

#### Fordele

Der skal ikke forhandles nye honorartyper for nye opgaver. De generiske honorartyper i honorarstrukturen forventes at kunne rumme, at der tilføres nye opgaver til almen praksis, uden at honorarstrukturen skal ændres. Honorarstrukturen vil således kunne rumme en eventuel ændret fordeling af opgaver i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Herunder den forventede ændring i arbejdsdeling, der måtte følge af hensigten om at øge antallet af praktiserende læger til 5000.

#### Ulemper

Indplacering af nye opgaver i de eksisterende honorarer kan give udfordringer i forhold til at ramme det rigtige honorar for opgaven -og dermed en øget risiko for under- eller overudbud af opgaven. Der vil være behov for at tillade både at opgaver honoreres for højt og for lavt i forhold til forventet omkostning for lægerne.

### 4.4.3 Tilvalgsaftaler

Den nye honorarstruktur skal sikre mulighed for udvikling i almen praksis. Udviklingen skal gerne tilgodese både patienternes behov og parternes, regionernes og lægernes ønsker til, hvordan tilbuddet i almen praksis skal se ud.

Der etableres derfor mulighed for "Tilvalgsaftaler" for almen praksis. En "Tilvalgsaftale" er en frivillig aftale mellem en region og en eller flere praksis om bestemte, ønskede strukturelle tiltag i de relevante praksis. Det vil være op til de enkelte læger at beslutte, om de vil tilslutte sig en "Tilvalgsaftale". Hvis en praksis ønsker at tilslutte sig en "Tilvalgsaftale" skal regionen godkende dette. Således kan en praksis kun tilslutte sig en "Tilvalgsaftale" hvis både praksis og region mener, det er fornuftigt.

"Tilvalgsaftalen" giver mulighed for at indgå aftaler om, at enkelte klinikker kan have tilbud, der supplerer det, der er beskrevet i henholdsvis overenskomst og "Common trunk" for almen praksis. Det kan for eksempel være aftaler om øget åbningstid, særlige funktioner i praksis, eller særlige behandlings- eller forebyggelsestilbud. Aftalen kan eventuelt også anvendes til rekrutterings- eller fastholdelsesformål.

Tanken bag muligheden for "Tilvalgsaftaler" er, at den kan bruges til at kompensere udvalgte praksis for de faste udgifter, der måtte opstå som følge af det særlige tilbud i praksis. Det kan for eksempel være ekstra lokaler, indkøb af særligt udstyr, eller at der er særlige krav til personale (faggruppe eller kvalifikationer) eller andet<sup>25</sup>.

Medfører aftalen øget behandlingsaktivitet i praksis, honoreres aktiviteten gennem de almindelige aktivitetsafhængige honorarer i honorarstrukturen.

Indgår der udgiftstunge utensilier i behandlingen, som de aktivitetsafhængige honorarer ikke kompenserer praksis tilstrækkeligt for, kan disse tilføjes rekvisitionslisten, så de stilles til rådighed for praksis af regionen.

"Tilvalgsaftaler" kan dermed understøtte, at de mest udviklingsparate praksis kan gå i forvejen i udviklingen af almen praksis og at udviklingen herefter kan brede sig til de øvrige praksis, hvis det viser sig relevant. "Tilvalgsaftaler" kan også understøtte en lokalt tilpasset udvikling af almen praksis.

Det skal fremgå af praksisoplysningerne på Sundhed.dk, hvilke "Tilvalgsaftaler" en praksis har tilsluttet sig, så oplysningerne er synlige for patienterne.

En "Tilvalgsaftale" kan enten indgå som en national rammeaftale om tilvalg eller som en regional tilvalgsaftale. I begge tilfælde er det frivilligt for praksis om de vil tilslutte sig tilvalgsaftalen.

#### 4.4.3.1 National tilvalgsaftale

På centralt plan kan parterne udarbejde nationalt dækkende tilvalgsaftaler for et bestemt, ønsket strukturelt tiltag – for eksempel øget åbningstid i almen praksis eller anvendelse af nyt undersøgelsesapparat. Parterne beskriver i "Tilvalgsaftalen" den ønskede serviceudvidelse, krav og rammer for brugen af "Tilvalgsaftalen", samt den forventede samlede økonomiske ramme herfor.

Ønsker en praksis at benytte "Tilvalgsaftalen", aftales dette mellem pågældende praksis og den relevante region, der registrerer praksis og sikrer udbetaling af det relevante faste honorar knyttet til "Tilvalgsaftalen". Dermed er "Tilvalgsaftalen" ikke bindende for alle praksis.

#### 4.4.3.2 Regional tilvalgsaftale

En regionalt indgået tilvalgsaftale kan bruges til at understøtte en lokal udvikling af serviceniveauet i alle eller bestemte praksis for eksempel relateret til sundhedsklyngernes udvikling af det lokale sundhedstilbud og -sundhedsvæsen. Det kan eksempelvis være aftaler om længere åbningstid eller udførelse af bestemte opgaver for sygehusene, som kræver en strukturel understøttelse, for eksempel nyt udstyr til prøvetagning og analyse,

---

<sup>25</sup> For praksis, der er organiseret som samarbejdspraksis, vil honoraret for "Tilvalgsaftalen" kun blive udbetalt til den praksis/det ydernummer, der afholder udgiften forbundet med aftalen. Hvis en samarbejdspraksis med to ydernumre eksempelvis investerer i ét undersøgelsesapparat, udbetales der kun honorar for "Tilvalgsaftalen" til det ydernummer, der har afholdt udgiften.

der ligger uden for "Common trunk" for almen praksis og som alternativt skulle gennemføres på sygehuset. Det kan også være en funktion som for eksempel lokal skadestue i turistområder, hvor praksis har ekstra lokaler, udstyr og personale tilgængeligt til håndtering af skader. "Tilvalgsaftalen" kan også omhandle praksis' indkøb af udvidet diagnostisk udstyr.

#### Forslag til proces for indgåelse af tilvalgsaftale

Såfremt en sundhedsklynge, region eller praksis ønsker at indgå en "Tilvalgsaftale" bringes dette til drøftelse i det regionale forum, der har bemyndigelse til at indgå lokal- og tilvalgsaftaler for almen praksis. Hvis dette forum finder, at formålet med "Tilvalgsaftalen" er i tråd med den ønskede udvikling i almen praksis lokalt eller regionalt forhandler regionen, de(n) berørte praksis og PLO-R (Praktiserende Lægers Organisation Regionalt) de nærmere rammer for aftalen, herunder størrelsen på det faste honorar til praksis, mål for indsatsen, samt hvornår og hvordan der skal ske opfølgning på aftalen.

Højstegrænsen for de berørte praksis tilpasses, så der er rum for den ekstra aktivitet, der må forventes at følge med det strukturelle tilbud i de relevante praksis.

Regionerne finansierer regionale tilvalgsaftaler.

#### **Honorarstrukturrådets forslag**

Honorarstrukturrådet foreslår at:

- overenskomstparterne ved hver overenskomstforhandling forelægges en oversigt over tilslutning til de nationale og regionale tilvalgsaftaler, for at drøfte, om der er grundlag for at aftalerne udbredes, enten gennem en udviklingsydelse eller som en ny opgave i almen praksis

#### Argumenter

"Tilvalgsaftalen" skal understøtte en lokalt tilpasset, strukturel udvikling i almen praksis og at almen praksis kan udvikle sig i forskellig hastighed efter evne, behov og lyst.

#### Fordele

"Tilvalgsaftalerne" giver praksis et økonomisk incitament til at udvikle et lokalt tilpasset tilbud, uden at tilbuddet skal være gældende for alle praksis. Det faste honorar betyder, at praksis er sikret dækning af udgifterne til den pågældende indsats, uagtet aktivitetsniveauet. Dermed kompenseres praksis også for eventuel "tomgangstid" i for eksempel et særligt indrettet skadestue-lokale, eller anden uudnyttet kapacitet.

I en fremtidig situation, hvor der forventes at være flere praktiserende læger og dermed mere "konkurrence" om patienterne, må det forventes at praksis vil blive tilskyndet til at tilslutte sig aftalerne. Det er dog frivilligt om praksis tilslutter sig en "Tilvalgsaftale".

#### Ulemper

Da aftalerne er fast honoreret, kan det betyde, at praksis ikke lever op til den forventede indsats forbundet med den strukturelle investering, men blot modtager honoraret. For at modvirke eventuel "tomgangs-ydelse" over længere tid, kan der indsættes en tidsbegrænsning i aftalen, eller klausuler om aktivitet.

Med "Tilvalgsaftalerne" risikerer almen praksis at udvikle sig til en uhomogen masse, hvor patienterne ikke møder et ensartet behandlingstilbud. Med en tydelig deklaration på for eksempel Sundhed.dk af hvilke "Tilvalgsaftaler", de enkelte praksis har tilsluttet sig, får patienterne mulighed for at orientere sig om relevante tilbud inden lægevalg.

### Teknisk understøttelse af forslag om tilvalgsaftaler

Der skal i det regionale praksisadministrationssystem sikres understøttelse af muligheden for "Tilvalgsaftaler", således at regionen kan markere, at en praksis har tilsluttet sig en national eller regional tilvalgsaftale. Det betyder, at der skal være et underliggende modul, hvor aftalerne kan registreres. Det skal være muligt at udtrække lister over hvilke praksis, der har tiltrådt en given aftale, samt en oversigt over hvilke aftaler, en given praksis har tiltrådt. Det skal ligeledes være muligt at følge økonomien forbundet med aftalerne. Yderligere skal det være muligt for praksis at se disse oplysninger i lægepraksissystemet.

Det skal gøres muligt at vise, hvilke "Tilvalgsaftaler" en praksis har tilsluttet sig, i praksisoplysningerne på Sundhed.dk, så oplysningerne er synlige for patienterne.

---

### *Honorarstrukturrådets foreslåede alternativer*

Parterne kan vælge, at indføre en regel om, at praksis skal dokumentere den aftalte strukturelle tilpasning, for eksempel deltagelse i efteruddannelse eller indkøb af relevant udstyr, inden praksis kan modtage honorar for "Tilvalgsaftalen".

#### 4.4.4 Lokalaftaler til udvikling i almen praksis

Honorarstrukturrådet anbefaler, at det fortsat skal være muligt at indgå lokalaftaler til supplerende af overenskomstens bestemmelser for at sikre mulighed for lokal tilpasning af tilbuddet i almen praksis, så det passer ind i den lokale tilrettelæggelse af sundhedsvæsenet. Indgåelsen af "Lokalaftaler" forventes – som nu – at gælde for praksis i en hel region, eller alle praksis i et større område, og ikke som "Tilvalgsaftalerne" at være frivillige for praksis at tilslutte sig.

#### **Honorarstrukturrådets forslag**

Honorarstrukturrådet foreslår at:

- muligheden for at indgå "Lokalaftaler" bevares. Aktivitet indenfor aftalerne honoreres via de almindelige aktivitetsafhængige honorarer – det vil sige, at der ikke oprettes nye, separate ydelseskoder til "Lokalaftaler"
- der kan indgås aftale om fast honorar for strukturelle, faste udgifter forbundet med "Lokalaftalen" eller etableres rekvisitionsordning for udgiftstunge utensilier, der benyttes i forbindelse med "Lokalaftalen"
- indgåelse af "Lokalaftaler" altid skal opfølges af relevant evaluering til brug for vurdering af senere udbredelse
- parterne ved hver overenskomstforhandling vurderer om de indgåede "Lokalaftaler" skal udbredes gennem indarbejdelse i "Common trunk"

Det forventes, at der med de nye generiske honorartyper ikke er behov for at indgå aftaler om særligt honorar for opgaver omfattet af lokalaftalerne. Dermed vil "Lokalaftalerne" mere omhandle en lokal udvidelse af opgaveporteføljen for almen praksis, samt hvordan opgaven kan løses inden for honorarstrukturen, eller være en aftale om konkret, lokal arbejdsdeling og samarbejde, end være en aftale om særligt honorar for en opgave.



For at hindre, at der sker lokale knopskydninger på honorarstrukturen gennem indgåelse af "Lokalaftaler" mellem regionerne og de alment praktiserende læger, indføres der følgende principper for forhandling af "Lokalaftaler":

- Forhandlingen skal være baseret på et ønske om at understøtte faglig udvikling i almen praksis til gavn for patienterne
- De aftalte aktiviteter skal ligge udenfor "Common trunk" og dermed ikke være opgaver, almen praksis allerede forventes at udføre
- Forhandlingerne må ikke medføre nye honorartyper til almen praksis. De aftalte aktiviteter som almen praksis skal udføre, skal dermed honoreres via den allerede fastlagte honorarstruktur
- Er der behov for betydelige investeringer i udstyr eller uddannelse kan "Lokalaftalen" suppleres med en aftale om et fast honorar. Det faste honorar kan kompensere praksis for strukturelle- eller faste udgifter forbundet med aftalen, der ikke dækkes af det aktivitetsafhængige honorar. Det vil ikke altid være nødvendigt at indgå aftale om fast honorar i sammenhæng med "Lokalaftaler"
- Indgår der udgiftstunge utensilier i behandlingen, som de aktivitetsafhængige honorarer ikke kompenserer praksis tilstrækkeligt for, kan disse tilføjes rekvisitionslisten, så de stilles til rådighed for praksis af regionen

Når der indgås "lokalaftaler", skal det samtidig beskrives, hvad det forventede forbrug vil være, både samlet set og pr. praksis. Det skal også beskrives, hvordan der sikres opfølgning og kontrol på brugen af aftalerne.

#### Argumenter

Honorarstrukturen skal rumme behovet for lokal tilpasning og udvikling i almen praksis. Det skal derfor være muligt for regionerne at indgå "Lokalaftaler" om opgavevaretagelse i almen praksis, der for eksempel kan understøtte implementering af sundhedsaftalen eller andre sundhedspolitiske mål. Samtidig skal den lokale udvikling ikke "forurene" honorarstrukturen med en række ydelseskoder aftalt i "Lokalaftaler".

#### Fordele

Ved at fastholde muligheden for "Lokalaftaler" til eksempelvis strukturel udvikling foregår der en økonomisk understøttelse af lokale og regionale tilpasninger.

#### Ulemper

Hvis "Lokalaftaler" honoreres med fast honorar, kan det give praksis incitament til at underudbyde den honorerede aktivitet.

Idet aktivitetsafhængigt honorar for en "Lokalaftale" vil give et øget forbrug af det givne honorar, skal der være opmærksomhed på, hvordan "Lokalaftalen" påvirker den samlede udgift til almen praksis, inden der indgås aktivitetsafregnede aftaler.

"Lokalaftaler", hvor regionen stiller utensilier til rådighed via rekvisitionsordningen kan give overudbud af aktivitet, da praksis' omkostninger til undersøgelsen reduceres. Brugen af de konkrete utensilier bør derfor følges.

#### Teknisk understøttelse af forslag om lokalaftaler

Der skal i det regionale praksisadministrationssystem sikres understøttelse af muligheden for "Lokalaftaler". Det betyder, at der skal være et underliggende modul, hvor aftalerne



kan registreres. Det skal være muligt at udtrække lister over hvilke praksis, der er omfattet af en given aftale, samt en oversigt over hvilke aftaler, en given praksis har tiltrådt. Det skal ligeledes være muligt at følge økonomien forbundet med aftalerne. Det skal gøres muligt at vise, hvilke "Lokalaftaler" en praksis er omfattet af i praksisoplysningerne på Sundhed.dk, så oplysningerne er synlige for patienterne.

#### *Honorarstrukturrådets foreslåede alternativer*

Parterne kan vælge, at "Lokalaftaler" skal være fast honoreret og ikke aktivitetshonoreres, for at undgå at aktivitet indenfor en "Lokalaftale" påvirker den samlede økonomiske ramme for almen praksis.

## 4.5 Økonomi

Honorarstrukturrådet er blevet givet til opgave at udarbejde forslag til en ny honorarstruktur under forudsætning af, at den samlede økonomi til almen praksis er uændret i den nye model – et nulsumsspil. Det betyder, at der hverken tilføres eller fjernes midler til almen praksis på landsplan. Således vil de foreslåede takster i forslaget til den nye honorarstruktur medføre, at nogle praksis vil opleve en lavere indtægt mens andre vil opleve en større indtægt end de har haft med den eksisterende honorarstruktur, men summen af tabene og gevinsterne for samtlige praksis vil være nul – heraf navnet nulsumsspil.

Med henblik på at stille forslag til en helstøbt og konsistent honorarstruktur har Honorarstrukturrådet beregnet hvilke takster, som vil kunne sikre en uændret økonomisk ramme samt understøtte, at honorarstrukturen lever op til de ønskede formål. Det er klart at fastsættelsen af taksterne i en eventuelt kommende overenskomst med udgangspunkt i Honorarstrukturrådets anbefalinger til honorarstruktur skal findes på baggrund af overenskomstparternes forhandlinger.

### 4.5.1 Økonomisk ramme

Da arbejdet med den nye honorarstruktur er et nulsumsspil, vil den samlede økonomi i den nuværende overenskomst danne grundlag for den samlede økonomi i den nye honorarstruktur. Den eksisterende honorarstruktur indeholder både faste og aktivitetsbaserede honorarer, hvilket forslaget til en ny honorarstruktur også indeholder. I den nedenstående tabel fremgår den nuværende økonomi fordelt på de eksisterende elementer i strukturen.

*Tabel 4 Samlet økonomi – nuværende honorarstruktur*

<b>Honorartype</b>	<b>Element</b>	<b>Gns. Udgift pr. år 2019-2021 (1. april 2023 priser)</b>	<b>Total</b>	<b>Andel af samlet honorar</b>
Fast honorar	Praksisomkostningshonorar (pr. kapacitet)	65 mio. kr.		1 %
	Basishonorar (pr. sikret)	2.882 mio. kr.		32 %

Differentieret basishonorar (baseret på nationale fordelingsmodeller)	66 mio. kr.	1 %
Kronikerhonorar (pr. diabetes type 2- og KOL-patient)	560 mio. kr.	6 %
Plejhjemslæge <sup>26</sup>	22 mio. kr.	0 %
<b>I alt</b>	<b>3.595 mio. kr.</b>	<b>40 %</b>
<b>Ydelseshonorarer</b>		
Grundydelse	4.071 mio. kr.	46 %
Tillægsydelse	583 mio. kr.	6 %
Laboratorydelse	498 mio. kr.	6 %
Socialmedicinsk samarbejde	11 mio. kr.	0 %
Resterende ydelser i overenskomsten (samtaletterapi, attester, EU-borgere, tolk mv.)	153 mio. kr.	2 %
<b>I alt</b>	<b>5.316 mio. kr.</b>	<b>60 %</b>
<b>Samlet overenskomstbestemte honorarer</b>		
<b>I alt</b>	<b>8.911 mio. kr.</b>	<b>100 %</b>
<b>Supplerende aftaler til overenskomsten</b>		
Rammeaftaler	11 mio. kr.	-
Profylakseaftalen og svangerskabsforebyggelse – ikke-tilmeldte patienter	479 mio. kr.	-
Lokalaftaler	176 mio. kr.	-
<b>I alt</b>	<b>666 mio. kr.</b>	<b>-</b>

Indsatserne i de fleste af de nuværende lokalaftaler forventes at kunne rummes i den nye honorarstruktur. Det drejer sig for eksempel om opfølgende hjemmebesøg efter indlæggelse, palliative indsatser, teledermatologi, med videre. Parterne skal derfor tage stilling

<sup>26</sup> Da den faste honorering af plejhjemslæger er en ny ordning i overenskomst om almen praksis 2022 afspejler de 22 mio. kr. hvad der er blevet brugt på ordningen i 2022 udelukkende.

til, om opgaveporteføljen for almen praksis skal udvides til at omfatte de opgaver, der i dag er dækket af lokalaftaler. Denne vurdering skal foretages med sammenhæng til "Common trunk" for almen praksis, så forventningerne til opgavevaretagelsen afstemmes.

Såfremt opgaverne, der i dag er dækket af lokalaftaler lægges ind i den generelle opgaveportefølje for almen praksis, skal det forventes, at rammen for den samlede økonomi for almen praksis skal udvides med den nuværende økonomi afsat til lokalaftaler. Derudover betyder det, at de nuværende lokalaftaler udbredes til at omfatte alle praksis, hvilket vil medføre en merudgift, udover det, der i dag afregnes vis lokalaftalerne.

#### 4.5.2 Forslag til takster, som vil kunne sikre uændret økonomi

De fleste af taksterne i den nye honorarstruktur er baseret på vægtede gennemsnit af taksterne for de eksisterende ydelseskoder, der er inkluderet i det nye honorar. Dog er de justeret således, at Honorarstrukturrådets forslag til takster sikrer en uændret fremtidig økonomi. For konsultationstillæggene er der yderligere taget højde for, at nogle af de eksisterende ydelseskoder for tillægsydelser og laboratorieydelser ofte benyttes i kombination med hinanden. Således afspejler forslaget til takster også den hyppighed, hvormed det forventes, at der benyttes flere procedurer under samme konsultation.

I bilag 8.10 fremgår det til hvilke honorarelementer i den nye honorarstruktur at provenuet fra de eksisterende ydelseskoder er benyttet. Derudover fremgår det også af tabellen i bilag 8.10 i hvilke honorarelementer, at aktiviteten fra de eksisterende ydelseskoder er indregnet.

Alle taksterne er beregnet i 1. april 2023-prisniveau.

#### **Honorarstrukturrådets forslag**

Honorarstrukturrådet foreslår at:

- taksterne i den nye honorarstruktur bliver som angivet i tabel 5

*Tabel 5 Forslag til takster i den nye honorarstruktur (takst pr. april 2023)*

Honorar	Element	Takst (april 2023)
Konsultation	Enkel konsultation	38 kr.
	Almindelig konsultation	159 kr.
	Udvidet konsultation	440 kr.
Pluspatienter	Tillæg til konsultationstaksten	+ 25 % <sup>27</sup>
Konsultationstillæg	Operationer og tilsvarende behandlinger	333 kr.
	Skadestuebehandlinger	207 kr.
	Diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur	156 kr.
	Laboratorieanalyser i eget laboratorium	104 kr.
Tillæg til konsultation i hjemmet	Sygebesøgstillæg	157kr.
	Afstandstillæg pr. påbegyndt km.	15 kr.
Tværsektorielt samarbejde	Enkel tværsektorielt konference	38 kr.
	Almindelig tværsektorielt konference	159 kr.
	Udvidet tværsektorielt konference	440 kr.
	Rundbordssamtaler	784 kr.
	Afstandstillæg pr. påbegyndt km.	15 kr.
Fast honorar pr. sikret	Den gode læge	440 kr. pr. år
	Differentiering af det faste honorar pr. sikret	230 mio. kr. pr. år
Fast honorar pr. tildelt kapacitet	Populationsomsorg	50.206 kr. pr. år
	Koordinering	25.103 kr. pr. år
Fast honorar pr. plejehjemslæge/institutionslæge	Plejehjemslæge/institutionslæge	25.103 kr. pr. år
	Plejehjemslæge/institutionslæge med mere end 30 beboere	37.655 kr. pr. år

Honorarstrukturrådets anbefalinger til takster i den nye honorarstruktur betyder at der vil være aktiviteter der fremadrettet vil være højere honoreret end i den eksisterende honorarstruktur og andre vil være lavere honoreret. Nedenstående tabel giver eksempler på

<sup>27</sup> Taksterne for konsultationer leveret til pluspatienter bliver således:

- Enkel konsultation = 47,50 kr.
- Almindelig konsultation = 198,75 kr.
- Udvidet konsultation = 550,00 kr.

hvordan honoreringen for en given aktivitet er ændret med Honorarstrukturrådets forslag til en ny honorarmodel. En ændring på 1 kr. har forskellig betydning afhængigt af hvilket honorar der ændres. Dette skyldes, at hyppigheden hvormed ydelserne bruges har betydning for hvor meget det vil koste at hæve et honorar med 1 kr. Således vil det koste ca. 21 mio. kr. årligt at øge den almindelige konsultation med 1 kr., hvorimod det vil koste ca. 1,7 mio. kr. årligt at øge den udvidede konsultation med 1 kr. Taksterne i Tabel 6 er angivet i 1. april 2023 priser.

*Tabel 6 Eksempler på betydningen af ændrede takster*

Aktivitet	Eksisterende honorering	Fremtidig honorering	Bemærkning
Telefonkonsultation	30,29 kr.	38 kr.	For telefonkonsultationer af enkel og afklarende karakter vil praksis fremadrettet modtage 38 kr. mod 30 kr. i dag. Det betyder, at praksis vil opleve en øget honorering på 8 kr.
E-mail konsultation	48,63 kr.	38 kr.	For e-mail konsultationer vil praksis fremadrettet modtage 38 kr. mod 49 kr. i dag. Det betyder, at praksis vil opleve en faldende honorering på 11 kr.
Konsultation (almindelig)	155,24 kr.	159 kr.	For almindelige konsultationer vil praksis fremadrettet modtage 159 kr. mod 155 kr. i dag. Det betyder, at praksis vil opleve en øget honorering på 4 kr.
Årskontrol (kompleks)	416,47 kr.	440 kr.	For årskontroller i henhold til kliniske retningslinjer vil praksis fremadrettet modtage 440 kr. mod 416 kr. i dag. Det betyder at praksis vil opleve en øget honorering på 24 kr.

På baggrund af taksterne i Tabel 5 er den forventede økonomi i almen praksis med den nye honorarstruktur beregnet. Det antages at aktiviteten i almen praksis er uændret og derfor benyttes den gennemsnitlige aktivitet i perioden 2019-2021 i beregningen af den forventede økonomi, som fremstår i tabellen nedenfor.

Tabel 7 Forventet økonomi i almen praksis med den nye honorarstruktur

Honorar	Element	Beregning (gns. antal ydelser 2019-2021 x takst)	Samlet honorering	Total
Konsultation	Enkel konsultation	17.565.489 x 38	667 mio. kr.	
	Almindelig konsultation	21.552.869 x 159	3.427 mio. kr.	
	Udvidet konsultation	1.775.253 x 440	781 mio. kr.	
	Kørsel ved besøg i hjemmet <sup>28</sup>		156 mio. kr.	
	<i>I alt</i>			<i>5.031 mio. kr.</i>
Pluspatienter	Enkel konsultation	(17.565.489 x 0,1) x (38 x 0,25)	17 mio. kr.	
	Almindelig konsultation	(21.552.869 x 0,1) x (159 x 0,25)	86 mio. kr.	
	Udvidet konsultation	(1.775.253 x 0,1) x (440 x 0,25)	20 mio. kr.	
	<i>I alt</i>			<i>123 mio. kr.</i>
Konsultations-tillæg	Operationer og tilsvarende behandlinger	187.126 x 333	62 mio. kr.	
	Skadestuebehandling	307.583 x 207	64 mio. kr.	
	Diagnostiske undersøgelser	1.221.077 x 156	190 mio. kr.	

<sup>28</sup> Skøn baseret på nuværende aktivitet til sygebesøg.

	ved sær- ligt appa- ratur			
	Laborato- rieanaly- ser i eget laborato- rium	2.588.345 x 104		269 mio. kr.
	<i>I alt</i>			<i>585 mio. kr.</i>
Tværsektoriel samarbejde	Tværsek- torielle konferen- cer og kørsel <sup>29</sup>			104 mio. kr.
	<i>I alt</i>			<i>104 mio. kr.</i>
<b>Aktivitetsba- serede hono- rar</b>	<b>I alt</b>			<b>5.843 mio. kr.</b>
Fast honorar pr. sikret	Den gode læge	440 x 5.800.000		2.552 mio. kr.
	Differenti- ering			230 mio. kr.
	<i>I alt</i>			<i>2.782 mio. kr.</i>
Fast honorar pr. kapacitet	Populati- onsomsorg	50.206 x 3.500		176 mio. kr.
	Koordine- ring	25.103 x 3.500		88 mio. kr.
	<i>I alt</i>			<i>264 mio. kr.</i>

<sup>29</sup> Skøn på baggrund af en forudsætning om nuværende aktivitet til socialmedicinsk samarbejde samt tværfagligt samarbejde, som i dag ikke er aktivitetshonoreret, men vil blive det fremadrettet.

Fast honorar pr. plejehjems- læge/instituti- onslæge	Pleje- hjemslæ- ger <sup>30</sup>	22 mio. kr.
<i>I alt</i>		<i>22 mio. kr.</i>
<b>Faste honora- rer</b>	<b>I alt</b>	<b>3.068 mio. kr.</b>
<b>Samlet øko- nomi</b>	<b>I alt</b>	<b>8.911 mio. kr.</b>

Det forventes dermed, at den samlede honorering på landsplan vil bestå af 66 % aktivtetsafhængige honorarer og 34 % faste honorarer. Dermed kommer aktivitetshonoreringen til at udgøre en større andel af den samlede honorering i den nye honorarstruktur sammenholdt med den eksisterende honorarstruktur. Dog vil fordelingen mellem aktivtetsbaseret honorering og fast honorering modsvarer niveauet før indførelsen af kronikerhonoraret i overenskomst om almen praksis 2018.

#### 4.5.3 Fordelingsmæssige konsekvenser

Honorarstrukturrådets anbefaling til en ny honorarstruktur i almen praksis medfører, en ændret fordeling af økonomien både på tværs af regioner, kommuner og enkelte praksis. Under antagelse af at aktiviteten og opgaverne er de samme med den nye honorarstruktur som de er i dag, er det beregnet hvordan økonomien fremadrettet vil fordele sig.

Da det ikke har været muligt at lave et forslag til en model for differentiering af det faste honorar, benyttes der et estimat for differentieringen i beregningen af de fordelingsmæssige konsekvenser. Estimatet for differentieringen tager udgangspunkt i fordelingen af det eksisterende differentierede basishonorar. Den andel en praksis får af det differentierede basishonorar i dag bruges til at beregne hvilket beløb praksis skal have af de reservede midler til differentiering (230 mio. kr.). Estimatet er beregnet for at give så helstøbt et bud på de fordelingsmæssige konsekvenser som muligt, men Honorarstrukturrådet anbefaler, at der laves en ny model for differentiering af det faste honorar jævnfør afsnit 4.2.7.

I nedenstående tabel fremgår det hvordan fordelingen af økonomien ændrer sig på tværs af regionerne, såfremt ovenstående antagelser gælder.

<sup>30</sup> Skøn baseret på nuværende fast honorering af plejehjemsleger. Hvis plejehjemslægeordningen udvides til også at indeholde en fast honorering for institutionslæger, må økonomien hertil forventes at øges.



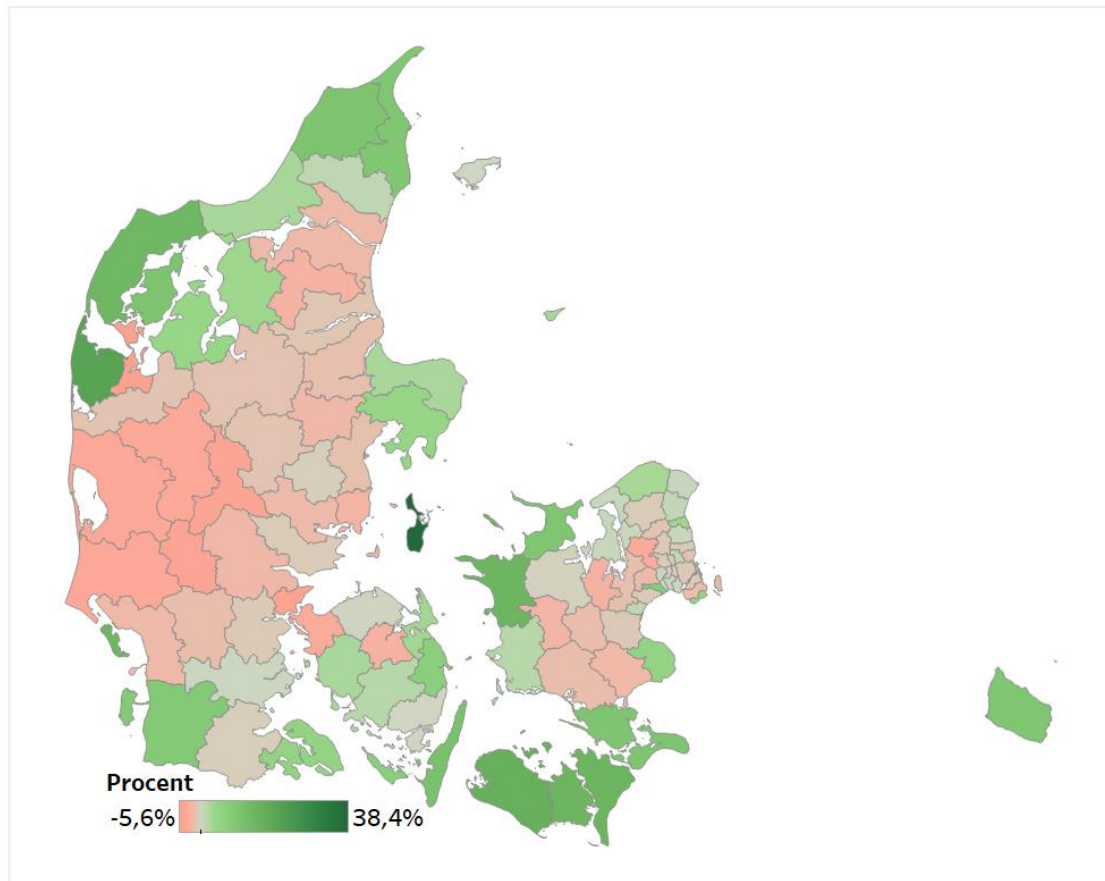
*Tabel 8 Estimerede fordelingsmæssige konsekvenser pr. region under forudsætning af uændret aktivitet og ved brug af den nuværende differentieringsmodel som indikator for fremtidig differentiering af det faste honorar "Den gode læge".*

<b>Region</b>	<b>Økonomi eksisterende honorarstruktur</b>	<b>Økonomi ny honorarstruktur</b>	<b>Difference</b>	<b>Difference i procent</b>
Hovedstaden	2.277 mio. kr.	2.272 mio. kr.	-5 mio. kr.	-0,2 %
Midtjylland	1.903 mio. kr.	1.876 mio. kr.	-27 mio. kr.	-1,4 %
Nordjylland	807 mio. kr.	828 mio. kr.	21 mio. kr.	2,6 %
Sjælland	1.107 mio. kr.	1.129 mio. kr.	22 mio. kr.	2,0 %
Syddanmark	1.793 mio. kr.	1.782 mio. kr.	-11 mio. kr.	-0,6 %

Som det fremgår af Tabel 8 forventes det, at den samlede honorering i almen praksis i Region Nordjylland og Region Sjælland vil øges. Den samlede honorering i Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Syddanmark forventes derimod at falde.

I nedenstående figur fremgår de fordelingsmæssige konsekvenser fordelt på kommuner. De fordelingsmæssige konsekvenser er beregnet ud fra en sammenligning af den nuværende honorarudbetaling og en beregning af de forventede fremtidige honorarer baseret på de foreslåede takster og den nuværende aktivitet i praksis, samt en differentiering af det faste honorar ud fra den nuværende model. Figuren tager ikke højde for eventuelle ændrede aktivitetsmønstre i almen praksis som følge af den nye honorarmodel, ligesom Honorarstrukturrådet anbefaler en anden model for differentiering af det faste honorar.

Grønne farver indikerer en samlet tilførsel af økonomi til en kommunes praktiserende læger og røde farver indikerer, at der samlet set fjernes økonomi fra kommunens praktiserende læger. Dog kan de enkelte praksis i kommunen godt opleve en øget økonomi selvom kommunen som helhed oplever en faldende økonomi og ligeledes kan den enkelte praksis opleve en faldende økonomi selvom kommunen samlet set oplever en øget økonomi.

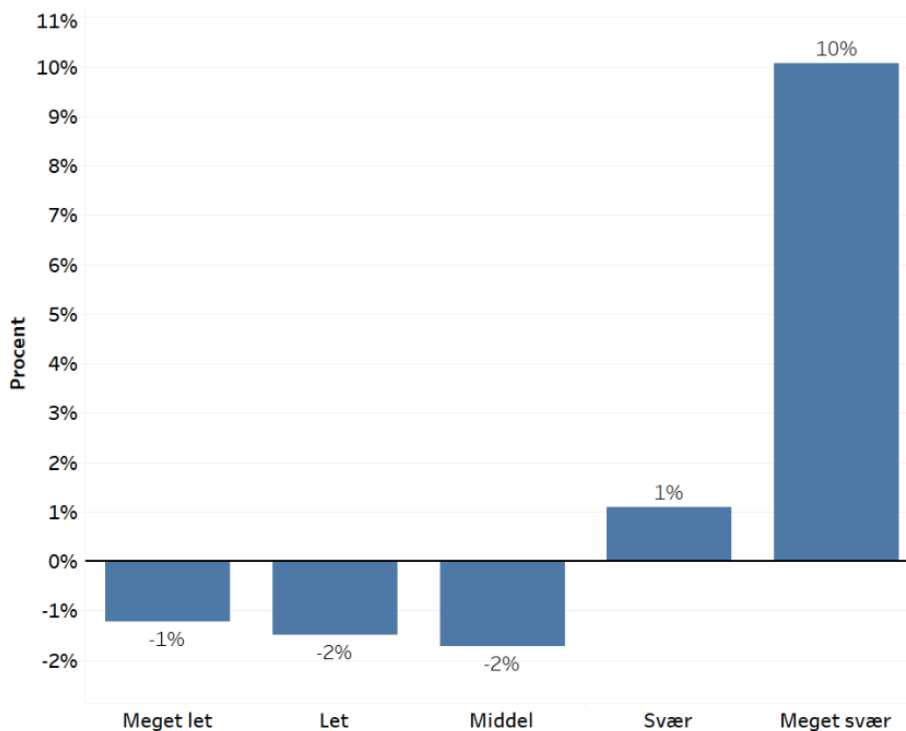


Figur 4 Estimerede fordelingsmæssige konsekvenser pr. kommune under forudsætning af uændret aktivitet og ved brug af den nuværende differentieringsmodel som indikator for fremtidig differentiering af det faste honorar "Den gode læge".

I Figur 5 nedenfor fremgår de fordelingsmæssige konsekvenser fordelt på et estimat for patienttyngden i praksis. Estimatet for patienttyngden baserer sig på patienternes alder, kronikerstatus i forhold til kronikerhonoraret og socioøkonomisk status for postnummeret, hvor praksis er beliggende. På baggrund af disse oplysninger, har alle praksis fået en patienttyngde-score som svarer til en værdi mellem 3 og 15. Herefter er patienttyngde-scoren blevet grupperet, således at der er dannet 5 grupper.

Tabel 9 Patienttyngdefordelingen imellem praksis

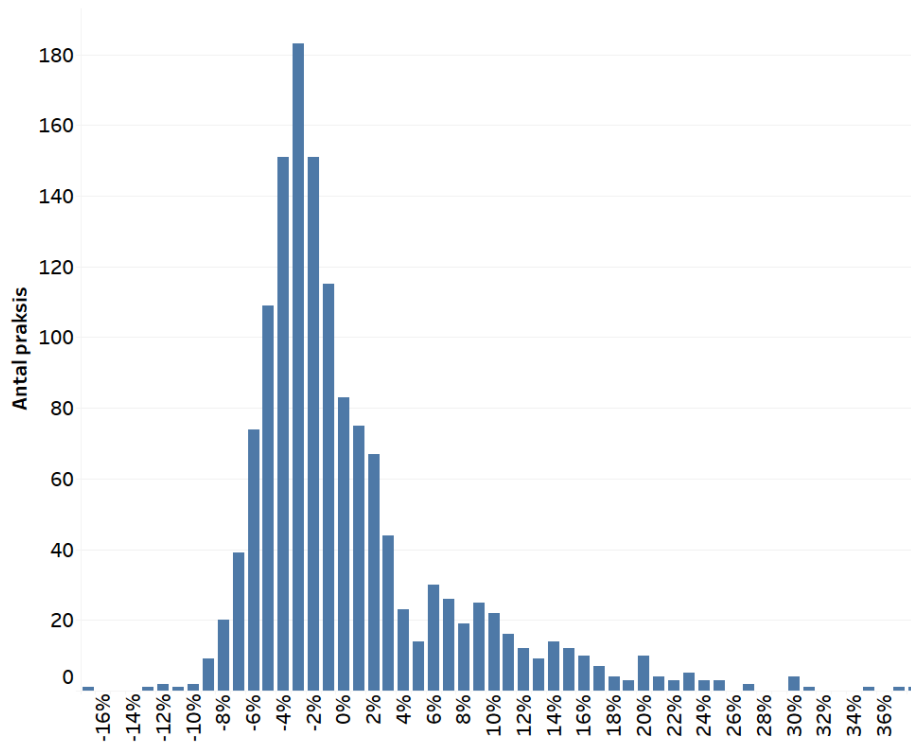
Patienttyngde	Score	Andel af praksis i gruppen
Meget let	3-4	8 %
Let	5-7	26 %
Middel	8-10	31 %
Svær	11-13	28 %
Meget svær	14-15	7 %



*Figur 5 Estimerede fordelingsmæssige konsekvenser for praksis i de forskellige patienttyngdegrupperinger under forudsætning af uændret aktivitet og ved brug af den nuværende differentieringsmodel som indikator for fremtidig differentiering af det faste honorar "Den gode læge".*

Det fremgår i Figur 5, at praksis med en beregnet meget let til middel patienttyngde oplever et fald på op mod 2 % i samlet honorering med forslaget til ny honorarstruktur. Praksis med en beregnet svær til meget svær patienttyngde oplever derimod en stigning i den samlede honorering.

Nedenstående figur angiver de estimerede procentuelle ændringer i forventet honorarudbetaling for hver enkelt praksis. Hver søjle angiver hvor mange praksis, der forventes at opleve den angivne procentvise ændring i honorarudbetaling.



Figur 6 Estimerede fordelingsmæssige konsekvenser pr. praksis under forudsætning af uændret aktivitet og ved brug af den nuværende differentieringsmodel som indikator for fremtidig differentiering af det faste honorar "Den gode læge".

Det endelige resultat af de fordelingsmæssige konsekvenser afhænger naturligt af hvordan modellen for differentiering udformes, samt hvordan adfærden i almen praksis påvirkes af den nye honorarstruktur. Dog må det forventes, at de fordelingsmæssige konsekvenser præsenteret i dette afsnit er en god indikator for effekterne af forslaget til ny honorarstruktur. I bilag 8.11 præsenteres de fordelingsmæssige konsekvenser uden estimatet for differentieringen. Sammenholdes resultaterne fra bilag 8.11 og resultaterne fra dette afsnit, kan det ses, at differentieringen af det faste honorar forventes at flytte midler til praksis med en stor behandlingstynge og til praksis i områder, hvor der opleves rekrutteringsmæssige udfordringer.

\* I bilag 8.14 fremgår forslag til hvordan profylakseaftalen kan forenkles eller indarbejdes i forslaget til ny honorarstruktur. 2

### *Honorarstrukturrådets foreslåede alternativer*

Parterne kan vælge, at ændre taksterne for de enkelte honorarer. Man kan dog ikke ændre én takst uden også at ændre andre takster medmindre der vedtages en ændring i den samlede økonomi til almen praksis.

Parterne kan vælge, at opgaveporteføljen for almen praksis skal udvides til at omfatte de opgaver, der i dag er dækket af lokalaftaler. Såfremt opgaver, der i dag er dækket af lokalaftaler lægges ind i den generelle opgaveportefølje, må det forventes, at rammen for den samlede økonomi for almen praksis udvides med den nuværende økonomi afsat til lokalaftaler.

Parterne kan vælge, at opgaverne der i dag varetages via rammeaftaler, profylakseaftalen, og aftalen om svangerskabsforebyggelse af ikke-tilmeldte patienter lægges ind i den generelle opgaveportefølje og derved honoreres via den nye honorarstruktur. Hvis disse opgaver tilføjes til den generelle opgaveportefølje, må det forventes, at rammen for den samlede økonomi for almen praksis udvides med den nuværende økonomi afsat til aftalerne. I bilag 8.14 fremgår forslag til hvordan profylakseaftalen kan forenkles eller indarbejdes i forslaget til ny honorarstruktur.

\* I bilag 8.14 fremgår forslag til hvordan profylakseaftalen kan forenkles eller indarbejdes i forslaget til ny honorarstruktur. 2

## 5 Opfølgning og kontrol

Regionerne har pligt til at sikre, at alle borgere har adgang til sundhedsydelser fra praktiserende læger, og til at betale for de ydelser, borgerne modtager, jf. sundhedslovens § 57. Det er dermed også regionernes ansvar at kontrollere, at afregningen med de praktiserende læger er korrekt. Når regionerne betaler regninger fra lægerne, skal regionerne foretage de fornødne kontroller af grundlaget for udbetalingen, jf. cirkulære om budget- og regnskabssystem for regioner. Det betyder, at regionerne skal sikre, at ydelsen afregnes i henhold til det, der er aftalt, og at ydelsen er leveret og svarer til det, der fremgår af regningen<sup>31</sup>.

Regionerne er endvidere gennem sit myndighedsansvar forpligtet til at sikre, at enkeltpersoner (læger) ikke beriger sig uberettiget på fællesskabets bekostning, ligesom der skal være gennemsigtighed, sådan at borgerne i samfundet kan have tillid til, at regionerne forvalter økonomisk forsvarligt.

Honorarstrukturrådets forslag til den nye honorarmodel betyder, at honorarstrukturen bliver forenklet. Modellen består af generiske konsultationsydelser og konsultationstillæg, hvilket medfører, at de oplysninger om aktivitet i almen praksis, der fremadrettet bliver registreret i forbindelse med afregningen, ikke er så detaljerede som i dag. Regionerne mister herigennem indsigt i aktiviteten i almen praksis.

Regionerne har derfor brug for, på anden vis end gennem afregningen, at få indsigt i, hvad almen praksis leverer for de penge, som regionerne udbetaler. Herunder at lægerne varetager deres opgave ansvarligt og fagligt korrekt, og efter overenskomstens vilkår for praksisdrift. Samtidig har regionerne behov for indsigt i den leverede kvalitet, hvis de skal håndhæve myndighedsforpligtelsen som beskrevet i sundhedsloven, hvor regionerne har ansvar for at tilvejebringe og sikre tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner.

Honorarstrukturrådet fremlægger derfor, i forlængelse af forslaget til ny honorarstruktur, også et forslag til en ny ramme for regningskontrol og opfølgning på overenskomst og kvalitetsmål i almen praksis, skønt dette ligger i kanten af det opstillede kommissorium for Honorarstrukturrådet. Forslaget ligger i forlængelse af tanken om et entreprenørligende forhold mellem regionen og lægerne og giver regionen mulighed for at kontrollere om den leverede "vare" svarer til det beskrevne i aftalen (overenskomsten).

Den nye model for opfølgning og kontrol skal fortsat hvile på den nuværende tillidsbase-rede relation og samarbejde mellem de praktiserende læger og regionerne. I den almindelige hverdag er tillid den bærende værdi, der muliggør et smidigt og konstruktivt samarbejde, hvor parterne stoler på hinanden, og usikkerheder om afregningen kan afklares med dialog. Uanset om det drejer sig om en læge, der er i tvivl om den korrekte anvendelse af en ydelse, eller en region, der er i tvivl om, hvorvidt en læge har anvendt ydelsen korrekt.

---

<sup>31</sup> Rigsrevisionen: 13/2022, Beretning om kontrol med lægers honorarafregning.

I et tillidsbaseret system er det vigtigt, at begge parter i samarbejdet medvirker til at sikre, at tilliden kan opretholdes. Det indebærer udvisning af gensidig respekt og en løbende konstruktiv dialog. Der bør udvises en høj grad af etik i samarbejdet i form af ordentlighed, troværdighed og redelighed.

Det tillidsbaserede system bliver dog sat på prøve, når regionerne sender uforklarede returregninger, eller når det opdages, at en læge bevidst omgår overenskomstens betingelser og rammer for brugen af honorarstrukturens ydelser med henblik på økonomisk vinding. Det er vigtigt, at det ikke er disse situationer, der generelt danner grundlag for tilrettelæggelsen af opfølgings- og kontrolindsatsen, men at den grundlæggende tillid bevares. Samtidig er det vigtigt, at rammerne indeholder de nødvendige redskaber til også at håndtere disse situationer hurtigt og effektivt.

Kontrolindsatsen må dog ikke unødigt generer den majoritet af lægerne, som har ordentlig adfærd. Parterne bør derfor klart melde ud, hvad der er ordentlig adfærd og være villige til at sanktionere dårlig adfærd. Samtidig er det vigtigt, at der etableres en ramme omkring opfølgning og kontrol, der er transparent. Regionerne og lægerne skal kende rammerne for almen praksis' virke, og vide hvilke krav, der skal leves op til.

En væsentlig del af regningskontrollen foregår i dag via kontrol af enkeltregninger. Der er i afregningssystemet indarbejdet valideringer af enkeltregninger, som kan betyde, at disse ikke honoreres, men sendes retur til lægen. Returregninger opleves som et irritationsmoment for både læger og regioner. Med den forenkede honorarstruktur vil der være færre bindinger mellem de enkelte honorarer, der kan afstedkomme afviste regninger, hvorfor det forventes, at udfordringen med returregninger vil minimeres. I en fremtid, med en ny, forenklet honorarstruktur, bør størstedelen af lægerne opleve færre afregningsproblemer. Samtidig vil Honorarstrukturrådet understrege vigtigheden af, at der i de tilfælde hvor der returneres regninger, samtidig indledes dialog om årsagen til returregningerne for at forebygge gentagelser. Afregningen bør også fremadrettet ses som et samarbejde mellem den regionale afregningsfunktion og praksis om at sikre den rette betaling.

#### **Honorarstrukturrådets forslag**

Honorarstrukturrådet foreslår, at den fremtidige ramme for opfølgning og kontrol sikrer at:

- regionerne har mulighed for at leve op til deres myndighedsansvar for praksissektoren, herunder adgang til data om kvalitet og aktivitet
- lægerne får feedback om egen aktivitet og kvalitet, til læring og udvikling
- der defineres kvalitets- og aktivitetsmål for indsatsen i almen praksis
- der er sammenhæng mellem aktivitet, kvalitet og økonomi
- borgerne har indblik i de leverede ydelser i almen praksis

Honorarstrukturrådet foreslår endvidere at:

- parterne genbesøger de organisatoriske rammer for sanktionering

### Ramme for den fremtidige opfølgning og kontrol

- **Regionernes myndighedsansvar**  
Regionerne skal sikres mulighed for at leve op til deres myndighedsansvar for praksissektoren. Det betyder, at regionerne skal kunne sikre, at ydelserne i almen praksis afregnes i henhold til det, der er aftalt, at ydelsen er leveret og svarer til det, der fremgår af regningen og at enkeltpersoner (læger) ikke beriger sig uberettiget på fællesskabets bekostning. Dermed skal regionerne også have et administrativt rum til at handle på overtrædelser heraf.  
Regionerne har derfor også brug for adgang til data fra almen praksis, så aktivitet og kvalitet kan følges. Parterne aftaler løbende hvordan data leveres og hvilke data, der skal omfattes. Data fra almen praksis kan for eksempel omfatte patienttilfredshed, laboratoriedata, aktivitetsdata eller ordinationsmønstre.  
Der lægges i udgangspunktet op til en adskillelse af afregnings- og kvalitetsdata, således at afregningsdata bruges til afregning og kontrol af afregning mellem lægen og regionen og til opfølgning på det generelle aktivitetsniveau i almen praksis.
- **Feedback om egen kvalitet til læring og udvikling**  
Viden om egen position i forhold til opstillede måltal og/eller den øvrige lægepopulation er en vigtig motivationsfaktor i kvalitetsarbejdet i almen praksis. Den enkelte læge/praksis skal derfor have adgang til egne data, så aktivitet og kvaliteten i behandlingen af den enkelte patient og patientpopulationen kan følges af lægen og danne baggrund for læring i klinikken. Regionerne skal herunder levere oplysninger om praksis' henvisningsmønstre og patientpopulationens brug af andre sundhedsydelser, som ikke fremgår af lægepraksissystemet.
- **Definerede kvalitets- og aktivitetsmål for indsatsen i almen praksis**  
Parterne opstiller mål for aktivitet og kvalitet i almen praksis og aftaler løbende hvilke data, der skal belyse målene og hvordan data leveres. Målene kan være populationsorienterede, således at der måles på praksis' opfyldelse af måltal for en bestemt population, for eksempel velregulerede kronikere, eller være tværsektorielle, for eksempel antal henvisninger eller indlæggelser. Målene skal opstilles, så der måles på ønsket effekt af aktivitet. Det kan være behandlingskvalitet i forhold til standarder eller andet, så aktivitet og kvalitet kobles. Data kan eventuelt opstilles, så lægerne har mulighed for at vurdere egen placering i forhold til måltal eller øvrige praksis.  
Der lægges i udgangspunktet op til en adskillelse af afregnings- og kvalitetsdata. Data til brug for kvalitetsmonitorering og -opfølgning i almen praksis skal være indsamlede og delt med regionerne med dette formål for øje. Data fra almen praksis skal behandles med samme fortrolighed som data fra sygehusene.
- **Sammenhæng mellem aktivitet, kvalitet og økonomi**  
Der skal fremadrettet følges op på aktivitet og kvalitet i almen praksis set i sammenhæng med økonomien. Dermed skal det sikres, at almen praksis honoreres for den aktivitet, der ydes, herunder for eventuel aktivitet, der måtte udlægges fra sygehusene til almen praksis. Den løbende opfølgning skal ligeledes understøtte, at almen praksis leverer den ønskede aktivitet og kvalitet som modsvarer de økonomiske midler, der bruges på almen praksis.



- Gennemsigtighed for borgerne i forhold til de leverede ydelser i almen praksis  
Overenskomstparterne og regionerne bør sikre, at borgerne er velinformerede om deres generelle, grundlæggende rettigheder i forhold til adgang og service i almen praksis. Det kan f.eks. være omkring åbningstid, telefonisk adgang, tidsbestilling, mulighed for video samt indhold og varighed af konsultationer – herunder at man godt kan tale om mere end ét problem i en konsultation. Patientinformationen kan også indeholde vejledning til patienten om, hvordan man generelt bruger almen praksis på en hensigtsmæssig måde, herunder opfordre til egenomsorg og omtanke. Honorarstrukturrådet vil endvidere anbefale parterne at overveje en ordning, hvor patienterne umiddelbart efter en konsultation kan få en elektronisk kvittering med en beskrivelse af de modtagne ydelser. En sådan elektronisk løsning vil formentlig også kunne anvendes til, at patienten kan give lægen feedback på oplevelsen med konsultationen.
- Rammer for sanktionering  
Honorarstrukturrådet anbefaler i øvrigt, at overenskomstparterne gransker rammerne omkring sanktionering af læger, der overtræder overenskomsten, og genovervejer dem under hensyntagen til regionernes myndighedsansvar for praksissektoren, og den forskellige juridiske position parterne i samarbejdsudvalget har. Lægernes retssikkerhed skal indgå som et hensyn i overvejelserne.

## 5.1 Højestegrænser i den fremtidige model

Den fremtidige model er ikke afhængig af, hvorvidt økonomiloft og højestegrænser bevarer eller fjernes.

Den nye honorarmodel lægger imidlertid op til en mere individuel tilpasning af honorarerne til almen praksis med differentiering af det faste honorar, mulighed for tilpasset serviceniveau med "Tilvalgsaftaler" og eventuelt en differentieret rate af "Pluspatienter".

Den individualiserede tilgang til honorarerne betyder, at det vil være hensigtsmæssig med en differentieret højestegrænse/alarm fastlagt ud fra en individuel beregning af højestegrænsen for praksis, baseret på kendte og faste variable, fremfor den automatisk fastlagte grænse, som anvendes i dag. Hertil kommer, at individuelle grænser i højere grad end automatiske grænser understøtter bestræbelserne på analyse af ydelsesmønstret.

Grænsen kan eventuelt baseres på den samme differentieringsberegning/-faktor som differentiering af det faste honorar og/eller andel "Pluspatienter", samt korrektion for funktionen som "Plejhjemslæge/institutionslæge".

### **Honorarstrukturrådets forslag**

Honorarstrukturrådet foreslår at:

- der laves en differentieret højestegrænse/et alarmsystem for praksis

Alarmsystemet kan for eksempel være baseret på en beregning af en "standard" for aktivitet i praksis ud fra karakteristika i patientpopulationen (køn, alder og andre patientkarakteristika), geografiske faktorer (antallet af praktiserende speciallæger i området om-

kring praksis, antal km. til nærmeste større hospital/universitetshospital), eller andre faktorer, der forventes at påvirke aktiviteten i almen praksis. Såfremt praksis ligger lavt eller højt i forhold til det forventede niveau, indledes der dialog mellem regionen og praksis om det afvigende mønster og hvad der ligger til grund for det, ligesom det kan aftales hvordan det håndteres, herunder for eksempel gennem en forhøjelse af den konkrete praksis' højestegrænse.

Dialogen kan også gennemføres proaktivt, hvis praksis har udviklingsplaner, der forventes at påvirke aktivitetsniveauet i praksis på en måde, så højestegrænsen nås. Højestegrænsen kan derved forhøjes, inden aktiviteten igangsættes.

## 5.2 Opfølgning og kontrol i tre opfølgingsregimer

### Honorarstrukturrådets forslag

Honorarstrukturrådet foreslår at:

- kontrol og opfølgning foregår i tre regimer: "Regningskontrol", "Overholdelse af overenskomsten" og "Aktivitets og kvalitetsopfølgning"
- kontrol og opfølgning foregår efter en tilgang baseret på analyse – dialog og hjælp – sanktion
- kontrol og opfølgning understøttes af klare og kendte rammer og forventninger til afregning, service og kvalitet
- der skal sikres adgang til relevante data for både regioner og praksis
- der skal ske en teknisk understøttelse af korrekt afregning, opfølgning og kvalitet
- regionerne kan tilbageholde udbetaling af honorar, hvis der er tvivl om lægens berettigelse til honoraret
- der indføres mulighed for at indsætte en faglig supervisor til vejledning af praksis, herunder i praksis, der ikke efterlever bestemmelserne i overenskomst og honorarstruktur

Opfølgning og kontrol af afregning, aktivitet og kvalitet af behandling i almen praksis anbefales at foregå i tre forskellige opfølgingsregimer fremadrettet:

- Regningskontrol, som er den klassiske økonomiske kontrol der også foregår i dag - men i en forenklet udgave, som følge af den mere enkle model.
- Overholdelse af overenskomsten, som er en mere ledelsesmæssig kontrol, der kun sker sporadisk i dag
- Aktivitets- og kvalitetsopfølgning, som er en faglig baseret kontrol, der kun finder sted i begrænset omfang i dag.

De tre opfølgingsregimer uddybes herunder:

#### I. Regningskontrol

Tilsvarende i dag gennemfører regionerne kontrol af de indsendte honorarkrav og regninger fra lægerne. Regningskontrollen omfatter regionens kontrol af, om den konkrete afregning er korrekt og indenfor rammen af honorarstrukturen og overenskomsten, eller om der er afvigelser, der giver grundlag for afvisning af regningen eller nærmere undersøgelse og opfølgning. Den regionale kontrol vil både foregå i forbindelse med afregningen, for eksempel i form af kontrol af, at der er

registeret ICPC-koder ved afregning af de ydelser, hvor dette er påkrævet, og bagudrettet gennem analyse af praksis' afregningsmønster. Fokus vil her være på afregningsmønstre i og mellem praksis<sup>32</sup>. F.eks. om andelen af udvidede konsultationer ligger indenfor det forventede, eller om praksis ligger højt eller lavt i anvendelsen af konkrete ydelser. For at dette kan gennemføres, må parterne i fællesskab opstille rammer for forventet anvendelse af ydelserne i honorarstrukturen. Eventuel økonomisk sanktionering sker gennem de aktivitetsafhængige honorarer. Som en del af regionernes myndighedsforpligtelse kan regionerne tilbageholde udbetalingen af honorarer, som de ikke anser for honorarværdige.

## II. Overholdelse af overenskomsten

Regionen skærper sin opfølgning på, om lægen overholder de forpligtelser og forventninger, der er til lægernes virke i overenskomsten. Det handler for eksempel om tilgængelighed, varetagelse af behandling, herunder henvisningsmønster i bred forstand og deltagelse i kvalitetsarbejde. Opfølgning sker på baggrund af serviceklager, borgeroplysninger, (telefon)tilgængelighedsundersøgelser, oplysninger på hjemmeside/Sundhed.dk med videre, samt ved analyse af praksis' henvisningsmønster.

Regionen understøtter lægens efterlevelse af overenskomsten gennem oplysninger til lægen om de konsekvenser af lægens behandlingsmønster, som ikke fremgår af lægens egne data, herunder eksempelvis mønstre for henvisning og patienternes brug af det sekundære sundhedsvæsen og lægevagten. Eventuel økonomisk sanktionering sker gennem de faste honorarer.

## III. Aktivitets og kvalitetsopfølgning

Regionen gives øget mulighed for opfølgning på, om den leverede behandling lever op til de gældende kvalitetskrav og om aktiviteten er indenfor det forventede. Regionerne og praksis gives indsigt i data fra almen praksis, så behandlingsaktivitet og -kvalitet kan følges og der kan opnås læring i klinikken. Parterne fastsætter kvalitetskravene og hvilke data, der anvendes. Data kan omfatte patienttilfredshed, laboratoriedata, aktivitetsdata, ordinationsmønster eller kronikerdata (årskontroler).

Der skal primært være tale om data, der er tilgængelige og registreres i almen praksis i dag. Der skal ikke indføres et nyt registreringsregime uden klinisk værdi alene til kontrol.

Økonomisk sanktionering af lægen ved manglende opfyldelse af kvalitetsmæssige mål vurderes ikke at være hensigtsmæssigt, men kan eventuelt ske gennem de faste honorarer eller ved fastsættelse af bod.

Honorarstrukturrådet anbefaler, at lægernes efterlevelse af- og regionernes opfølgning på krav til afregning, overholdelse af overenskomst og aktivitets- og kvalitetskrav, understøttes af klare rammer og krav, så det er kendt hvilke krav, der skal leves op til og kontrolleres imod. Der skal ligeledes ske en systemmæssig understøttelse af kvalitet og opfølgning, og der skal sikres adgang til data.

---

<sup>32</sup> Dermed imødekommes forslaget også Rigsrevisionens efterspørgsel af et øget fokus i regionerne på dataunderstøttet efterkontrol. Marts 2023 – 13/2022 Rigsrevisionens beretning afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger Kontrol med lægers honorarafregning p. 17. <https://www.ft.dk/-/media/sites/statsrevisorerne/dokumenter/2022/beretning-13-2022-om-kontrol-med-laegers-honorarafregning.ashx>.

### Kendte rammer og krav

Lægerne skal have det fornødne kendskab til rammerne for at drive lægepraksis under overenskomsten, inden for alle tre opfølgingsregimer. Det vil sige, at rammerne for afregning i overenskomsten og honorarstrukturen, overenskomstens krav til praksisdrift, herunder tilgængelighed og samspil med det øvrige sundhedsvæsen, samt de gældende aktivitets- og kvalitetskrav til behandlingen i almen praksis, skal gøres tydelige og tilgængelige for praksis.

Der skal også være tydelighed af forventningen til brugen af honorarstrukturens ydelser, og fordeling mellem dem, så denne er kendt af både læger og regionale medarbejdere.

### Systemmæssig understøttelse af kvalitet og kontrol

Der skal sikres systemunderstøttelse i lægepraksissystemerne af korrekt afregning, i form af for eksempel valideringsregler for kombination af honorarer, loft over antal "Pluspatienter", drop-down menu, når der skal argumenteres for undtagelser for to konsultationer samme dag, eller påmindelse om ICPC-kodning, når det er påkrævet. Det kan også handle om systemmæssig understøttelse til registrering af kvalitetsdata, påmindelser om opdatering af behandlingsplaner, indkaldelse til årskontrol med videre.

Den regionale kontrol og opfølgingsindsats skal understøttes af valideringsregler koblet til afregningen og bedre redskaber til mønstergenkendelse i forhold til afregnings-, aktivitets- og kvalitetsdata.

### Adgang til data om afregning og behandling

Praksis og regioner skal have adgang til relevante data om afregning, aktivitet og kvalitet i almen praksis. Data fra almen praksis omfatter f.eks. patienttilfredshed, laboratoriedata, aktivitetsdata, ordinationsmønster eller kronikerdata (årskontroller). Regionerne stiller oplysninger til rådighed for lægerne om de dele af lægens behandlingsmønster, som lægen ikke via eget system har adgang til, for at understøttes praksis i at varetage den forventede behandling. Det er for eksempel data om henvisninger til praktiserende speciallæger, indlæggelser på sygehuse, træk på sygehusenes serviceydelser (laboratorie, røntgen med videre) og patienternes kontakt med lægevagt og skadestue.

## 5.2.1 Tilgang til opfølgning og kontrol

I hvert af de tre opfølgingsregimer foreslår Honorarstrukturrådet, at der følges den samme tilgang til opfølgning og kontrol:

### a) Analyse

- Parterne opstiller rammer for- og forventninger til lægernes brug af honorarstrukturens ydelser, herunder evt. loft for brugen af specifikke ydelser. Rammerne kan baseres på beskrivelsen af forventningerne til brugen af de respektive honorarer i honorarstrukturen. Parterne opstiller ligeledes forventninger til lægernes serviceniveau, aktivitet og kvalitet i behandlingen, herunder et rammesæt for kvalitetsopfølgningen og beskriver hvilke data, der skal anvendes til monitoreringen.
- Regionen undersøger og belyser lægens afregningsmønster, efterlevelse af overenskomsten, herunder mønster for henvisning og patienternes brug af det sekundære sundhedsvæsen, og kvalitetsdata, i sammenligning med de

opstillede normer. Afviger mønstret, kontakter regionen lægen med henblik på dialog.

b) Dialog og hjælp til lægen

- Regionen går i dialog med lægen om det afvigende mønster og lægen bistår regionen med relevante oplysninger og data til forklaring af mønstret. Dialogen vil i langt de fleste tilfælde afklare spørgsmålet om afvigelserne fra det forventede og eventuel tilretning af honorarkravet/udbetalingen. I dialogen vil eventuel tvivl om, hvordan rammerne for opfølgningen skal forstås, også kunne opklares.
- Viser analyser og dialog, at der er uhensigtsmæssig brug af overenskomstens ydelser, service- eller kvalitetsmæssige problemer tilbyder regionen og/eller PLO lægen hjælp til "genopretning". Hjælpen kan bestå af vejledning, konsulenthjælp, undervisning eller besøg af en særlig fagkyndig i praksis. Hjælpen kan eventuelt organiseres i regi af de regionale kvalitetsenheder for praksis eller i regi af KiAP.
- Det er væsentligt, at almen praksis forpligtes til at medvirke til at belyse de problemstillinger, som regionerne rejser i kontrollen, herunder journaladgang<sup>33</sup> for dokumentation af f.eks. "Tværsektoriel konference", og til at dokumentere baggrunden for eksempelvis ydelsesmønstre. Det forventes, at langt de fleste opdagede uregelmæssigheder kan afklares gennem dialog mellem parterne og eventuel hjælp til lægen. I de tilfælde, hvor det ikke sker, kan regionerne om nødvendigt tage initiativ til sanktionering af lægerne (se nedenfor).

c) Sanktion

- Såfremt der er tvivl om honorarkravets berettigelse – herunder tvivl på baggrund af ydelsesmønstret i praksis – skal regionen kunne tilbageholde udbetaling af et honorar. Regionerne bør endvidere kunne modregne et allerede udbetalt honorar i en fremtidig honorarudbetaling, hvis analysen af afregningsmønstret og dialog med lægen viser, at honorarudbetalingen ikke var berettiget. Der skal også være mulighed for, at regionen kan fastsætte en a conto udbetaling eller et fremadrettet udbetalingsloft på enkelte ydelser eller hele honoraret med henblik på nærmere vurdering og undersøgelse. Disse redskaber erstatter eller supplerer regionens mulighed for at rejse et tilbagebetalingskrav
- Såfremt en læge, trods dialog og tilbud om hjælp, fortsat ikke medvirker til at dokumentere, hvorfor praksis afviger fra det forventede ydelsesmønster, eller fortsat ikke lever op til overenskomstens krav eller de fastsatte kvalitetsmål, bør det give anledning til sanktionering i form af advarsel, bod, fradrag i fremtidige udbetalinger eller ultimativt fratagelse af ydernummeret. Honorarstrukturrådet foreslår endvidere, at der som en del af sanktioneringen kan indsættes en supervisor i praksis

---

<sup>33</sup> Behovet for at regionernes får ret til adgang til lægernes journaloplysninger pointeres også i Rigsrevisions rapport om regionernes kontrolindsats. Marts 2023 – 13/2022 Rigsrevisionens beretning afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger, "Kontrol med lægers honorarafregning" <https://www.ft.dk/-/media/sites/statsrevisorerne/dokumenter/2022/beretning-13-2022-om-kontrol-med-laegers-honorarafregning.ashx>.

- Der indføres mulighed for at indsætte en faglig supervisor til vejledning af praksis. Supervisor skal have adgang til patientdata i den enkelte praksis. Supervisoren kan også indsættes i en praksis, hvis en læge gentagne gange overtræder overenskomsten, anvender honorarstrukturen uretmæssigt eller leverer behandling af utilstrækkelig kvalitet. Supervisoren skal indgå i praksis og vejlede praksis i forhold til det oplevede problem og sikre, at kravene efterleves. Supervisoren vejleder praksis efter nærmere aftale om indhold og omfang. Efter en på forhånd bestemt tidsramme vurderes effekten af supervisionen i den pågældende praksis og det vurderes, om supervisionen kan ophøre eller om der eventuelt er behov for at forlænge supervisionen, eller tage andre sanktionsmuligheder i brug.  
 Parterne skal aftale den nærmere model for, hvordan der etableres supervision i praksis. Som forslag kan udpegningen af en supervisor evt. ske i fællesskab mellem regionen og PLO-R, eller funktionen kan etableres i de regionale kvalitetsenheder eller i regi af KiAP.
- Økonomisk sanktionering af lægen ved manglende opfyldelse af kvalitetsmæssige mål vurderes at være uhensigtsmæssigt, men kan eventuelt ske gennem de faste honorarer eller ved fastlæggelse af bod. Ved kvalitetsmæssige problemer i en praksis vurderes det mere hensigtsmæssigt at tilbyde rådgivning, vejledning og eventuelt indføre supervision i klinikken.
- Forslagene skal uddybes af parterne, herunder kompetenceforholdet mellem region og samarbejdsudvalg, og det skal vurderes hvordan de kan erstatte eller supplere de nuværende sanktionsmuligheder.

### 5.2.2 De organisatoriske rammer for sanktionering

Beslutninger om sanktionering af læger, der ikke overholder overenskomsten træffes i dag i Samarbejdsudvalget/Landssamarbejdsudvalget og hviler dermed på et paritetisk princip, hvor parterne skal træffe beslutning i enighed. I ovenstående er denne ramme fastholdt.

Det paritetiske princip er som udgangspunkt godt i forhold til at drøfte udvikling og samarbejdet mellem regionen og almen praksis. Der er imidlertid flere grunde til, at man bør overveje om det paritetiske princip bør opretholdes i fremtiden i forhold til de overtrædelser, der måtte ske af overenskomsten:

- Den grundlæggende relation mellem regionen og den enkelte læge er tillidsbaseret. I en tillidsbaseret relation, må parterne have mulighed for at ophæve samarbejdet, såfremt tilliden ikke længere er til stede. I den nuværende model har lægen mulighed for at opsige sit samarbejde med regionen ved at opsige sit ydernummer, men regionen kan i den nuværende model kun bringe samarbejdet til ophør, hvis der er enighed herom i samarbejdsudvalget. Dette medfører en uligevægt i relationen mellem region og læge, da regionen, modsat lægen, ikke egenhændigt kan opsige samarbejdskontrakten. Regionen kan således i dag være tvunget til at opretholde en aftale med en praktiserende læge, som regionen ikke har tillid til.
- De to parter, regioner og almen praksis, der er repræsenteret i Samarbejdsudvalget, har samtidigt et forskelligt juridisk udgangspunkt for deres virke i udvalget. Regionsrådets medlemmer har et myndighedsansvar og står både formelt og reelt

til ansvar overfor offentligheden og over for myndighederne i forhold til forvaltningen af offentlige midler. Det samme formelle ansvar påhviler ikke de lægelige repræsentanter.

Med respekt for det paritetiske princip, men af hensyn til de to forskellige positioner de to parter indtager, vil Honorarstrukturrådet anbefale, at overenskomstparterne undersøger mulighederne for at give regionerne kompetence til, i sidste ende, og efter inddragelse af de paritetiske organer, at kunne træffe selvstændig afgørelse i de få sager, hvor regionens tillid til en praktiserende læge er væk – og dermed gøre det muligt for regionerne at fratage den pågældende læge sit ydernummer, og dermed retten til at praktisere for regionens regning. Tilsvarende vil Honorarstrukturrådet anbefale, at parterne overvejer, hvorvidt det kunne være hensigtsmæssigt at justere samarbejdet, så regionrådsmedlemmerne får det endelige beslutningsansvar for indførelse af sanktioner overfor praktiserende læger, der overtræder overenskomsten.

En eventuel fravigelse fra det paritetiske princip omkring sanktioneringen er imidlertid et relativt stort indgreb i den kendte organisering i praksissektoren, hvorfor Honorarstrukturrådet anbefaler parterne at nøje overveje, hvordan de gensidige hensyn til region og læge kan sikres i en ikke-paritetisk model, herunder om, og i givet fald hvordan, lægen kan sikres ankemulighed og kompensation i tilfælde af uretmæssig fratagelse af ydernummeret.

### 5.2.3 Understøttelse af forslag om opfølgning og kontrol

Den nødvendige data og organisering til kvalitetsmonitorering i regionerne foreligger ikke på nuværende tidspunkt. Der skal derfor opbygges kompetencer og organisering i regionerne til at varetage kvalitetsopfølgningsopgaven. Ligeledes skal der igangsættes et arbejde med at afdække hvilke data, der skal danne grundlag for regionernes kvalitetsopfølgning og hvordan de frembringes på det nødvendige detaljeringniveau. Data kan eventuelt omfatte patienttilfredshed, laboratoriedata, aktivitetsdata eller ordinations- og henvisningsmønstre. Sundhedsdatastyrelsens projekt "Den samlede indsats for data i det nære sundhedsvæsen" kan muligvis danne grundlag for dataindsamlingen.

Der skal etableres teknisk understøttelse af kvalitetsmonitoreringsopgaven, en art "ledelsesinformationssystem", så der kan dannes/udtrækkes relevante rapporter til brug for regionernes kvalitetsopfølgning og til praksis' eget brug.

Det vil være hensigtsmæssigt, at afregningssystemerne kan udvikles til at understøtte en mønstergenkendelse, der kan understøtte en tilgang, hvor regionerne får mulighed for at få belyst lægens honorarkrav inden udbetaling, så tilbagebetalingskravene i videst muligt omfang undgås.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

### *Honorarstrukturrådets foreslåede alternativer*

Parterne kan vælge at indføre automatisk honorarloft for visse honorarer, så honorar, for aktiviteter over det forventede niveau, enten udbetales med en lavere takst eller tilbageholdes.

Parterne kan vælge, at der skal indføres compensation til praksis for uretmæssig tilbageholdt honorar såfremt den nærmere undersøgelse viser, at der var fagligt og overenskomstmæssigt grundlag for indsendelse af honorarkravet. Parterne vil nærmere skulle definere størrelsen af compensationen, f.eks. en procentsats af det tilbageholdte beløb.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100



## 6 Overgangsordninger

Når en ny honorarstruktur skal ibrugtages, er der forskellige muligheder for hvordan den implementeres. Overgangen fra den nuværende honorarstruktur til den nye honorarstruktur forventes at have en økonomisk konsekvens for den enkelte praksis i form af enten øget eller faldende samlet honorering. Det skal derfor overvejes, om der skal laves en model for overgangen til den nye honorarstruktur (en overgangsordning). Det er ønsket, at den nye honorarstruktur medfører en ændret fordeling af midlerne mellem praksis, således at det i højere grad er praksis med de mest behandlingskrævende patienter, der modtager det største samlede honorar, hvilket ikke nødvendigvis er tilfældet i den nuværende honorarstruktur.

Selvom en direkte og samlet overgang til ny honorarstruktur er nem at administrere, må det dog forventes, at de praksis, der oplever et tab i omsætning, vil forsøge at ændre deres adfærd for at kompensere for indtægtstab, såfremt der ikke indføres en kompenserende overgangsordning.

I yderste konsekvens kan udsigten til en reduktion af honoraret få læger, der i forvejen overvejer at stoppe, til at træffe beslutning om at gøre det ved overgangen til ny honorarstruktur. Dermed reduceres det samlede antal læger, hvilket kan presse lægedækningen på udsatte steder.

Alternativt kan reduktionen i honorar få lægerne til at prøve at reducere omkostningerne i praksis, for eksempel i forhold til udgifter til personale, gennem afskedigelse eller reduceret åbningstid, eller gennem udskydelse af investering i relevant udstyr eller andre udgiftsreducerende tiltag.

Indtægtstab kan også betyde, at praksis vil forsøge at kompensere for tabet gennem øget aktivitet. Dette vil alt andet lige betyde, at den samlede udgift til almen praksis vil stige gennem øget samlet honorar til de praksis, der oplever en honorarstigning, men uden den tilsvarende reduktion i samlet honorar til øvrige praksis.

Den øgede aktivitet kan dog være positiv, hvis den kommer de rette patienter til gode, for eksempel gennem øget tilgængelighed for de patienter, der har mest brug for hjælp, de mest sårbare eller sygeste patienter jævnfør den overordnede hensigt med den nye honorarstruktur. Omvendt er den øgede aktivitet ikke hensigtsmæssig, hvis den betyder, at praksis øger aktiviteten gennem et øget antal konsultationer med patienter, der forventes at være "lette" grundet minimalt behov for hjælp, men som kan øge omsætningen i praksis.

Herunder præsenteres fem scenarier, der beskriver forslag til forskellige overgangsordninger fra den nuværende honorarstruktur til den nye.

Parterne skal ved beslutning om overgang til den nye honorarstruktur tage stilling til, hvilken overgangsordning der skal anvendes i forbindelse med implementeringen af den nye struktur.

### 6.1 Scenarie 1 – valgfri overgang fra nuværende til ny honorarstruktur

I det første scenarie laves der en valgfri overgang fra den nuværende honorarstruktur til den nye. Det betyder, at i den første overenskomstperiode, hvor den nye honorarstruktur

tages i brug, kan hver enkelt praksis selv vælge, om de vil fortsætte på den gamle honorarstruktur eller om de ønsker at tage den nye i brug. Praksis, der vælger at blive på den gamle honorarstruktur kan i løbet af indfasningsperioden vælge at skifte over til den nye honorarstruktur. Når en praksis er gået over til at afregne efter den nye honorarstruktur, kan den ikke gå tilbage til den gamle.

Alle nye ydernumre, der oprettes i løbet af indfasningsperioden, bliver automatisk oprettet på den nye honorarstruktur.

Efter indfasningsperioden, hvor praksis selv har kunnet vælge om de er på ny eller gammel honorarstruktur, nedlægges muligheden for at være på den gamle honorarstruktur. Det vil sige, at herefter følger alle praksis automatisk den nye honorarstruktur.

### Fordele

Fordelen ved scenariet er, at praksis selv får lov til at bestemme, om de vil afregne efter den ene eller anden honorarstruktur.

Honorarstrukturen bliver afprøvet i nogle praksis, og taksterne, andele "Pluspatienter", tillæg til "Pluspatienter", differentieringsgrad og forventninger til aktivitet kan tilrettes på baggrund af praktiske erfaringerne med brugen af modellen, inden alle praksis overgår til modellen.

### Ulemper

Ulempen ved scenariet er, at det må forudses, at en del praksis vil vælge model ud fra hvilken model, de forventer vil være mest lukrativ for praksis, således at kun de praksis, der forventer at vinde økonomisk ved overgang til ny model, vil vælge det. Dermed vil overgangsperioden betyde en merudgift til regionerne. Der skal forventeligt afsættes midler til dette ved økonomiforhandlingerne. Derudover vil praksis der har valgt at overgå til den nye honorarmodel ikke været repræsentative, hvilket vil påvirke resultaterne af evalueringen.

En anden ulempe ved scenariet er, at regionernes administration af området bliver mere komplekst med to sideløbende honorarmodeller og regler for afregning.

## 6.2 Scenarie 2 – tilførsel af ekstra midler

I det andet scenarie tilføres der ekstra midler til den samlede honorering af almen praksis i dagtid i en indfasningsperiode. Tilførslen af ekstra midler skal fungere som en udligning for de praksis, hvis samlede honorar falder med overgangen til den nye honorarstruktur.

I indfasningsperioden vil alle praksis, som udgangspunkt, modtage den honorering, de er berettiget til jævnfør den nye honorarstruktur. Der indføres samtidig en kompensationsordning, så praksis, der oplever et fald i indtjening, der ligger over et nærmere defineret niveau, kan blive kompenseret.

Der afsættes en pulje med ekstra midler hvert år, som skal fordeles blandt de praksis, der er berettiget til dem på baggrund af deres fald i samlet honorering. Beløbet i denne pulje vil være aftagende hvert år i indfasningsperioden. På denne måde forventes det, at praksis med faldende honorering vil få en mere jævn overgang til den nye honorarstruktur.

Det kompensationsberettigende fald i indtjening kan eksempelvis fastsættes til en bestemt procentdel af honoraret beregnet pr. kapacitet, eller pr. sikret. Det kan alternativt beregnes som en "ren" procentdel af omsætningen.

Ordningen kan eventuelt indføres ved at praksis skal søge om kompensationen.

Hvis denne overgangsordning vælges, skal parterne ved forhandling beslutte den konkrete kompensationsmodel og den afsatte sum til kompensation af indtægtstab i praksis.

#### Fordele

Fordelen ved dette scenarie er, at overgangen til ny honorarstruktur opblødes for de praksis, der taber økonomisk på den nye model.

#### Ulemper

Ulempen ved scenariet er, at der skal afsættes ekstra midler til kompensationsordningen udover den nuværende ramme for overenskomsten. Derudover kan beregning af tab og kompensation blive kompliceret, og vil kræve en del administration. Samtidig kan andre ændringer i praksis end honorarmodellen påvirke praksis' indtjening. Det kan for eksempel være ændret patientsammensætning, ændret behandlingsaktivitet, eller ændringer i sundhedsvæsenet omkring praksis, der påvirker praksis' indtjening negativt. Da det vil være svært at tage højde for dette ved beregning af kompensationen, kan en kompensationsordning utilsigtet komme til at kompensere praksis for andre vilkår end ændringen i honorarstruktur.

### 6.3 Scenarie 3 – udligning mellem praksis

I det tredje scenarie foregår der en direkte udligning mellem praksis. Det betyder, at praksis, der oplever en øget honorering ved den nye model "tilbagebetaler" noget af den øgede honorering til de praksis, som oplever et fald i den samlede honorering. Andelen af honoraret, der omfordeles, aftager over indfasningsperioden.

Udligningen mellem praksis kan foregå på følgende måder:

1. Efter afregning

Efter afregning skal udligningen mellem praksis beregnes og praksis med øget honorering skal tilbagebetale et beløb til regionen, så det kan fordeles til praksis med en faldende honorering.

Det kan dog blive svært at få praksis til at tilbagebetale en del af det allerede udbetalte honorar.

2. Før afregning

Udligningen sker før afregningen, således at praksis, der forventes at opleve en øget honorering modtager beløbet, de har indsendt regningskrav på, fratrukket en procentdel. Praksis, der forventes at opleve en faldende honorering, modtager derimod beløbet, de har indsendt regningskrav på, plus en yderligere procentdel.

Det kan imidlertid være svært at forudsige, hvilke praksis, der vil tabe henholdsvis vinde på overgangen til ny honorarmodel, og med hvilken beløbsstørrelse.

3. Gradvis indfasning

Udligningen sker via gradvis indfasning af nye honorarer. I den nye honorarstruktur, vil der være nogle honorarer, der i højere grad påvirker omfordelingen af midler mellem praksis end andre. I det første år af indfasningsperioden udbetales en andel af beløbsstørrelsen for disse honorarer. Denne andel stiger i de efterfølgende år i

indfasningsperioden. Den andel af beløbsstørrelsen, som ikke udbetales med honoraret i indfasningsperioden fordeles mellem de praksis, som har et fald/det største fald i den samlede honorering på grund af den nye honorarstruktur.

Det kan dog være svært at forudberegne de fordelingsmæssige konsekvenser af de enkelte honorarer, ligesom reduktionen af ét honorar i sig selv kan medvirke til at øge omfordelingen som følge af den nye model.

#### 4. Tilbageholdelse

Udligningen sker ved at tilbageholde en vis procentdel af det samlede honorar for alle praksis inden udbetaling. Ved årets udgang beregnes netto tab/-gevinst for alle praksis, og det tilbageholdte beløb fordeles mellem de praksis, der har tabt mest på overgangen til den nye ordning. For hvert år i indfasningsperioden reduceres den tilbageholdte procentsats og dermed den udbetalte kompensation. Denne ordning vil dog medføre at de praksis, der taber på overgangen til ny model, først kompenseres ved årets udgang.

#### Fordele

Fordelen ved denne model fremfor scenarie 2 er, at der ikke skal tilføres ekstra midler til overgangsordningen. Den økonomiske ramme forbliver dermed alt andet lige den samme ved overgangen til ny honorarstruktur.

Derudover er fordelene ved scenarie 3 – ligesom ved scenarie 2 – at overgangen til ny honorarstruktur opblødes for de praksis, der taber økonomisk på den nye model.

#### Ulemper

Ulempen ved dette scenarie er, at administration af udligningsordningen kan blive meget kompleks og der skal tages højde for, at fordelingen af midler skal ske på tværs af landet, hvorfor beregning af kompensation skal ske centralt eller koordineret mellem regionerne. Derudover kan denne kompensationsordning, ligesom i scenarie 2, utilsigtet komme til at kompensere praksis for andre vilkår end ændringen i honorarstruktur.

## 6.4 Scenarie 4 – pilotafprøvning af ny honorarstruktur i én region

Som et alternativ til de økonomiske overgangsordninger kan der gennemføres en pilotafprøvning af den nye honorarstruktur, hvor alle lægerne i én region overgår til den nye struktur i en (overenskomst)periode.

En pilotafprøvning vil gøre det muligt at teste honorarmodellen, inden den rulles fuldt ud på landsplan. Derved vil det være muligt at konstatere de reelle effekter af honorarmodellen i forhold til aktivitet, økonomiske fordelingsmæssige konsekvenser og effekt på det øvrige sundhedsvæsen. Pilotafprøvningen vil også gøre det muligt at regulere honorarerne, eller på anden vis tilpasse modellen, hvis det viser sig, at den er uhensigtsmæssig på et eller flere områder.

Pilotafprøvningen kan eventuelt kombineres med en af de foreslåede økonomiske overgangsordninger, hvis parterne ønsker at afbøde de økonomiske konsekvenser af den nye honorarmodel i pilotafprøvningen.

For at pilotafprøvningen afspejler den ønskede nationale udrulning bedst muligt, vurderer Honorarstrukturrådet, at pilotafprøvningen skal gennemføres i en hel region.

Dette giver dels det fornødne antal praksis, og dels den nødvendige spredning af praksis på størrelse, ejerform, geografi, patientgrundlag og befolkningens socioøkonomisk grundlag med videre, der kan danne grundlag for en vurdering af modellens effekt på landsplan. Herunder de fordelings- og aktivitetsmæssige konsekvenser. For at afprøvningen afspejler de landsdækkende forhold bedst muligt, vurderer Honorarstrukturrådet, at afprøvningen ud fra demografiske og geografiske forhold mest hensigtsmæssigt kan gennemføres i enten Region Syddanmark eller i Region Midtjylland. Dette udelukker dog på ingen måde de øvrige regioner fra at varetage pilotafprøvningen.

For at gøre pilotafprøvningen nemmere at administrere, kan den nye honorarstruktur oprettes i en ny specialekode, så den nuværende ikke skal rumme to honorarmodeller. Dette vil også virke forberedende for en fuld udrulning af den nye struktur, hvor praksis dermed "bare" skal skifte til en anden specialekode, for at få adgang til de nye honorarer.

Under pilotafprøvningen bør der gennemføres en midtvejsevaluering, der kan danne grundlag for eventuel tilretning af modellen i afprøvningen, men også i forhold til en beslutning om, hvorvidt modellen skal udrulles på nationalt plan, med eller uden modificering. Midtvejsevalueringen skal omfatte økonomiske og aktivitetsmæssige konsekvenser af modellen, samt eventuelle afledte effekter for det øvrige sundhedsvæsen.

Midtvejsevalueringen bør foretages, så der foreligger data for minimum 1½ års drift af modellen og så selve afrapporteringen kan ske efter to års afprøvning. Derved kan der opnås rimeligt solide data om effekten af modellen, men samtidig gives tid til, at parterne kan drøfte resultater og konsekvenser af evalueringen inden næste overenskomstperiode.

Gennemføres pilotafprøvningen bør det ske i et så færdigt teknisk miljø som muligt. Der bør således inden afprøvningen være etableret det tekniske grundlag som forudsat i modellen for overlevering af data mellem lægerne og det regionale afregningssystem, ligesom der bør være tilvejebragt en model for beregning af det differentierede faste honorar og sikring af mulighed for løbende udbetaling og gerne beregning heraf. Ligeledes skal den tekniske understøttelse af udbetaling af honorar for "Pluspatienter" være tilvejebragt.

#### Fordele

Fordelen ved en pilotafprøvning er, at honorarstrukturen bliver afprøvet med deraf følgende mulighed for tilretning af modellen inden fuld udbredelse. Beskrivelsen af honorarerne, taksterne, andele "Pluspatienter", tillæg til "Pluspatienter", differentieringsgrad og forventninger til aktivitet kan tilrettes på baggrund af praktiske erfaringer med brugen af modellen, inden alle praksis overgår til modellen.

Da praksis ikke selv har kunnet vælge om de ønsker at overgå til den nye model eller ej, vil resultaterne af en evaluering af den nye honorarstruktur ikke være påvirket af selection. Yderligere vil den regionale administration med en pilotafprøvning være lettere, da hver region kun skal forholde sig til én honorarstruktur. Den administrative fordel vil kun blive styrket, hvis der indføres en ny specialekode til den nye honorarstruktur.

#### Ulemper

En ulempe ved en pilotafprøvning i én region er, at alle praksis i regionen bliver tvunget over på en ny honorarstruktur uagtet om de ønsker det eller ej. Dermed kan den nye honorarstruktur støde på modstand fra skeptikerne.

Derudover er det uvist hvordan aktiviteten og dermed økonomien ændrer sig med indførelsen af den nye honorarstruktur, så derfor er det en ukendt situation den pilotafprøvende region står overfor. Derfor kan det også være svært at vide, hvor eksempelvis grænsen for andel "Udvidet konsultation" skal være.

## 6.5 Scenarie 5 – alle overgår til ny honorarstruktur på én gang

Det femte scenarie for overgang til en ny honorarstruktur er, at alle praksis på én gang overgår til den nye honorarstruktur. Hvis alle praksis overgår til den nye honorarstruktur på samme tidspunkt, vil det fortsat være en fordel, hvis der oprettes en ny specialekode til dette, da risikoen for fejlregistreringer på gamle ydelseskoder minimeres.

### Fordele

Hvis alle overgår til den nye honorarstruktur på samme tid, vil der ikke være behov for administration af to honorarstrukturer på samme tid – hverken i en region eller på tværs af landet.

### Ulemper

Det vil ikke være muligt, at lave en gradvis implementering af den nye honorarstruktur, med sideløbende evalueringer, der belyser aktivitetsændringer som følge af den nye honorarstruktur, da der ikke vil være praksis, der kan benyttes som kontrolgruppe. Adfærdsmæssige ændringer og aktivitetsændringer, der opleves i forbindelse med overgangen til den nye honorarstruktur, kan derfor ikke udelukkende tilskrives den nye honorarstruktur. Det kan også skyldes andre faktorer.

### **Honorarstrukturrådets forslag**

Honorarstrukturrådet foreslår at:

- en indfasningsperiode svarer til en til to overenskomstperioder
- hver enkelt praksis selv kan vælge om de vil afregnes efter den nye eller gamle honorarstruktur i en indfasningsperiode (scenarie 1)
- der indføres "udsvingsbånd", således at praksis maksimalt kan opleve en øget indtjening eller fald på en foruddefineret procentsats. Udsvingsbåndene kan dannes med udgangspunkt i kompensationsordningerne beskrevet i scenarie 3.

Valg af den foreslåede model vil gøre det sværere at vurdere effekterne af overgangen og dermed at drage læring af den nye honoreringsform. Modellen foreslås af praktiske og politiske hensyn.

### *Honorarstrukturrådets foreslåede alternativer*

Parterne kan vælge at benytte en af de andre scenarier for en overgangsordning beskrevet i dette afsnit.

## 7 Implementering

Hvis den nye honorarstruktur skal indføres, og virke efter hensigten, er der en række forudsætninger, der skal være på plads, inden den sættes i værk.

Det vil derfor være nødvendigt at igangsætte en tidlig implementeringsforberedelse, så det sikres, at modellen er understøttet teknisk og forståelsesmæssigt, inden den tages i brug.

Forslaget til honorarstruktur omfatter relativt vidtgående ændringer af honorarstrukturen og afledte konsekvenser heraf. Honorarstrukturrådet vurderer derfor, at det vil være hensigtsmæssigt, hvis der etableres en implementeringsenhed, der dels kan planlægge den samlede indsats og koordinere de underliggende spor, og dels sikre den nødvendige fremdrift og at tidsplanen overholdes.

Implementeringsenheden skal også medvirke til at afklare eventuelle detaljer, spørgsmål eller tvivl i modellen under implementeringsfasen.

Implementeringsteamet foreslås at omfatte en projekt/teamleder og et antal supplerende medarbejdere.

Implementering og implementeringsforberedelsen vil omfatte følgende underspor, der uddybes herunder:

1. Information og dialog
2. Administration og teknisk understøttelse
3. Opfølgning og kontrol
4. Differentiering
5. Revision af ydelsesvejledning og overenskomst
6. Opfølgning og evaluering

Det foreslås, at der etableres faglige arbejdsgrupper til at varetage opgaverne i hvert spor.

### 7.1 Information og dialog

Det er vigtigt, at implementeringsprocessen omfatter en informations- og dialogfase, hvor såvel praktiserende læger som personale i regionerne får grundig information om den nye ramme for honorarstrukturen og honorarstrukturens indhold, samt får mulighed for i fællesskab at drøfte muligheder og udfordringer i den nye honorarstruktur.

#### **Honorarstrukturrådets forslag**

Honorarstrukturrådet foreslår at information og dialog foregår via:

- obligatoriske informationsmøder
- skriftligt materiale der kan danne udgangspunkt for en ensartet præsentation på møderne, samt fungere som baggrundsmateriale, der kan tilgås af deltagerne efter møderne
- FAQ baseret på spørgsmål fra møderne
- online-læringsredskaber/apps til at få informationerne ud til regioner og læger

Honorarstrukturrådet anbefaler at en del af denne informationsindsats finder sted i fællesskab mellem læger og regioner, for at opnå en fælles forståelse af den nye ramme.



Informationsindsatsen skal både sikre forståelse for at den nye honorarstruktur bryder med enkeltydelsesparadigmet, og betydningen heraf i brugen og administrationen af honorarstrukturen, og en forståelse for de nye honorarer og hvordan de kan anvendes.

Det skal være obligatorisk at deltage i informationsmøderne, og derfor nemt at deltage. Der skal derfor afholdes lokale møder, der fremmer deltagelsen. Da viden om en ny honorarstruktur og brugen af denne kan være relevant for flere parter, kan det overvejes om informationsmøderne skal laves på sundhedsklynge-niveau, hvor alle aktører i sundhedsklyngen bliver inviteret til at deltage.

## 7.2 Administration og teknisk understøttelse

Honorarstrukturrådet vurderer, at det er vigtigt, at de tekniske forudsætninger for den nye honorarstruktur er på plads inden implementeringen, for at sikre at modellen er teknisk understøttet og dermed til at administrere for både læger og regioner.

### **Honorarstrukturrådets forslag**

Honorarstrukturrådet foreslår at administration og teknisk understøttelse sikres ved at:

- der oprettes en ny specialekode for almen praksis – eksempelvis specialekode 85 – som den nye honorarstruktur oprettes i
- lægepraksissystemerne og det regionale afregnings- og administrationssystem udvikles til at håndtere kontrol og afregningskravene i den nye honorarmodel, inden modellen tages i brug.

Med oprettelsen af en ny specialekode minimeres risikoen for fejlregistreringer på gamle ydelseskoder og de nuværende ydelseskoder kan genbruges, hvis det ønskes og vurderes mest hensigtsmæssigt. Samtidig giver en ny specialekode mulighed for at den nye honorarstruktur kan afprøves i en del af landet/nogle praksis inden udbredelse, eller at praksis i en periode kan vælge, hvilken honorarmodel de vil anvende, hvis parterne vælger en af disse overgangsmodeller.

### Teknisk understøttelse

Den nye honorarstruktur afviger fra den nuværende på en række punkter, hvorfor det vil være nødvendigt med en forudgående teknisk tilpasning af de administrative systemer i lægepraksis og regioner for at sikre, at udbetaling af honorarer kan gennemføres.

Tilpasningen omfatter blandt andet at lægepraksissystemerne skal tilpasses så de indeholder de nødvendige funktioner, til at få modellen til at virke i dagligdagen. Det skal derfor gøres teknisk muligt, at:

- begrundelsen (undtagelsesreglen) for, at der er afholdt to konsultationer med patienten på samme dag, kan skrives direkte i lægesystemerne og sendes med regningen ind i regionernes afregningssystem. Dette kan med fordel gøres ved hjælp af registrering på en foruddefineret formular, drop down menu eller lignende i lægepraksissystemet, for at sikre nem, ensartet og dermed søgbar registrering
- ICPC-kodning af "Udvidet konsultation", konsultationer med konsultationstillæggene "Laboratorieanalyser i eget laboratorium" og "Diagnostiske undersøgelser ved



særligt apparatur" og "Pluspatienter" skal kunne indsendes med regningen for konsultationen, så den fremgår i det regionale afregningssystem, og praksis skal påmindes om kodning for relevante konsultationer

- fastsætte/beregne et loft over antal "Pluspatienter" i den enkelte praksis og patienterne skal kunne markeres som "Pluspatienter", inklusiv markering af udløb af periode som "Pluspatient" og advarsel til praksis om dette
- "Tilvalgsaftaler", som praksis tiltræder, markeres og vises på Sundhed.dk under praksis oplysninger
- for praksis at følge eget ydelsesmønster, herunder niveau for "Udvidet konsultation", særligt hvis der indføres en grænse herfor

Tilpasningen omfatter derudover at det regionale administrationssystem (LUNA) skal udvikles, så de rette oplysninger om praksis bliver importeret og vist, og de rette honorarer udbetalt. Det skal gøres teknisk muligt, at:

- undtagelsesårsag for to konsultationer samme dag skal kunne modtages og kobles med udbetaling af konsultationshonoraret
- systemet skal kunne registrere, om der er indsendt ICPC-kode med regningen angående "Udvidet konsultation", konsultationstillæggene "Laboratorieanalyser i eget laboratorium" og "Diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur" og "Pluspatienter", og reducere betaling for regningen, hvis der ikke er indsendt ICPC-kode
- udtrække lister over udpegede "Pluspatienter", herunder diagnosekode for patienterne, og omfang af konsultationstillæg, til brug for den regionale opfølgning på ordningen
- understøtte udbetaling af differentieringen af det faste honorar "Den gode læge"
- tilslutning til "Tilvalgs"- og "Lokalaftaler" registreres og kobles til udbetaling af honorar til de enkelte praksis og hvor økonomien forbundet med aftalen kan følges. Det skal gøres teknisk muligt via et underliggende modul i det regionale administrationssystem
- systemet kan håndtere midlertidige "Udviklingsydelser", herunder f.eks. at ydelseskode og takst kan overføres til lægepraksissystemerne, så administration af ydelsen kun sker ét sted

### 7.3 Opfølgning og kontrol

Den afledte, ændrede tilgang til opfølgning og kontrol som følge af forslaget til ny honorarstruktur, betyder at der skal udarbejdes en mere specifik beskrivelse af dette, hvor rammerne er tegnet i rapporten.

#### **Honorarstrukturrådets forslag**

Honorarstrukturrådet foreslår at opfølgning og kontrol understøttes gennem:

- Beskrivelse af ny økonomisk ramme for almen praksis
- Videreudvikling af den skitserede tilgang til opfølgning, herunder mål for aktivitet og kvalitet i almen praksis, sikring af adgang til data
- Udvikling af redskaber til mønstergenkendelse, uddybning af supervisorfunktionen mv.
- Stillingtagen til organisering omkring sanktionering, herunder paritetsprincippet

#### Økonomisk ramme: økonomiloft, højstegrænser, afregningskontrol

Der skal tages stilling til, og beskrives hvordan den økonomiske ramme omkring almen praksis skal være fremadrettet, herunder om det nuværende økonomiloft skal fastholdes og om der fortsat skal være højstegrænser for de enkelte praksis, og hvordan de i givet fald skal administreres.

Såfremt parterne vælger en differentieret tilgang til højstegrænserne som anbefalet i afsnit 5.1 skal der udarbejdes en model for dette og sikres teknisk understøttelse heraf.

Der skal endvidere udvikles løsninger til understøttelse af regionernes arbejde med afregningskontrollen, for eksempel valideringsregler koblet til selve afregningen og redskaber til at danne overblik over praksis' samlede afregning for en periode.

#### Kvalitetsopfølgning: data og organisering

Den beskrevne tilgang til kvalitetsopfølgning, herunder regionernes adgang til kvalitetsdata fra almen praksis og en regional organisering til at håndtere kvalitetsopfølgningen, skal videreudvikles ud fra de skitserede rammer i rapporten.

Disse data bør også være tilgængelige inden den nye honorarmodel implementeres (baselinemål), så de kan anvendes i evalueringen.

Videreudviklingen omfatter blandt andet en beskrivelse af:

- Hvilke mål, der skal være for kvalitet i almen praksis
- Hvilke data, der skal anvendes i kvalitetsmonitoreringen og hvordan de tilvejebringes
- Hvordan regioner og læger sikres adgang til de relevante data, herunder eventuelt opbygning af et ledelsesinformationssystem med adgang til de relevante data. Adgangen skal omfatte både data fra almen praksis og data om henvisninger til speciallæge og sygehuse, herunder til undersøgelser, og patienternes kontakt med lægevagt, skadestue, speciallægepraksis med videre

Der skal endvidere sikres systemmæssig understøttelse til registrering af kvalitetsdata og påmindelser til lægerne om opfyldelse af kvalitetsmål, for eksempel om opdatering af behandlingsplaner og indkaldelse til årskontrol.

Der skal i dette arbejde tages hensyn til- og i videst muligt omfang sikres sammenhæng med- og genbrug af andre løsninger til visning af data fra almen praksis, sygehuse med videre. Det kan eksempelvis være løsningerne, der udvikles i regi af "Digital Almen Praksis".

Oplægget til kvalitetsopfølgning indeholder også en regional, faglig kvalitetsopfølgningsfunktion, der dels skal kunne følge kvaliteten i almen praksis, dels rådgive og vejlede praksis, hvor der er kvalitetsmæssige udfordringer. Denne funktion og samspillet med de eksisterende regionale kvalitetsenheder, KiAP og PLO skal beskrives nærmere.

## 7.4 Differentiering

Der skal udarbejdes en model for differentiering af det faste honorar "Den gode læge" og eventuelt også modeller for andel "Pluspatienter" og andel "Udvidet konsultation". Der skal forud for modeludarbejdelsen tages stilling til, hvilke elementer modellerne skal omfatte. Det skal samtidig fastlægges hvem, der varetager beregningen og hvor ofte beregningen gennemføres for:

- Det faste honorar "Den gode læge"
- Andel "Pluspatienter", hvis denne differentieres
- Andel "Udvidet konsultation", hvis denne differentieres

Det skal sikres, at de beregnede vægte teknisk kan overføres til lægepraksissystemerne og LUNA.

Ved udarbejdelse af modellerne skal der træffes beslutning om, hvordan vægtene beregnes for nye praksis og ved ændringer i praksis.

Honorarstrukturrådet vurderer, at det er væsentligt, at vægtene kan beregnes på basis af den konkrete praksispopulation og ikke aggregerede data som eksempelvis praksis' beliggenhedskommune.

## 7.5 Revision af ydelsesvejledning og overenskomst

Som en del af implementeringsprocessen skal der ske en gennemskrivning og konsekvensrettelse af både overenskomsten og ydelsesvejledningen. Herunder skal det sikres at der er taget stilling til de fortsat åbne spørgsmål i forslaget til ny honorarstruktur og at eventuelle usikkerheder i størst muligt omfang bliver afklaret inden honorarstrukturen tages i brug.

Det foreslås at denne opgave varetages af implementeringsteamet som tovholdere for hele implementeringsprocessen.

## 7.6 Opfølgning og evaluering

I forbindelse med implementeringsprocessen skal der træffes beslutning om hvordan implementeringen skal følges, herunder hvordan der skal ske en evaluering af den nye honorarstruktur. Det skal eksempelvis besluttes, hvordan opfølgningen på implementeringen skal tilrettelægges for at sikre evaluering af effekter og omkostninger, samt basismålinger, hvor den nuværende model bruges som baseline.

## 8 Bilag

### 8.1 Kommissorium for Honorarstrukturrådet inklusiv rådsmedlemmer

#### Kommissorium for Honorarstrukturrådet

Honorarstrukturen er et af de væsentligste elementer i overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Den har afgørende betydning for den personlige økonomi for den enkelte praksis samt for den samlede økonomi og økonomistyring i sundhedsvæsenet, men den har også via sine incitamenters betydning for patienterne, sundhedsvæsenets funktion og samfundsøkonomien. Overenskomstparterne RLTN og PLO er derfor blevet enige om at nedsætte et uafhængigt råd finansieret af Fonden for almen praksis med et tilhørende sekretariat, som får til opgave at udarbejde forslag til nye honorarmodeller.

#### Formål

Formålet med Rådet er, at forhandlingerne mellem RLTN og PLO om en ny overenskomst-aftale i tiden fra og med 2025 kan baseres på forudgående, grundige analyser af fordele og ulemper og konsekvenser af nye modeller.

Det er således ikke formålet, at Rådet skal komme med et samlet forslag til en ny overenskomst, eftersom det ville kunne få karakter af en forhandling i Rådet. Rådet skal i stedet beskrive forskellige modeller samt konsekvenser, fordele og ulemper af modellerne, således at de kan tjene til inspiration for parternes forhandlinger.

Udarbejdelse af forslag til nye honorarmodeller skal ses i lyset af en række udfordringer med den nuværende struktur:

- Ydeshonorarlisten er meget lang og kompleks og har udviklet sig igennem talrige "knopskydninger". Det er ikke altid entydigt og klart, hvordan ydelserne skal bruges. Dette kan give anledning til uheldige misforståelser og forkert brug.
- De indbyggede incitamenters betydning for adfærd og indsats i almen praksis. Almen praksis er hjørnesteinen i det danske sundhedsvæsen, og dette stiller meget store krav til den enkelte praksis samarbejde og koordination med det øvrige sundhedsvæsen. Det er usikkert, hvorvidt incitamenterne i den nuværende honorarstruktur i tilstrækkeligt omfang understøtter de ønskede mål for tværsektorielt og tværfagligt samarbejde i sundhedsvæsenet samt den forventede opgaveflytning fra sygehusene til almen praksis.
- Den nuværende honorarstruktur understøtter ikke altid, at der ydes den største indsats til patienter med størst behov. Flere undersøgelser påpeger ligefrem, at der er en generel tendens til, at der ydes størst støtte til de ressourcestærke patienter, som oftest har de mindste behov.
- Den meget komplekse og på nogle punkter inkonsistente honorarstruktur har negativ betydning for arbejdsmiljøet i almen praksis, fordi den giver usikkerhed om anvendelsen af de enkelte ydelser, som igen kan give anledning til unødigt administrativt besvær samt frustrationer i forbindelse med returregninger og "kontrolsager" mellem regionen og de enkelte praksis.

En reform af honorarstrukturen er endvidere nødvendig for at bevare det tillidsbaserede honorarsystem, der er en forudsætning for en nemt administrerbar og en velfungerende ordning samt for et godt samarbejde mellem regionen og de enkelte praktiserende læger. De sjældne og enkeltstående tilfælde med groft tillidsbrud kompromitterer det tillidsbaserede honorarsystem. En ny honorarstruktur bør derfor give et bedre udgangspunkt for en ubesværet, sikker og korrekt afregning og samtidigt for en effektiv kontrol i forhold til eventuelle forsøg på bevidst misbrug.

Sidst, men ikke mindst, kan en reform være hensigtsmæssig af hensyn til et sundhedsvæsen, der er under hastig forandring, og hvor der kan være behov for grundlæggende forandringer i aftalen med almen praksis for at understøtte fremtidens patienter i almen praksis og det fremtidige samarbejde med de øvrige aktører i sundhedsvæsenet.

### Rådets opgave

Rådet skal komme med forslag til forskellige honoreringsmodeller i almen praksis, som imødekommer følgende hensyn (i en ikke prioriteret rækkefølge).

- Komplexiteten i aftalen skal forenkles i videst muligt omfang.
- Antallet af forskellige ydelser skal være betydeligt mindre end i dag, og der må ikke være uklarhed om anvendelsen af ydelser, fx hvis ydelser alene er tidsmæssigt afgrænsede.
- De enkelte honorarer skal opleves som rimelige for lægerne og for regionerne.
- De skal kunne sikre den enkelte praksis en rimelig og forudsat indtjening i forhold til population, ydelsesbehov, indsats og praksisstørrelse.
- De skal indeholde incitament, der understøtter lægerne i at varetage den nøglefunktion de har i vores sundhedsvæsen og incitament, der understøtter, at almen praksis i fremtiden i langt højere grad er tovholdere for patienternes rejse igennem det samlede sundhedsvæsen, jf. parternes Fælles Vision 2030.
- De skal understøtte opnåelse af sundhedspolitiske mål og prioriteringer.
- De skal være forståelige, konsistente, rimelig enkle og nemt administrerbare.
- De skal give incitament til at gøre en ekstra indsats og til rationel drift, og herunder skal der være incitament til at sikre mere sundhed for pengene.
- De skal give incitament til at gøre det fagligt "rigtige" for patient.
- De skal give incitament til at give patienterne en god service og en ordentlig behandling.
- De skal give incitament til at indsatsen ydes efter LEON-princippet – herunder af patienten selv.
- De skal sikre, at den største indsats ydes over for de patienter, der har de største behov.
- De skal understøtte innovation og udvikling i klinikken.
- Der vil formentligt kunne stilles mange andre relevante krav, hvilket understreger hvilken kompleks opgave, der ligger i at udarbejde forslag til forskellige honorarmodeller.

En ny honorarstruktur kan få konsekvenser for aktivitet og organisering i de enkelte praksistyper. Forslagene bør derfor beskrive disse konsekvenser og give forslag til, hvordan de bør håndteres – f.eks. ved overgangsordninger.

Forslagene er afgrænset til modeller for honorering i dagtiden, og dermed indgår honorarstrukturen for vagttid ikke. Honorarstrukturen i dagtid kan have virkning på brugen af lægevagten. Overvejelser om dette er ikke udelukket fra Rådets opgave.

Ændringer i honorarstrukturen i almen praksis kan ikke ses løsrevet fra behovet for at få mere indsigt i aktiviteten i almen praksis. Derfor skal der også foreligge forslag til, hvordan en honorarændring følges af en sideløbende understøttelse af data bl.a. vedr. aktivitet, kvalitet mv. Dermed skabes både grundlag for, at de enkelte praksis og praksis i fællesskab kan følge og udvikle området, men også at man i sundhedsvæsenet generelt kan følge og udvikle indsatsen for patienter.

### **Tidsplan**

Rådet nedsættes pr. 1. april 2022 og skal aflevere forslag til overenskomstens parter senest den 30. april 2023, hvorefter Råd og sekretariat nedlægges.

### **Rådets sammensætning**

Arbejdet organiseres med et råd og et sekretariat.

Rådet består af følgende medlemmer, som er udpeget af overenskomstens parter:

Medlemmer med ekspertise indenfor sundhøkonomi og forskning

- Leif Vestergaard (formand)
- Mickael Bech, Forsknings- og Analysechef i VIVE / Professor, Syddansk Universitet
- Jens Søndergaard, Leder af Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense og Esbjerg

Medlemmer med erfaring med at praktisere indenfor overenskomstområdet

- Helle Skou, praktiserende læge, Nibe.
- Christian Rosendahl, praktiserende læge, Kolding.
- Bo Theilgaard, praktiserende læge, Præstø

Medlemmer med erfaring med administration af den nuværende struktur

- Carsten Haugaard Kvist, Kontorchef for Nære Sundhedstilbud, Region Nordjylland
- Mette Jensen, Økonomidirektør og direktøransvar for praksisområdet, Region Midtjylland
- Anne Jastrup Okkels, Hospitalsdirektør Herlev og Gentofte Hospital

### **Sekretariat**

Der etableres et selvstændigt sekretariat ledet af Frank Ingemann Jensen.

Sekretariatet betjener Rådet og placeres i Odense. Sekretariatet består ud over sekretariatslederen af 2-3 sekretariatsmedarbejdere.

Sekretariatslederen skal løbende orientere overenskomstparternes sekretariater om status på Rådets arbejde.

Danske Regioners og PLO's sekretariater kan efter nærmere aftale bistå Rådet med data og analyser m.v.

Sekretariatet har været bemandet af:

Henriette Herminia Henvig

Anita Lerche

-Frikøbt fra hhv. Region Midtjylland og Region Syddanmark

## 8.2 Målhierarki for Honorarstrukturrådets arbejde

Patienten i centrum	Give patienten et godt og sammenhængende tilbud	Mest til dem med størst behov	Prioritering
			Tid til det svære/komplekse
			Adgang til specialistrådgivning
		Populationsansvar	Proaktivitet
			Databaseret tilgang til patientpopulationen
			Tilgængelighed
		Ansvar for forløbet	Koordinering
			Samarbejde
			Kommunikation
	Arbejdsdeling		
	Opretholde det til-lidsbaserede afregningssystem og sikre arbejdsglæde og godt samarbejde ml. læger og region	Forenkling	Overskueligt
			Kendt indhold i ydelse
		Rimeligt	Honorar opleves som retfærdigt
			Indtægt sikres ved normal drift
		Indsigt	Kvalitet
Gennemsigtighed i afregningen (mulighed for kontrol)			
Samfundsøkonomisk forsvarlighed	Omkostningseffektivitet	Behandle de rette	
		Behandle tilstrækkeligt	
		Incitamentskorrekte honorarer	

## 8.3 Fælles ramme for konsultationsydelserne

Honorar for konsultationer omfatter patientkontakter, hvor der er ydet lægelig behandling, rådgivning eller vejledning.

Der er ikke selvstændigt honorar for tidsbestilling og receptfornyelse.

Konsultationer kan enten foregå i klinikken, i patientens hjem, telefonisk, på video, som e-mail eller på anden vis. Hvor og hvordan konsultationen gennemføres, afhænger af en lægefaglig vurdering af, hvad der er mest hensigtsmæssigt under hensyntagen til patientens situation og ønsker. Eksempelvis kan en konsultation gennemføres via video eller telefon, hvis det er lægefagligt forsvarligt, fordi der ikke skal foretages fysiske undersøgelser eller laves prøvetagninger eller lignende, som kræver fremmøde. Lægen inddrager patientens ønsker og situation ved tilrettelæggelse af, hvordan konsultationen afholdes.

Dog kan "Enkel konsultation" kun udføres via telefon, e-mail og video, og "Almindelig" og "Udvidet konsultation" kan ikke gennemføres på e-mail.

Konsultationen kan udføres af lægen eller af personale efter delegation fra lægen efter rammerne herfor. Således kan det være lægen og/eller praksispersonale, der udfører alle tre konsultationstyper – "Enkel konsultation", "Almindelig konsultation" eller "Udvidet konsultation". Honoraret for konsultationen er det samme, uanset om det er lægen eller praksispersonale, der udfører konsultationen.

"Enkel konsultation" og "Almindelig konsultation" kan gennemføres som konsultation ved tredje mand – se afsnit 8.3.2 herunder. "Udvidet konsultation" kan ikke gennemføres ved tredje mand.

### 8.3.1 To konsultationer samme dag - undtagelse

Det er udgangspunktet, at der kun kan afregnes én konsultation pr. dag pr. patient. Dette er også gældende selvom konsultationen gennemføres hos to eller flere forskellige behandlere i praksis. Det betyder eksempelvis, at en patient kan være i kontakt med både lægen og praksispersonale i samme konsultation.

Der kan dog undtagelsesvist foretages to konsultationer på samme dag for en patient i følgende situationer:

- Hvis en patients sygdom forværres i en sådan grad, at det er nødvendigt med to konsultationer
- Hvis en patient oplever akut behov for lægehjælp, før eller efter en planlagt konsultation
- Ved afgivelse af prøvesvar på prøver taget tidligere på dagen
- Hvis en patients akutte sygdom kræver aftalt opfølgning senere samme dag. Dette kan både være via kontakt med patienten selv eller via en konsultation ved tredje mand

Konsultation udløst af forværringen af en sygdom eller akut opstået behov for lægehjælp kan foregå tidsmæssigt forud for en planlagt konsultation.

For at lægen kan afregne to konsultationer pr. dag pr. patient, skal situationen falde under én af de ovennævnte undtagelser. Derudover skal der foreligge en begrundelse for, hvorfor der er taget to konsultationer på samme dag. Det anbefales, at det gøres teknisk muligt, at begrundelsen kan skrives direkte i lægesystemerne og sendes med regningen ind i regionernes afregningssystem.

### 8.3.2 Konsultation ved tredje mand

En konsultation kan gennemføres via tredjemand, hvis en pårørende eller en ikke-sundhedsfaglig samarbejdspart henvender sig til lægen på patientens vegne med henblik på lægelig undersøgelse, behandling, eller vejledning vedrørende patientens helbredsforhold, uden at patienten deltager i kontakten. Dette gælder også i tilfælde, hvor lægen skønner, at der ikke skal iværksættes undersøgelse eller behandling.



Det er vigtigt, at det står klart for lægen, at henvendelsen er på vegne af patienten, samt at reglerne om patienters samtykke og de konkrete undtagelser hertil følges, før lægen videregiver patientens helbredsoplysninger, jævnfør sundhedslovens § 41<sup>34</sup>. Lægens overvejelser, samt at kontakten er sket via tredjemand, skal journalføres.

Dette betyder også, at der ikke er tale om konsultation ved tredje mand, hvis eksempelvis en pårørende henvender sig til lægen for at få oplysninger om patientens helbred, hvis ikke dette sker på vegne af patienten. I disse tilfælde har lægen tavshedspligt overfor patienten, og lægen må derfor ikke delagtiggøre andre i patientens helbredsforhold uden patientens samtykke.

Er lægen i tvivl om, hvorvidt en forælder er forældremyndighedsindehaver, for eksempel i forbindelse med en skilsmisssag, kan lægen bede om bevis herpå. Sker forældrerens henvendelse i umiddelbar forlængelse af en konsultation vedrørende egne helbredsforhold, foreligger der en ny konsultation (via tredjemand), det vil sige i alt to konsultationer, som skal afregnes separat.

Har en patient en værge, hvor værgemålet også omfatter personlige forhold – herunder helbredsforhold – vil værgeren også kunne agere på patientens vegne. Lægen bør være opmærksom på, at der er særlige regler for plejeforældre, og at de ikke har de samme rettigheder over et barn, som forældremyndighedsindehavere.

Hvis en ikke-sundhedsfaglig samarbejdspart (for eksempel pædagog på et bosted) henvender sig til lægen i patientens sted for at få lægelig undersøgelse, behandling, råd eller vejledning vedrørende patientens helbredsforhold uden at patienten deltager, foregår der en konsultation ved tredje mand. Hvis den ikke-sundhedsfaglige samarbejdspart derimod er i kontakt med lægen for i samarbejde at koordinere patientens situation – for eksempel koordinering af samtidig social- og sundhedsfaglig indsats, eller hvordan patientens helbredstilstand påvirker mulighederne for at være aktiv på arbejdsmarkedet – er der tale om tværsektorielt samarbejde, som honoreres med den relevante "Tværsektorielle konference".

Kontakt mellem lægen og en sundhedsfaglig samarbejdspart, om undersøgelse, behandling, råd eller vejledning for en konkret patient honoreres som "Tværsektoriel konference" og ikke som "konsultation ved tredje mand".

## 8.4 Afgrænsning af receptfornyelse og tidsbestilling

Receptfornyelse og tidsbestilling pr. telefon, e-mail og fremmøde honoreres ikke, når der ikke leveres en lægefaglig ydelse.

Der skelnes mellem:

- Konsultation ved telefonsamtale (ydeshonoreret)  
Formålet med en telefonisk konsultation er, at lægen under samtalen giver råd om og/eller vejledning til behandling af patientens helbredsproblemer.
- Tidsbestilling via telefon (honoreret via det faste honorar)

---

<sup>34</sup> Se også *Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v.*, nr. 359 af 4. april 2019.

Hovedformålet med samtalen er at aftale en tid til patienten til konsultation. Der kan i den forbindelse spørges ind til, hvad der er anledning til den kommende konsultation (visitation af patienten). Der ydes i sammenhæng med tidsbestilling ikke, eller kun i begrænset omfang, lægefaglig rådgivning eller vejledning. Tidsbestilling kan indeholde rådgivning til patienten om egenomsorg i tiden frem til konsultationen, uden at der er tale om en konsultation.

- Receptfornyelse (honoreret via det faste honorar)  
Udgangspunktet for receptfornyelse er, at patienten henvender sig til praksis med henblik på at få fornyet en recept på medicin, som patienten er i fortsat, uændret behandling med. Lægen/personalet sikrer sig via opslag i journalen, at der er tale om genudstedelse af recept på medicin, som patienten fortsat skal behandles med, og at tidspunktet for fornyelsen er passende. Der foretages ikke lægefaglig vurdering af ordinationen, dosis eller lignende, ligesom der ikke ydes lægefaglig rådgivning og behandling.

Lægen bør tilstræbe at udskrive recepter, så patienten kan behandles med den relevante medicin frem til næste anbefalede tidspunkt for opfølgning/kontrol af behandlingen, så telefonisk receptfornyelse minimeres.

## 8.5 Konsultationer i hjemmet – Honorarstrukturrådets foreslåede alternativer

Honorarstrukturrådet har foreslået en forenklet model for honorering af "Konsultation i hjemmet", hvor lægen honoreres med den relevante konsultationsydelse, et "Sygebesøgstillæg" som kompensation for de ændrede arbejdsvilkår ved at foretage konsultationen i patientens hjem og et "Afstandstillæg" afhængig af den kørte afstand til patientens hjem og retur. Forenklingen betyder, at honoraret for "Konsultation i hjemmet" for patienter, der bor langt fra praksis, bliver noget lavere end i den nuværende honorarstruktur.

Honorarstrukturrådet har derfor opstillet to alternative modeller for honorering af "Konsultation i hjemmet". Første alternativ er, at der benyttes en honoreringsform, hvor sygebesøgstillægget differentieres efter kørt afstand, tilsvarende den eksisterende honorering af sygebesøg. Alternativt kan den foreslåede model suppleres med en øget honorering til "Konsultation i hjemmet" når afstanden til patientens hjem er over et vist antal km., for at øge incitamentet til at udføre "Konsultation i hjemmet", når patienten bor langt fra praksis. I det nedenstående beskrives de to alternativer.

### 8.5.1 Alternativ 1 - Honorering tilsvarende eksisterende sygebesøg

I den nuværende honorarstruktur honoreres sygebesøg med et honorar, der er afhængig af den kørte afstand til patientens hjem. Derfor foreslås det, som alternativ 1, at det relevante konsultationshonorar suppleres med et differentieret tillæg til "Konsultation i hjemmet". Tillægget svarer omtrent til de nuværende sygebesøgstakster fratrukket honorar for "0101 – Konsultation". Tillægget til "Konsultation i hjemmet" dækker tidsforbruget ved transport og kompenserer for lægens fravær fra klinikken i den tid sygebesøget varer. Der kan eventuelt fastholdes kørselsgodtgørelse såfremt dette alternativ ønskes.

Tillægget for "Konsultation i hjemmet" differentieres efter den kørte afstand.

Hvis der udføres flere sygebesøg på forskellige lokationer på samme tur, benyttes afstanden mellem lægeklinikken og bopælen længst væk til at bestemme det relevante tillæg til "Konsultation i hjemmet". Øvrige besøg på ruten afregnes som den relevante konsultationstype samt tillæg for besøg på ruten.

I dette alternativ honoreres "Konsultation i hjemmet" til anden og efterfølgende sikrede på samme lokation (samme hjem, plejehjem eller institution) med den relevante konsultationstype – almindelig konsultation eller udvidet konsultation. Der kan i dette tilfælde tages et sygebesøg på ruten for 2. og følgende sikrede på samme lokation.

Nedenfor fremgår forslag til tillæg for "Konsultation i hjemmet" i alternativ 1. Tillæggene er opgjort i 1. april 2023 priser.

Element	Takst	Samlet honorar- almindelig kon- sultation i hjem- met	Samlet honorar – udvidet konsulta- tion i hjemmet
0-4 km.	262 kr.	421 kr.	702 kr.
5-8 km.	418 kr.	577 kr.	858 kr.
9-12 km.	497 kr.	656 kr.	937 kr.
13-16 km.	586 kr.	745 kr.	1.026 kr.
17-20 km.	983 kr.	1.142 kr.	1.423 kr.
21 km. eller der- over	1.323 kr.	1.482 kr.	1.763 kr.
Pr. påbegyndt km. udover 21 km.	37 kr.		
Besøg på ruten	262 kr.	421 kr.	702 kr.
Kørselsgodtgørelse efter overenskomstens §§ 80 og 81.			

### 8.5.2 Alternativ 2 - Øget honorering til "Konsultation i hjemmet" på afstande fra 17 km. eller derover

Alternativ 2 indeholder en forhøjelse af honoreringen for "Konsultation i hjemmet" på de længste afstande i Honorarstrukturrådets forslag til ny honorarstruktur. Således vil honoreringen af "Konsultation i hjemmet" bestå af den relevante konsultationstype – "Almindelig konsultation" eller "Udvidet konsultation". Derudover vil "Konsultation i hjemmet" blive honoreret med et "Sygebesøgstillæg" og et "Afstandstillæg". I dette alternativ er der yderligere et "Supplerende sygebesøgstillæg" som kan benyttes, hvis praksis har 17 km. eller mere hen til patienten. Det supplerende sygebesøgstillæg kan tages én gang pr. "Konsultation i hjemmet", hvor praksis har minimum 17 km. til patienten. Det foreslås at taksterne i alternativ 2 er:

Element	Takst
Sygebesøgstillæg	157 kr.
Afstandstillæg pr. kørt km.	15 kr.
Supplerende sygebesøgstillæg hvis der er 17 km. eller derover til patienten	500 kr.

Alternativ 2 medfører en øget samlet honorering af "Konsultation i hjemmet" sammenlignet med Honorarstrukturrådets forslag i afsnit 4.3.2. I nedenstående tabel fremgår antal sygebesøg på 17 km. eller derover i den eksisterende honorarstruktur og den forventede øgede honorering som følge af det "Supplerende Sygebesøgstillæg" i alternativ 2.

Ydelseskode	Antal ydelser	Supplerende sygebesøgstillæg, hvis der er 17 km. eller derover til patienten	Samlet honorar
0451 – Sygebesøg fra påbeg. 17 km. indtil 20 km.	4.142	500 kr.	2.071.000 kr.
0461 – Sygebesøg fra påbeg. 21 km. og derudover	4.210	500 kr.	2.105.000 kr.
Total	8.352	500 kr.	4.176.000 kr.

Dermed forventes den samlede honorering til "Konsultation i hjemmet" at øges med 4,2 mio. kr. såfremt alternativ 2 benyttes.

## 8.6 Modultakst til tværsektorielt samarbejde

Som alternativ til Honorarstrukturrådets forslag om fire typer af tværsektorielle konferencer ("Enkel", "Almindelig", "Udvidet" og "Rundbordssamtaler") er det i Honorarstrukturrådets foreslåede alternativer beskrevet, at det tværsektorielle samarbejde alternativt kan honoreres via en tidsmodultakst. Dette alternativ er beskrevet i dette bilag.

Honorarstrukturrådet anbefaler, at såfremt parterne vælger at indføre tidsmoduler til honorering af tværsektorielle konferencer, bliver det tidsmoduler af 5 minutters varighed. Det betyder, at honoraret kan benyttes for hvert påbegyndte femte minut i den tværsektorielle konference. Hvis der benyttes en modultakst, vil den tværsektorielle konference være uafhængig af medie og kan således foregå ved e-mail, telefon, video og fysisk fremmøde i enten klinikken eller hos en anden fagperson.

Hvis parterne vælger at indføre 5-minutters tidsmoduler anbefaler Honorarstrukturrådet at taksten bliver 70 kr. pr. påbegyndt 5 minutter.

### Fordele

Det kan være besværligt at skelne mellem forskellige typer af tværsektorielle konferencer, hvis ikke de er ordentligt definerede, derfor kan det være en fordel at benytte en modultakst, som betyder, at lægerne honoreres for den tid, de bruger på de tværsektorielle konferencer.

### Ulemper

Hvis der benyttes modultakster til honorering er der en risiko for gaming-adfærd. Det vil sige, at man sikrer sig, at den tværsektorielle konference kommer til at tage ekstra tid,

således at man kan tage flere moduler, end der objektivt set var behov for. Eksempelvis at man bruger 6 minutter for at kunne tage to 5-minutters moduler fremfor 4 minutter.

## 8.7 Pluspatienter

### 8.7.1 Målgruppe for pluspatient

En "Pluspatient" er en patient, der generelt, eller i en afgrænset periode, har behov for en ekstraordinær omsorg og opmærksomhed, samt en øget grad af proaktivitet og koordination fra lægen.

Patienten er karakteriseret ved at være sårbar i form af at lide af en alvorlig sygdom og have en utilstrækkelig grad af egenomsorg og typisk et utilstrækkeligt netværk.

"Pluspatienter" kan for eksempel være:

- Patienter med flere samtidige – evt. kroniske – sygdomme
- Patienter, som er i et cancerforløb eller et andet alvorligt sygdomsforløb
- Ældre, svagelige patienter
- Patienter med samtidig fysisk og psykisk sygdom
- Patienter med nedsat kognitiv funktion
- Terminalpatienter, hvor egen læge er central aktør i forløbet
- Patienter der, mod lægens forventning på baggrund af patientens sygdomsbillede, ikke har kontakt til almen praksis
- Særlige opmærksomhedspunkter for lægen:
  - Udeblivelser fra aftaler
  - Immobilitet
  - Polyfarmaci
  - Ensomme/enlige patienter
  - Hyppige indlæggelser eller anden hyppig kontakt med sundhedsvæsenet
  - Patienter med manglende forståelse for og efterlevelse af behandlingsplan
  - Patienter med tidligere, eller aktivt misbrug af rusmidler
  - Patienter, der udskrives med rød epikrise fra sygehuset
  - Patienter, hvor en samarbejdspart i kommune eller på sygehus gør opmærksom på, at patienten er sårbar/har særligt behov for opmærksomhed og støtte.

Det er patientens samlede situation og ikke sygdommen i sig selv, der er afgørende for, om patienten er i målgruppen for at være "Pluspatient". Ellers velfungerende patienter kan være "Pluspatienter" i en periode af deres liv, grundet for eksempel alvorlig sygdom eller andre livsomstændigheder, der forringer deres egenomsorgsevne i en periode. En "Pluspatient" vil i situationen være i gruppe 4 i illustrationen herunder.



Figur 7 - Kombinationer af patienternes egenomsorgsevne og sygdommens sværhedsgrad

### 8.7.2 Model for udpegning af pluspatienter

Lægen udpeger de mest sårbare patienter, som "Pluspatienter". Udpegningen af "Pluspatienter" kan dels ske som en løbende vurdering af den konkrete patients behov ved kontakt med lægen, og dels gennem dataarbejde som led i lægens populationsomsorg.

Der kan gennemsnitligt udpeges 5% af de tilmeldte sikrede. I en praksis med 1600 tilmeldte kan der således maksimalt udpeges 80 "Pluspatienter".

Det kan i Samarbejdsudvalget besluttes, at andelen af "Pluspatienter" skal differentieres, så praksis kan udpege enten 3 %, 5 % eller 7 % af patienterne til "Pluspatienter". Det regionale gennemsnit skal dog være på maksimalt 5 % af de patienter, der er tilmeldt praksis i regionen.

Dette betyder, at lægen skal prioritere, hvilke patienter, der gøres til "Pluspatienter". Der er en vis eksklusivitet i at blive udpeget til "Pluspatient", og det skal give værdi og gøre en forskel for patienten.

En patient udpeges som "Pluspatient" for 12 måneder. Herefter udløber patientens status som "Pluspatient" automatisk, og lægen skal tage stilling til, om patienten fortsat skal være "Pluspatient". I vurderingen af om en patient skal være "Pluspatient", indgår en vurdering af patientens behov i forhold til de øvrige patienter tilmeldt praksis, så det som udgangspunkt er de mest sårbare patienter, der har status som "Pluspatienter".

En patients status som "Pluspatient" er således ikke statisk, og listen over hvilke patienter, i en given praksis, der er "Pluspatienter", vil løbende ændre sig.

### 8.7.3 Behandling af pluspatienter

Lægen skal inddrage patienten i beslutningen om at vedkommende tildeles status som "Pluspatient" og orientere om, hvorfor patienten udpeges og hvad det betyder.

Lægen og praksispersonalet skal i næsten alle situationer bruge ekstra tid til disse patienter og de vises en ekstraordinær proaktiv opmærksomhed. Indsatsen afvejes konkret i situationen.

Lægen skal i særlig grad tilstræbe, at der er kontinuitet i relationen til patienten.

Ovenstående betyder konkret:

- Lægen prioriterer håndtering af "Pluspatientens" behov. "Pluspatienter" har ekstra god tilgængelighed til almen praksis. Patientens behov for/ønske om konsultation vil blive prioriteret og ved behov kan patienten blive tilset uden tidsbestilling
- Der afsættes ekstra tid til konsultation på alle tre niveauer af konsultation ("Enkel", "Almindelig" og "Udvidet") i forhold til andre patienter
- "Pluspatienter" kan ofte have særligt behov for "Konsultation i hjemmet"
- Lægen er opsøgende og følger op på udeblivelser fra aftaler i praksis
- Lægen ringer normalt til patienten efter udskrivelse fra sygehuset - "tryghedskald"
- Patienten tilknyttes en kontaktlæge/-sygeplejerske/-team, som er gennemgående i kontakten med patienten og har overblik over patientens forløb
- Lægen bruger oftere tid til proaktiv indsats og koordination med andre aktører
- Lægen bruger oftere tid til sparring med sygehuskollegaer, når en "Pluspatient" indlægges eller har et ambulatorieforløb, herunder deltager i stuegang, indlæggelses- og udskrivningssamtaler og tværfaglige konferencer

Modellen med "Pluspatienter" betyder ikke, at praksis ikke skal varetage samme opgaver for andre patienter, når det er relevant.

#### 8.7.4 Honorering

For de patienter, der er udpeget som "Pluspatienter", får lægen et honorartillæg på 25 % til konsultationshonorarerne. Tillægget gives til alle konsultationer, som "Pluspatienten" har med praksis, uagtet at det ikke vil være i alle tilfælde, at der er behov for, at der ydes en ekstra indsats fra lægens side. For målgruppen forventes det dog, at selv enkle kontakter som regel betyder øget behov for forklaring eller anvisning, hvilket øger den medgåede tid.

Der ydes ikke tillæg til konsultationstillæg og "Tværsektoriel konference", da det ikke forventes, at disse vil være mere tids- eller indsatskrævende for lægen.

#### 8.7.5 Opfølgning og kontrol

##### Diagnosekodning

Alle kontakter med "Pluspatienter" kodes med diagnosekode. Alle "Pluspatienter" registreres med diagnosekode (kroniske sygdomme (forløbsdiagnoser jf. KiAP<sup>35</sup>)), så der sikres mulighed for at undersøge sammenhæng mellem pluspatienternes status og bestemte diagnoser/patienttyper (køn/alder) og kontaktmønster i almen praksis.

Konsultationer med "Pluspatienter", der ikke ICPC-kodes, bliver afregnet uden tillægget for "Pluspatienter".

##### Opfølgning i kvalitets- og -sundhedsklynger

Brugen af modellen for "Pluspatienter" følges i sundhedsklyngerne og i kvalitetsklyngerne, herunder hvilke patienttyper i de respektive praksis, der udpeges og hvordan almen praksis tilrettelægger indsatsen for- og samarbejdet med andre parter om patienten.

Der skal ligeledes opstilles mål for at følge effekten af indsatsen. Målene kan omfatte:

---

<sup>35</sup> [https://kiap.dk/resources/files/icpc/icpc\\_2\\_hvordan.pdf](https://kiap.dk/resources/files/icpc/icpc_2_hvordan.pdf).

- bedre reguleret sygdomsforløb for den enkelte patient
- Reduktion i antal akutte indlæggelser

#### Regional opfølgning og kontrol

Der indarbejdes et automatisk loft for antallet af "Pluspatienter" i lægepraksissystemerne, så praksis ikke kan udpege mere end den tilladte andel af de tilmeldte patienter som "Pluspatienter".

Regionerne følger omfanget af brugen af tillægget (antal patienter og antallet af konsultationer med tillæg) og målgruppen (diagnosekodningen) i og mellem praksis.

#### Evaluering

Udbredelse af ordningen med "Pluspatienter" følges og evalueres, herunder eventuelt til fastsættelse af kriterier for beregning af en model for differentiering af andelen af "Pluspatienter" pr. praksis på sigt.

### 8.7.6 Beregning af antal mulige pluspatienter i praksis

Det antal "Pluspatienter", som lægen kan udpege, beregnes som andelen af de tilmeldte patienter pr. d. 1. i hver måned og angiver dermed et bestemt antal patienter, som lægen løbende kan udpege som "Pluspatienter".

Ved ændringer i praksis, der betyder, at praksis tildeles nyt ydernummer og nystartede praksis, der overtager patienter fra en eksisterende praksis, beregnes antallet af mulige "Pluspatienter" ved overgang til nyt ydernummer og derefter pr. d. 1. hver måned.

For nystartede praksis, uden tilknyttede patienter beregnes antallet af "Pluspatienter" løbende pr. måned.

Fraskriver lægen sig en eller flere kapaciteter, således at patientantallet i praksis reduceres, genberegnes antallet af mulige "Pluspatienter", når der har fundet lægevalg sted for patienterne tilknyttet praksis og det nye patientantal er kendt. Derefter beregnes antallet pr. d. 1. i hver måned. Lægen kan ikke genudpege eller udpege nye "Pluspatienter", før antallet er faldet til under det nye loft for antal "Pluspatienter".

### 8.7.7 Systemkrav

Pluspatientordningen skal understøttes af lægepraksissystemet og det regionale afregningssystem.

Lægepraksissystemet skal:

- Indeholde et modul til løbende beregning af antal mulige "Pluspatienter" i praksis pr. d. 1. i hver måned
- Indeholde felt til markering af patientens status som "Pluspatient" og formidle dette til det regionale afregningssystem
- Status som "Pluspatient" skal automatisk udløbe efter 12 måneder



- Ved patientens dødsfald eller skift til anden praksis skal patientens status som "Pluspatient" ophøre automatisk
- Lægen skal påmindes om dette – enten som pop-up ved næste kontakt med patienten eller ved udløb af status som "Pluspatient"
- Give mulighed for at lægen kan udtrække en liste over aktuelle patienter med status som "Pluspatient", inkl. kontakter med praksis og diagnosekode
- Give lægen en påmindelse om, at der skal registreres ICPC-kode ved kontakt med en "Pluspatient"
- Automatisk sætte loft for, hvor mange patienter, lægen kan udpege til "Pluspatienter" jf. beregningsmetoden, så lægen ikke kan udpege flere patienter end beregningen tilsiger
- Oversende ICPC-koden for konsultationen sammen med regningen til regionen

Det regionale afregningssystem skal:

- Importere oplysninger fra lægepraksissystem om "Pluspatienter"
- Kunne beregne tillæg til de relevante honorarer automatisk
- Registrere "Pluspatienter", til opfølgning på brugen af ordningen, i de enkelte praksis
- Indeholde mulighed for at udtrække lister over udpegede "Pluspatienter" inkl. diagnosekode for patienterne, og omfang af tillæg, til brug for den regionale opfølgning på ordningen
- Registrere om der er indsendt ICPC-kode med regningen for konsultationen og på den baggrund udbetale eller tilbageholde tillæg for "Pluspatient"

### 8.7.8 Bemærkninger til pluspatient modellen

#### 5 % som pluspatienter:

I modellen er der oprindeligt valgt en fast andel patienter, som praksis kan udpege til at være "Pluspatienter". Med forskellig sammensætning af patientpopulationen i de enkelte praksis, kan dette give en suboptimal allokering af ressourcer på tværs af praksis på landsplan, idet patienter, der i én praksis bliver udpeget til "Pluspatienter", kan ligge udenfor målgruppen for at være "Pluspatient" i en anden praksis, med en mere sårbar eller mere syg patientpopulation. For at begrænse denne mulige skævhed, foreslår Honorarstrukturen, at Samarbejdsudvalget kan differentiere andelen af "Pluspatienter" i de enkelte praksis til henholdsvis 3 %, 5 % eller 7 %, men med et total for regionen på 5 % af patienterne tilmeldt praksis i regionen.

Modellen, med eller uden den foreslåede, begrænsede differentiering er alligevel valgt ud fra en betragtning om at:

- 1) der er behov for at sætte fokus på de mest sårbare patienter i alle praksis, så hver praksis sikrer mest opmærksomhed til de af sine patienter, der har det største behov. Ordningen skal dermed understøtte et mindset om dette i alle praksis
- 2) modellen er nemmere at administrere, når der er den samme ramme for udpegning af "Pluspatienter" i alle praksis
- 3) modellen kan eventuelt senere differentieres, så andelen af patienter, der kan gives status som "Pluspatient", får sammenhæng til patientpopulationens sårbarhed ud fra nærmere definerede kriterier

Differentieringen kan indføres, når der er opnået erfaringer med, hvilke patienter, der udpeges til at være "Pluspatienter", så differentieringen kan foretages ud fra relevante kriterier for, hvad der gør en patientpopulation mere sårbar.

Differentieringen kan eventuelt kobles til beregning af patienternes socioøkonomiske status i modellen for differentieret basishonorar eller beregning af patientpopulationens sårbarhed ud fra den model, der vælges i "deep end-projektet", der er et netværk for praksis med de mest belastede patienter.

Frem til der forelægger en model for beregning af differentiering af andelen af "Pluspatienter" knyttet til parametre for patienternes sårbarhed, anbefaler Honorarstrukturrådet at en differentiering eventuelt kan ske i de enkelte samarbejdsudvalg. Hvis parterne kan blive enige om at udpege praksis med en mere eller mindre sårbar patientpopulation, kan de enkelte praksis tildeles 3 %, 5 % eller 7 % "Pluspatienter", men med et regionalt gennemsnit på 5 % af patientpopulationen i praksis som "Pluspatienter".

#### Udpegning af pluspatienter for ét år ad gangen

Status som "Pluspatient" med 12 måneders varighed er et forsøg på at tilgodese muligheden for løbende at revurdere en bestemt patients status som "Pluspatient" og samtidig sikre en vis kontinuitet i hvilke patienter, der er udpeget til at være "Pluspatienter".

Der er valgt en relativ lang periode for at sikre, at lægen ikke spekulerer i at sætte patienter på, eller tage patienter af plus-listen, ud fra hvem lægen har kontakt med i en given periode og dermed forsøge at opnå en forøget honorering.

Varigheden på et år er også sat ud fra et hensyn til administration af ordningen, så der ikke er for mange skift i, hvem der er "Pluspatienter". Varigheden af status som "Pluspatient" kan eventuelt reduceres til 6 måneder, hvis ordningen systemmæssigt understøttes.

#### 8.7.9 Patienter uden alvorlig sygdom med hyppig kontakt til almen praksis

Patienter, der ofte henvender sig til almen praksis, men som ikke lider af alvorlig sygdom, er som udgangspunkt ikke i målgruppen for "Pluspatienter". For disse udarbejder lægen i stedet en plan for, hvordan patientens sundhedsmæssige bekymringer og kontaktdfærd håndteres.

### 8.8 Proces for indførelse af periodisk udviklingsydelse

For hver overenskomstperiode undersøger parterne, om der er ønske om og/eller behov for at indføre nye opgaver i almen praksis. Såfremt der er en ny opgave i almen praksis som parterne er interesserede i, at almen praksis varetager skal det afklares:

- Giver det god faglig mening at gøre det?
- Kan det praktisk lade sig gøre?
- Kan den forøgede indsats rummes i almen praksis i forhold til arbejdsmængden?
- Kan/bør opgaven prioriteres højere end andet?

Er parterne enige om at ovenstående er tilfældet, skal det vurderes om den nye opgave kan varetages indenfor de eksisterende honorarer, eller om der er behov for noget "ekstra" i form af "Udviklingsydelsen".

Inden der aftales en ny "Udviklingsydelse", skal parterne forholde sig til konteksten for den nye aktivitet:

- Er indsatsen allerede almen medicin (Beskrevet i "Common trunk")?
- Er det noget man allerede bør gøre i alle almen praksis?
- Er det noget hvor kompetencen er til stede allerede?
- Er det udstyr man allerede bør have?

Hvis det er tilfældet, så er der ikke tale om en "Udviklingsydelse".

Nedenfor fremgår nogle eksempler på en vurdering af hvorvidt en aktivitet er en "Udviklingsydelse":

- Større og bedre indsats for børn med astma  
NEJ – varetagelse af opsporing, undersøgelse og behandling af børn med astma er allerede en del af opgaveporteføljen i almen praksis.
- Indførelse af nyt apparat, der kan måle sygdom i udåndingsluften  
JA, der er tale om et nyt apparatur og en ny metode til diagnostik, som ikke er en del af den almindelige opgavevaretagelse i almen praksis.
- Ultralydsscanning  
JA, der er tale om nyt apparatur og metode til diagnostik, som ikke er en del af den almindelige opgavevaretagelse i almen praksis.
- Krisesamtaler til unge med psykiske problemer og koordination med psykiatri, uddannelsessted og andre  
NEJ, gennemførelse af krisesamtaler er en del af den forventede opgavevaretagelse i almen praksis, ligesom koordinering med samarbejdspartnere er det.

Er der tale om en "Udviklingsydelse" for at understøtte en bestemt, ønsket udvikling i almen praksis aftaler parterne, hvor længe "Udviklingsydelsen" skal være gældende – for eksempel overenskomstperioden, hvordan den skal honoreres og hvordan indsatsen skal fagligt understøttes og evalueres.

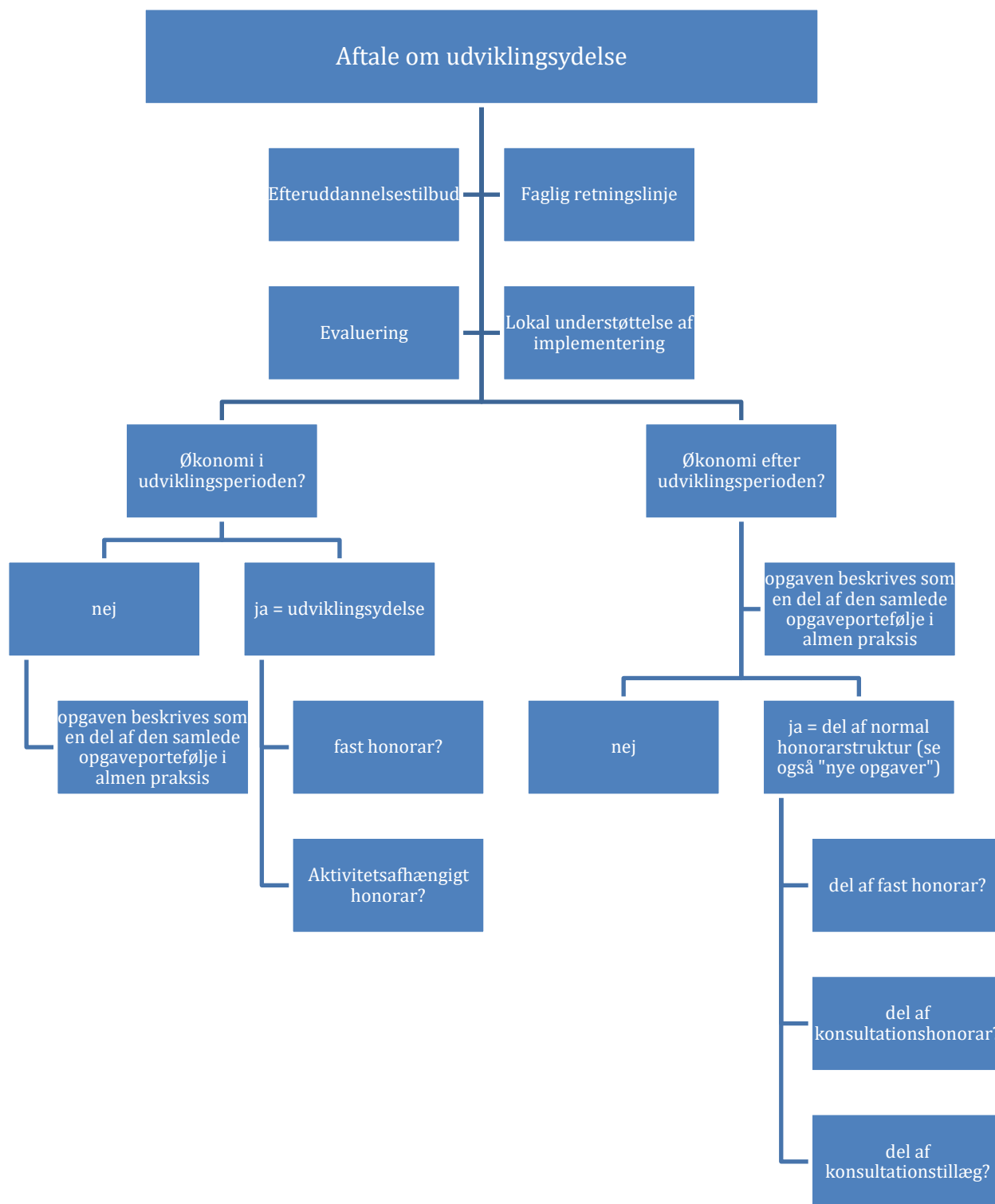
Skal der tilføres ekstra midler, aftaler parterne om "Udviklingsydelsen" skal honoreres med fast honorar, eller aktivitetsafhængigt honorar. Fordelen ved aktivitetsafhængigt honorar vil være, at det giver incitament til en adfærdsændring i almen praksis og samtidig gør det lettere at følge udviklingen i brugen af ydelsen i form af en midlertidig, separat afregningskode. Et fast honorar kan derimod være hensigtsmæssigt hvis der er behov for større investeringer i forbindelse med udviklingsopgaven, for eksempel i form af apparatur eller efteruddannelse.

Når der indføres en "Udviklingsydelse", aftaler parterne samtidig, hvad der skal ske med honoraret, når perioden, som "Udviklingsydelsen" er gældende for, udløber – skal det

overgå til fast honorar, indgå i konsultationshonoraret, tilføres gennem en forhøjelse af den økonomiske ramme eller måske helt bortfalde, når den nye rutine er indarbejdet som en almindelig procedure i almen praksis.

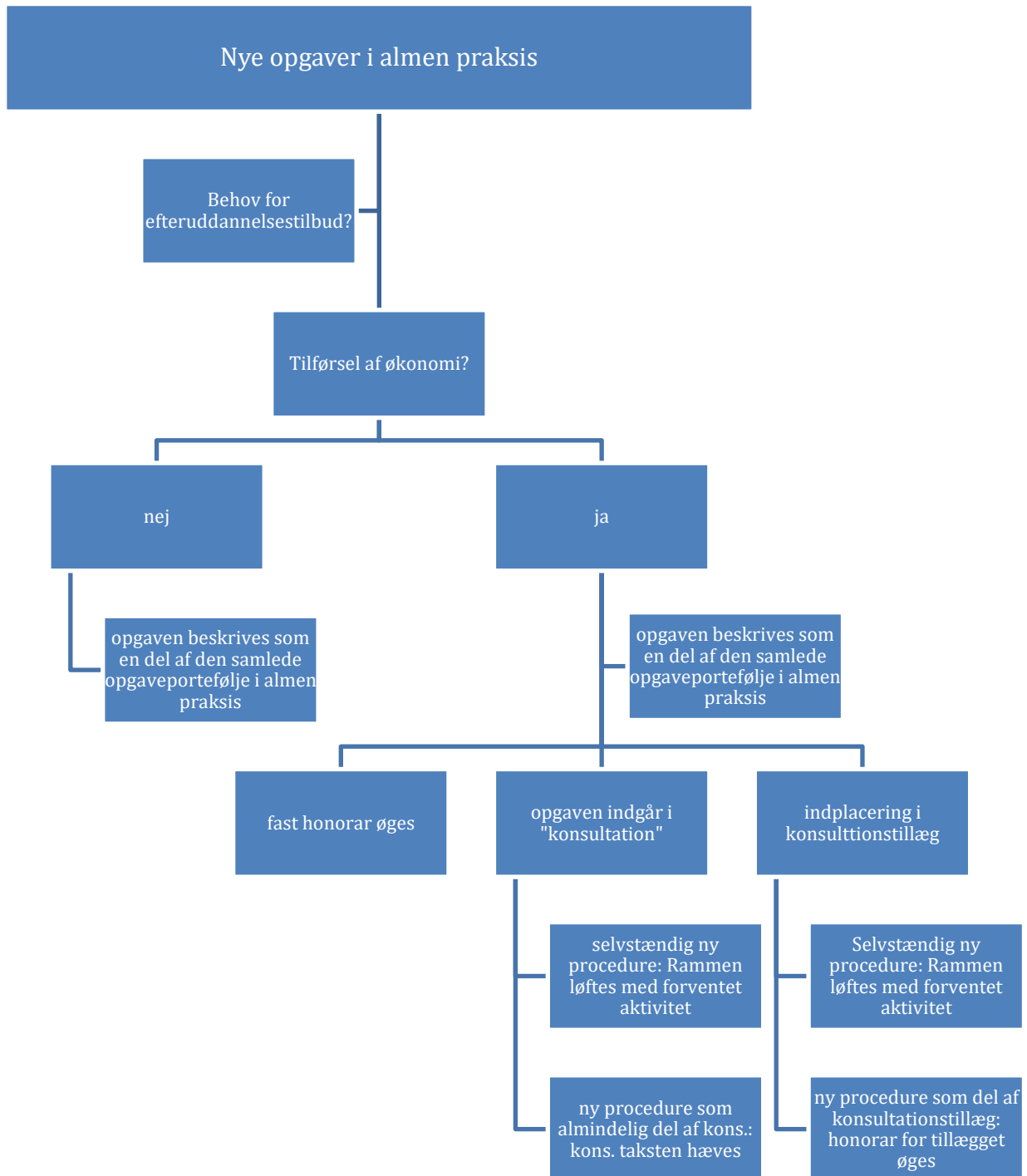
Det kan eksempelvis være relevant at indpasse/indarbejde honoraret i den normale honorarstruktur, hvis det er en fortsat ekstra eller supplerende opgave i almen praksis, mens honoraret bør bortfalde, hvis aktiviteten erstatter eksisterende procedurer, eller indgår som en almindelig del af konsultationen. Beslutningen om senere implementering bør være forudgået af stringent evaluering.

Den nye honorarstruktur giver forudsætning for indarbejdelsen af nye opgaver, idet den tre-delte konsultationsydelse, de generiske konsultationstillæg og honorarerne for tværsektorielt samarbejde danner en bred ramme, som opgaverne kan passes ind i. Der er altså passende honorarer, hvis aktiviteten kræver en ekstra indsats i almen praksis. Figur 8 indeholder en illustration af et beslutningstræ vedrørende "Udviklingsydelsen".



Figur 8 - Beslutningstræ udviklingsydelse

## 8.9 Beslutningstræ – nye opgaver



Figur 9 - Beslutningstræ nye opgaver

## 8.10 Håndtering af eksisterende ydelseskoder i den nye honorarstruktur

Beregningerne af forslaget til takster i den nye honorarstruktur samt beregningerne af den forventede fremtidige økonomi tager udgangspunkt i de eksisterende ydelseskoder og brugen af disse i perioden 2019-2021. Nedenstående tabel indeholder en række pr. ydelseskode i den eksisterende honorarstruktur. For hver ydelseskode fremgår det hvordan den er benyttet i beregningen af den forventede fremtidige økonomi (kolonne 2) og hvordan provenuet fra ydelsen er fordelt på ydelser i den nye honorarstruktur (kolonne 3). Som det fremgår af tabellen, benyttes nogle ydelseskoder til beregningen ved flere af de nye ydelser. Dette skyldes at den nye honorarstruktur ikke er en 1:1 oversættelse af den eksisterende honorarstruktur. Nedenstående tabel indikerer dog, hvordan Honorarstrukturrådet har kategoriseret ydelseskoderne i forbindelse med beregningen af den forventede fremtidige økonomi herunder de fordelingsmæssige konsekvenser.

Tabel 10 indeholder en oversigt over ydelseskoderne i Overenskomst om almen praksis 2022, hvilket inkluderer en række ydelseskoder, som blev indført med denne overenskomst. Da beregningerne til den nye honorarstruktur er baseret på aktiviteten i perioden 2019-2021, er de nye ydelseskoder fra Overenskomst om almen praksis 2022 derfor ikke inkluderet i beregningerne. Derfor fremgår de med en stjerne i nedenstående tabel. I parentes fremgår det dog, hvor aktiviteten og provenuet for disse ydelseskoder ville have været inkluderet, såfremt der havde været data for dem.

*Tabel 10 - Forklaring til hvordan de eksisterende ydelseskoder er benyttet i beregningen af forventet fremtidig økonomi, fordelingsmæssige konsekvenser og takster i den nye honorarstruktur*

<b>Ydelseskode OK22</b>	<b>Aktiviteten for ydelseskoden er benyttet til beregning af forventet fremtidig økonomi og fordelingsmæssige konsekvenser</b>	<b>Provenuet for ydelseskoden er benyttet til beregning til takster og reserverede midler</b>
0101 – Konsultation	Almindelig konsultation	Almindelig konsultation
0105 – E-konsultation	Enkel konsultation	Enkel konsultation
0120 – Årsstatus/årskontrol	Udvidet konsultation	Udvidet konsultation
0121 – Opsøgende hjemmebesøg (skrøbelige ældre normalt over 75 år)	Udvidet konsultation + sygebesøgstillæg + afstandstillæg <sup>36</sup>	Udvidet konsultation
0122 – Abortstøttesamtale	Udvidet konsultation	Udvidet konsultation
0123 – Sundhedstjek til borgere på bostilbud	* (Udvidet konsultation)	* (Udvidet konsultation)
0124 – Lægefaglig vurdering af patienter på kommunal akutfunktion/akutteams	* (Almindelig konsultation)	* (Almindelig konsultation)
0125 – Videokonsultation <sup>37</sup>	* (Almindelig konsultation)	*

<sup>36</sup> I beregningen af de fordelingsmæssige konsekvenser er benyttet tillæg for besøg i hjemmet indtil 4 km.

<sup>37</sup> Aktiviteten og økonomien for ydelseskoden "4436 – Videokonsultation", er brugt i beregningerne i stedet for "0125 – Videokonsultation".

		(Almindelig konsultation)
0126 – Videokonference pr. modul á 10 minutter	* (Tværsektorielle konferencer)	* (Tværsektorielle konferencer)
0127 – E-konsultation med kommunen	* (Enkel konsultation)	* (Enkel konsultation)
0128 – Konsulterende samtale ved børneundersøgelse	* (Udvidet konsultation)	* (Udvidet konsultation)
0130 – Kronikerhonorar, årligt pr. patient med KOL	Almindelig konsultation	Reserveret til forventet merøkonomi i forbindelse med øget aktivitetshonorering af patienter med KOL + øget fast honorering pr. kapacitet
0131 – Kronikerhonorar, årligt pr. patient med diabetes type 2	Almindelig konsultation	Reserveret til forventet merøkonomi i forbindelse med øget aktivitetshonorering af patienter med diabetes type 2 + øget fast honorering pr. kapacitet
0132 – Kronikerhonorar, årligt pr. pt. med diabetes type 2 og KOL	Udvidet konsultation	Reserveret til forventet merøkonomi i forbindelse med øget aktivitetshonorering af patienter med KOL og diabetes type 2 + øget fast honorering pr. kapacitet
0201 – Telefonkonsultation	Enkel konsultation	Enkel konsultation
0204 – Aftalt telefonkonsultation	* (Enkel konsultation)	* (Enkel konsultation)
0411 – Sygebesøg indtil 4 km (zone I)	Almindelig konsultation + sygebesøgstillæg + afstandstillæg	Almindelig konsultation + sygebesøgstillæg + afstandstillæg
0421 – Sygebesøg fra påbeg. 5 km indtil 8 km (zone II)	Almindelig konsultation + sygebesøgstillæg + afstandstillæg	Almindelig konsultation + sygebesøgstillæg + afstandstillæg
0431 – Sygebesøg fra påbeg. 9 km indtil 12 km (zone III)	Almindelig konsultation + sygebesøgstillæg + afstandstillæg	Almindelig konsultation + sygebesøgstillæg + afstandstillæg
0441 – Sygebesøg fra påbeg. 13 km indtil 16 km (zone IV)	Almindelig konsultation + sygebesøgstillæg + afstandstillæg	Almindelig konsultation + sygebesøgstillæg + afstandstillæg



0451 – Sygebesøg fra påbeg. 17 km indtil 20 km (zone V)	Almindelig konsultation + sygebesøgstillæg + afstandstillæg	Almindelig konsultation + sygebesøgstillæg + afstandstillæg
0461 – Sygebesøg fra påbeg. 21 km	Almindelig konsultation + sygebesøgstillæg + afstandstillæg	Almindelig konsultation + sygebesøgstillæg + afstandstillæg
2301 – For hver påbegyndt km udover 21 km	Afstandstillæg	Afstandstillæg
0491 – Sygebesøg på ruten	Sygebesøgstillæg + afstandstillæg	Almindelig konsultation + sygebesøgstillæg + afstandstillæg
0102 – Behandling af 2. og følgende patient i samme hjem, jf. § 68, stk. 1	Almindelig konsultation	Almindelig konsultation
6101 – Samtaleterapi	Udvidet konsultation	Udvidet konsultation
6201 – Tillæg pr. ekstra person, maks. 3 (afregnes på cpr-nummeret for den/de ekstra person(er))	Udvidet konsultation	Udvidet konsultation
2101 – Blodtagning fra blodåre pr. forsendelse (skal blodprøven sendes flere steder hen, er ydelsen pr. forsendelse)	Indeholdt i konsultationshonoraret	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konferencer + differentiering af "Den gode læge"
2102 – Udtagning af prøve af livmodermund og -hals til cytologisk undersøgelse, inkl. forsendelse	Indeholdt i konsultationshonoraret	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konferencer + differentiering af "Den gode læge"
2104 – Blærekateterisation (ekskl. udgifter til kateter)	Operationer og tilsvarende behandlinger	Operationer og tilsvarende behandlinger
2105 – Fjernelse af fremmedlegeme(r) fra øje, øregang, næse og svælg (kun én ydelse uanset om der i samme konsultation fjernes et eller flere fremmedlegemer)	Skadestuebehandlinger	Skadestuebehandlinger
2107- Fjernelse af fremmedlegeme under hud eller negl (uanset antal under negl eller under hud fra samme legemsdel. Ydelsen gælder ikke suturfjernelse)	Skadestuebehandlinger	Skadestuebehandlinger
2108 – Næsetamponade, standsning af blødning efter tandudtræk	Skadestuebehandlinger	Skadestuebehandlinger
2109 – Anlæggelse af immobiliserende bandager	Skadestuebehandlinger	Skadestuebehandlinger
2111 – Første behandling af mindre knoglebrud og reposition af skred i mindre led	Skadestuebehandlinger	Skadestuebehandlinger
2112 – Første behandling af større sår	Skadestuebehandlinger	Skadestuebehandlinger

2113 – Biopsi med efterfølgende mikroskopisk undersøgelse hos patolog, inkl. forsendelse	Operationer og tilsvarende behandlinger	Operationer og tilsvarende behandlinger
2115 – Fjernelse af negl	Operationer og tilsvarende behandlinger	Operationer og tilsvarende behandlinger
2117 – Fjernelse af subkutane eller dybereliggende svulster, inkl. evt. forsendelse til patologisk undersøgelse (ekskl. vorte)	Operationer og tilsvarende behandlinger	Operationer og tilsvarende behandlinger
2118 – Operation for dybereliggende betændelse (eksempelvis åbning af byld)	Operationer og tilsvarende behandlinger	Operationer og tilsvarende behandlinger
2119 – Tapning af væskeansamling fra større led i terapeutisk øjemed, og ikke i diagnostisk øjemed eller ved indsprøjtning	Operationer og tilsvarende behandlinger	Operationer og tilsvarende behandlinger
2120 – Venesection tilrådet af hospital eller speciallæge samt ved livstruende tilstande	Operationer og tilsvarende behandlinger	Operationer og tilsvarende behandlinger
2121 -Andre betydelige operationer (eksempelvis vabrasio eller tilsvarende indgreb)	Operationer og tilsvarende behandlinger	Operationer og tilsvarende behandlinger
2122 – Første behandling af brud på skinneben, lår, over- eller underarm	Skadestuebehandlinger	Skadestuebehandlinger
2123 – Reposition af store leddskred, nemlig fod, knæ, hofte, albue eller skulder	Skadestuebehandlinger	Skadestuebehandlinger
2124 – Behandling af store udbredte læsioner og forbrændinger	Skadestuebehandlinger	Skadestuebehandlinger
2125 – Oplivningsforsøg, herunder iltbehandling ved livstruende tilstande	Skadestuebehandlinger	Skadestuebehandlinger
2131 – Ligsyn med udstedelse af dødsattest (side 1 og 2)	Indeholdt i konsultationshonoraret	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konferencer + differentiering af "Den gode læge"
2134 – Ligsyn med udfyldelse af dødsattestens side 1	Indeholdt i konsultationshonoraret	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konferencer + differentiering af "Den gode læge"
2135 – Udfyldelse af dødsattestens side 2, inkl. forsendelse til Sundhedsdatastyrelsen	Indeholdt i konsultationshonoraret	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konfe-

		rencer + differentiering af "Den gode læge"
2133 – Forsendelse af biologisk materiale ekskl. blodprøver	Indeholdt i konsultationshonoraret	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konferencer + differentiering af "Den gode læge"
2137 – Udtagelse og forsendelse af implanterede stimulatorer og pumpe (for sendelse efter nærmere aftale med regionen)	Operationer og tilsvarende behandlinger	Operationer og tilsvarende behandlinger
2142 – Vejledning i svangerskabsforebyggende metoder ved første henvendelse fra patienten eller ved overgang til anden svangerskabsforebyggende teknik	Indeholdt i konsultationshonoraret	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konferencer + differentiering af "Den gode læge"
2143 – Vejledning og undersøgelse i forbindelse med anmodning om svangerskabsafbrydelse og/eller sterilisation	Indeholdt i konsultationshonoraret	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konferencer + differentiering af "Den gode læge"
2144 – Vejledning i benyttelse af svangerskabsforebyggende metoder ved indlæggelse af spiral eller indsættelse af implanon (ekskl. udgifter til spiral og implanon)	Operationer og tilsvarende behandlinger	Operationer og tilsvarende behandlinger
2145 – Fjernelse af implanon	Operationer og tilsvarende behandlinger	Operationer og tilsvarende behandlinger
2149 – Diagnosticering, udredning og opfølgning ved anvendelse af fagligt anerkendte psykometriske tests	* (Udvidet konsultation)	* (Udvidet konsultation)
2150 – Fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med psykisk sygdom	* (Udvidet konsultation)	* (Udvidet konsultation)
2151 – Instruktion i brug af kliniske skemaer <sup>38</sup>	* (Indeholdt i konsultationshonoraret)	* (Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konferencer + differentiering af "Den gode læge")

<sup>38</sup> Aktiviteten og økonomien for ydelseskoderne "2138 – Instruktion og udlevering af væske- og vandladningsskema" og "2146 – Hjemmeblodtryksmåling", er brugt i beregningerne i stedet for "2151 – Instruktion i brug af kliniske skemaer".

2161 – Anvendelse af kvalificeret tolk	Indeholdt i konsultationshonoraret	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konferencer + differentiering af "Den gode læge"
2100 – Tillæg til stedlig læge ved sygebesøg	Almindelig konsultation + sygebesøgstillæg + afstandstillæg	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konferencer + differentiering af "Den gode læge"
3201 – Telefoniske henvendelser til og fra kommunernes social- og sundhedsforvaltninger	Tværsektorielle konferencer	Tværsektorielle konferencer (enkel, almindelig, udvidet og rundbordssamtaler)
3304 – Social- og sundhedsforvaltningens deltagelse i møder hos lægen, lægens deltagelse i møder i social- og sundhedsforvaltningen samt lægens og social- og sundhedsforvaltningens deltagelse i møder på patientens arbejdsplads. Pr. påbegyndt modul <sup>39</sup>	Tværsektorielle konferencer	Tværsektorielle konferencer (enkel, almindelig, udvidet og rundbordssamtaler)
3410 – Indtil 4 km	Afstandstillæg	Afstandstillæg
3420 – Fra 4 indtil 8 km	Afstandstillæg	Afstandstillæg
3430 – Fra 8 indtil 12 km	Afstandstillæg	Afstandstillæg
3440 – Fra 12 indtil 16 km	Afstandstillæg	Afstandstillæg
3450 – Fra 16 indtil 20 km	Afstandstillæg	Afstandstillæg
3460 – Udover 20 km	Afstandstillæg	Afstandstillæg
3701 – pr. påbegyndt km udover 21 km	Afstandstillæg	Afstandstillæg
1208 – Tillæg til ydelse til 2., 3. og følgende patient ved besøg på andre institutioner end plejehjem, jf. § 68, stk.2	Almindelig konsultation	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konferencer + differentiering af "Den gode læge"
2201 – Pr. påbegyndt halve time ved rejser/patientledsagelse begæret i dagstiden	Indeholdt i konsultationshonoraret	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konferencer + differentiering af "Den gode læge"
2401 – Anvendes når en person: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foreviser EU-sygesikringskort udstedt i udlandet</li> </ul>	Indeholdt i konsultationshonoraret	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konfe-

<sup>39</sup> Aktiviteten for ydelseskoderne "3301 – Socialmedicin 1 modul", "3302 – Socialmedicin 2 moduler" og "3303 – Socialmedicin 3 moduler" er brugt til at finde antallet af socialmedicinske samarbejds møder.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er udenlandsk statsborger og foreviser EU-sygesikringskort udstedt i Danmark</li> <li>• Er udenlandsk statsborger og foreviser særligt sundhedskort</li> <li>• Erklærer at være sygesikret i et andet nordisk land (Sverige, Finland, Norge, Island)</li> <li>• Er britisk statsborger (skal fremvise britisk pas)</li> <li>• Er udenlandsk statsborger og foreviser en blanket S3</li> <li>• Er færring på midlertidigt ophold i Danmark og foreviser færøsk sygekassebevis A eller B</li> <li>• Er grønlænder og opholder sig midlertidigt i Danmark</li> </ul>		rencer + differentiering af "Den gode læge"
2402 – Anvendes når en person: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er dansk statsborger og foreviser EU-sygesikringskort udstedt i Danmark</li> <li>• Er dansk statsborger og foreviser et særligt sundhedskort</li> <li>• Er dansk statsborger og foreviser blanket S3</li> <li>• Patienter på danske øer, hvor der ikke er etableret lægepraksis, og hvor patienten ikke er tilmeldt læge.</li> </ul>	Indeholdt i konsultationshonoraret	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konferencer + differentiering af "Den gode læge"
2403 – Anvendes når en person: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er dansk statsborger og foreviser et særligt sundhedskort</li> <li>• Patienter på danske øer, hvor der ikke er etableret lægepraksis, og hvor patienten ikke er tilmeldt læge.</li> </ul>	Indeholdt i konsultationshonoraret	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konferencer + differentiering af "Den gode læge"
5001 – 1.tvangsindlæggelse (røde eller gule papirer)	Udvidet konsultation	Udvidet konsultation
5002 – Genindlæggelse ved tvang på samme institution (røde eller gule papirer)	Udvidet konsultation	Udvidet konsultation
5093 – Ikke-momspligtigt attestarbejde	Indeholdt i konsultationshonoraret	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konfe-

		rencer + differentiering af "Den gode læge"
5993 – Momspligtigt attestarbejde	Indeholdt i konsultationshonoraret	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konferencer + differentiering af "Den gode læge"
7101 – Urinundersøgelse ved stix	Indeholdt i konsultationshonoraret	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konferencer + differentiering af "Den gode læge"
7109 – Svælg-streptokok antigen	Laboratorieanalyser i eget laboratorium	Laboratorieanalyser i eget laboratorium
7115 – Maskinel leukocyt- og differentieltælling	Indeholdt i konsultationshonoraret	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konferencer + differentiering af "Den gode læge"
7120 – C-reaktiv protein (CRP)	Laboratorieanalyser i eget laboratorium	Laboratorieanalyser i eget laboratorium
7126 – PP-INR (koagulationsfaktorer)	Laboratorieanalyser i eget laboratorium	Laboratorieanalyser i eget laboratorium
7175 – Svangerskabsreaktion, urin choriongonadotropin	Indeholdt i konsultationshonoraret	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konferencer + differentiering af "Den gode læge"
7189 – Urin til resistensbestemmelse	Laboratorieanalyser i eget laboratorium	Laboratorieanalyser i eget laboratorium
7177 – Sænkingsreaktion (SR)	Indeholdt i konsultationshonoraret	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konferencer + differentiering af "Den gode læge"
7105 – Bakterier	Laboratorieanalyser i eget laboratorium	Laboratorieanalyser i eget laboratorium
7108 – B-hæmoglobin (fotometer)	Indeholdt i konsultationshonoraret	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konfe-

		rener + differentiering af "Den gode læge"
7136 – B-glukose (fotometer)	Indeholdt i konsultationshonoraret	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konferencer + differentiering af "Den gode læge"
7118 – Audiometri-/tympanometriundersøgelse <sup>40</sup>	* (Diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur)	* (Diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur)
7113 – Udvidet lungefunktionsundersøgelse ved spirometri	Diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur	Diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur
7121 – Dobbelt lungefunktionsundersøgelse for anstrengelsesprovokeret astma eller reversibilitetstest ved spirometri i samme konsultation	Diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur	Diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur
7156 – Elektrokardiografi, inkl. prækordialafledninger	Diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur	Diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur
7183 – Lungefunktionsundersøgelse (peak flow)	Indeholdt i konsultationshonoraret	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konferencer + differentiering af "Den gode læge"
7116 – Fasekontrastmikroskopi af biologisk materiale, eksklusiv urin	Indeholdt i konsultationshonoraret	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konferencer + differentiering af "Den gode læge"
7122 – Fasekontrastmikroskopi af urin	Indeholdt i konsultationshonoraret	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konferencer + differentiering af "Den gode læge"
9001 - Kørselsgodtgørelse	-	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konfe-

<sup>40</sup> Aktiviteten og økonomien for ydelseskoderne "7112 - Audiometriundersøgelse" og "7117 - Tympanometri", er brugt i beregningerne i stedet for "7118 – Audiometri-/tympanometriundersøgelse".

		rencer + differentiering af "Den gode læge"
9002 - Kørselsgodtgørelse	-	Almindelig konsultation + Pluspatienter + Tværsektorielle konferencer + differentiering af "Den gode læge"

## 8.11 Fordelingsmæssige konsekvenser uden differentiering

Da der endnu ikke er lavet en model til differentiering af det faste honorar præsenteres de fordelingsmæssige konsekvenser uden et estimat for differentieringen i dette bilag. Det betyder, at midlerne der er reserveret til differentiering ikke er indeholdt i denne beregning. I afsnit 4.5.3 præsenteres beregningen af de fordelingsmæssige konsekvenser inklusive et estimat på differentiering af det faste honorar "Den gode læge".

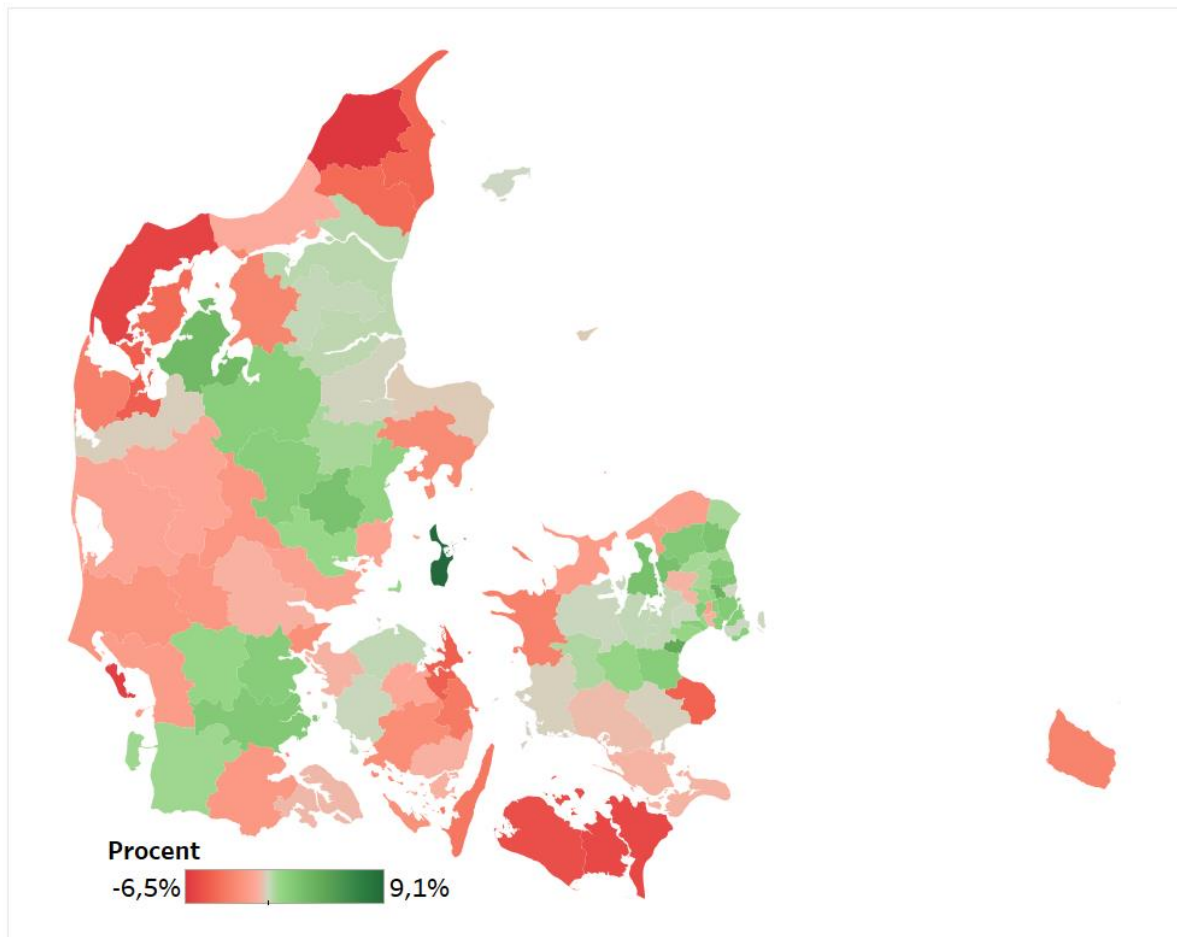
I nedenstående tabel fremgår det hvordan fordelingen på baggrund af den inkluderede delmængde af økonomien der indgår i beregningen ændrer sig på tværs af regionerne.

*Tabel 11 – Estimerede fordelingsmæssige konsekvenser pr. region under forudsætning af uændret aktivitet dog eksklusiv midlerne, som er reserveret til fremtidig differentiering af det faste honorar "Den gode læge".*

<b>Region</b>	<b>Økonomi eksisterende honorarstruktur</b>	<b>Økonomi ny honorarstruktur</b>	<b>Difference</b>	<b>Difference i procent</b>
Hovedstaden	2.277 mio. kr.	2.305 mio. kr.	28 mio. kr.	1,2 %
Midtjylland	1.903 mio. kr.	1.912 mio. kr.	9 mio. kr.	0,5 %
Nordjylland	807 mio. kr.	791 mio. kr.	-17 mio. kr.	-2,1 %
Sjælland	1.107 mio. kr.	1.102 mio. kr.	-5 mio. kr.	-0,5 %
Syddanmark	1.793 mio. kr.	1.779 mio. kr.	-15 mio. kr.	-0,8 %

I nedenstående figur fremgår det, hvordan de fordelingsmæssige konsekvenser er fordelt på kommuner såfremt midlerne reserveret til differentiering af det faste honorar "Den gode læge" ikke er inkluderet i beregningen. Grønne farver indikerer en samlet tilførsel af økonomi til en kommunes praktiserende læger og røde farver indikerer, at der samlet set fjernes økonomi fra kommunens praktiserende læger.





Figur 10 - Estimerede fordelingsmæssige konsekvenser pr. kommune under forudsætning af uændret aktivitet dog eksklusiv midlerne, som er reserveret til fremtidig differentiering af det faste honorar "Den gode læge".

Hvis den forventede fremtidige økonomi ikke indeholdt de 230 mio. kr., der er reserveret til differentiering af det faste honorar "Den gode læge", ville de fordelingsmæssige konsekvenser forventeligt være som præsenteret i Tabel 11 og Figur 10. Dermed ville Region Hovedstaden og Region Midtjylland sandsynligvis opleve en øget samlet honorering, mens den samlede honorering for almen praksis i Region Nordjylland, Region Sjælland og Region Syddanmark ville forventes at falde. Dette er dog formentligt ikke tilfældet, da der er reserveret midler til differentiering af det faste honorar "Den gode læge".

## 8.12 Eksempler på brugen af den nye honorarstruktur

### 8.12.1 Eksempel 1

Patient er til konsultation hos lægen om et medicinsk problem. Lægen tager en blodprøve til analyse i eget laboratorium. Under konsultationen gør patienten lægen opmærksom på en betænkelig plet, som lægen undersøger nærmere. Det besluttet, at pletten skal opereres væk og at det mest praktisk kan ske dagen efter. Dagen efter foretager lægen en operation, hvor pletten fjernes og sendes til biopsi. Pletten er godartet, hvilket praksis meddeler patienten.

Honorering eksempel 1

Dag 1 – Medicinsk problem, blodprøve, undersøgelse af plet		
Almindelig konsultation	159 kr.	
<i>Sum</i>		<i>159 kr.</i>
Dag 2 – Fjernelse af plet		
Almindelig konsultation	159 kr.	
Operationer og tilsvarende behandlinger	333 kr.	
<i>Sum</i>		<i>492 kr.</i>
Dag 3 – Svar på biopsi til patient		
Enkel konsultation	38 kr.	
<i>Sum</i>		<i>38 kr.</i>
Samlet honorering for eksemplet		
Dag 1	159 kr.	
Dag 2	492 kr.	
Dag 3	38 kr.	
<b>Total</b>		<b>689 kr.</b>

## 8.12.2 Eksempel 2

Patient bliver udskrevet efter operation for hoftebrud. Patienten er "svag" og "Pluspatient". Lægen aftaler tid med hjemmesygeplejen om et videomøde for at drøfte en plan for opfølgning af patienten. Lægen besøger patienten i hjemmet, hvor der tales om hvordan patienten har det og klarer sig. Patienten undersøges og medicinering gennemgås og aftales. Patienten bor 3 km fra praksis.

Honorering eksempel 2

Videomøde med hjemmesygeplejen		
Almindelig tværsektoriel konference		159 kr.
<i>Sum</i>		<i>159 kr.</i>
Konsultation i hjemmet		
Udvidet konsultation		440 kr.
Pluspatient	440 x 0,25	110 kr.
Sygebesøgstillæg		157 kr.
Afstandstillæg 3 km	(3 x 2) x 15	90 kr.
<i>Sum</i>		<i>797 kr.</i>
<b>Total</b>		<b>956 kr.</b>

## 8.12.3 Eksempel 3

Patient er til konsultation hos lægen om et medicinsk problem. Lægen måler blodtryk. Lægen beslutter, at der skal foretages EKG og lungefunktionsundersøgelse (spirometri). Sygeplejersken foretager EKG og spirometri. Resultatet er tilfredsstillende. Lægen og patient aftaler det videre forløb og patient går.

Honorering eksempel 3

Konsultation med EKG og lungefunktionsundersøgelse (spirometri)		
Almindelig konsultation		159 kr.
Diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur		156 kr.
<b>Total</b>		<b>315 kr.</b>

## 8.12.4 Eksempel 4

Patient er til konsultation med "ondt i maven" i en opfølgende konsultation. Der er ikke fundet en somatisk årsag til "ondt i maven", hvilket lægen oplyser patienten om. Under samtalen oplyser patienten, at vedkommende er i krise på grund af fyring fra job samtidigt med en forestående skilsmisse. Der aftales opfølgende konsultation om patientens samlede situation et par dage efter.

Honorering eksempel 4

Dag 1 – Opfølgning på ondt i maven		
Almindelig konsultation	159 kr.	
<i>Sum</i>		<i>159 kr.</i>
Dag 2 – Opfølgning på patientens samlede situation på baggrund af kriserne i patientens liv		
Udvidet konsultation	440 kr.	
<i>Sum</i>		<i>440 kr.</i>
Samlet honorering for eksemplet		
Dag 1	159 kr.	
Dag 2	440 kr.	
<b>Total</b>		<b>599 kr.</b>

## 8.12.5 Eksempel 5

Patient med alvorlig KOL og diabetes er til årskontrol hos lægen. Der foretages lungefunktionsundersøgelse (spirometri). Der foretages medicingennemgang. Der tages blodprøver til centrallaboratorium.

Honorering eksempel 5

Årskontrol med lungefunktionsundersøgelse (spirometri) for patient med alvorlig KOL og diabetes		
Udvidet konsultation	440 kr.	
Diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur	156 kr.	
<b>Total</b>		<b>596 kr.</b>

## 8.12.6 Eksempel 6

Patient ringer til praksis for at få en konsultation hos lægen. Sekretæren spørger ind til hvad det handler om og de drøfter kort behovet for at tale med lægen. Patienten får en tid til konsultation dagen efter.

Honorering eksempel 6

Intet honorar – det er en tidsbestilling. Konsultationen dagen efter bliver honoreret med den relevante konsultationstype.

### 8.12.7 Eksempel 7

Mor og barn møder akut op i praksis. Barnet har fået en perle i næsen, som moren ikke kan få ud. Praksissygeplejersken fjerner perlen.

#### Honorering eksempel 7

Barn får fjernet en perle i næsen	
Almindelig konsultation	159 kr.
Skadestuebehandlinger	207 kr.
<b>Total</b>	<b>366 kr.</b>

### 8.12.8 Eksempel 8

En patient er i et kontrolforløb i forbindelse med behandling på et sygehus. Af praktiske grunde ønskes en blodprøve til centrallaboratoriet taget i praksis. Patienten møder i praksis og får taget en blodprøve som sendes til analyse på centrallaboratoriet.

#### Honorering eksempel 8

Hospitalsrekvireret blodprøvetagning	
Almindelig konsultation	159 kr.
<b>Total</b>	<b>159 kr.</b>

### 8.12.9 Eksempel 9

Lægen kører på besøg i forskellige patienters hjem.

- Patient A bor 3 km. fra lægens praksis.
- Patient B bor på et plejehjem 5 km fra patient A.
- Patient C bor på samme plejehjem som patient B.
- Patient D bor på samme plejehjem, som patient B og C. Lægen foretager en drøftelse af patienten med sygeplejersken, men tilser ikke selv patient D.
- Patient E bor 2 km. fra plejehjemmet og 4 km. fra praksis.

Honorering eksempel 9

Patient A – bor 3 km. fra praksis		
Almindelig konsultation		159 kr.
Sygebesøgstillæg		157 kr.
Afstandstillæg	3 x 15 kr.	45 kr.
<i>Sum</i>		<i>361 kr.</i>
Patient B – bor 5 km. fra patient A		
Almindelig konsultation		159 kr.
Sygebesøgstillæg		157 kr.
Afstandstillæg	5 x 15 kr.	75 kr.
<i>Sum</i>		<i>391 kr.</i>
Patient C – Bor på samme plejehjem		
Udvidet konsultation		440 kr.
Sygebesøgstillæg		157 kr.
<i>Sum</i>		<i>597 kr.</i>
Patient D – Samme plejehjem. Lægen er kun i kontakt med sygeplejersken om patientens tilstand		
Almindelig tværsektoriel konference		159 kr.
<i>Sum</i>		<i>159 kr.</i>
Patient E – Bor 2 km. fra plejehjemmet og 4 km. fra praksis		
Almindelig konsultation		159 kr.
Sygebesøgstillæg		157 kr.
Afstandstillæg fra plejehjem til patient	2 x 15 kr.	30 kr.
Afstandstillæg fra patient til praksis	4 x 15 kr.	60 kr.
<i>Sum</i>		<i>406 kr.</i>
<b>Total</b>		<b>1.914 kr.</b>

## 8.13 Tillæg til pluspatienter

Hvad koster det at hæve tillægget til "Pluspatienter" med 1 procentpoint fra 25 % til 26 %.

*Tabel 12 Prisen for at hæve tillægget for pluspatienter med 1 procentpoint*

Tillæg til pluspatient 25 %		
Enkel konsultation	$(17.565.489 \times 0,1) \times (38 \times 0,25)$	16.687.215
Almindelig konsultation	$(21.552.869 \times 0,1) \times (159 \times 0,25)$	85.672.654
Udvidet konsultation	$(1.775.253 \times 0,1) \times (440 \times 0,25)$	19.527.783
<i>I alt</i>		<i>121.887.652</i>
Tillæg til pluspatient 26 %		
Enkel konsultation	$(17.565.489 \times 0,1) \times (38 \times 0,26)$	17.354.703
Almindelig konsultation	$(21.552.869 \times 0,1) \times (159 \times 0,26)$	89.099.560
Udvidet konsultation	$(1.775.253 \times 0,1) \times (440 \times 0,26)$	20.308.894
<i>I alt</i>		<i>126.763.157</i>
Difference	126.763.157 - 121.887.652	4.875.505

I Tabel 12 fremgår det at det koster 4,8 mio. kr. at hæve tillægget for "Pluspatienter" med 1 procentpoint, såfremt at "Enkel konsultation" er takstsat til 38 kr., "Almindelig konsultation" til 159 kr. og "Udvidet konsultation" til 440 kr. Hvis taksterne er anderledes, vil prisen for at hæve tillægget for "Pluspatienter" også være anderledes.

## 8.14 Forslag til ændringer af profylakseaftalen

Profylakseaftalen beskriver en række vederlagsfrie forebyggende helbredsundersøgelser af gravide, børn og unge og vaccinationer af børn og bestemte målgrupper af voksne. Af profylakseaftalens indledning fremgår det, at den er:

*...udformet på grundlag af lovgivningen, herunder bekendtgørelser og vejledninger samt Sundhedsstyrelsens retningslinjer og Statens Serum Instituts anbefalinger og fastlægger honorering m.v. af alment praktiserende læger dels for udførelse af de vederlagsfrie forebyggende helbredsundersøgelser af gravide, som led i svangreomsorg, forebyggende helbredsundersøgelser af børn og unge og vaccinationer af børn, og af visse voksne. Endelig omfatter aftalen også honorering af praktiserende læger, der i forlængelse af Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorg efter kommunal eller regional anmodning deltager i lokale tværfaglige teams og/eller i regionale fødeplanudvalg.*

Ydelserne i profylakseaftalen er ikke en del af overenskomsten og beskrives derfor separat i dette bilag. Det kunne dog med fordel overvejes om den profylaktiske indsats bør indgå som en del af overenskomsten for almen praksis, da overenskomsten allerede har fokus på den forebyggende indsats i almen praksis. Eksempelvis fremgår det af overenskomsten § 1, stk. 2, at:

*“Overenskomsten vedrører gruppe 1-sikrede borgere og omfatter vederlagsfri sygdomsbehandling og forebyggende arbejde i henhold til sundhedsloven. ”*

Nedenstående indeholder en beskrivelse af profylakseaftalens ydelser i den eksisterende struktur. Dernæst præsenteres forslag til hvordan den eksisterende profylakseaftale kan forenkles, ved at reducere antallet af ydelseskoder. Til sidst præsenteres forslag til hvordan profylakseaftalens ydelser kan indarbejdes i den nye honorarstruktur.

### 8.14.1 Eksisterende ydelser i profylakseaftalen

Den eksisterende ydelsesliste i profylakseaftalen er lang og kompleks. Mange af ydelserne indeholder lange ydelsestekster, som bærer præg af, at være en vejledning til brug af ydelsen. I tabellen nedenfor er de eksisterende ydelseskoder inklusiv ydelsestekst og takst pr. 1. april 2023 opsamlet.

*Tabel 13 - Ydelseskoder og -tekst i profylakseaftalen*

<b>Ydelseskode</b>	<b>Ydelse</b>	<b>Takst (kr.)</b>
8110	<p>1. lægeundersøgelse (ca. 6-10 graviditetsuger)  Ydelsen inkluderer indsendelse af blodprøve til et forsendelsessted (blodtype, antistoffer, hepatitis B, HIV og syfilis). Ved flere forsendelsessteder honoreres med tillægsydelsen 8151 pr. yderligere forsendelsessted.  Ydelsen inkluderer endvidere urinundersøgelse for albuminuri og glucosuri (stix) samt undersøgelse af urin for asymptomatisk bakteriuri (stix eller mikroskopi), der i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinier tilbydes alle gravide. Ydelsen inkluderer lægens afklaring af, om den gravide ønsker information om fosterdiagnostik og levering af basal information til de kvinder, som ønsker det.</p> <p>Supplerende urindyrkning ved positivt resultat af undersøgelse for asymptomatisk bakteriuri honoreres med tillægsydelse 8159.</p>	508,32
8120	<p>2. lægeundersøgelse (ca. 25 graviditetsuger)  Ydelsen inkluderer urinundersøgelse for clucosuri (stix) og asymptomatisk bakteriuri (stix eller mikroskopi), der i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinier skal tilbydes alle gravide. Blodprøver, herunder blodprøver hos kvinder med RhD negativ blodtype afregnes med tillægsydelse 8151 pr. forsendelsessted. Supplerende urindyrkning ved positivt resultat af undersøgelse for asymptomatisk bakteriuri honoreres med tillægsydelse 8159.</p>	183,24
8130	<p>3. lægeundersøgelse (ca. 35 graviditetsuger)  Ydelsen inkluderer urinundersøgelse for albuminuri og glucosuri (stix).</p>	183,24
8140	<p>4. lægeundersøgelse (ca. 8 uger efter fødslen)</p>	221,08



8151	<p>Blodprøvetagning fra blodåre til særlige prøver – herunder til brug for fosterdiagnostik – til undersøgelse på Statens Serum Institut eller sygehuslaboratorium.</p> <p>Såfremt de i Sundhedsstyrelsens retningslinjer anbefalede serodiagnostiske undersøgelser skal udføres ved indsendelse af blodprøver til såvel Statens Serum Institut som sygehuslaboratorium, er lægen i forbindelse med 1. lægeundersøgelse berettiget til ét honorar for tillægsydelse 8151, og ved 2. og 3. lægeundersøgelse til honorar til tillægsydelse 8151 for hver indsendelse.</p> <p>Såfremt der ved 1. lægeundersøgelse viser sig behov for serodiagnostiske undersøgelser udover tilbuddet til alle gravide, men dette ikke medfører behov for indsendelse af prøver til flere steder, ydes der ikke honorar for tillægsydelse 8151.</p>	53,00
8152	Forsendelse af biologisk materiale, ekskl. blodprøver	37,88
8153	B-glukose	57,79
8164	B-hæmoglobin	57,79
8155	Urinundersøgelse ved stix	14,44
8165	Fasekontrastmikroskopi af urin	57,79
8168	Fasekontrastmikroskopi af biologisk materiale, ekskl. urin	72,24
8159	Bakterier	43,34
8211	1. børneundersøgelse, når barnet er 5 uger	221,26
8212	2. børneundersøgelse, når barnet er 5 måneder	221,26
8213	3. børneundersøgelse, når barnet er 12 måneder	221,26
8214	4. børneundersøgelse, når barnet er 2 år	221,26
8215	5. børneundersøgelse, når barnet er 3 år	221,26
8216	6. børneundersøgelse, når barnet er 4 år	221,26
8217	7. børneundersøgelse, når barnet er 5 år	221,26
8341	<p>Di-Te-Ki-Pol-Hib-vaccination</p> <p>Vaccinationen gives 3 gange, som udgangspunkt ved 3, 5 og 12 måneder.</p>	50,06
8325	<p>Di-Te-Ki-Pol-revaccination</p> <p>Revaccination, som gives 1 gang, som udgangspunkt ved 5-årsalderen. Påbegyndes vaccination først når barnet er fyldt 10 år, benyttes alene denne vaccine, og gives så i alt 4 gange. Vaccination skal være gennemført inden det fyldte 18. år.</p>	50,06
8601	<p>Vaccination mod mæslinger, fåresyge og røde hunde (MFR-vaccination)</p> <p>Vaccination, som gives 2 gange, som udgangspunkt ved 15 måneders- og 4-årsalderen.</p> <p>Vaccination skal være gennemført inden det fyldte 18. år.</p>	50,06
8618	Honorar for telefonisk henvendelse til forældrene forud for MFR-vaccination	30,29
8344	Pneumokokvaccination.	50,06

	Vaccination, som gives 3 gange, som udgangspunkt ved 3, 5 og 12 måneder. Er barnet fyldt 2 år, gives denne vaccine ikke.	
8708	Tillæg til vaccinationshonorar når der ikke samtidig udføres en børneundersøgelse eller en konsultation	104,62
8328	Vaccination mod human papilloma virus (HPV-vaccination) Vaccination, som gives 2-3 gange afhængigt af alder – 2 vaccinationer til børn i alderen 12-14 år, mens der gives 3 vaccinationer fra det fyldte 15. år. Vaccination kan påbegyndes fra det fyldte 12. år og skal være gennemført inden det fyldte 18. år.	154,71
8801	Vaccination til kvinder mod røde hunde MFR-vaccination, som gives 1 gang, til kvinder i den fertile alder, som ikke har opnået immunitet mod røde hunde.	50,06
8802	Vaccination til ikke-immune voksne mod mæslinger MFR-vaccination, som gives 1 gang til voksne, som ikke har opnået immunitet mod mæslinger.	50,06
8901	Tillæg til vaccinationshonorar, når der ikke samtidig er konsultation i øvrigt	104,62
8310	Vaccination mod hepatitis B efter konkret anbefaling fra Styrelsen for Patientsikkerhed (til børn i visse børnehaver og boligområder) Der vaccineres tre gange. Der kan benyttes en hepatitis B-vaccine eller en kombinationsvaccine for både hepatitis A og B.	154,71
8318	Hepatitis B-vaccination eller A+B-vaccination til særlige risikogrupper Der vaccineres 3 gange. De særlige risikogrupperer: <ul style="list-style-type: none"> <li>- personer, der bor sammen med eller er seksualpartner til en person med kronisk hepatitis B. Der benyttes en hepatitis B-vaccine, dog benyttes en kombinationsvaccine for både hepatitis A og B, hvis personen er under 18 år.</li> <li>- ikke-smittede injektionsnarkomaner. Der benyttes som udgangspunkt en kombinationsvaccine for både hepatitis A og B.</li> <li>- personer, der har fået diagnosticeret hepatitis C.</li> </ul> Der benyttes som udgangspunkt en kombinationsvaccine for både hepatitis A og B.	154,71
8314	Vaccination mod hepatitis B til børn under 2 år, som er født af en mor med kronisk hepatitis B Der vaccineres 3 gange med en hepatitis B-vaccine	154,71
8940	Vaccinationer med klausuleret tilskud	154,71
8410	Tillæg ved anvendelse af kvalificeret tolk i forbindelse med ydelser omfattet af denne aftale	146,37

### 8.14.2 Forslag til nye ydelser i profylakseaftalen

Dette afsnit indeholder forslag til hvordan ydelseslisten i profylakseaftalen kan se ud, hvis den forenkles ud fra et princip om, at sammenlignelige ydelser med en nogenlunde ens økonomi sammenlægges. Udover sammenlægningen af eksisterende ydelseskoder indeholder forslaget til forenkling af profylakseaftalen også en forenkling af ydelsesteksterne.

<b>Eksisterende ydelseskoder</b>	<b>Ydelse</b>	<b>Takst (kr.)</b>
8110	1. svangreundersøgelse (ca. 6-10 graviditetsuger)	508,32
8120 8130 8140	2., 3. og 4. svangreundersøgelse (ca. 25 graviditetsuger, 35 graviditetsuger og 8 uger efter fødslen)	195,85
8151 8152	Udgår som selvstændige ydelser, da de er inkluderet i 1. svangreundersøgelse	
8153 8164	Udgår som selvstændige ydelser, da de er inkluderet i 1. svangreundersøgelse	
8155	Udgår som selvstændig ydelse, da den er inkluderet i svangreundersøgelsen	
8165 8168	Fasekontrastmikroskopi	65,02
8159	Bakterier	43,34
8211	Børneundersøgelse, 5 uger	221,26
8212	Børneundersøgelse, 5 måneder	221,26
8213	Børneundersøgelse, 12 måneder	221,26
8214 8215 8216 8217	Børneundersøgelse 2, 3, 4 og 5 år	221,26
8341 8325 8601 8344	Vaccination*	50,06
8618 8801 8802	Telefonisk henvendelse til forældre forud for MFR-vaccination	30,29
8708 8901	Vaccinationstillæg når der ikke samtidigt udføres en børneundersøgelse eller konsultation	104,62
8310 8318 8314 8328 8940	Hepatitis vaccination HPV-vaccination Vaccinationer med klausuleret tillæg	154,71
8410	Tillæg ved anvendelse af kvalificeret tolk i forbindelse med ydelser omfattet af profylakseaftalen	146,37

\* Di-Te-Ki-Pol-Hib-vaccination og revaccination, MFR-vaccination, Pneumokokvaccination. Typen registreres i DDV.

Ud over forenklingen beskrevet i tabellen ovenfor foreslås det også, at der laves en vejledning i brug af profylakseaftalens ydelser på samme måde, som den eksisterende vejledning i brugen af overenskomstens ydelser. Sekretariatets forslag til en vejledning er lavet med udgangspunkt i teksterne i de eksisterende ydelseskoder.

#### 8.14.2.1 Vejledning i brug af profylakseaftalens ydelser

##### 1. lægeundersøgelse (ca. 6-10 graviditetsuger)

Ydelsen inkluderer forsendelse af blodprøve til et forsendelsessted (blodtype, antistoffer, hepatitis B, HIV og syfilis). Ved flere forsendelsessteder honoreres med ydelsen "Forsendelse af biologisk materiale" pr. yderligere forsendelsessted.

Ydelsen inkluderer endvidere urinundersøgelse for albuminuri og glucosuri (stix) samt undersøgelse af urin for asymptomatisk bakteriuri (stix eller mikroskopi), der i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinjer tilbydes alle gravide. Ydelsen inkluderer lægens afklaring af, om den gravide ønsker information om fosterdiagnostik og levering af basal information til de kvinder, som ønsker det.

Supplerende urindyrkning ved positivt resultat af undersøgelse for asymptomatisk bakteriuri honoreres med ydelsen "Bakterier".

##### 2. og 3. lægeundersøgelse (ca. 25 og 35 graviditetsuger)

Ydelsen inkluderer urinundersøgelse for albuminuri (3. lægeundersøgelse), glucosuri (stix) (2. og 3. lægeundersøgelse) og asymptomatisk bakteriuri (stix eller mikroskopi) (2. lægeundersøgelse), der i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinjer skal tilbydes alle gravide. Blodprøver, herunder blodprøver hos kvinder med RhD negativ blodtype afregnes med ydelsen "Forsendelse af biologisk materiale" pr. forsendelsessted. Supplerende urindyrkning ved positivt resultat af undersøgelse for asymptomatisk bakteriuri honoreres med ydelsen "Bakterier".

##### Bakterier

Dyrkning af biologisk materiale i eget laboratorium.

##### Vaccination

Di-Te-Ki-Pol-Hib-vaccinationen gives 3 gange, som udgangspunkt ved 3, 5 og 12 måneder. Revaccinationen gives 1 gang, som udgangspunkt ved 5-årsalderen.

Påbegyndes vaccination først når barnet er fyldt 10 år, benyttes alene denne vaccine, og gives så i alt 4 gange. Vaccination skal være gennemført inden det fyldte 18. år.

##### MFR-vaccination

Vaccination, som gives 2 gange, som udgangspunkt ved 15 måneders- og 4 årsalderen. Vaccination skal være gennemført inden det fyldte 18. år.

MFR-vaccination kan også gives 1 gang til kvinder i den fertile alder, som ikke har opnået immunitet mod røde hunde.

MFR-vaccination kan også gives 1 gang til voksne, som ikke har opnået immunitet mod mæslinger.

##### Pneumokokvaccination

Vaccination, som gives 3 gange, som udgangspunkt ved 3, 5 og 12 måneder.

Er barnet fyldt 2 år, gives denne vaccine ikke.

#### HPV-vaccination

Vaccination, som gives 2 gange til børn i alderen 12-14 år, mens der gives 3 vaccinationer fra det fyldte 15. år.

Vaccination kan påbegyndes fra det fyldte 12. år og skal være gennemført inden det fyldte 18. år.

#### Hepatitis vaccination

Der kan gives hepatitis vaccinationer til følgende risikogrupper:

- Vaccination mod hepatitis B efter konkret anbefaling fra Styrelsen for Patientsikkerhed (til børn i visse børnehaver og boligområder). Der vaccineres 3 gange. Der kan benyttes en hepatitis B-vaccine eller en kombinationsvaccine for både hepatitis A og B
- Hepatitis B-vaccination eller A+B-vaccination til særlige risikogrupper. Der vaccineres 3 gange. De særlige risikogrupper er:
  - Personer, der bor sammen med eller er seksualpartner til en person med kronisk hepatitis B. Der benyttes en hepatitis B-vaccine, dog benyttes en kombinationsvaccine for både hepatitis A og B, hvis personen er under 18 år
  - Ikke-smittede injektionsnarkomaner. Der benyttes som udgangspunkt en kombinationsvaccine for både hepatitis A og B
  - Personer, der har fået diagnosticeret hepatitis CDer benyttes som udgangspunkt en kombinationsvaccine for både hepatitis A og B
- Vaccination mod hepatitis B til børn under 2 år, som er født af en mor med kronisk hepatitis B. Der vaccineres 3 gange med en hepatitis B-vaccine

### 8.14.3 Forslag til inkorporering af profylakseaftalens ydelser i forslaget til ny honorarstruktur

Forslaget til forenklet honorarstruktur for profylakseaftalen følges af en anbefaling om, at parterne sammen med de statslige sundhedsmyndigheder overvejer, om den overordnede ramme for profylakseaftalen bør ændres, så profylakseopgaven og -aftalen indarbejdes som en almindelig del af Overenskomst om almen praksis. Aktiviteterne, der er omfattet af profylakseaftalen er allerede indeholdt i beskrivelsen af opgaverne i almen praksis i "Common trunk". Hvis aktiviteten, som er indeholdt i profylakseaftalen, skal indarbejdes i den nye honorarstruktur skal dette gøres på baggrund af principperne for indførelse af nye opgaver, hvor parterne indplacerer de nuværende ydelser fra profylakseaftalen i den nye honorarstruktur. Derudover bør midlerne fra profylakseaftalen følge aktiviteten og dermed bør økonomirammen øges, hvis aktiviteten inkluderes i honorarstrukturen.

Honorarstrukturrådet foreslår at en indarbejdelse af profylakseaftalens ydelser i den nye honorarstruktur kan ske på nedenstående vis.

#### Børneundersøgelser og børnevaccinationsprogrammet:

Børneundersøgelser, hvor der ikke foretages vaccination (5 uger, 2 år og 3 år) honoreres som "Almindelig konsultation".

Parterne kan eventuelt overveje om 5 ugers undersøgelsen skal honoreres som "Udvidet konsultation" på baggrund af indholdet i undersøgelsen.

Børneundersøgelser med samtidig vaccination (5 mdr., 12 mdr., 4 år og 5 år) honoreres som "Udvidet konsultation".

Vaccinationer uden samtidig børneundersøgelse (3 mdr., 15 mdr., 12 år) honoreres som "Almindelig konsultation".

Orienterer lægen ved afslutning af børneundersøgelserprogrammet den kommunale sundhedsplejerske om barnets tilstand honoreres dette som "Tværsektoriel konference"

#### Helbredsundersøgelser af gravide:

Graviditetsundersøgelser honoreres som "Almindelig konsultation". Parterne kan eventuelt overveje om 1. graviditetsundersøgelse skal honoreres som "Udvidet konsultation" på baggrund af indholdet i undersøgelsen.

#### Vaccinationer til voksne samt risikogrupper og vaccinationer med klausuleret tilskud jf. profylakseaftalen

Vaccinationer honoreres som "Almindelig konsultation".

Profylakseaftalens ydelser vedrørende forsendelse (nuværende ydelseskoder 8151 og 8152), mindre laboratorieanalyser (nuværende ydelseskoder 8153, 8155, 8164, 8165 og 8168) og tillæg for tolkning (8410) vil være forudsat honoreret via konsultationshonoraret.

#### To konsultationer samme dag - undtagelsesregel

Rejser patienten under konsultationen spørgsmål angående andre sundheds- eller sygdomsforhold, end de, der er omfattet af profylakseaftalens ydelser, kan der samme dag honoreres for den relevante konsultationstype (typisk "Almindelig konsultation"). Dette skal omfattes af undtagelserne for to konsultationer samme dag (afsnit 4.3.1) og indarbejdes i den foreslåede tekniske løsning, hvor lægen kan markere årsag for to konsultationer samme dag.

## 9 Understøttende materiale

### 9.1 Honorering og motivation i almen praksis

# Honorering og motivation i almen praksis

Danish Centre for Health Economics  
Discussion paper no. 1/2023

---

## Forfattere

Dorte Gyrd-Hansen, Dansk Center for Sundhedsøkonomi - DaCHE, SDU  
Søren Rud Kristensen, Dansk Center for Sundhedsøkonomi - DaCHE, SDU  
Kim Rose Olsen, Dansk Center for Sundhedsøkonomi - DaCHE, SDU  
Anne Sophie Oxholm\*, Dansk Center for Sundhedsøkonomi - DaCHE, SDU  
Line Bjørnskov Pedersen, Dansk Center for Sundhedsøkonomi - DaCHE, SDU  
& Forskningsenheden for Almen Praksis, SDU

## YDERLIGERE INFORMATION

\*Korresponderende forfatter:

Anne Sophie Oxholm.

E-mail: [asoxholm@sdu.dk](mailto:asoxholm@sdu.dk).

Dansk Center for Sundhedsøkonomi  
Institut for Sundhedstjenesteforskning  
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet  
Syddansk Universitet, SDU  
J.B. Winsløvs Vej 9B,  
5000 Odense C  
ISSN 2246-3097

This is an unedited manuscript  
Copyright is held by the author(s)  
Any inquiries for permission to post  
elsewhere should be directed to them.



## **Honorering og motivation i almen praksis**

Dorte Gyrd-Hansen, Søren Rud Kristensen, Kim Rose Olsen,  
Anne Sophie Oxholm\*, Line Bjørnskov Pedersen

DaCHE – Dansk Center for Sundhedsøkonomi  
Institut for Sundhedstjenesteforskning  
Syddansk Universitet

Februar 2023

Dette arbejdspapir er finansieret af Fonden for Almen Praksis som et supplement til Honorarstrukturrådet for almen praksis' afsluttende rapport. Rådet har ikke været involveret i udarbejdelsen af arbejdspapiret og har således ikke ansvar for indholdet.

\*Korresponderende forfatter: Anne Sophie Oxholm. E-mail: [asoxholm@sdu.dk](mailto:asoxholm@sdu.dk).

## Indholdsfortegnelse

- **Kapitel 1. Honorarmodeller i almen praksis** ..... 4
- **Kapitel 2. Udvalgte udenlandske erfaringer med honorering i almen praksis** ..... 17
- **Kapitel 3. Udvalgte erfaringer fra almen praksis' overenskomstændringer i 2018** ..... 29
- **Kapitel 4. Honorering af tværsektorielt samarbejde** ..... 34
- **Kapitel 5. Lægers motivationsprofiler** ..... 41

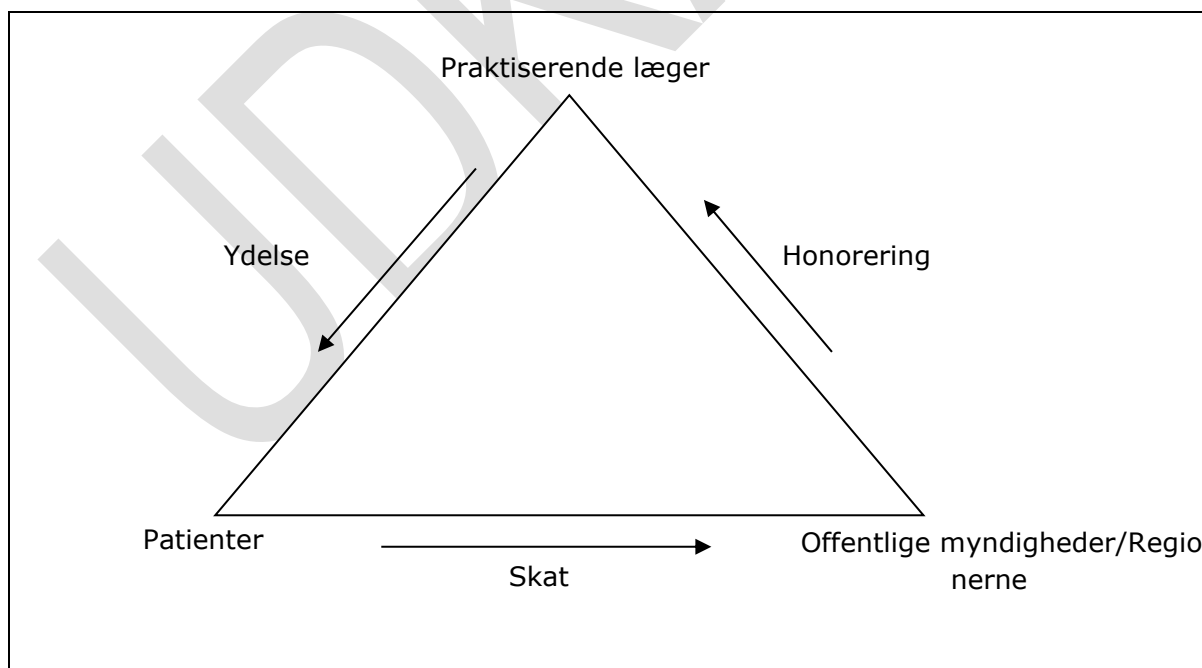
UDKAST

## Kapitel 1. Honorarmodeller i almen praksis

Formålet med dette kapitel er at diskutere design af honorarmodeller målrettet alment praktiserende læger. Udgangspunktet for diskussionen er de forudsætninger og særlige forhold, der hersker inden for det danske sundhedsvæsen, hvor alment praktiserende læger primært er selvstændige erhvervsdrivende, og sundhedsvæsenet er finansieret gennem offentlige skatter. Honorarmodeller udgør et styringsredskab, som kan bidrage til at sikre 1) god behandling af den enkelte patient både i relation til mængde (aktivitet) og kvalitet af ydelser, og 2) optimal ydelsessammensætning set fra et myndigheds perspektiv, dvs. levering af omkostningseffektiv behandling med lige adgang til god behandling for alle patientgrupper.

Med sundhedsloven fra 2007 er rollerne defineret mellem regioner, alment praktiserende læger og patienter. Regionsrådet har ansvar for at sikre tilbud om behandling til patienter hos de praktiserende læger. De praktiserende læger agerer således i et tresidigt afhængighedsforhold, der eksisterer mellem patienterne, regionerne og lægerne. Indenfor økonomisk teori beskrives sådanne gensidige afhængighedsforhold som en række principal-agent relationer. Teorien er ofte blevet anvendt til at forklare relationen mellem en arbejdsgiver (en principal) og en arbejdstager (en agent). Den kan således også anvendes til at analysere forholdet mellem læge (agent), patient (principal), og myndigheder (principal) i almen praksis. Disse relationer er karakteriserede ved asymmetrisk information, hvor lægen, der agerer som agent for både patient og myndigheder, typisk besidder information om symptomer, behandlinger mv., som patienten og myndigheder ikke har samme viden om. Figur 1 illustrerer det tresidede afhængighedsforhold mellem parterne, hvor myndighederne (i stort omfang) betaler lægen for de ydelser, som patienten modtager.

Figur 1 – Den økonomiske relation mellem almen praksis, patienter og myndighederne



Udfordringen i det tresidede afhængighedsforhold er at skabe et forhold, som afstemmer principalernes (patient og myndigheder) og agentens (lægens) interesser på trods af den asymme-

triske information. En ekstra udfordring er, at de to principalers (patient og myndigheder) interesser ikke altid er i overensstemmelse. Myndighedernes interesse kan på flere områder afvige fra den enkelte patients' udtrykte ønske. For eksempel vil myndighederne i højere grad have et populationsperspektiv, hvilket betyder, at myndighederne også interesserer sig for borgere, der har behov for lægehjælp, men som ikke i tilstrækkelig grad formår selv at efterspørge ydelser. Myndighederne kan også fokusere på fordelingen af ydelser på tværs af patienter for at sikre lighed i behandling og sundhedstilstand. Endvidere kan der være et ønske om at mindske antallet af unødvendige henvisninger til speciallæger for at sikre, at behandlingen sker på lavest mulige omkostningsniveau (LEON-princippet). I tilfælde, hvor myndighedernes ønsker afviger fra patienternes ønsker, befinder den praktiserende læge sig i et dilemma.

Myndighedernes honorering af de praktiserende læger er et centralt redskab til at sikre, at der kommer en ønsket fordeling og levering af ydelser til patienterne. Derudover skal der gerne være enighed mellem parterne om, hvad der karakteriserer de ydelser, som lægen leverer, og hvad der karakteriserer god lægeadfærd, da adfærd kan incentiveres ved andet end penge (se evt. kapitel 5 om lægers motivation). En velfungerende kontrakt mellem læge og betaler vil således, udover at indeholde en aftale om betaling, også indeholde aftaler om kvalitet- og kvantitetsmonitorering.

Der er flere modeller for, hvordan læger i almen praksis kan honoreres. Alle honorarmodeller har indbyggede incitament og vil derfor påvirke lægens adfærd. Ingen modeller kan dog undgå at have uhensigtsmæssige incitament. Ethvert modelvalg vil således indbefatte afvejninger mellem typer af målopfyldelse for myndighederne. I det følgende præsenteres og diskuteres de typiske honorarmodeller med henblik på at fremhæve fordele og ulemper ved modelerne.

### **Fastløn**

I det tilfælde, hvor lægen modtager en fast månedlig løn, er der lille mulighed for at påvirke adfærd såsom behandlingsaktivitet og -kvalitet, henvisningsmønster eller receptudskrivninger gennem økonomiske incitament i almen praksis. Hvis lægen ikke havde andre motivationer for at arbejde end at tjene penge, ville der være lille incitament til at yde en indsats (udover det påkrævede for at undgå kontraktophør), fordi indtjening ikke er koblet til indsats. Det er dog naturligvis sådan at læger, ligesom andre professionelle, motiveres til at arbejde af andre faktorer (for yderligere detaljer se kapitel 5). Hvor stærke disse andre motivationsfaktorer er, vil have betydning for, hvordan lægen agerer under fastløn. Lægernes motivation under fastløn kan også påvirkes af, om lægen for eksempel er ansat med forfremmelsesmuligheder samt tilstedeværelsen af en daglig ledelse. Den økonomiske teori tilsiger dog, at der under fastløn alt andet lige vil være mindre incitament til at levere ydelser til patienter, samt et øget incitament til at henvise, da det vil reducere lægens indsats uden at mindske lønindtægten. Set fra myndighedernes side har fastløn dog også nogle fordele. Fastløn er nemt at administrere, giver en høj grad af budgetkontrol og mindsker risikoen for udbudsinducering (unødvendigt udbud af ydelser). Fordelene og ulemperne skyldes en afkobling mellem ydelser og betaling. Denne afkobling er gældende for aflønningssystemer som fastløn og basishonorering. Fordele og ulemper ved sådanne systemer foldes mere ud i det følgende afsnit om basishonorering.

### **Basishonorering**

Basishonorering, også kaldt per capita honorering, kan i praksis kun fungere i sundhedsvæsenet, hvor en patient er tilknyttet én almen praksis. Denne honorering varierer ikke med behandlingsaktivitet eller -kvalitet per patient, hvilket betyder, at myndighederne har kontrol med udgiften. Det er således lægen, der bærer hele risikoen for, at behandlingsudgifterne er for høje i

forhold til indtægterne. Dette kan betyde, at lægen har incitament til at selekttere de patienter, der knyttes til lægens praksis (i det omfang det er muligt) – såkaldt ”cream skimming” adfærd. I Danmark kan ”cream-skimming” for eksempel forekomme ved, at praksisser placeret i områder med videregående uddannelser åbner deres liste, når studieåret begynder for dermed at sikre sig flere yngre patienter på listen.

Fordi basishonoraret er fast, og dermed uafhængigt af aktivitetsniveauet, vil en stor andel basishonorering ud af den samlede honorering i almen praksis give et mindre incitament til udbudsinduceret efterspørgsel, hvilket er positivt. Et negativt aspekt ved en stor andel basishonorering er, at lægen har et økonomisk incitament til at slække på indsatsen, fordi honoreringen er den samme, uanset hvor godt arbejdet udføres. Ud fra principal-agent teorien kan man derfor i et system med ren basishonorering, såvel som ved fastløn, risikere at se underbehandling af patienterne samt et øget antal henvisninger til specialister og hospitaler (Iversen og Luras 2000). Studier viser, at særligt patienter med stort behov for ydelser, kan blive underbehandlede, når lægernes aflønning er uafhængig af aktivitet (Oxholm et al. 2019, Hennig-Schmidt et al. 2011).

En yderligere mulig konsekvens af basishonorering er en uønsket ressourceallokering på tværs af den primære og sekundære sundhedssektor, for eksempel på grund af flere henvisninger. I det omfang, at omkostninger forskydes unødigt til andre sektorer på grund af manglende gate-keeping, er der risiko for, at behandlingen ikke foregår på lavest mulige omkostningsniveau (LEON-princippet). Omvendt kan basishonorering være forbundet med større økonomisk tilskyndelse til at initiere forebyggende initiativer, hvis det kan betyde, at den nødvendige fremtidige indsats fra lægens side reduceres på grund af et bedre livsforløb/sygdomsforløb for patienten.

Basishonorering er karakteriseret ved betaling per patient på lægens liste, hvilket giver lægerne incitament til at beholde patienter i praksis eller tiltrække patienter til praksis. Det kan være et nyttigt incitament til at sikre, at alle patienter tilknyttes en læge, og der derved ikke opstår såkaldte ”spøgelsespatienter”. Hvis der er overudbud af læger i et område, vil lægerne være tilskyndet til at konkurrere om patienter på parametre relateret til patienttilfredshed. Dette kan dog fra myndighedernes perspektiv være negativt, hvis parametrene ikke reflekterer deres ønsker til behandlingsadfærd. For eksempel kan konkurrence om patienter tilskynde lægerne til at være mere rundhåndede med receptudskrivninger og henvisninger.

Læger, der har mere behandlingskrævende patienter, kan føle sig nødsaget til at mindske antallet af patienter på deres liste (hvilket vil betyde en reduktion i basishonoraret). Alternativt, kan disse læger vælge at opretholde mange patienter på listen for at sikre et vist indkomstniveau. Dette kan medføre udbrændthed fra et øget arbejdspress (Pedersen et al. 2013, 2016, 2020). Det kan også betyde, at lægerne må tilbyde færre ydelser per patient, hvilket kan medføre lavere behandlingskvalitet.

Når basishonorering udgør en stor del af indtægtsgrundlaget, er honoraret ofte risikostyret således, at det afspejler tyngden af de patienter, der er på lægens liste (se evt. kapitel 2 for eksempler). Risikostyret foretages ud fra et ønske om at kompensere læger, der har mere behandlingskrævende patienter på deres liste og eventuelt også sikre, at der gennem basishonorering tildeles tilstrækkelige ressourcer til at opnå den ønskede kvalitet i behandlingen (se f.eks. Van de Ven og Ellis (2000) for en nærmere diskussion af risikostyret). Det er dog vigtigt at understrege, at en risikostyret af basishonoraret ikke giver økonomisk incitament til at omsætte en eventuelt øget indtæjning til flere ydelser til patienterne, idet koblingen mellem indtægt og ydelser er fraværende. Med eller uden risikostyret kan konsekvensen af en høj

grad af basishonorering stadig være underbehandling af patienter eller øget henvisningsfrekvens.

Om end risikojustering af basishonoraret ikke udgør et direkte monetært incitament, kan den alligevel påvirke lægens adfærd qua lægens andre motivationer (se evt. kapitel 5 om lægers motivationer). Risikojustering kan potentielt minde lægen om, at visse patienter har større behov, eller opfattes som et signal fra myndigheden om, at visse grupper af patienter skal prioriteres (se evt. Oxholm et al (2019) hvor denne type signaleffekt påvises). Risikojustering af basishonoraret kan således tale til lægens ønske om at gøre det godt for patienten eller tilfredsstille myndighederne. For at sådanne signaler fra myndighederne skal kunne påvirke lægens adfærd i nævneværdigt omfang, er det vigtigt, at signalet er fremtrædende og synligt for lægen i lægens daglige virke (se evt. kapitel 2 for svenske erfaringer med manglende behandlingsmæssig respons på risikojustering).

Det skal dog også understreges, at risikojustering af basishonorering, alt efter hvordan en sådan risikojustering designes, kan bruges som redskab til at motivere læger til at nedsætte sig i mindre attraktive områder, for eksempel områder med flere behandlingskrævende patienter eller med mere begrænset adgang til specialitydelser. Således kan risikojustering af honoraret bruges som økonomisk incitament, når læger vælger, hvor de vil praktisere. Dette har man blandt andet observeret i Sverige (Anell et al. 2016).

Til sidst bør det nævnes, at det er udfordrende at finde den rette model for risikojusteringen. Det er ikke unormalt at modellere risikojusteringen ud fra patienttypers historiske forbrug (Rice 1999). Hvis formålet med risikojusteringen alene er at kompensere lægerne i forhold til historiske forbrugsmønstre, er det den rette fremgangsmåde. Hvis målet derimod er at sikre, at der stilles ressourcer til rådighed for lægen, der svarer til patientens faktiske behov for ydelser, er det historiske forbrug ikke nødvendigvis den bedste rettesnor. De ydelsesmønstre, der er observeret hidtil, kan være uhensigtsmæssige, for eksempel hvis nogle patientgrupper undlader at gå til læge, når der reelt er et behov, mens andre patientgrupper efterspørger for mange ydelser. Hvis målsætningen med risikojusteringen er at sende et signal til lægen om det rette serviceniveau for specifikke patientgrupper, bør der ligge en mere normativ vurdering bag (Asthana og Gibson 2011).

### **Ydelseshonorering**

Ydelseshonorering ("fee for service") kobler lægens indtægt direkte til mængden af ydelser. Honoreringen per aktivitet har til formål at skabe incitament for lægen til at yde mere, og til at behandle patienterne i egen praksis og dermed kun henvise de patienter, hvor det er nødvendigt. Når honorarsystemet inkluderer ydelseshonorering, ligger den økonomiske risiko ved behandling af patienterne i mindre grad hos lægen og i højere grad hos myndighederne. Lægen bærer en mindre risiko, da vedkommende modtager en kompensation for en evt. øget behandlingsindsats. Dette betyder, at lægen er mere villig til at engagere sig i indsatskrævende aktiviteter indenfor områder, hvor honoreringen i tilstrækkelig grad kompenserer for lægens indsats. I det lægen forventes at være interesseret i at øge sin indtjening og profit, formodes ydelseshonoreringen at øge aktiviteten i almen praksis. Der vil ligeledes være større incitament til at behandle patienter i egen praksis (øget gatekeeping), og dermed mindre tendens til at henvise patienter til andre aktører.

Det er generelt påvist, at for honoreringssystemer, der lægger større vægt på ydelsesbetaling, opnås en højere aktivitet (Roland og Guthrie, 2016). Der findes en række litteraturoversigter

over den empiriske evidens omkring effekten af forskellige honoreringssystemer i almen praksis (se for eksempel Donaldson og Gerard 1989, Scott og Hall 1995, Gosden et al. 1999, Scott et al. 2011, Dijk et al. 2012). Den overordnede konklusion er, at ydelseshonorering leder til øget aktivitet. Et af de oftest citerede studier er baseret på en omlægning fra ren basishonorering til en blanding af basishonorering og aktivitetshonorering i almen praksis i København (Krasnik et al. 1990). Studiet udnytter, at almen praksis placeret i resten af københavnsområdet ikke var udsat for en omlægning af honorarstrukturen, men allerede modtog en blandet honorering og dermed kunne udgøre en kontrolgruppe. Introduktionen af den blandede honoreringsordning betød, at diagnostiske og behandlingsrelaterede aktiviteter i almen praksis steg markant, mens henvisningsrater og frekvens af medicinudskrivning faldt. Forfatterne konkluderede derfor, at når lægerne modtog et ydelseshonorar, så steg incitamentet til at yde en indsats og til selv at udføre mere arbejde i stedet for at viderehenvise patienter til andre aktører. I et amerikansk studie randomiseredes læger tilfældigt til fast løn eller ydelseshonorering (Hickson et al. 1987). Resultaterne indikerer, at ydelseshonorering medfører flere konsultationer.

Meraktivitet i egen praksis kan være værdifuld for patienter og myndigheder. Samtidig kan meraktivitet til dels også være drevet af udbudsinducering, dvs. levering af ydelser, der har marginal eller ingen værdi. Graden af udbudsinducering er vanskelig at afdække på grund af den asymmetriske information, der karakteriserer principal-agent forholdet, og det faktum, at det er svært at måle patienters behov og præferencer for ydelser. Ydelseshonorering er den form for honorering, der er blevet studeret mest i litteraturen med særlig fokus på teoretiske og empiriske analyser relateret til udbudsinducering (McGuire 2000). I hvilken grad, ydelseshonorering resulterer i eskalering af omkostninger, afhænger af muligheden for udbudsinducering (om der er tilgængelige ressourcer) samt størrelsen af honoraret (Di Guida et al. 2019). Når lægen honoreres per ydelse, vil der i højere grad blive tænkt i forholdet mellem indtægt og udgift forbundet med den enkelte ydelse. Hvis ydelseshonoreringen er højere end meromkostningen ved en given behandling, er der incitament til at øge aktiviteten, og dette kan medføre udbudsinducering. Hvis honoreringen er lavere end meromkostningen, er der risiko for underudbud af ydelsen, ”skimping”.

Udbudsinducering forekommer først og fremmest indenfor ydelsesområder, hvor efterspørgsel let kan induceres, dvs. områder hvor patienten i høj grad er afhængig af lægens indsigt og vejledning, og hvor en øget efterspørgsel ikke møder modstand hos patienten. En sænkning af betalingen for en given ydelse kan reducere udbudsinducering af den pågældende ydelse. Dog skal man være opmærksom på, at læger undertiden kan vælge at kompensere for den reducerede indtægt ved at udbudsinducere på andre områder (McGuire 2000). Det er også værd at være opmærksom på, at øget honorering generelt kan betyde et fald i aktiviteten, hvis lægen i forvejen har opnået sin ”target”-indkomst, og veksler den ekstra indtjening med mere fritid. Mere generelt er det vigtigt at have øje for markedsforholdene, når honoreringssystemer designes. Er lægerne i forvejen overbebyrdede, skal man ikke forvente at kunne øge deres aktivitet nævneværdigt ved øget ydelseshonorering. Samtidig er risikoen for udbudsinduceret efterspørgsel også mindre (Di Guida et al. 2019). Det kan dog være særligt vigtigt at have ydelseshonorering på områder, hvor der er risiko for ”skimping” (underudbud), når lægerne har travlt.

Et positivt aspekt af ydelseshonorering er, at det kan bruges af myndigheder til at styre prioriteringen af aktiviteter i almen praksis, idet man forventer, at læger tilskyndes til at udbyde aktiviteter, hvortil der tilbydes et fordelagtigt honorar. Hvis myndighederne for eksempel gerne vil have, at lægerne prioriterer forebyggelsesaktiviteter eller årskontroller, så kan der knyttes et højt honorar til disse aktiviteter. En hovedpointe er her, at hvis man gerne vil have, at patienter med stort behov prioriteres i almen praksis, så er det igennem ydelseshonoraret, man opnår et

effektivt økonomisk incitament. Dette styringsværktøj står således i modsætning til risikostyring af basishonoraret, som ikke udgør et direkte koblet monetært incitament til at ændre ydelsesmønstre. Et opmærksomhedspunkt er, at ydelseshonorering indbefatter betaling per ydelse og ikke per behandlingsforløb. Idet flere konsultationer er ensbetydende med højere honorarindtægter, kan konsekvensen af ydelseshonorering blive fragmenterede behandlingsforløb, hvor forløb opdeles i et u hensigtsmæssigt antal konsultationer.

### **Blandede honoreringsmodeller**

Idet der er uønskede incitamenter ved både basis- og ydelseshonorering, har man i Danmark valgt at kombinere basis- og ydelseshonorering. Dette er et fornuftigt valg ifølge teoretiske modeller, der har vist, at blandede honorarmodeller er at foretrække fremfor rene honorarmodeller (Ellis og McGuire, 1986).

Der findes dog ikke stærk empirisk evidens omkring effekten af blandede honoreringsmodeller på lægers adfærd. Resultatet vil være en funktion af den præcise vægtning mellem basishonorar og ydelseshonorar, og det præcise design, der er valgt til de forskellige honorartyper. Der er et potentielt samspil mellem basishonorering og ydelseshonorering. Designet af basishonoraret kan eksempelvis influere på lægens respons til ydelseshonorarer. I det tilfælde, at basishonorering vurderes at være for lav (ifølge lægens opfattelse), kan dette tilskynde til, at der foregår udbudsinducering på ydelser med fordelagtigt honorar for at sikre øget indtægt via ydelseshonorering. Det danske kronikerhonorar er et eksempel på en type basishonorar, som også må vurderes at kunne have indvirkning på antallet og typen af leverede ydelser. Kronikerhonoraret er en fast betaling for behandling af patienter med udvalgte kroniske sygdomme. Dette honorar afkobler honorering og ydelser og giver derved mindre incitament til at udbyde ekstra ydelser til denne specifikke patientgruppe. Idet der fortsat er knyttet ydelseshonorering til andre patientgrupper, er der et tungtvejende økonomisk incitament til at flytte indsatsen væk fra de udvalgte patientgrupper. Yderligere beskrivelse og evaluering af kronikerhonoraret kan findes i kapitel 3. Et andet eksempel på mulig interaktion mellem basishonorering og ydelseshonorering er til stede, når læger søger en "target"-indkomst. I dette tilfælde kan en forøgelse af basishonoraret betyde mindre ydelsesaktivitet. Læs mere herom i kapitel 3.

De konkrete markedsforhold og myndighedernes målsætninger kan have betydning for valg af blandingsforholdet i en honoreringsmodel. Alt andet lige synes det særligt vigtigt at operere med en høj grad af ydelseshonorering, hvis myndighederne gerne vil sikre en høj aktivitet, hvilket kan være særlig vigtigt, når der er underudbud af læger, og man samtidig ønsker, at aktiviteten skal ske i almen praksis. Desuden kan ydelseshonorering, hvis det bliver designet til formålet, være med til at sikre mere fokus på for eksempel forebyggelsesaktiviteter og patienter med et stort behandlingsbehov.

Som tidligere beskrevet, kan visse typer af patienter have et større behov for ydelser. Dette betyder i princippet, at den læge, der har mere behandlingskrævende patienter på sin liste, har mulighed for at generere en større indtægt via ydelseshonorering. Om dette konkret er tilfældet, afhænger dog af både markedsforhold, og hvordan ydelseshonoraret er designet. Hvis markedet er karakteriseret ved et overudbud af læger, og der dermed er fri kapacitet hos den enkelte læge, vil det potentielt være muligt for lægen med de mere behandlingskrævende patienter på listen at generere en større indtægt via ydelseshonorering. En større indtægt via ydelseshonorering kan således potentielt kompensere for en mindre indtægt via basishonorering grundet færre patienter på listen. Hvis markedet derimod er karakteriseret ved, at alle læger arbejder til maksimal kapacitet (og dermed tjener omtrentligt det samme via ydelseshonorering), vil de læger,



der har mere behandlingskrævende patienter, tjene mindre, hvis basishonoraret ikke differentieres. Dette skyldes, at læger med behandlingskrævende patienter forventeligt ikke kan servicere det samme antal patienter og dermed må have en mindre patientliste. Dette kan dog imødegås, hvis modellen for ydeshonoreringen er designet således, at ydelser, som oftest gives til behandlingskrævende patienter, giver højere betaling. Differentieret ydeshonorering kan således være et effektivt værktøj til at sikre, at lægens prioritering af ydelser er i tråd med myndighedens ønsker. I det omfang, at en blandet honoreringsmodel også indbefatter differentieret basishonorering, er det vigtigt at være opmærksom på eventuel dobbeltkompensation til læger med mere behandlingskrævende patienter på listen. En mulig effekt af en sådan dobbeltkompensation kan være nedsat aktivitet, hvis lægen søger en ”target”-indkomst.

### **Resultataflønning**

Med resultataflønning (”pay for performance”) forstås, at honoreringen knyttes direkte til konkrete resultater. Resultaterne opgøres ved brug af kvalitetsindikatorer, som kan være relaterede til både strukturelle indsatser (f.eks. indkøb af materiel), processer (f.eks. screenings- og diagnostiske aktiviteter), eller kliniske og patientoplevede outcomes (f.eks. blodsukkerniveau eller helbredrelateret livskvalitet) (Donabedian 1988). Resultataflønning har derved til sigte at øge incitamentet til at øge kvaliteten i almen praksis på konkrete områder.

Med resultataflønning kan myndighederne sende et stærkere signal om forventet kvalitet i den service lægerne yder, da resultaterne knyttes til ønskede kvalitetsmål. Fordelen ved denne type honorering er således, at politiske prioriteringer tydeliggøres, samt, at der introduceres et større incitament til at øge kvaliteten på udvalgte kvalitetsmål. Samtidig indeholder resultataflønning et signal om, at myndighederne ikke vil betale lige så meget for aktivitet, der ikke genererer den efterspurgte kvalitet. Hertil kommer naturligvis den fordel, at der automatisk indsamles information om de udvalgte kvalitetsindikatorer til generel læring og informationsdeling. Som ved andre honorarmodeller har resultataflønning også en række ulemper. En potentiel ulempe er den øgede detailstyring fra myndighedernes side, som potentielt kan være årsag til at lægens indre motivation reduceres på grund af den eksterne styring. Der opstår således en risiko for at den indre motivation, som er en potentiel vigtig drivkraft i almen praksis, fortrænges (Frey og Jegen 2001) (se kapitel 5 om lægers motivation). En anden generel ulempe kan være, at introduktion af resultataflønning, med fokus på udvalgte typer af resultater, kan skabe en utilsigtet målfokusering, hvor de dimensioner af kvalitet, som myndighederne vælger ikke at betale for, opfattes som værende mindre vigtig.

Resultataflønning kommer i mange afskygninger (Mehrotra et al. 2010, Eijkenaar 2013a) og man kan måle resultater på mange forskellige typer af kvalitetsmål. Eksempler på resultater, som kan være i fokus, er patientoplevet kvalitet, astmamedicinering, deltagelse i screeningsprogrammer, antal patienter, der tilbydes rygestopkursus og langtidsblodsukkerværdier for diabetikere (An et al. 2008, Gosden et al. 2003, Mullen et al. 2009, Rosenthal et al. 2005, Roski et al. 2003, Twardella et al. 2007, Young et al. 2007). Derudover kan der aflønnes på forskellige måder, for eksempel baseret på lægens egne resultater i en given periode eller baseret på en sammenligning med lægens tidligere resultater eller andre lægers resultater. Lægerne kan også aflønnes for, at en vis andel af deres patienter i målgruppen når et givent kvalitetsmål eller per patient, der når målet.

Når man opstiller konkrete mål for kvalitet, som f.eks. om patienter med diabetes når en specifik blodsukkerværdi, kan der også opstå ikke-intenderede effekter og mulighed for at ”game” systemet (Simoens og Giuffrida 2004). Dette ses blandt andet i studier af det engelske resultataflønningssystem i almen praksis ”the Quality and Outcomes Framework” (Gravelle et al. 2010),

Wilding et al., 2022) (se evt. kapitel 2). Man skal således have opmærksomhed på dette problem for at sikre, at behandlingen er af høj kvalitet og omkostningseffektiv. Et eksempel på uhensigtsmæssig adfærd er en eventuel omprioritering af ydelser over mod patienter, som kan bidrage til lægens kvalitetsmål, og væk fra patienter, som ikke vil bidrage lige så positivt til opgørelserne (Oxholm et al 2021). Der er således risiko for, at resultataflønning genererer øget ulighed i adgang til sundhed. Resultataflønning nødvendiggør derfor en grundig monitorering af lægeadfærd og en viden om præstationsniveauer på konkrete kvalitetsmål inden implementering af aflønningen, for at sikre at myndighederne ikke kommer til at betale for allerede eksisterende kvalitet.

I det omfang, at myndigheder ønsker at højne behandlingskvaliteten, synes størstedelen af litteraturen om resultataflønning at vise blandede resultater i sundhedsvæsenet (se for eksempel litteraturstudier af Van Herck et al., 2010; Eijkenaar et al., 2013b; Scott et al., 2011). Nogle litteraturstudier peger dog på, at der er en tendens til mere positive erfaringer med resultataflønning på behandlingskvaliteten i primærsektoren (Eijkenaar et al., 2013b; Jia et al., 2021). De blandede resultater kan blandt andet skyldes, at resultataflønning kan komme i mange afskyninger, samt at der ofte er manglende baselinedata, der vanskeliggør en evaluering. Endvidere bør man overveje, om aflønningen er omkostningseffektiv, hvilket blandt andet afhænger af, hvor meget man må betale for at opnå effekt samt værdien af den bedre kvalitet. Se eventuelt Meacock et al. (2014) og Kristensen et al. (2015) for belysning af dette spørgsmål.

### **Opsummering**

En samlet oversigt over fordele og ulemper af de forskellige honorarmodeller er givet i tabel 1. Helt opsummerende om honorarmodeller kan det siges, at alle honorarmodeller har indbyggede incitamenter. Det kan være incitamenter til at yde mere eller incitamenter til at yde mindre. Samtidig er det vigtigt at være opmærksom på, at incitamenters virkning afhænger af organisatoriske forhold og markedsforhold. Blandingsmodeller kan modvirke uhensigtsmæssigheder ved de rene modeller, men nettovirkningen vil altid være usikker.

Tabel 1 – Økonomiske incitamenter ved honoreringsmodeller

	Fast løn	Basishonorering	Ydeshonorering	Resultataflønning
Listestørrelse*	-	+ (a)		
Kvalitet				+
Forebyggelse	-	b	c	d
Risiko for underbud**	+	+	-	-
Risiko for overbud***	-	-	+	-
Henvisninger (mindre gatekeeping)	+	+	-	
Fragmenteret forløb	-	-	+	-
Budgetsikkerhed	+	+	-	-
Styring af prioritering	-	e	+	+

Note: "+" betyder mere/højere, mens "-" betyder mindre/lavere.

\*Større behov i områder med lægemangel.

\*\*Større risiko ved mangel på ressourcer i praksis

\*\*\*Lavere risiko ved mangel på ressourcer i praksis

a) Differentiering af honoraret kan benyttes til at fokusere på bestemte patientgrupper og geografiske områder.

b) Afhænger af om omkostninger ved forebyggelse opvejer ellers forventede fremtidige omkostninger i praksis

c) Afhænger af om der er ydelser linket til forebyggelsesinitiativer

d) Afhænger af om forebyggelse vil forbedre fremtidige incentiverede resultater

e) Ved differentiering af basishonoraret signaleres prioritering af bestemte patienttyper.

Hvis honorarmodeller designes med omtanke, så kan de benyttes til at afhjælpe forskellige udfordringer, herunder prioritering af visse typer af ydelser eller sikring af en fair fordeling af ressourcer på tværs af patientpopulationen. Samtidig er det vigtigt at understrege, at honoreringsmodeller, udover at indeholde økonomiske incitamenter, også kan påvirke adfærd gennem det signal, de sender, hvis signalet er stærkt nok. De næste kapitler vil fokusere på udvalgte udenlandske erfaringer med honorarmodeller (kapitel 2), udvalgte erfaringer fra overenskomstændringer i almen praksis i 2018 (kapitel 3), honorering af tværsektorielt samarbejde (kapitel 4) og lægers motivationsprofiler (kapitel 5).

## Litteratur

Ahnfeldt-Møllerup, P., J. Lykkegaard, A. Halling, K. R. Olsen and T. Kristensen (2016). Resource allocation and the burden of co-morbidities among patients diagnosed with chronic obstructive pulmonary disease: an observational cohort study from Danish general practice. *BMC Health Serv Res* 16(1): 121.

An LC, Bluhm JH, et al. A randomised trial of a pay-for-performance program targeting clinician referral to a state tobacco quit line. *Archives of Internal Medicine* 2008;168(18):1993–9.

Anell, A. (2016). Delrapport 2b; Vilken betydelse har CNI ersättning for etablering af privata vårdcentraler? KEFU Rapport.

Ash, A. S. and R. P. Ellis (2012). Risk-adjusted Payment and Performance Assessment for Primary Care. *Medical Care* 50(8): 643-653.

Asthana, S. and A. Gibson (2011). "Setting health care capitations through diagnosis-based risk adjustment: A suitable model for the English NHS?" *Health Policy* 101(2): 133-139.

Brilleman, S. L., H. Gravelle, S. Hollinghurst, S. Purdy, C. Salisbury and F. Windmeijer (2014). "Keep it simple? Predicting primary health care costs with clinical morbidity measures." *Journal of Health Economics* 35: 109-122.

- Di Guida, S., Gyrd-Hansen, D. and Oxholm, A.S., 2019. Testing the myth of fee-for-service and overprovision in health care. *Health Economics*, 28(5), pp.717-722.
- Donabedian, A., 1988. The quality of care: how can it be assessed? *Jama*, 260(12), pp.1743-1748.
- Donaldson, C., and K. Gerard (1989), "Paying general practitioners: Shedding light on the review of health services", *Journal of the Royal College of General Practitioners* 39:114-117.
- Ellis, R. P. & McGuire, T. G. 1986. Provider behavior under prospective reimbursement: Cost sharing and supply. *Journal of health economics*, 5, 129-151.
- Encinosa III, W., Gaynor, M., & Rebitzer, J. 2006, "The sociology of groups and economics of incentives: Theory and evidence on compensation systems", *Journal of Economics Behavior and Organization*, vol. 62, pp. 187-214.
- Eijkenaar, F. 2013a. Key issues in the design of pay for performance programs. *The European Journal of Health Economics*, 14, 117-131.
- Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Shöffski O, 2013b. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health policy*, 110, 115-130.
- Frey, B.S. (1997), On the relationship between intrinsic and extrinsic work motivation, *International Journal of Industrial Organisation* 15:427-439.
- Frey, B.S. and Jegen, R., 2001. Motivation crowding theory. *Journal of economic surveys*, 15(5), pp.589-611.
- Gosden, T., L. Pedersen and D. Torgerson (1999), "How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour", *Quarterly Journal of Medicine* 92:47-55.
- Gosden T, Sibbald B, et al. Paying doctors by salary: a controlled study of general practitioner behaviour in England. *Health Policy* 2003;64(3):415–23.
- Gravelle, H., Sutton, M. and Ma, A., 2010. Doctor behaviour under a pay for performance contract: treating, cheating and case finding?
- Hennig-Schmidt, H., Selten, R. and Wiesen, D., 2011. How payment systems affect physicians' provision behaviour—an experimental investigation. *Journal of health economics*, 30(4), pp.637-646
- Hickson, G.B., Altemeier, W.A. and Perrin, J.M., 1987. Physician reimbursement by salary of fee-for-service: effect on physician practice behaviour in a randomized prospective study, *Paediatrics*, 80: 344-350.
- Iversen, T. & Luras, H. 2000, "The effect of capitation on GPs' referral decisions", *Health Econ.*, vol. 9, no. 3, pp. 199-210.
- Jia, L., Meng, Q., Scott, A., Yuan, B. & Zhang, L. 2021. Payment methods for healthcare providers working in outpatient healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

- Kantarevic, J., Kralj, B., & Weinkauff, D. 2011, "Enhanced fee-for-service model and physician productivity: Evidence from Family Health Groups in Ontario" *J. Health Econ.*, vol. 30, pp. 99-111.
- Krasnik, A, P.P. Groenewegen, P.A. Pedersen, P Scholten, G. Mooney A.Gottschau, H.A. Flierman and M.T. Damsgaard (1990), "Changing remuneration systems: Effects on activity in general practice", *British Medical Journal* 360:1698-1701.
- Kristensen, T. R. O., K.; Halling A. (2012). Expenditure variation in primary care delivered in Danish general practice units. *Symposium i anvendt statistik*.
- Kristensen, T., K. R. Olsen, H. Schroll, J. L. Thomsen and A. Halling (2014). Association between fee-for-service expenditures and morbidity burden in primary care." *European Journal of Health Economics* 15(6): 599-610.
- Kristiansen, I.S., and P. Hjortdahl (1992), "The general practitioner and laboratory utilization: Why does it vary?", *Family Practice* 9:22-27.
- Kristiansen, I.S., and K. Holtedahl (1993), "The effect of the remuneration system on the general practitioner's choice between surgery consultations and home visits", *Journal of Epidemiology and Community Health* 47:481-484.
- Kristiansen, I.S., and G. Mooney (1993), "The general practitioner's use of time: Is it influenced by the remuneration system?", *Social Science and Medicine* 37:393-399.
- Kristensen, S.R., Siciliani, L., Sutton, M., 2016. Optimal price-setting in pay for performance schemes in health care. *Journal of Economic Behavior & Organization* 123, 57–77.
- Meacock, R., Kristensen, S.R., Sutton, M., 2014. The cost-effectiveness of using financial incentives to improve provider quality: A framework and application. *Health Economics* 23 (1), 1-13.
- McGuire, T.G. (2000), "Physician agency", in: A.J. Culyer and J.P. Newhouse, eds., *Handbook of Health Economics* (Elsevier, Amsterdam) Chapter 9.
- Mehrotra A., Sorbero, M. E. & Damberg, C. L. 2010. Using the Lessons of Behavioral Economics to Design More Effective Pay-for-Performance Programs. *American Journal of Managed Care*, 16, 497-503.
- Mullen KJ, Frank RG, Rosenthal MB. Can you get what you pay for? Pay-for-performance and the quality of healthcare providers. *National Bureau of Economic Research* 2009; Vol. Working Paper 14886.
- Olsen, K. R. 2012, "Patient complexity and GPs' income under mixed remuneration", *Health Economics*, 21-619-632.
- Oxholm, A.S., Di Guida, S., Gyrd-Hansen, D. and Olsen, K.R., 2019. Taking care of high-need patients in capitation-based payment schemes—an experimental investigation into the importance of market conditions. *Applied Economics*, 51(47), pp.5174-5184.
- Oxholm, A.S., Di Guida, S. and Gyrd-Hansen, D., 2021. Allocation of health care under pay for performance: Winners and losers. *Social Science & Medicine*, 278, p.113939.

Pedersen AF, Nørøxe KB, Vedsted P. Influence of patient multimorbidity on GP burnout: a survey and register-based study in Danish general practice. *British Journal of General Practice* 2020;70(691):e95–101.

Pedersen AF, Andersen CM, Olesen F, Vedsted P. Risk of burnout in Danish GPs and exploration of factors associated with development of burnout: a two-wave panel study. *International journal of family medicine* 2013;2013.

Pedersen AF, Nørøxe KB, Bro F, Vedsted P. Report on General practitioners' mental work environment and job satisfaction 2016 [Alment praktiserendelægers psykiske arbejdsmiljø og jobtilfredshed 2016]; 2016.

Rice, N. S., S. (1999). *Approaches to Capitation and Risk Adjustment in Health Care: An International Survey*. The University of York, Centre for Health Economics.

Roland, M. and B. Guthrie (2016). *Quality and Outcomes Framework: what have we learnt?* *BMJ* 354.

Rosenthal MB, Frank RG, et al. Early experience with pay-for-performance: From concept to practice. *JAMA* 2005;294(14):1788–93.

Roski J, Jeddeloh R, et al. The impact of financial incentives and a patient registry on preventive care quality: increasing provider adherence to evidence-based smoking cessation practice guidelines. *Preventative Medicine* 2003;36(3):291–9.

Scott, A., and J. Hall (1995), "Evaluating the effects of GP remuneration: Problems and prospects", *Health Policy* 31:183-195.

Scott, A., and A. Shiell (1997), "Do fee descriptors influence treatment choices in general practice? A multilevel discrete choice model", *Journal of Health Economics* 16:323-342

Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, Young D, (2011). The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane review*, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library*. 2011: Issue 9.

Simoens S, Giuffrida A. The impact of physician payment methods on raising the efficiency of the healthcare system: an international comparison. *Appl Health Econ Health Policy*. 2004;3(1):39-46.

Twardella D, Brenner H. Effects of practitioner education, practitioner payment and reimbursement of patients' drug costs on smoking cessation in primary care: a cluster randomised trial. *Tobacco Control* 2007;16(1):15–21.

Van de Ven, W.P.M.M. and Ellis, R.P., 2000. Risk adjustment in competitive health plan markets. *Handbooks in economics*, 17(1A), pp.755-846.

Van Dijk, C., Van den Berg, B., Verheij, R., Spreeuwenberg, P., Groenewegen, P., & De Bakker, D. 2012, "Moral hazard and supplier induced demand: empirical evidence from general practice", *Health Econ.*, Published on-line.

Van Herck, P., De Smedt, D., Annemans, L., Remmen, R., Rosenthal, M. B. & Sermeus, W. 2010. Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC health services research*, 10, 1-13.

Wilding, A., Munford, L., Guthrie, B., Kontopantelis, E. and Sutton, M., 2022. Family doctor responses to changes in target stringency under financial incentives. *Journal of Health Economics*, 85, p.102651.

Young G, Meterko M, et al. Effects of paying physicians based on their relative performance for quality. *Journal of General Internal Medicine* 2007;22(6):872–6.

UDKYST

## Kapitel 2. Udvalgte udenlandske erfaringer med honorering i almen praksis

Formålet med dette kapitel er at give et overblik over udvalgte landes honorarmodeller for almen praksis samt at lære af landenes erfaringer med denne honorering. Honorarmodeller eksisterer ikke i et vakuum. Det er derfor vigtigt at forstå den kontekst, som de implementeres i, når man skal vurdere deres effekter. Vi fokuserer derfor på lande med en organisering og finansiering af sundhedsvæsenet, som minder om den danske model – en såkaldt Beveridge-model. Beveridge-modellen er karakteriseret ved, at alle borgere er dækket af en national sundhedsforsikring, som primært er finansieret via indkomstskatter (Lameire, Joffe et al. 1999). Vi har derfor undladt at beskrive lande som for eksempel USA, Frankrig, Schweiz, Tyskland og Holland. Vi fokuserer i stedet på følgende sammenlignelige lande: Norge, Sverige og England. Selvom vi fokuserer på erfaringer fra udvalgte lande, afdækkes generelle mekanismer ved honorarmodeller. Viden om disse mekanismer kan anvendes i læren om design af honorarmodeller.

Ligesom i Danmark honoreres almen praksis i Norge, Sverige og England med en blanding af forskellige afregningsformer. Blandingsmodellen skal sikre en balance i incitamenterne ved de forskellige afregningsformer. Basishonorering og/eller fastløn giver økonomisk incitament til at omkostningsminimere, samt til at yde et populationsansvar i form af økonomisk rentable forebyggelsesinitiativer (i det omfang lægen tænker mere langsigtet). Derimod giver ydelses- og/eller resultatbaseret honorering incitament til at øge behandlingsaktiviteten og -kvaliteten (se evt. kapitel 1). Tabel 2 viser, at der dog er betydelige forskelle på tværs af landene i blandingsforholdene. Almen praksis i Norge er primært ydeshonoreret, mens basishonorering udgør den største del af omsætningen i England og Sverige. Ejerskabsforholdene er også forskellige på tværs af landene, hvilket kan have betydning for, om lægerne har et direkte økonomisk incitament til at respondere på honoreringen. I Norge og England er alment praktiserende læger primært ejere af praksis, mens lægerne i Sverige primært er fastlønnede ansatte.

Tabel 2: Udvalgte landes honorarmodeller for almen praksis

Formål	Danmark	Norge	Sverige	England
Populationsansvar (forebyggelse) og omkostnings-minimering	Basishonorering udgør ca. 40% og er risikojusteret <sup>1</sup>	Basishonorering udgør ca. 30% og er <b>ikke</b> risikojusteret på baggrund af patientkarakteristika (dog er der geografisk justering)	Basishonorering udgør ca. 70-98% og er risikojusteret	Basishonorering udgør ca. 60% og er risikojusteret. (Derudover ca. 15% fastbetaling for særtaftaler, lejeudgifter mv.)
Øge aktivitet og kvalitet	Ydeshonorering <sup>2</sup> udgør ca. 60%	Ydeshonorering og brugerbetaling udgør ca. 70%	Resultataflønning udgør ca. 0-5%, mens det resterende er ydeshonorering og brugerbetaling	Resultataflønning udgør ca. 10%, mens ca. 15% er ydeshonorering
Direkte økonomisk incitament til lægen	Ja, størstedelen af lægerne er selvstændige	Ja, størstedelen af lægerne er selvstændige	Nej, lægerne er primært ansatte (fastlønnede)	Ja, størstedelen af lægerne er selvstændige, men ca. 27% er ansatte

<sup>1</sup>Indeholdt i de 40% er også et fast praksisomkostningshonorar, som udgør en meget lille andel af praksis' omsætning, samt kronikerhonoraret.

<sup>2</sup>I Danmark er der brugerbetaling på få af ydelserne (f.eks. udvalgte attester).



I det følgende beskrives landenes honorarmodeller samt udvalgte erfaringer mere detaljeret. Disse beskrivelser er baserede på videnskabelige publikationer, arbejdsrapporter og rapporter. Vi vil gerne takke Professor Tor Iversen fra Universitetet i Oslo, Lektor Lina Maria Ellegaard fra Lunds Universitet, Research Fellow Thomas Allen fra University of Manchester for inputs til beskrivelserne af henholdsvis de norske, svenske og engelske forhold.

## **2.1 Honorering af almen praksis i Norge**

Det norske sundhedsvæsen er finansieret gennem skatter og brugerbetaling. Patienter er tilknyttet en almen praksis, som agerer gatekeeper for det mere specialiserede sundhedsvæsen (Rafiei et al. 2022). I 2021 var den gennemsnitlige listestørrelse pr. læge ca. 1065 patienter, hvoraf kun 17% af praksisserne havde en åben liste (Pedersen et al., 2022). Alment praktiserende læger er hovedsageligt selvstændige erhvervsdrivende, som har en kontrakt med kommunen. Omkring 30% af deres omsætning er basishonorering, mens resten er dækket af ydelseshonorering og brugerbetaling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022; Pedersen et al., 2022). Basishonoraret er ikke risikojusteret på baggrund af patientkarakteristika, men der er eksempler på tillæg til yderområder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022; Olsen et al., 2016; Pedersen et al., 2022). Størrelsen på basishonoraret per patient reduceres, når der er mere end 1000 patienter på listen.

Ydelsestakterne er bestemt på nationalt niveau. Ligesom i Danmark gives der et honorar pr. konsultation med mulighed for en række tillægstakster (Rafiei et al., 2022). Hvis konsultationen foregår elektronisk, gives et andet konsultationshonorar, dog uden skellen mellem om konsultationen foregår via video, telefon eller e-mail. Tillægstaksterne knyttes både til indholdet og længden af konsultationen. Lægen kan opnå et tillæg, hvis konsultationen varer mere end 20 minutter og igen efter yderligere 15 minutter (Aars, et al, 2022). Hvis der i konsultationen udføres udvalgte undersøgelser og laboratorieydelse, gives der også en tillægstakst (Den Norske legeforening, 2019). Hvis lægen er forskeruddannet, udløser dette også en tillægsydelse, såfremt lægen fortsat er forskningsaktiv. Lægerne modtager en højere indtjening (særligt brugerbetaling) for konsultationer uden for normal arbejdstid (Pedersen et al., 2022).

Ydelsestakterne i almen praksis dækker også samarbejdet med andre aktører. Lægerne bliver således honorerede for at give råd eller ordinationer til fysioterapeuter, kiropraktorer, farmaceuter, skoler, sociale tjenester mv. (Den Norske legeforening, 2019). Kontakter med det specialiserede sundhedsvæsen honoreres via en såkaldt ”samhandlingstakst”. Denne takst kan ikke tages sammen med andre konsultationstakster og inkluderer ikke afsendelse af henvisninger og epikriser. Navnet på lægen i det specialiserede sundhedsvæsen skal fremgå af journalen (Pedersen et al., 2022) og kan således benyttes til dokumentation.

### **2.1.1 Udvalgte norske erfaringer med honorering af almen praksis**

I Norge har man ikke altid opereret med en såkaldt ”fastlægeordning”, hvor patienter er tilknyttet en fast alment praktiserende læge. Før fastlægeordningen modtog almen praksis blot ydelseshonorering og et driftstilskud, som afhang af personale, lokaler og udstyr. I 1993 blev der initieret et forsøg i fire norske kommuner med en fastlægeordning. Her modtog lægerne aldersjusteret basishonorering for patienter på deres liste. Denne betaling var på bekostning af driftstilskuddet og ydelseshonorering for telefonkonsultationer samt specialstillægget. Dermed var der en mindre andel af praksis’ omsætning, som var aktivitetshonoreret. Iversen og Lurås (2000b) fandt, at denne honorarændring øgede antallet af viderehenvisninger. Evalueringer fandt også, at praksisser med færre patienter på listen end ønsket genererede en højere indkomst pr. patient, havde længere og mere hyppige konsultationer og foretog flere laboratorieprøver pr. patient end øvrige praksisser (Iversen, 2004; Iversen & Lurås, 2000a).

I 2001 blev fastlægeordningen introduceret i hele Norge. Ordningen betød blandt andet, at det tidligere driftstilskud blev erstattet af basishonorering. Basishonoreringen var dog ikke differentieret og udgjorde en mindre andel af omsætningen end i pilotprojektet (Pedersen et al., 2022). Samtidig med indførelsen af fastlægeordningen blev der også udstedt flere praksislicenser. Evalueringer peger på, at kapaciteten i almen praksis øgedes i denne periode (Sandvik, 2006), mens ventetiden reduceredes (Godager, Hennig-Schmidt, & Iversen, 2016). Basishonoraret blev justeret i 2020. Her blev honoraret øget, men der blev samtidig indført en knækgrænse med et lavere basishonorar efter 1000 patienter på listen. Pedersen et al. (2022) beskriver, at der er observeret en lidt større reduktion i listestørrelsen for læger med over 1000 patienter på listen siden indførelsen af knækket. Det kan dog ikke udelukkes, at denne adfærd skyldes andre faktorer end honorarændringen.

De norske læger bliver kompenseret ved en tillægsydelse for konsultationer, som varer længere end 20 minutter. Dette tillæg udgjorde mere end 20% af ydelseshonorarerne i 2019 (Aars et al., 2022). En bekymring var, at tillægget ville give incitament til unødvendigt lange konsultationer (udbudsinduceret efterspørgsel) eller snyd med registreringen. På denne baggrund blev der i 2019 udført et forsøg med afsendelse af en påmindelse (e-mail) til udvalgte læger om, at de var blandt de læger, som oftest benytter dobbeltkonsultationer. Lægerne blev også mindet om kravene for benyttelse af tillægget. Et arbejdspapir viser, at brugen af tillægssydelse reduceredes med 2 til 5 procentpoint som følge af påmindelsen. Dette svarede til en besparelse på ca. 9.500 DKK pr. deltagende læge årligt (Aars et al., 2022).

I 2019 blev der i almen praksis indført en ”samhandlingstakst”, som honorerer samarbejdet med sekundærsektoren. Så vidt vides, foreligger der endnu ikke en registerbaseret evaluering af denne takst. En spørgeskemaundersøgelse peger på, at over halvdelen af lægerne vurderer, at deres samarbejde med sekundærsektoren er uændret efter indførelse af taksten, mens godt en fjerdedel vurderer, at de samarbejder mere eller lidt mere. Samme tendens (om end en smule mindre) i den selvvalgte ændring i adfærd observeres dog også for de fastlønnede kommunalt ansatte læger, der ikke modtog en ”samhandlingstakst” (Pedersen et al., 2022). Dette indikerer, at en betydelig andel af ændringen ikke kan tilskrives den nye takst. Der kan være flere mulige forklaringer på en begrænset respons på ”samhandlingstaksten” som for eksempel størrelsen på ydelsestaksten, adgangen til sekundærsektoren mv.

Der er begrænset offentlig tilgængelig information om behandlingskvaliteten i almen praksis i Norge. Siden 2012 har der dog eksisteret en brugerreven hjemmeside, hvor patienter kan bedømme lægerne. Bensnes og Huitfeldt (2021) viser, at bedømmelserne påvirker patienters lægevalg. Der observeres særligt en ændret søgningsadfærd for kvinder og højtuddannede. De finder dog ingen ændringer i almen praksis’ udskrivningsmønstre og observerbare behandlingsadfærd som følge af bedømmelserne.

## **2.2 Honorering af almen praksis i Sverige**

Det svenske sundhedsvæsen er finansieret gennem skatter og brugerbetaling (Anell, Dietrichson et al., 2021). Patienter er tilknyttet en fast praktiserende læge eller praksis (Anell et al., 2021), som har en kontrakt med en af de 21 svenske regioner (Anell et al., 2021). I mange regioner er almen praksis ikke gatekeepers for det specialiserede sundhedsvæsen, men alligevel oftest første kontakt for patienterne (Tikkanen et al., 2020). På tværs af regioner er 14-50% af praksisser privatejede (Dietrichson et al., 2020), mens øvrige praksisser er offentligt ejede. Praksisser består ofte af en gruppe af ansatte læger (gennemsnitligt 4-6 læger), sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle, såsom fysioterapeuter, psykologer, socialrådgivere mv. (Anell et al., 2022; Ellegård, 2020). Praksis har typisk ansat en leder, som er læge, sygeplejerske

eller lignende. I 2011 var listestørrelsen for den mediane praksis ca. 7.300 patienter, dvs. 50% af praksisserne havde en listestørrelse, som ikke oversteg dette antal patienter (Dietrichson et al., 2020). Listen kan ikke lukkes for nye patienter.

Aflønningen af praksisser er uafhængig af ejerskab, men afhænger af regionen. Lægerne er primært fastlønnede (også i en del af de privatejede praksisser) og dermed ikke direkte incentiveret af aflønning af praksis (Ellegård, 2020). Basishonoreringen udgør 70-98% af aflønningen af praksis afhængig af regionen. Basishonoraret er typisk risikojusteret ved brug af det såkaldte Care Need Index (CNI), som tager højde for den socioøkonomiske patienttyngde, og Adjusted Clinical Groups (ACG), som justerer for den helbredsmæssige patienttyngde (Anell et al., 2021). I nogle regioner gives der også en øget basishonorering for patienter bosat i yderområder (Larsen et al., 2020) samt betaling for at besøge patienterne i deres hjem.

Den resterende aflønning af almen praksis er primært ydelseshonorering, mens en mindre andel er resultataflønning (Dietrichson et al., 2020; Ellegård et al., 2018). I 2018 var der i stort set alle regioner resultataflønning af praksisser, men den udgjorde en lille andel af den totale betaling (Ellegård et al., 2018). Udviklingen går dog nu mod afvikling af denne aflønningsform. Resultataflønningen er typisk relateret til mål for udskrivningsmønstre, patienttilfredshed, registreringer i kvalitetsregistre og vaccinationsrater (Ellegård et al., 2018). I nogle regioner modtager praksis også et ydelseshonorar for tværsektorielt samarbejde (Olsen et al., 2016), for eksempel ved samarbejde med kommuner i forbindelse med langtidspleje.

I Sverige er der en del offentligt tilgængelig information om behandlingskvaliteten i primærsektoren. For eksempel er der mål for andelen af diabetespatienter med et blodtryk mindre end eller lig 130/80 i praksis<sup>41</sup>. Praksisserne har også adgang til et system ”Primärvårds kvalitet”, hvor de kan følge patienternes sygdom og medicinering i realtid. Systemet giver et systematisk overblik over patientpopulationens resultater samtidig med, at en sammenligning er mulig med andre praksisser i regionen og nationalt. Systemet er privatdrevet, men finansieret af regionerne, som også har adgang til data.

### **2.2.1 Udvalgte svenske erfaringer med honorering af almen praksis**

I Stockholmsregionen udgjorde ydelseshonorering i starten af 2000'erne en betydelig større andel af almen praksis' omsætning end i øvrige regioner. I 2016 steg andelen af basishonorering dog fra 40% til 60% i Stockholmsregionen (Fernholm et al., 2019; Vengberg et al., 2019). Så vidt vides, foreligger der ikke en evaluering af betydningen af denne honorarændring. Der er dog indikationer på, at der samtidig med forhøjelsen af basishonoreringen i Stockholmsregionen har været et betydeligt større fald i antallet af konsultationer pr. læge i regionen sammenlignet med andre regioner.

Siden 2010 har det været muligt for akkrediterede private aktører at åbne praksisser i hele Sverige. Mange regioner har i samme periode introduceret en risikojustering af basishonoraret på baggrund af patienternes socioøkonomiske status. Dette har gjort det mere økonomisk rentabelt at behandle patienter i udsatte områder. Anell et al. (2018) finder, at risikojusteringen af basishonoraret øger antallet af private praksisser i områder, hvor patienter har en lavere socioøkonomisk status. Det totale antal private praksisser øges dog ikke af risikojusteringen, hvilket peger på, at justeringen blot fører til en omfordeling af praksissernes placering i regionen.

---

<sup>41</sup> Kilde: [www.ndr.nu](http://www.ndr.nu)

I et nyere svensk arbejdsrapport undersøges det, om differentieringen af basishonoraret påvirker behandlingsmønstret i almen praksis. Studiet er baseret på data fra regionen Östergötland. I 2014 var der en betydelig gennemsnitlig stigning i basishonoraret for patienter med lav socioøkonomisk status i denne region. Anell et al. (2022) viser, at risikojusteringen ikke fører til nogen ændring i antal konsultationer i almen praksis for patienter med kronisk sygdom, som har en lav socioøkonomisk status, sammenlignet med andre patienter med kronisk sygdom. De finder dog en lille stigning i skadestuebesøg, men ingen ændring i indlæggelser. Risikojustering af basishonoraret lader således ikke til at påvirke disse behandlingsmønstre i almen praksis.

I stort set alle svenske regioner har der indtil for nyligt været resultataflønning af almen praksis. Resultataflønningen udgjorde dog en lille andel af den totale betaling til praksis, og den blev typisk ikke udbetalt til de fastlønnede læger (Ellegård et al., 2018). Et par svenske studier viser en positiv effekt af resultataflønning på behandlingskvaliteten i almen praksis. Ellegård et al. (2018) viser, at resultataflønning har øget brugen af smal-spektrret antibiotika til behandling af børns luftvejsinfektioner, mens Ellegård (2020) viser, at praksisser i højere grad følger retningslinjer for udskrivning af blodtryksmedicin som følge af resultataflønning.

I 2015 blev der foretaget randomiserede kontrollerede forsøg med henblik på at undersøge patienters villighed til at skifte til en anden almen praksis i regionen Skåne. Som en del af forsøget modtog interventionsgruppen information om deres nuværende praksis' proceskvalitet sammenlignet med tre nærliggende praksisser. Denne information var også tilgængelig online, men "søgeomkostningerne" blev reducerede. Interventionsgruppen modtog også en påmindelse om muligheden for at vælge en ny praksis samt i nogle tilfælde en frankeret formular, som kunne indsendes i forbindelse med et evt. lægeskift. Anell et al. (2021) finder, at sandsynligheden for at skifte praksis øgedes med 0,6-0,8 procentpoint (10-14%) for alle borgere, mens den øgedes med 2,3 procentpoint (26%) for nye borgere i området. Effekten af informationen var større i byområder, hvor der var kortere afstande til praksisser.

### **2.3 Honorering af almen praksis i England**

Almen praksis i England er privatdrevet, men finansieret gennem skatten (Cylus et al., 2015). Patienter er fast tilknyttede en alment praktiserende læge. Lægen har gatekeeperfunktion i forhold til det specialiserede sundhedsvæsen (Cylus et al., 2015). De fleste læger er selvstændige, men en stigende andel (ca. 27%) er ansatte. Omkring 11% procent af lægerne arbejder i solo-praksis, mens 46% er i praksisser med minimum fem læger (Thorlby, 2020). Den gennemsnitlige listestørrelse pr. læge er steget med 16% siden 2015 og er i dag på 2.248 patienter (British Medical Association, 2022). Praksisser kan afvise patienter udenfor deres aftalte optageområde, og de kan lukke deres liste ved en formel ansøgning, hvor det skal fremgå at arbejdspressen truer en patientsikker behandling. Hvis listen lukkes, bortfalder visse betalinger for ekstra services. Nogle praksisser vælger derfor at være "åbne, men med fuld liste", hvilket ikke er en officiel status, men som fører til afvisning af nye patienter. Denne uofficielle status skønnedes at gælde for ca. 10% af praksisserne.

Honoreringen af engelske almene praksisser er en blanding af basis-, ydelses- og resultataflønning. Basishonorering udgør ca. 60%, ydelseshonorering udgør ca. 15% og resultataflønning udgør ca. 10%. De resterende 15% af honoreringen dækker praksis' huslejeudgifter, udvidede services, lokale aftaler mv. (Thorlby, 2020). Basishonoreringen er risikojusteret, hvor risikojusteringen er baseret på urbaniseringsgrad, antal nye patienter i en given periode, patienternes alder, køn og morbiditet. Ydelseshonoreringen gives typisk for proaktive ydelser, såsom initiativer knyttet til populationsomsorg (f.eks. vaccination af en risikopopulation). Resultatafløn-

ningen gives for udvalgte områder, hvor der kan identificeres målbare indikatorer for strukturelle, processuelle og helbredsrelaterede forhold. Detaljerede betalingsdata pr. praksis og pr. servicetype er offentligt tilgængelige.

Siden 2007 er der blevet udsendt nationale spørgeskemaundersøgelser af patientoplevelser i almen praksis i England. Undersøgelsen udsendes minimum én gang årligt. I undersøgelsen indsamles data på patienternes tilfredshed, sundhedstilstand, adfærd og øvrige karakteristika. Resultaterne offentliggøres på praksis-, område- og nationalt niveau (NHS England, 2022a). I England er der også detaljeret offentligt tilgængeligt information om behandlingskvaliteten i praksis. Denne information bliver rapporteret som led i praksis' resultataflønning "the Quality and Outcomes Framework" (QOF).

### **2.3.1 Udvalgte engelske erfaringer med honorering af almen praksis**

Engelske praktiserende lægers rolle i sundhedsvæsenet, herunder deres budget- og planlægningsansvar for patienter på tværs af sundhedsvæsenet, har varieret over tid. I perioden 1991-1998 var der et såkaldt "GP fundholding" system. Praktiserende læger kunne vælge at få budgetansvar for egne patienters brug af udvalgte sundhedsydelser. Lægerne fik overskuddet fra budgetterne, hvilket gav dem et stærkere økonomisk incitament til at begrænse brugen af øvrige specialister (Mannion, 2011). Omkring halvdelen af lægerne valgte at blive "fundholders". Litteraturen viser blandede erfaringer med GP fundholding systemet. Systemet førte til færre elektive sygehusbehandlinger (ca. 4%), ingen effekt på akutte indlæggelser (som ikke var en del af systemet) (Dusheiko et al., 2006) og lavere ventetid (8%) for patienter henvist til sygehuset af GP fundholders (Propper et al., 2002). Patienttilfredsheden var dog lavere hos en GP fundholding praksis (Dusheiko et al., 2007) og transaktionsomkostningerne (f.eks. omkostninger til personale, tidsforbrug og udstyr til at håndtere de nye opgaver) vurderedes højere end gevinsten ved at indføre systemet (Lewis, 2004). Der var også bekymring for ulighedseffekter af systemet, da GP fundholders havde et større budget pr. patient, end myndighederne havde til rådighed til patienter tilknyttet læger, der valgte ikke at være fundholders (Dixon et al., 1994).

Resultataflønningssystemet QOF blev introduceret som en frivillig afregningsordning i 2004. Formålet med ordningen var at forbedre alment praktiserende lægers jobtilfredshed, indkomst og behandlingskvalitet (Doran & Roland, 2010) Resultataflønningen blev lagt ovenpå den eksisterende honorering, hvilket gjorde, at stort set alle praksisser deltog. Der blev samtidig foretaget en stor offentligt finansieret investering i en IT-infrastruktur, som kunne understøtte måling af kvaliteten (Doran & Roland, 2010). For de fleste kvalitetsindikatorer er praksisser honoreret for at nå bestemte mål for den relevante patientpopulation. Bonusser bliver justeret for prævalensen af sygdomme og listestørrelsen i praksis. Kvalitetsmålene er offentligt tilgængelige og kan blive justerede årligt. Nye indikatorer kan også komme til, mens andre fjernes.

En stor andel af praksisser nåede allerede den maksimale bonus i det første år med QOF (Roland & Guthrie, 2016). Lægerne opnåede således en indkomststigning på omkring 30% (Allen et al., 2014). Evalueringer af QOF er udfordret af manglende oplysninger om behandlingskvaliteten inden indførelsen af ordningen. Flere studier af effekterne på kort sigt viser, at behandlingskvaliteten for patienter med astma og diabetes forbedrede sig hurtigere det første år end før QOF (Campbell et al, 2009; Gillam et al, 2012; Roland & Guthrie, 2016). Studier med en længere tidshorisont viser, at praksisserne opretholdt en uændret høj behandlingskvalitet under QOF (Guthrie & Tang, 2016). Der eksisterer også studier, som viser indikationer på, at QOF har reduceret akutte indlæggelser en smule (Harrison et al. 2014), men at ordningen ikke har påvirket dødeligheden blandt patienter (Kontopantelis et al., 2015; Ryan et al., 2016).

Der er andre studier, som indikerer ”gaming”-adfærd i nogle praksisser under QOF. Som en del af QOF er det muligt for praksisser at undtage patienter fra resultatmålene, hvis de for eksempel er uegnede eller uvillige til at modtage behandling. Gravelle et al. (2010) fandt tegn på ”gaming”, da undtagelse af patienter fra opgørelsen i resultatmålene varierede med, hvor tæt praksis var på at nå målene samt med praksiskarakteristika, som var uafhængige af patientkarakteristika. Wilding et al. (2022) undersøgte konsekvensen af øgede krav for at opnå QOF-betaling for yngre patienter med hypertension. De fandt, at ændringen førte til bedre proceskvalitet i form af flere førstegangs-blodtryksmålinger og udstedelse af recepter på blodtryksmedicin. De fandt dog samtidig nogle tegn på ”gaming”, da der var flere ”undtagne patienter”, flere gentagne blodtryksmålinger, flere blodtryksmålinger, der lige netop kom over de grænseværdier, der udløste betaling, mens færre lige netop kom under grænseværdierne. Studier viser også, at fjernelse af kvalitetsindikatorer fra QOF kan medføre fald i den målte kvalitet (Lester et al., 2010; Wilding et al., 2018), men at dette ikke altid er tilfældet (Kontopantelis et al., 2014).

I 2016 introduceredes the Targeted Enhanced Recruitment Scheme for at tiltrække læger til områder med lægemangel i England. Ordningen giver uddannelseslæger en bonus på £ 20.000, hvis de vælger at arbejde i områder med lægemangel i en treårig periode. Områderne udpeges af GP National Recruitment Office. Ordningen anses for at være en succes og er fra 2022 udvidet til 800 pladser (NHS England, 2022b).

## 2.4 Opsummering

I dette kapitel har vi beskrevet udvalgte landes honorarmodeller for almen praksis samt landenes erfaringer med honorering. Norge, Sverige og England er udvalgt, da deres organisering og finansiering af sundhedsvæsenet minder om den danske model. Erfaringerne fra disse lande viser, at design af aflønningssystemer og adgang til kvalitetsdata kan påvirke almen praksis’ behandlingsadfærd og placering. Aflønningssystemer eksisterer dog ikke i et vakuum. Så selvom man kan lære af erfaringerne, bør man huske på den nuværende danske kontekst.

På tværs af landene finder vi en forskellig fordeling af fast og aktivitetsbaseret aflønning i almen praksis. Der er dog en begrænset evidens for virkningen af denne fordeling. Det tyder dog på, at en højere andel af fastløn reducerer aktiviteten i praksis og øger henvisningsaktiviteten. Disse fund stemmer overens med studier fra Danmark (Krasnik et al., 1990; Olsen et al, 2023; Skovsgaard 2023) og er også i overensstemmelse med den teoretiske forventning (Ellis & McGuire, 1986).

Det observeres også, at basishonoraret risikojusteres i lande med den højeste andel af basishonorering. Et studie fra Sverige viser, at risikojusteringen kan tiltrække private aktører til områder, hvor patientpopulationen har en lavere socioøkonomisk profil. Her skal det bemærkes, at risikojusteringen var af en betydelig størrelse. Resultaterne af et andet svensk arbejdsrapport peger på, at risikojustering ikke lader til at påvirke udvalgte behandlingsmønstre i almen praksis. Foreløbige resultater af Olsen et al. (2023) fra Danmark tyder på, at risikojustering ligefrem kan føre til lavere aktivitet i praksisser, som modtager et højere honorar (se evt. kapitel 3).

Der er observeret moderate, positive erfaringer med resultataflønning i England og Sverige. I begge lande har man dog reduceret brugen af denne aflønningsform. I England blandt andet efter kritik af høje administrationsomkostninger og ønsker om alternativer, der bedre kunne understøtte en holistisk og sammenhængende behandling (Ashworth, 2017; Moberly og Stahl-Timmins, 2019; Marshall og Roland, 2017). I andre sundhedssystemer er erfaringerne med resultataflønning blandede (se for eksempel Eijkenaar et al., 2013; Jia et al., 2021; Scott et al., 2018; Van Herck et al., 2010; Zaresani og Scott, 2021). Erfaringerne fra England tyder på, at

der bør være opmærksomhed på ”gaming”-adfærd ved resultataflønning i almen praksis. Der er begrænset viden fra de udvalgte lande om virkningen af honorering af tværsektorielt samarbejde i almen praksis, hvilket er i overensstemmelse med den bredere litteratur på området (se evt. kapitel 4).

Klinisk og patientrapporteret kvalitet i almen praksis er offentligt tilgængeligt i lande som England og Sverige, mens der i Norge er private initiativer. Erfaringer fra Norge og Sverige viser, at adgangen til kvalitetsdata kan påvirke patienters lægevalg. Erfaringer fra den bredere litteratur tyder på, at kvalitetsdata kan forbedre behandlingskvaliteten (se for eksempel Godager et al., 2016; Kolstad, 2013).

## Litteratur

Aars, O. K., Godager, G., Kaarbøe, O. M., & Moger, T. A. (2022). Sending emails to reduce medical costs? The effect of feedback on general practitioners' claiming of fees. HERO skriftserie/Working paper.

Allen, T., Mason, T., & Whittaker, W. (2014). Impacts of pay for performance on the quality of primary care. *Risk management and healthcare policy*, 7, 113.

Anell, A., Dackehag, M., & Dietrichson, J. (2018). Does risk-adjusted payment influence primary care providers' decision on where to set up practices? *BMC health services research*, 18(1), 1-12.

Anell, A., Dackehag, M., Dietrichson, J., Ellegård, L. M., & Kjellsson, G. (2022). Better Off by Risk Adjustment? Socioeconomic Disparities in Care Utilization in Sweden Following a Payment Reform. Retrieved from

Anell, A., Dietrichson, J., Ellegård, L. M., & Kjellsson, G. (2021). Information, switching costs, and consumer choice: Evidence from two randomised field experiments in Swedish primary health care. *Journal of Public Economics*, 196, 104390.

Ashworth, M., Gulliford, M., 2017. Funding for general practice in the next decade: life after QOF. *Br J Gen Pract* 67, 4–5. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X688477>

Bensnes, S., & Huitfeldt, I. (2021). Rumor has it: How do patients respond to patient-generated physician ratings? *Journal of Health Economics*, 76, 102415.

British Medical Association. (2022). Pressures in general practice data analysis. Retrieved from <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/nhs-delivery-and-workforce/pressures/pressures-in-general-practice-data-analysis>

Campbell, S. M., Reeves, D., Kontopantelis, E., Sibbald, B., & Roland, M. (2009). Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *New England Journal of Medicine*, 361(4), 368-378.

Cylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley, M., O'Neill, C., Steel, D., & Organization, W. H. (2015). United Kingdom: health system review.

Den Norske legeforening. (2019). Normaltariff for fastleger og legevakt 2019-2020.

- Dietrichson, J., Ellegård, L. M., & Kjellsson, G. (2020). Patient choice, entry, and the quality of primary care: Evidence from Swedish reforms. *Health economics*, 29(6), 716-730.
- Dixon, J., Dinwoodie, M., Hodson, D., Dodd, S., Poltorak, T., Garrett, C., . . . Williams, M. (1994). Distribution of NHS funds between fundholding and non-fundholding practices. *Bmj*, 309(6946), 30-34.
- Doran, T., & Roland, M. (2010). Lessons from major initiatives to improve primary care in the United Kingdom. *Health Affairs*, 29(5), 1023-1029.
- Dusheiko, M., Gravelle, H., Jacobs, R., & Smith, P. (2006). The effect of financial incentives on gatekeeping doctors: evidence from a natural experiment. *Journal of Health Economics*, 25(3), 449-478.
- Dusheiko, M., Gravelle, H., Yu, N., & Campbell, S. (2007). The impact of budgets for gate-keeping physicians on patient satisfaction: evidence from fundholding. *Journal of Health Economics*, 26(4), 742-762.
- Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M., & Schöffski, O. (2013). Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health policy*, 110(2-3), 115-130.
- Ellegård, L. M. (2020). Effects of pay-for-performance on prescription of hypertension drugs among public and private primary care providers in Sweden. *International journal of health economics and management*, 20(3), 215-228.
- Ellegård, L. M., Dietrichson, J., & Anell, A. (2018). Can pay-for-performance to primary care providers stimulate appropriate use of antibiotics? *Health economics*, 27(1), e39-e54.
- Ellis, R. P., & McGuire, T. G. (1986). Provider behavior under prospective reimbursement: Cost sharing and supply. *Journal of Health Economics*, 5(2), 129-151.
- Fernholm, R., Arvidsson, E., & Wettermark, B. (2019). Financial incentives linked to quality improvement projects in Swedish primary care: a model for improving quality of care. *BMJ open quality*, 8(2), e000402.
- Gillam, S. J., Siriwardena, A. N., & Steel, N. (2012). Pay-for-performance in the United Kingdom: impact of the quality and outcomes framework—a systematic review. *The Annals of Family Medicine*, 10(5), 461-468.
- Godager, G., Hennig-Schmidt, H., & Iversen, T. (2016). Does performance disclosure influence physicians' medical decisions? An experimental study. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 131, 36-46.
- Gravelle, H., Sutton, M., & Ma, A. (2010). Doctor behaviour under a pay for performance contract: treating, cheating and case finding? In: Oxford University Press Oxford, UK.
- Gutherie, B., & Tang, J. (2016). What did we learn from 12 years of the Quality and Outcomes Framework. In: Scottish School of Primary Care—Series Literature Review.



- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). Gjennomgang av allmennlegetjenesten. Ekspertutvalgets foreløpige rapport. Retrieved from
- Iversen, T. (2004). The effects of a patient shortage on general practitioners' future income and list of patients. *Journal of Health Economics*, 23(4), 673-694.
- Iversen, T., & Lurås, H. (2000a). Economic motives and professional norms: the case of general medical practice. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 43(4), 447-470.
- Iversen, T., & Lurås, H. (2000b). The effect of capitation on GPs' referral decisions. *Health economics*, 9(3), 199-210.
- Jia, L., Meng, Q., Scott, A., Yuan, B., & Zhang, L. (2021). Payment methods for healthcare providers working in outpatient healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1).
- Kolstad, J. T. (2013). Information and quality when motivation is intrinsic: Evidence from surgeon report cards. *American Economic Review*, 103(7), 2875-2910.
- Kontopantelis, E., Springate, D., Reeves, D., Ashcroft, D. M., Valderas, J. M., & Doran, T. (2014). Withdrawing performance indicators: retrospective analysis of general practice performance under UK Quality and Outcomes Framework. *Bmj*, 348.
- Kontopantelis, E., Springate, D. A., Ashworth, M., Webb, R. T., Buchan, I. E., & Doran, T. (2015). Investigating the relationship between quality of primary care and premature mortality in England: a spatial whole-population study. *Bmj*, 350.
- Krasnik, A., Groenewegen, P. P., Pedersen, P. A., von Scholten, P., Mooney, G., Gottschau, A., . . . Damsgaard, M. T. (1990). Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. *British Medical Journal*, 300(6741), 1698-1701.
- Lameire, N., Joffe, P., & Wiedemann, M. (1999). Healthcare systems—an international review: an overview. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 14(suppl\_6), 3-9.
- Larsen, A., Klausen, M., & Højgaard, B. (2020). Primary health care in the Nordic countries-comparative Analysis and Identification of Challenges. Copenhagen: The Danish Center for Social Science Research.
- Lester, H., Schmittiel, J., Selby, J., Fireman, B., Campbell, S., Lee, J., . . . Madvig, P. (2010). The impact of removing financial incentives from clinical quality indicators: longitudinal analysis of four Kaiser Permanente indicators. *Bmj*, 340.
- Lewis, R. (2004). *Practice-led Commissioning*: London: King's Fund.
- Mannion, R. (2011). General practitioner-led commissioning in the NHS: progress, prospects and pitfalls. *British Medical Bulletin*, 97(1), 7-15.
- Marshall, M., Roland, M., 2017. The future of the Quality and Outcomes Framework in England. *BMJ* j4681. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4681>

Moberly, T., Stahl-Timmins, W., 2019. QOF now accounts for less than 10% of GP practice income. *BMJ* 365, 11489. <https://doi.org/10.1136/bmj.11489>

NHS England. (2022a). GP Patient Survey.

NHS England. (2022b). Targeted Enhanced Recruitment Scheme. Retrieved from <https://www.england.nhs.uk/gp/the-best-place-to-work/starting-your-career/recruitment/>

Olsen, K.R., Simonsen, N.F., Kongstad, L.P., Søndergaard, J., Godager, G. (2023). Do physicians respond to risk-adjustment of the capitation payment in mixed remuneration schemes? *Arbejdsrapport kan revireres ved at kontakte [krolsen@sdu.dk](mailto:krolsen@sdu.dk).*

Olsen, K. R., Anell, A., Häkkinen, U., Iversen, T., Ólafsdóttir, T., & Sutton, M. (2016). General practice in the Nordic countries. *Nordic Journal of Health Economics*, 4(1), 56-67.

Pedersen, K., Godager, G., Rognlien, H. D., Tyrihjell, J. B., Værnø, S. G., Iversen, T., . . . Augestad, L. A. (2022). Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024: Evalueringsrapport I.

Propper, C., Croxson, B., & Shearer, A. (2002). Waiting times for hospital admissions: the impact of GP fundholding. *Journal of Health Economics*, 21(2), 227-252.

Rafiei, N., Vatankhah, S., & Kabir, M. J. (2022). Primary care physician payment mechanisms toward universal health coverage: A study of Iran and selected countries. *The International Journal of Health Planning and Management*, 37(1), 372-386.

Roland, M., & Guthrie, B. (2016). Quality and Outcomes Framework: what have we learnt? *Bmj*, 354.

Ryan, A. M., Krinsky, S., Kontopantelis, E., & Doran, T. (2016). Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. *The Lancet*, 388(10041), 268-274.

Sandvik, H. (2006). Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. En sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. edited by Hogne Sandvik. Oslo: Norges forskningsråd.

Scott, A., Liu, M., & Yong, J. (2018). Financial incentives to encourage value-based health care. *Medical Care Research and Review*, 75(1), 3-32.

Skovsgaard, C.V., Kristensen, T., Pulleyblank, R., Olsen, K.R (2023). Increasing Capitation in Mixed Remuneration Schemes: Effects on Service Provision and Process Quality of Care. *Arbejdsrapport kan revireres ved at kontakte [krolsen@sdu.dk](mailto:krolsen@sdu.dk).*

Thorlby, R. (2020). International Health Care System Profiles – England. Indhentet fra [https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england#:~:text=Eleven%20percent%20of%20practices%20were,contractors%20\(self%20employed\)](https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england#:~:text=Eleven%20percent%20of%20practices%20were,contractors%20(self%20employed))

Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevis, A., & Wharton, G. (2020). International health care system profiles–Sweden. In.

Van Herck, P., De Smedt, D., Annemans, L., Remmen, R., Rosenthal, M. B., & Sermeus, W. (2010). Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC health services research*, 10(1), 1-13.

Vengberg, S., Fredriksson, M., & Winblad, U. (2019). Patient choice and provider competition—quality enhancing drivers in primary care? *Social Science & Medicine*, 226, 217-224.

Wilding, A., Kontopantelis, E., Munford, L., & Sutton, M. (2018). Impact of removing indicators from the quality and outcomes framework: Retrospective study using individual patient data in England. *Policy Research Unit in Commissioning and the Healthcare System Report to NHS England*, 28.

Wilding, A., Munford, L., Guthrie, B., Kontopantelis, E., & Sutton, M. (2022). Family doctor responses to changes in target stringency under financial incentives. *Journal of Health Economics*, 85, 102651.

Zaresani, A., & Scott, A. (2021). Is the evidence on the effectiveness of pay for performance schemes in healthcare changing? Evidence from a meta-regression analysis. *BMC health services research*, 21(1), 1-10.

## Kapitel 3. Udvalgte erfaringer fra almen praksis' overenskomstændringer i 2018

### 3.1 Introduktion

Med overenskomsten fra 2018 indførtes to strukturelle ændringer i honorarmodellen for almen praksis. For det første erstattede man en væsentlig del af ydelseshonoreringen for patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og type 2-diabetes med et ekstra basishonorar. Denne ordning refereres til som kronikerhonorarmodellen. For det andet indførte man en ekstra bevilling til regulering af basishonoraret med det formål at øge basishonoraret for praksisser med særligt behandlingskrævende patienter og for praksisser i lægedækningstruede områder. Formålet med dette kapitel er at redegøre for de foreløbige resultater af evalueringer af de to ordninger.

### 3.2 Kronikerhonoraret

Med indførelse af kronikerhonorar for patienter med KOL og type 2-diabetes erstattede man ydelsesafregning for konsultationer, e-mail konsultationer, telefonkonsultationer og specifikke forebyggelseskonsultationer (årskontroller) med et fast basishonorar. Tillæggydelser afregnes dog stadig med gældende ydelsestakster for disse patienter. Kronikerhonoraret er lidt højere for diabetespatienter end for KOL-patienter og højest for patienter med både KOL og diabetes. En nærmere beskrivelse af kronikerhonoraret og taksterne kan findes i overenskomstaftalen for almen praksis (RLTN & PLO 2022). Overordnet set blev taksterne i kronikerhonoraret sat omkring 15 procent højere end den gennemsnitlige ydelsesafregning for patienter med hhv. KOL og type 2-diabetes (Skovsgaard et al. 2023). Ud fra en gennemsnitsbetragtning har det således kunnet betale sig for almene praksisser at overføre patienter til ordningen.

Kronikerhonoraret blev gradvist indført baseret på en ordning, hvor almen praksis opfordredes til at overføre patienter fra ydelseshonorering til kronikerhonorar ved førstkomende årskontrol efter 1. januar 2018. Det var dog muligt at undtage patienter fra kronikerhonoraret ligesom patienter, der monitoreres i et sygehusambulatorie, ikke indgår i ordningen.

I et incitamentsperspektiv må kronikerhonoraret betragtes som en justering af forholdet mellem ydelses- og basishonorering for en subgruppe af patientpopulationen i almen praksis. Således viser beregninger, at ydelsesafregning udgjorde ca. 80 procent af den samlede honorering for patienter med diabetes i 2017, mens det i 2019 kun udgjorde 20 procent. (Skovsgaard et al. 2023). Denne justering betyder, at ordningen vendte forholdet mellem ydelses- og basishonorering fra ca. 80/20 procent til ca. 20/80 procent for disse patienter i almen praksis. Der findes ikke stærk evidens for effekten af at øge andelen af basishonorering i en blandet model, men det må forventes at skabe incitament, der i højere grad stemmer overens med basishonorering og i mindre grad med ydelseshonorering. Ifølge afsnittet om basishonorering i kapitel 1 betyder det, at indførelse af kronikerhonoraret risikerer at føre til reduceret aktivitet – især for patienter med et stort behov for ydelser. Denne hypotese er understøttet af studier fra Canada, hvor man har set på effekten af at gå fra ren ydelseshonorering til en blandet honorarmodel (Dumont et al, 2008; Krajl & Kanterevich, 2013). En anden mulig effekt af kronikerhonoraret er, at det kan øge incitamentet til at diagnosticere patienter med type-2 diabetes i almen praksis, da især patienter med mild diabetes vil være økonomisk fordelagtige at overføre til kronikerhonoraret. Endelig kan der være et økonomisk incitament til at substituere aktiviteten fra patienter som aflønnes ved kronikerhonoraret til patienter, der stadig honoreres med ydelsesafregning. Dette økonomiske incitament går imod formålet om at øge fokus på patienter med det største behandlingsbehov (Oxholm 2019).

Skovsgaard et al. (2023) har med udgangspunkt i data fra 2016-2020 undersøgt effekten af at indføre kronikerhonoraret for patienter med type 2-diabetes. Studiet er endnu ikke fagfællebedømt. Studiet undersøger, om antallet af ydelser og sammensætningen af ydelser ændrer sig for patienter med diabetes, der overføres til kronikerhonoraret. Studiet analyserer således kontaktmønsteret hos en kohorte af patienter med type 2-diabetes. Herunder sammenlignes kontaktmønsteret på patientniveau før og efter overgangen til kronikerhonoraret. De foreløbige resultater viser, at ca. 70 procent af patienterne med type 2-diabetes er blevet overført til kronikerhonoraret ved udgangen af 2020. Da over 10 procent af alle patienterne med type 2-diabetes kan antages at have svær diabetes (Pulleyblank et al. 2021), og derfor bliver monitorerede på diabetesambulatorier og således ikke er indbefattet af kronikerhonorarordningen, vurderes det, at en ganske stor andel af de berettigede patienter er overført til kronikerhonoraret i almen praksis.

Analyserne af kontaktmønsteret viser et fald på omkring 2 procent i det samlede antal kontaktydelser (almindelige konsultationer, e-mailkonsultationer, telefonkonsultationer og specifikke forebyggelseskonsultationer), når patienten overføres til kronikerhonoraret. Faldet i brug af nogle af tillægsydelse (urin-sticks, blodprøver og influenzavaccinationer) er næsten dobbelt så stort som faldet i kontaktydelser. Det er umiddelbart overraskende, at disse tillægsydelser falder, idet de er væsentlige for monitoreringen af patienter med diabetes, og stadig er incentiveret af ydelseshonoreringen. En forklaring kan være, at sammensætningen af kontaktydelser ændrer sig, således at antallet af telefon- og e-mail-konsultationer øges, hvormed muligheden for tillægsydelser, der kræver patientens fremmøde, reduceres. Det er dog ikke muligt at undersøge denne hypotese nærmere, da alle kontaktydelser kodes med samme kronikerhonorarydelse efter overgangen til kronikerhonoraret.

En opdeling af diabetespopulationen på baggrund af sygelighed (baseret på Charlson Comorbidity Index) viser, at faldet i aktivitet er størst for patienter med høj sygelighed. Det kan ikke konkluderes, om faldet i ydelser er hensigtsmæssigt eller uhensigtsmæssigt, men det konkluderes at den ændrede adfærd stemmer overens med de hypoteser, der er omkring øget basishonorering. Den observerede adfærd er også i overensstemmelse med empirisk litteratur, der finder, at særligt patienter med stort behov for ydelser, kan blive underbehandlet, når lægernes aflønning er uafhængig af aktivitet (Oxholm et al. 2019). Idet Skovsgaard et al. (2023) analyserer en fast kohorte af patienter med diabetes, er det ikke undersøgt, om kronikerhonoraret har ændret på antallet af registrerede patienter med diabetes i almen praksis.

### **3.3 Differentiering af basishonoraret**

Overenskomstaftalen fra 2018 tilførte 60 mio. kr. i ekstra midler til basishonoreringen (Praktiserende Lægers Organisation 2018). Det svarede til ca. 2,5 procent af de midler, der i 2016 var afsat til basishonorering (Heisel 2017). Aftalen indeholdt en differentieringsalgoritme, der fordeler 60 procent af disse midler til praksisser med behandlingskrævende patienter og de resterende 40 procent til praksisser i lægedækningstruede områder. Identifikationen af praksisser med behandlingskrævende patienter blev baseret på det historiske ydelsesforbrug for patienter opdelt på køn, alder og Charlson Comorbidity Index. De lægedækningstruede områder blev defineret ud fra andelen af borgere, der var dækkede af udbuds-, regions- eller forsøgsklinikker; andelen af borgere på overførselsindkomst; andelen af praktiserende læger over 63 år; og antal handler med positiv goodwill de seneste tre år i forhold til den samlede kapacitet. En nærmere beskrivelse af differentieringsalgoritmen findes i RLTN & PLO (2018), bilag 5. To væsentlige pointer ved ordningen er, at ikke alle praksisser får del i de ekstra midler, da der er en øvre budgetbegrænsning, og at ingen praksisser risikerer at få mindre basishonorering.

Som beskrevet i afsnittet om basishonorering i kapitel 1, er der forskellige hypoteser om effekten af at differentiere basishonoraret. Man kan forestille sig, at differentieringen påvirker både ydelsesaktiviteten, den samlede indkomst og antallet af patienter, en praksis ønsker at have på listen. I forhold til ydelsesaktiviteten er det vigtigt at bemærke, at lægen – uanset om basishonoraret er differentieret eller ej – ikke har et økonomisk incitament til at omsætte den øgede indtjening til flere ydelser til patienterne, idet koblingen mellem indtægt og ydelser er fraværende. Tværtimod kan der være et incitament til at bytte en øget indkomst til mere fritid, som beskrevet i ”target”-indkomst hypotesen (se kapitel 1 for beskrivelse af denne hypotese). På den anden side kan differentieret basishonorar potentielt minde lægen om, at visse patienter har større behov, eller opfattes som et signal fra myndigheden om, at visse grupper af patienter skal prioriteres (Oxholm et al. 2019). Denne effekt kan betyde, at der gives flere ydelser til patienter, der tilgodeses i differentieringsalgoritmen (se evt. kapitel 5 om lægers brugerorientering og public service motivation). I forhold til incitamenter til at ændre antallet af patienter på listen, er der også modsatte hypoteser. På den ene side er der et større økonomisk incitament til at knytte én ekstra patient med relativt høj tyngde til listen, fordi det kan medføre en øget sandsynlighed for at få del i puljen til det differentierede basishonorar, men på den anden side kan ”target”-indkomst hypotesen trække den anden vej, hvis der er større præferencer for at arbejde mindre end for at øge indkomsten marginalt (se kapitel 1).

Olsen et al (2023) har undersøgt effekten af at indføre differentieret basishonorar i overenskomsten i 2018. Studiet er endnu ikke fagfællebedømt. Studiet undersøger, om ordningen har påvirket antallet af patienter på listen per kapacitet, ydelsesaktiviteten per kapacitet og den samlede indkomst (basis- og ydeshonorering) per kapacitet. De foreløbige deskriptive resultater viser, at praksisser, der udelukkende modtager ekstra basishonorering baseret på deres patientsammensætning, i gennemsnit modtager ca. 115.000 kr. om året, og at disse praksisser ikke ændrer antallet af patienter på deres liste eller antallet af ydelser per kapacitet sammenlignet med en kontrolgruppe af praksisser, der har tungere patienter end gennemsnittet, men ikke modtager ekstra basishonorering på grund af budgetbegrænsningen. I stedet øger disse praksisser altså deres indkomst med et beløb svarende til det de får ekstra i differentieret basishonorering. Godt 70 procent af de praksisser, der modtager ekstra basishonorar på denne del af ordningen, er solopraksisser.

De foreløbige resultater viser også, at praksisser, der både modtager ekstra basishonorar grundet deres patientsammensætning, og fordi de er placeret i lægedækningstruede områder, reagerer på det øgede basishonorar ved at reducere antallet af patienter og antallet af ydelser per kapacitet sammenlignet med kontrolgruppen. Som følge af denne reduktion observeres ikke en statistisk signifikant ændring i indkomsten blandt disse praksisser sammenlignet med kontrolgruppen. Dette tyder, alt andet lige, på at disse praksisser bytter den øgede indkomst med fritid, hvilket stemmer overens med den såkaldte ”target”-indkomst hypotese. Det er dog vigtigt at huske på, at vi ikke kan observere hvor lang tid lægen bruger med patienten, og at vi således ikke kan afvise, at noget af den lavere aktivitet byttes til mere tid i den enkelte konsultation. En anden vigtig begrænsning ved det gennemførte studie er, at der ikke ses på, om det differentierede basishonorar har effekt på, om nye praksis etableres i lægedækningstruede områder, som vist i det svenske studie af Anell et al (2018), som beskrives i kapitel 2.

### Hovedpointer:

- Der findes ikke meget litteratur om effekten af at differentiere basishonoraret i en blandet model eller om effekten af at øge basishonorarets andel relativt til ydelsehonorering i en blandet model.
- Jf. kapitel 1 vil man, baseret på viden om rene basishonorarmodeller, forvente, at en højere andel af basishonorering, alt andet lige, vil reducere aktiviteten generelt og især for patienter med særligt højt behov. Evalueringen af effekten af kronikerhonoraret for patienter med type-2 diabetes understøtter denne hypotese og viser, at der også sker en reduktion i vigtige tillægsydelser på trods af, at disse stadig er koblet til ydelsesafregning.
- En differentiering af basishonoraret kan have modsatrettede effekter på både aktivitet og ønsket om at øge listestørrelsen. Evalueringen af differentieret basishonorar indført ved overenskomsten i 2018 viser, at praksisser, der modtager en øget basishonorering, ikke ændrer deres aktivitet, mens praksisser, der herudover også modtager ekstra basishonorar for at operere i lægedækningstruede områder, bytter den øgede indkomst med fritid eller mere tid til den enkelte konsultation ved at reducere antallet af patienter på listen og antallet af ydelser.

### Litteratur

Anell, A., Dackehag, M., & Dietrichson, J. (2018). Does risk-adjusted payment influence primary care providers' decision on where to set up practices? *BMC health services research*, 18(1), 1-12.

Dumont, E., Fortin, B., Jacquemet, N., & Shearer, B. (2008). Physicians' multitasking and incentives: empirical evidence from a natural experiment. *J Health Econ*, 27(6), 1436-1450. doi:10.1016/j.jhealeco.2008.07.010

Heisel, A. (2017). Sådan forstår du differentieret basishonorar. *Ugeskrift for læger* 29 september 2017.

Kralj, B., & Kantarevic, J. (2013). Quality and quantity in primary care mixed-payment models: evidence from family health organizations in Ontario. *Canadian Journal of Economics/Revue canadienne d'économie*, 46(1), 208-238.

Olsen, K.R., Simonsen, N.F., Kongstad, L.P., Søndergaard, J., Godager, G (2023). Do physicians respond to risk-adjustment of the capitation payment in mixed remuneration schemes? Arbejdsrapport kan revireres ved at kontakte [krolsen@sdu.dk](mailto:krolsen@sdu.dk).

Oxholm, A.S., Di Guida, S., Gyrd-Hansen, D. and Olsen, K.R., 2019. Taking care of high-need patients in capitation-based payment schemes—an experimental investigation into the importance of market conditions. *Applied Economics*, 51(47), pp.5174-5184.

Oxholm, A.S., 2019. Forskerklummen: Kronikerhonoraret kan være dårligt nyt for kroniske patienter i almen praksis. *Altinget*. <https://www.alinget.dk/sundhed/artikel/forskerklummen-kronikerhonoraret-kan-vaere-daarligt-nyt-for-kroniske-patienter-i-almen-praksis>

Pulleyblank, R., Laudicella, M., & Olsen, K. R. (2021). Cost and quality impacts of treatment setting for type 2 diabetes patients with moderate disease severity: Hospital-vs. GP-based monitoring. *Health Policy*, 125(6), 760-767.

RLTN & PLO (2018). Overenskomst for almen praksis (OK18). Indhentet fra <https://www.regioner.dk/aftaler-og-oekonomi/arbejdsgiver/aftaler-og-overenskomster/ok-18-indgaede-aftaler-og-forlig-med-organisationerne>

RLTN & PLO (2022). Overenskomst om almen praksis (OK22). Indhentet fra <https://www.laeger.dk/foreninger/plo/overenskomsten-og-aftaler/overenskomst-om-almen-praksis-ok22/>

Skovsgaard, C.V., Kristensen, T., Pulleyblank, R., Olsen, K.R (2023). Increasing Capitation in Mixed Remuneration Schemes: Effects on Service Provision and Process Quality of Care. Arbejdsrapport kan revireres ved at kontakte [krolsen@sdu.dk](mailto:krolsen@sdu.dk).

UDKAST



## Kapitel 4. Honorering af tværsektorielt samarbejde

Befolkningssammensætningen ændres i disse år, så der bliver flere ældre, der lever længere med én eller flere kroniske sygdomme. Denne udvikling medfører et ændret behandlingsbehov og krav om, at sundhedsvæsenet i højere grad må kunne håndtere patienter, der har brug for en forebyggende indsats (Sundhedsministeriet, 2018; World Health Organization, 2015). Samtidigt står sundhedsvæsenet på kort sigt over for en bemandingsudfordring, som betyder, at de knappe ressourcer til rådighed må udnyttes bedst muligt. Fra et samfundsøkonomisk perspektiv bør man derfor tilstræbe, at det samlede sundhedsvæsen yder en indsats, der opleves som sammenhængende og koordineret fra patientens side, og som ikke tilskynder til unødigt aktivitet. Dette betyder, at patienterne behandles på den mest omkostningseffektive måde (LEON-princippet) med udgangspunkt i de mål, beslutningstagerne sætter for sundhedsvæsenet.

Patienters behandlingsbehov i den primære og sekundære sektor samt i plejesektoren afhænger af den indsats, der samlet set leveres i sektorerne. Aktørerne i de enkelte sektorer har dog ingen direkte økonomiske tilskyndelser til at tage højde for denne afhængighed, når de vælger en behandlingsindsats. Et ofte anvendt eksempel på de koordineringsproblemer, der kan opstå på tværs af sektorer, er den ældre medicinske patient med én eller flere kroniske sygdomme. Patientens behov for en akut sygehusindlæggelse kan til dels være afhængig af den behandling, patienten tidligere har modtaget på sygehuset, men kan også påvirkes af forebyggende indsatser i kommunen eller hos den alment praktiserende læge (Mason et al., 2015). Sundhedsministeriet anslår, at der årligt bruges ca. 8 milliarder kroner på akutte sygehusindlæggelser, der muligvis kunne være undgået (Sundhedsministeriet, 2018).

Måden, sundhedsvæsenets aktører organiseres og afregnes på, kan tilskynde til bedre sammenhæng på tværs af sektorer. I dette kapitel beskriver vi de afregningsformer, der er blevet forsøgt anvendt til at give incitamenter til bedre sammenhæng på tværs af sektorer. Vi beskriver også den empiriske evidens, der findes for disse afregningsformers effekt på omkostninger og kvalitet med særligt fokus på implikationerne for almen praksis. Afregningsmetoderne anvendes typisk som supplement til eksisterende afregningsformer, men nogle af metoderne kunne principielt erstatte eksisterende afregningsmetoder.

### 4.1 Betaling for koordinering (Pay for coordination)

Den mest enkle afregningsform til at incentivere sammenhæng på tværs af sektorer er betaling for koordinering. Her gives en betaling som kompensation til praksisser for den koordinerende indsats. Denne indsats kan for eksempel bestå i at indgå i dialog med andre aktører om generelle tværsektorielle problemstillinger for en patientgruppe eller i at tilrettelægge en enkelt patients samlede behandlingsbehov på tværs af sektorer. Betalingen skal altså tilskynde til og kompensere for, at praksis bruger tid på aktiviteter, der ikke nødvendigvis er direkte efterspurgt af patienten, men som er nødvendige set fra et samfundsøkonomisk perspektiv, for at patienterne får en behandling, der opfylder de mål, beslutningstagerne har sat.

Betalingen kan være aktivitetsafhængig (ydeshonorering), dvs. den kan eksempelvis gives per case-gennemgang, mødedeltagelse, eller den kan gives som et ikke-aktivitetsafhængigt engangsbeløb per patient (basishonorering). I valget mellem de to betalingsmetoder gælder de samme overvejelser om økonomiske incitamenter, der er redegjort for i kapitel 1. Et eksempel på betaling for koordinering er det amerikanske sundhedsforsikringselskab CIGNA's betaling til de almene praksisser, der deltog i selskabets Collaborative Accountable Care initiativ. Betalingen blev givet som en engangsbetaling per patient i starten af året og var således ikke aktivitetsafhængigt. Betalingens størrelse blev fastsat som en funktion af den potentielle gevinst,

som bedre koordinering ventedes at kunne føre til ved brug af data om kvalitet og omkostninger. Betalingen understøttede de deltagende praksissers brug af sygeplejersker til at varetage koordinering. Deres indsats blev også understøttet af rapporter, der kunne hjælpe med at identificere, hvilke patienter der kunne have nytte af en koordinerende indsats (Salmon et al., 2012).

Der eksisterer også eksempler på betaling for koordinering, som er aktivitetsafhængig. I Norge blev der i 2019 indført en såkaldt "samhandlingstakst", der er en betaling til almen praksis pr. kontakt til det specialiserede sundhedsvæsen (ydeshonorering) (se evt. kapitel 2) (Pedersen et al. 2022). I Danmark modtager almen praksis allerede i dag betaling for tværsektorielt samarbejde og koordinering, men hovedsageligt i det omfang dette arbejde vedrører en konkret patient. Der findes også en takst for "socialmedicinsk arbejde", der dækker mere generelt samarbejde med kommunen, men almen praksis er ikke forpligtet til at indgå heri.

Der er ikke stærk evidens for, at effekten af betaling for koordinering i almen praksis er effektivt. En evaluering af CIGNA's betaling for koordinering viser, at der efter det første år ikke var effekt på omkostninger eller på opfyldelse af fem kliniske kvalitetsstandarder (Salmon et al., 2012) i de tre organisationer, der var med i forsøget. Et senere studie (Ho et al., 2016) rapporterede en reduktion i behandlingsomkostninger for CIGNA's patienter i en enkelt af disse praksisser efter to år, men studiet undersøgte ikke effekten på behandlingskvaliteten. Eftersom der ikke er studier af effekten fra de andre organisationer, hvor CIGNA indførte betalingskoordinering, kan man mistænke selektionsbias i resultaterne fra Ho et al. (2016). Så vidt vides, eksisterer der ikke fagfællebedømte evalueringer af de norske og danske erfaringer med betaling for koordinering. I kapitel 2 beskrives dog resultatet af en spørgeskemaundersøgelse, som viser en begrænset respons på indførslen af honoreringen (Pedersen et al. 2020). Ved tolkningen af evalueringsresultaterne skal betalingens størrelse, konteksten og markedsforhold (ressourcebegrænsninger) tages i betragtning.

#### **4.2 Resultataflønning (Pay for performance)**

Resultataflønning er en velkendt afregningsform for almen praksis i en række lande. Når det omtales her, henvises der alene til resultataflønningssystemer, hvor indikatorerne, der afregnes for, er direkte relaterede til sammenhæng på tværs af aktører. Ligesom i traditionelle resultataflønningssystemer kan betalingen for sammenhæng på tværs af aktører knyttes til struktur, proces eller resultatindikatorer, og den specifikke aflønning kan designes på mange forskellige måder (Eijkenaar, 2013).

Resultataflønning for sammenhæng anvendes ofte i tillæg til andre afregningssystemer og er også en del af nogle af de gevinstdelingsmodeller, der omtales i afsnit 4.4. I denne sammenhæng afspejler de kvalitetsindikatorer, der udløser belønning for sammenhængen i behandlingen. For eksempel belønnes aktører, der deltager i samarbejdet mellem det amerikanske sundhedsforsikringselskab Aetna og NovaHealth, en sammenslutning af adskillige praktiserende læger, specialister og sygeplejersker, der tilsammen betjener 65000 patienter, for deres præstation på fem mål, der skal give et samlet billede af kvalitet og adgang til behandling: 1) Mindst ét årligt besøg for alle patienter. Dette mål skal sikre et minimum af adgang i behandlingen, 2) mindst to besøg for patienter med kronisk sygdom, som fordeles som et besøg i henholdsvis årets første og anden halvdel, 3) mindst en årlig HbA1c måling for patienter med diabetes. Mål 2 og 3 skal sikre, at kronikere er velbehandlede, 4) opfølgingsbesøg indenfor 30 dage efter udskrivelse fra sygehus eller et "skilled nursing facility", som et procesmål for koordinering og 5) en reduktion i antal sygehusindlæggelser og indlæggelsesdage for praksissens patienter, der tolkes som et resultatmål for koordinering (Claffey et al., 2012).

Der er ikke foretaget en formel evaluering af Aetna-NovaHealth programmet. En sammenligning i behandlingskvaliteten for patienter i Aetna-NovaHealth programmet med andre Aetna-aktører viste dog en høj grad af målopfyldelse på de belønnede kvalitetsindikatorer under Aetna-NovaHealth programmet, herunder færre akutte indlæggelser og indlæggelsesdage blandt populationen. Dette blev også reflekteret i lavere omkostninger for patienter i praksisser, der blev belønnet for kvalitet (Claffey et al., 2012). Der er redegjort for den øvrige evidens for effekten af resultataflønning i kapitel 1.

#### **4.3 Pakkebetaling (Bundled payments)**

I almen praksis – og i sundhedsvæsenet i det hele taget – har aktivitetsafregning været hyppigt anvendt, for eksempel i form af ydeshonoreringen af almen praksis. Denne afregningsform kritiseres for at tilskynde til en uhensigtsmæssig opdeling af behandlingen, der af den enkelte patient kan opleves som fragmenteret og usammenhængende (Busse og Mays, 2008). For eksempel kan den alment praktiserende læge modtage flere konsultationshonorarer, hvis tid brugt med patienten deles op i flere konsultationer fremfor én enkelt konsultation.

Pakkebetalinger er et forsøg på at modvirke denne tendens ved at samle afregningen for et længere forløb i en enkelt betaling. Betalingspakken kan i princippet designes til at dække flere dimensioner af ydelser, aktører og tidsperioder, der afregnes med en fast takst (Stokes et al., 2018). Aktivitetsuafhængigheden betyder, at aktører kan organisere behandlingen, som de finder det mest hensigtsmæssigt ud fra et afregningsmæssigt perspektiv, uden at skele til af hvem, hvor ofte eller hvor, behandlingen gives. Afregningsformen giver dog samtidig aktørerne en tilskyndelse til at reducere egne behandlingsomkostninger, for eksempel ved at se patienten mindre eller give færre ydelser (ligesom ved fastløn eller basishonorering – se evt. kapitel 1). Hvis denne afregningsform anvendes, er det derfor vigtigt at sikre, at afregningen suppleres med information om behandlingskvaliteten.

Et kendt eksempel på pakkebetaling i almen praksis er for patienter med kronisk sygdom (fx kronisk obstruktiv lungesygdom eller diabetes) i Holland. Nyetablerede ”care groups”, som ofte dannes af flere almene praksisser, tager i fællesskab klinisk og økonomisk ansvar for kronikerrelateret behandling. Der forhandles en fast årlig takst, som skal dække en aftalt plejepakke, der ofte indbefatter al primærbehandling relateret til den kroniske sygdom. Behandling kan leveres af de praksisser, der indgår i gruppen, eller gruppen kan vælge at købe ydelser fra andre aktører (Llano, 2013; Struijs og Baan, 2011). Pakkebetalingerne kan således minde om det danske kronikerhonorar (se evt. kapitel 3), men omfatter flere aktører og ydelser, end kronikerhonoraret gør.

I Holland har pakkebetaling ikke givet den forventede reduktion i behandlingsudgifterne, men derimod en stigning (Karimi et al., 2021; Mohnen et al., 2015). Så vidt vides, har effekten på kvalitet ikke været evalueret i fagfællebedømte studier. I en evidensopsamling, der undersøgte effekterne af 11 forskellige pakkebetalingsinitiativer, var evidensen blandet i forhold til konsekvenserne af denne aflønningsform. Ifølge opsamlingen fandt 20 ud af 32 evalueringer moderat evidens for en sammenhæng mellem besparelser og indførelsen af pakkebetaling, mens 18 ud af 32 fandt forbedringer i kvaliteten (Struijs et al., 2020).

#### **4.4 Gevinstdeling (Shared savings)**

Gevinstdeling giver deltagende aktører på tværs af sektorer en økonomisk tilskyndelse til at yde en koordineret omkostningseffektiv behandling samlet set. Ved denne betalingsform tager aktørerne i fællesskab økonomisk ansvar for behandlingen af en given population. Betaleren opstiller en forventet betaling (budget) for denne behandlingsindsats. Hvis aktørerne samlet set

kan levere behandlingen billigere end forventet (under det budgetterede beløb), får de lov til at beholde en del af ”overskuddet”. Nogle kontrakter er tosidede, hvilket betyder, at aktørerne også i fællesskab må dække omkostningerne, hvis de samlede behandlingsomkostninger er højere end budgetteret. Som ved pakkebetaling er det ved gevinstdelingsordninger vigtigt at indsamle information om – og evt. knytte betaling til – behandlingskvaliteten sideløbende med indførelse af gevinstdeling, da afregningsformen giver en stærk tilskyndelse til at reducere behandlingsaktiviteten (se evt. kapitel 1 om fastløn eller basishonorering).

Der findes kun få eksempler på gevinstdeling i almen praksis, men til gengæld er disse eksempler velstuderede. Fra det amerikanske Medicare (den offentlige betaler for patienter over 65 år) kendes the Medicare Shared Savings Programme (MSSP), som blev introduceret i 2012. MSSP lader grupper af aktører, for eksempel flere almene praksisser eller praksisser og hospitaler, danne en ”accountable care organisation” (ACO), som får populationsansvar for behandling(-skvalitet) og omkostninger for en lokal patientpopulation. Aktørerne i ACO’en får del i eventuelle besparelser, forudsat at de er større end en fastsat minimumsgrænse, og at behandlingskvaliteten lever op til aftalte standarder. Minimumsgrænsen for besparelser skal sikre, at behandlingsomkostninger, der er lavere end forventet i et givet år, ikke blot skyldes en statistisk tilfældighed.

Der er god evidens for, at der er en sammenhæng mellem MSSP og lavere omkostninger og forbedret kvalitet på nogle områder. Besparelserne var større end de kvalitetsbonusudbetalinger, som også var en del af programmet. Det er dog vigtigt at nævne, at det tog nogle år, før effekterne af MSSP materialiserede sig, og at der var forskel på effekten i forhold til ACO’ernes sammensætning. Grupper, der alene bestod af lægepraksisser, genererede hurtigere og større besparelser end ACOer, der bestod af både lægepraksisser og hospitaler (McWilliams et al., 2018). Tilknytning til den amerikanske kommercielle ACO California Public Employees’ Retirement System (CalPERS) var efter 5 år associeret med lavere omkostninger og bedre kvalitetsmål for kronikere og forebyggelsesaktiviteter. Et andet amerikansk kommercielt gevinstdelingsinitiativ for praksisser, Blue Cross Blue Shield of Massachusetts Alternative Quality Contracts (AQC), kombinerer gevinstdeling med resultatafregning. Et studie af Song et al (2014) fandt, at patienters tilknytning til en AQC efter fire år var associeret med lavere omkostninger og bedre kvalitet sammenlignet med en kontrolgruppe.

#### **4.5 Anden evidens om betaling for sammenhæng på tværs af sektorer**

Et par studier har forsøgt, ved brug af en meget aggregeret tilgang, at evaluere effekten af forskellige typer af økonomiske incitamenter for sammenhæng på tværs af sektorer indført i forskellige lande. Et studie af Tsiachristas et al. (2016) undersøgte effekten af sådanne økonomiske incitamenter på udgifterne til behandling på en række områder: ambulans behandling på sygehus eller i almen praksis, stationær sygehusbehandling, medicin, administration og de samlede sundhedsudgifter. Tsiachristas et al. (2016) sammenlignede udgifterne til behandling på tværs af 25 lande, hvoraf 9 havde indført økonomiske incitamenter til bedre sammenhæng – oftest rettet mod almen praksis, men også i andre sektorer. I lande, der havde indført betaling for koordinering eller pakkebetaling, fandt studiet evidens for lavere udgifter til ambulans behandling. I lande, der havde indført kvalitetsafregning, fandtes lavere udgifter til stationær sygehusbehandling og administration.

Et studie af Hayes et al. (2021) brugte samme fremgangsmåde, men undersøgte effekten af økonomiske incitamenter på sammenhængende patientforløb for patienter med multisygdom. Effektmål var selvrapporateret helbred samt kontakter med almen praksis og andre læger. Studiet fokuserede på patienter med multisygdom, da det netop er disse patienter, som forventes at

kunne drage nytte af bedre sammenhæng på tværs af sektorer. Igen sås i de fleste tilfælde på afregningsordninger rettet mod almen praksis, men studiet omfattede også afregningsordninger i andre sektorer. Dette studie fandt en stigning i antallet af selvrapporterede kontakter med almen praksis for patienter med multisygdom efter indførslen af betaling for koordinering. For pakkebetaling fandtes en stigning i kontakter med alle læger. Studiet fandt ringere helbredsrelateret livskvalitet for patienter med multisygdom efter indførslen af kvalitetsafregning.

Det er vigtigt at understrege, at både studiet af Tsiachristas et al. (2016) og Hayes et al. (2021) er foretaget på et højt aggregeret niveau, som blandt andet betyder, at de identificerede effekter er gennemsnittet af effekterne af programmer, som nok er klassificeret som samme incitaments-type, men i praksis kan være ganske forskellige. Derudover kan der være kontekstafhængige forhold (f.eks. patienternes sundhedsstatus) og markedsforhold (ressourcebegrænsninger mv.), som har betydning for behandlingskvaliteten og omkostningerne på tværs af landene, og som studierne kun i nogen grad kan kontrollere for. Studierne giver ligeledes ikke viden om hvilke mekanismer, der specifikt har bidraget til de identificerede effekter.

#### 4.6 Opsummering

Der findes en række eksempler på afregningsordninger, der har til hensigt at tilskynde til bedre sammenhæng på tværs af sektorer. Når man vurderer effekten af disse eksempler, er det for det første vigtigt at forholde sig til, hvad man ønsker at opnå med ”bedre sammenhæng”. Målene kan for eksempel være reduceret aktivitet, reducerede omkostninger eller forbedret behandlingskvalitet og/eller livskvalitet for patienterne. I den begrænsede evidens findes eksempler på afregningsformer, der er lykkedes med at tilskynde til bedre sammenhæng på tværs af sektorer, men der er også eksempler på, at den forventede effekt ikke kunne realiseres. Endelig er det vigtigt at huske, at i det omfang man introducerer incitament, der tilskynder til reduktion i aktivitet eller omkostninger, er det vigtigt med klare målsætninger for - og tilgængelig information om - behandlingskvaliteten (evt. ved at anvende særskilte økonomiske incitament).

#### Hovedpointer:

- Økonomiske tilskyndelser til sammenhæng på tværs af sektorer kan supplere eller erstatte eksisterende afregningsordninger.
- Der er ikke stærk empirisk evidens for, at betalingsordninger alene løser udfordringen med sammenhængende patientforløb.
- Gevinstdeling er potentielt den mest lovende afregningsform, men også den mest komplekse at implementere.
- Afregningsformer, der reducerer tilskyndelse til aktivitet, som for eksempel pakkebetalinger (”bundled payments”) og gevinstdeling (”shared savings”), er typisk implementeret sammen med kvalitetsmonitoreringssystemer, der skal sikre, at behandlingsomlægninger eller reduktion i aktiviteten ikke sker på bekostning af behandlingskvaliteten.

#### Litteratur

Busse, R., Mays, N., 2008. Paying for chronic disease care. *Caring People Chronic Cond. Health Syst. Perspect.* 195–221.

Claffey, T.F., Agostini, J.V., Collet, E.N., Reisman, L., Krakauer, R., 2012. Payer-Provider Collaboration In Accountable Care Reduced Use And Improved Quality In Maine Medicare

Advantage Plan. Health Aff. (Millwood) 31, 2074–2083.  
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.1141>

Eijkenaar, F., 2013. Key issues in the design of pay for performance programs. *Eur. J. Health Econ.* 14, 117–131. <https://doi.org/10.1007/s10198-011-0347-6>

Hayes, H., Stokes, J., Kristensen, S.R., Sutton, M., 2021. The effect of payment method and multimorbidity on health and healthcare utilisation. *J. Health Organ. Manag.* 35, 382–405. <https://doi.org/10.1108/JHOM-05-2020-0208>

Ho, V., Allen, T.K., Kim, U., Keenan, W.P., Ku-Goto, M.-H., Sanderson, M., 2016. Measuring the Cost Implications of the Collaborative Accountable Care Initiative in Texas 10.

Karimi, M., Tsiachristas, A., Looman, W., Stokes, J., Galen, M. van, Rutten-van Mölken, M., 2021. Bundled payments for chronic diseases increased health care expenditure in the Netherlands, especially for multimorbid patients. *Health Policy.* <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.04.004>

Llano, R., 2013. Bundled payments for integrated care in the Netherlands. *Eurohealth* 19, 15–16.

Mason, A., Goddard, M., Weatherly, H., Chalkley, M., 2015. Integrating funds for health and social care: an evidence review. *J. Health Serv. Res. Policy* 1355819614566832. <https://doi.org/10.1177/1355819614566832>

McWilliams, J.M., Hatfield, L.A., Landon, B.E., Hamed, P., Chernew, M.E., 2018. Medicare Spending after 3 Years of the Medicare Shared Savings Program. *N. Engl. J. Med.* <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1803388>

Mohnen, S., Baan, C., Struijs, J., 2015. Bundled payments for diabetes care and healthcare costs growth: a 2-year follow-up study. *Am. J. Accountable Care* 3, 63–70.

Pedersen, K., Godager, G., Rognlien, H. D., Tyrihjell, J. B., Værnø, S. G., Iversen, T., . . . Augestad, L. A. (2022). Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024: Evalueringsrapport I.

Salmon, R.B., Sanderson, M.I., Muney, A.M., Walters, B.A., Kennedy, K., Flores, R.C., 2012. A collaborative accountable care model in three practices showed promising early results on costs and quality of care. *Health Aff. (Millwood)* 31, 2379–2387. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0354>

Song, Z., Rose, S., Safran, D.G., Landon, B.E., Day, M.P., Chernew, M.E., 2014. Changes in Health Care Spending and Quality 4 Years into Global Payment. *N. Engl. J. Med.* 371, 1704–1714. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1404026>

Stokes, J., Struckmann, V., Kristensen, S.R., Fuchs, S., van Ginneken, E., Tsiachristas, A., Rutten van Mölken, M., Sutton, M., 2018. Towards incentivising integration: A typology of payments for integrated care. *Health Policy* 122, 963–969. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.07.003>

Struijs, J.N., Baan, C.A., 2011. Integrating Care through Bundled Payments — Lessons from the Netherlands. *N. Engl. J. Med.* 364, 990–991. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011849>

Struijs, J.N., de Vries, E.F., Baan, C.A., van Gils, P.F., Rosenthal, M.B., 2020. Bundled-Payment Models Around the World: How They Work and What Their Impact Has Been, Issue Brief. Commonwealth Fund.

Sundhedsministeriet, 2018. Sundheds- og ældreøkonomisk analyse: kontaktmønstre på tværs af sektorer blandt befolkningen, kronikere og ældre medicinske patienter. Sundheds- og Ældreministeriet.

Tsiachristas, A., Dijkers, C., Boland, M.R.S., Rutten-van Mölken, M.P.M.H., 2013. Exploring payment schemes used to promote integrated chronic care in Europe. *Health Policy* 113, 296–304. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.07.007>

World Health Organization, 2015. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report.

UDKAST

## Kapitel 5. Lægers motivationsprofiler

Formålet med dette kapitel er at give en generel introduktion til, hvad der motiverer alment praktiserende læger, og hvorfor det er vigtigt. I kapitlet gennemgås fire centrale motivationskomponenter, og evidensen for sammenhængen mellem lægers motivation og behandlingsadfærd beskrives. Derefter fremlægges resultater fra et studie, der har kortlagt de danske praktiserende lægers motivationsprofiler. Kapitlet afsluttes med en beskrivelse af, hvad vi stadig mangler viden om inden for emnet lægers motivation.

### 5.1 Hvorfor er praktiserende lægers motivation vigtig?

I de forrige kapitler er udvalgte honoreringsformer og deres påvirkning på lægers behandlingsadfærd blevet beskrevet. For at økonomiske incitamenter kan have den ønskede effekt på lægers behandlingsadfærd, er det en forudsætning, at de motiverer lægerne til at agere i overensstemmelse med intentionen. Hvis incitamenterne udelukkende er af økonomisk karakter, vil incitamenterne have størst effekt blandt finansielt motiverede læger. Litteraturen viser, at økonomiske incitamenter kan have uønskede eller ingen effekter på behandlingsadfærden (Eijkenaar et al., 2013; Scott et al., 2011). Samtidig beskrives en uforklarlig variation i alment praktiserende lægers behandlingsadfærd (Cabana et al., 1999; Markovitz og Ryan, 2017). Dette kunne indikere, at der er variation i lægers motivation, og at motivationen ikke udelukkende er af finansiell karakter. En større indsigt i typer af motivation blandt læger kan således give potentiel vigtig information om andre typer af incitamenter, der kan tages i anvendelse, når myndigheder vil sikre en vis adfærd hos lægerne.

Studier har vist, at forskellige former for motivation har betydning for produktiviteten, behandlingen og trivslen på arbejdspladsen (Ryan og Deci, 2000; Sinsky et al., 2013). For eksempel viser videnskabelige studier, at læger, der mistrives på jobbet, leverer dårligere behandlingskvalitet og har større sandsynlighed for at forlade deres job (Andersen et al., 2018; Brett et al., 2009; Doran et al., 2016; Gibson et al., 2018; Hann et al., 2011; Scott et al., 2006). At opretholde lægers trivsel og motivation har derfor ikke kun betydning for behandlingsadfærden men også betydning for fastholdelsen af læger i almen praksis. Derudover kan organiseringen og incitamentsstrukturerne i almen praksis potentielt også have betydning for hvilke læger, der tiltrækkes af at arbejde i almen praksis. Organiseringen og incitamentsstrukturerne kan potentielt også forstærke visse typer af motivation i praksis (Pedersen et al., 2018). Det er således vigtigt at overveje hvilke motivationstyper, organiseringen og incitamentsstrukturerne i almen praksis tiltrækker eller forstærker, og om dette er i overensstemmelse med sundhedsmyndighedernes og de politiske beslutningstageres ønsker.

### 5.2 Hvad motiveres praktiserende læger af?

I den klassiske sundhedsøkonomiske teori antages det, at sundhedsprofessionelle motiveres af den betaling, de modtager for deres behandling af patienterne samt af at gøre det godt for patienten (Dionne og Contandriopoulos, 1985; Ellis og McGuire, 1986). Den første type af motivation kaldes i litteraturen for ekstrinsisk motivation (EM). EM defineres som tilbøjeligheden til at engagere sig i en aktivitet grundet tilstedeværelsen af håndgribelige belønninger (Kuvaas et al., 2017). Belønninger kan både være af monetær karakter (f.eks. basis- eller ydeshonorar) eller af ikke-monetær karakter (f.eks. akkrediteringsgodkendelser eller diplomer). Når motivationen er af monetær karakter, kaldes den også for en finansiell motivation (Yordanov et al., 2022). Den anden type motivation omhandler lægens altruisme overfor patienten, idet lægen



motiveres af at gøre det godt for patienten. Denne type motivation kaldes i litteraturen for brugerorientering (UO) (Andersen og Kjeldsen, 2013). UO defineres som en orientering mod at levere ydelser til en person med det formål at gavne denne specifikke person.

I den moderne sundhedsøkonomiske teori anerkendes det, at sundhedsprofessionelle, herunder alment praktiserende læger, også motiveres af andre ting end EM og UO, såsom af arbejdsopgaverne i sig selv eller det at bidrage til at gøre en forskel for samfundet, dvs. at være altruistiske overfor samfundet (Yordanov et al., 2022; Oxholm et al., 2022a). Det, at motiveres af arbejdsopgaverne i sig selv, kaldes for intrinsisk motivation (IM). IM defineres som tilbøjeligheden til at engagere sig i en aktivitet grundet en genuin interesse og glæde ved arbejdet (Ryan og Deci, 2000). Altruisme rettet mod samfundet kaldes for public service motivation (PSM) og defineres som en orientering mod at levere ydelser (eller undlade at levere ydelser) til en person med det formål at gavne samfundet som helhed (Andersen og Kjeldsen, 2013, Perry og Hondeghem, 2009). Et eksempel kunne være at udskrive smalspektret antibiotika til patienten eller helt at undlade at udskrive antibiotika med det formål at bidrage til at mindske antibiotikaresistensen i samfundet.

Af de fire beskrevne motivationstyper, karakteriseres EM og IM som selvcentrerede motivationer i den forstand, at de er indadrettede mod lægen selv. UO og PSM karakteriseres derimod som pro-sociale motivationer, idet de er rettede mod lægens to principaler, det vil sige lægens patienter og samfundet, der repræsenteres af de offentlige sundhedsmyndigheder (se evt. figur 1 i kapitel 1).

### **5.3 Er der en sammenhæng mellem lægers motivation og deres behandlingsadfærd?**

Litteraturstudier viser, som det også fremgår af de tidligere kapitler, at læger responderer på økonomiske incitament, omend i varierende grad (Eijkenaar et al., 2013; Gosden et al., 2001; Jia et al., 2021; Scott et al., 2011). Dette leder til konklusionen om, at læger, i hvert fald i nogen grad, er ekstrinsisk motiverede. Der er dog endnu mangel på publicerede studier, der gennem måling af lægers EM viser en direkte sammenhæng mellem graden af EM og behandlingsadfærd.

En række empiriske studier viser, at læger i nogle tilfælde er villige til at afgive profit mod til gengæld at forbedre patientbehandlingen (Attema et al., 2022; Brock et al., 2016; Brosig-Koch et al., 2017; Di Guida et al., 2019; Douven et al., 2019; Godager og Wiesen, 2013; Hennig-Schmidt et al., 2011; Oxholm et al., 2019). Fundene fra disse studier indikerer, at læger også er delvist motiverede af at gøre det godt for patienten. Jensen og Andersen (2015) har ved hjælp af spørgeskemaer målt danske praktiserende lægers UO og kombineret disse spørgeskemadata med registerdata for de praktiserende lægers udskrivning af antibiotika. Studiet viste, at læger med højere grad af UO udskrev mere antibiotika end læger med en lavere grad af UO. Der er således en sammenhæng mellem lægers grad af UO og deres antibiotikabehandling. Der er endnu ikke publicerede studier, der har undersøgt sammenhænge mellem lægers UO og andre typer af behandling.

Der er også studier, der peger på, at læger motiveres af at være gode agenter for sundhedsmyndighederne, der repræsenterer alle patienter i samfundet (Allen et al., 2022; Blomqvist, 1991; Kesternich et al., 2015; Oxholm et al., 2022b). Der er dog kun få studier, der har forsøgt at måle lægernes PSM og sammenhængen med deres behandlingsadfærd. Jensen og Andersen (2015) viser, at læger med en højere grad af PSM udskriver mindre bredspektret antibiotika end læger, der har en lavere grad af PSM. Jensen og Vestergaard (2017) finder, at læger med en højere grad af PSM foretager flere hjemmebesøg.

Der er endnu ingen publicerede studier, der har målt sammenhængen mellem lægers IM og deres behandlingskvalitet. Der er dog nogle få studier fra mellem- og lavindkomstlande, der har undersøgt sammenhængen mellem andre sundhedsprofessionelles IM og deres behandlingskvalitet (Lagarde og Blaauw, 2017, Leonard og Masatu, 2010). Disse studier finder, at der er en positiv sammenhæng mellem IM og behandlingskvaliteten. Der er desuden mangel på empiriske studier, der undersøger sammenhængen mellem behandlingsadfærd og de fire motivationskomponenter (EM, UO, IM og PSM) i det samme studie. Dette ville gøre det muligt at tage højde for den eventuelle indbyrdes afhængighed mellem de forskellige motivationskomponenter.

#### **5.4 Hvordan ser de danske praktiserende lægers motivationsprofiler ud?**

I 2019 blev der via et spørgeskema indsamlet data på danske praktiserende lægers motivationer (EM, UO, IM og PSM). Studiet, der endnu ikke er fagfællebedømt, havde til formål at kortlægge de praktiserende lægers motivationsprofiler, herunder at afdække 1) variationen i motivation mellem læger, 2) graden af samvariation mellem de forskellige motivationskomponenter, 3) segmenter af læger med forskellige motivationsprofiler og 4) om motivationen var associeret med læge-, praksis- og områdekarakteristika. Spørgeskemaet blev sendt ud til alle privatpraktiserende læger i Danmark (n=3.336) og 34,5% af lægerne svarede (n=1.152). De deltagende læger var i store træk repræsentative for hele lægepopulationen på observerbare variable. Lægerne i studiet var dog en smule yngre (1,3 år i gennemsnit) og deres praksis lå i højere grad i Region Syddanmark og Region Midtjylland (Yordanov et al., 2022).

Studiet viste en høj grad af variation i de praktiserende lægers motivationer. Fordelingerne på EM, UO og PSM viste sig at være nogenlunde symmetriske, mens IM var venstreskæv. Dette indikerer, at lægerne var nogenlunde jævnt fordelt over og under gennemsnittet for EM, UO og PSM, mens størstedelen af lægerne havde en IM, der lå over gennemsnittet. EM fulgte desuden en bimodal fordeling. Den bimodale fordeling indikerer, at der er to grupper af læger, der adskiller sig på deres grad af EM (se evt. figur 1 i Yordanov et al., 2022). At der er variation i lægernes motivationer indikerer, at lægerne er forskelligt motiverede. Studiet viste desuden en relativ lav grad af samvariation mellem de forskellige motivationskomponenter (Se evt. tabel 1 i Yordanov et al., 2022). Den lave samvariation indikerer, at de fire motivationskomponenter måler noget forskelligt, og at graden af motivation inden for de fire motivationskomponenter ikke altid følges ad.

Yordanov et al. (2022) foretog også en segmentering af lægerne via en såkaldt latent klasseanalyse. Analysen viste, at der var fem forskellige segmenter af praktiserende læger. Det største segment (Segment 1: classesandsynlighed på 53,2%): "It's less about the money" karakteriseres ved at graden af IM, UO og PSM alle ligger på samme niveau eller statistisk signifikant højere end de gennemsnitlige værdier for alle deltagende læger for disse motivationskomponenter, mens EM ligger signifikant lavere end gennemsnittet for EM. Det næststørste segment (Segment 2: 26,5%): "It's about everything" er karakteriseret ved, at alle motivationskomponenterne ligger på samme niveau eller statistisk signifikant højere end deres gennemsnitlige værdier for alle deltagende læger. De tre resterende segmenter er mindre i størrelse. Segment 3 (8,6%): "It is about helping others" er karakteriseret ved at UO og PSM ligger på gennemsnittet, mens EM og IM ligger statistisk signifikant lavere end gennemsnittet. Segment 4 (8,2%): "It's about the work" er karakteriseret ved at IM ligger på gennemsnittet, mens EM, UO og PSM alle ligger statistisk signifikant lavere end deres gennemsnitlige værdier for alle deltagende læger. Segment 5 (3,5%) "It's about the money and the patient" karakteriseres ved at EM og UO ligger statistisk signifikant højere end eller på de gennemsnitlige værdier, mens IM og PSM

ligger statistisk signifikant lavere end deres gennemsnitlige værdier for alle deltagende læger (se evt. figur 2 i Yordanov et al., 2022). Klassesandsynligheden for de enkelte klasser viser, hvor stor en sandsynlighed den gennemsnitlige læge har for at tilhøre den enkelte klasse.

Samlet set bekræfter segmenteringsanalysen, at der er to grupper af alment praktiserende læger, der ligger på to forskellige niveauer af EM. Den ene gruppe (segment 1: "It's less about the money", segment 3: "It is about helping others" og segment 4: "It's about the work"; samlet klassesandsynlighed på 70%) har et lavere niveau af EM end gennemsnittet, mens den anden gruppe (segment 2: "It's about everything" og segment 5: "It's about the money and the patient"; samlet klassesandsynlighed på 30%) har et højere niveau af EM end gennemsnittet.

I en associationsanalyse undersøgte Yordanov et al. (2022), om der var en sammenhæng mellem lægernes motivation og deres læge-, praksis- og områdekarakteristika. Analysen viste, at der kun var en begrænset sammenhæng mellem lægers motivation og disse karakteristika. De inkluderede læge-, praksis- og områdekarakteristika forklarede kun mellem 0,3%-5,7% af variationen i lægernes motivation. Praksis- og områdekarakteristika (f.eks. praksistype og region) viste sig at være stort set urelateret til motivation, mens vi observerede nogle statistisk signifikante sammenhænge mellem lægekarakteristika og motivation. For eksempel havde mandlige læger en større sandsynlighed for at tilhøre de segmenter, hvor EM var højere end den gennemsnitlige EM og en mindre sandsynlighed for at tilhøre de segmenter, hvor EM var lavere end den gennemsnitlige EM. Mandlige læger havde desuden en statistisk signifikant højere grad af prosocial motivation (UO og PSM) end kvindelige læger, mens de kvindelige læger havde en højere grad af IM (se evt. tabel 2 i Yordanov et al., 2022).

Variationen i lægers motivationsprofiler og den lave samvariation i motivationskomponenterne, peger på, at politiske beslutningstagere med fordel kan anvende en blanding af økonomiske og ikke-økonomiske incitamenter til at motivere læger. At der er variation i lægernes motivationsprofiler, kan også bidrage til at forklare, hvorfor læger ikke altid responderer på økonomiske incitamenter. Læger, der ikke er særligt finansielt motiverede, vil formentlig respondere bedre på incitamenter, der retter sig mod de andre former for motivation, end på økonomiske incitamenter. Idet de forskellige motivationer kun i begrænset omfang er associerede med lægernes karakteristika, tyder det på, at det er nødvendigt også at inddrage lægernes motivationer, når man ønsker at forudsige deres adfærd. På baggrund af studiets fund konkluderes det, at der er variation i lægers motivation og at det er vigtigt at inddrage denne viden, når nye tiltag, som f.eks. en ny honorarmodel, introduceres i praksis. For eksempel, kan de signaler, som modellen sender i forhold til UO og PSM, potentielt også påvirke lægers respons på modellen (Kesternich et al., 2015, Oxholm et al., 2019).

### **5.5 Hvad mangler vi viden om?**

Det er sandsynligt, at lægers motivation er formet af den kontekst, de befinder sig i. For eksempel vil lægers indkomstniveau (se evt. kapitel 1 om 'target'-indkomst) sandsynligvis være af betydning for deres EM. Den faktiske markedssituation, organiseringen og incitamentsstrukturen i almen praksis (se evt. kapitel 2 om udvalgte landes organisering af almen praksis) kan også have betydning for lægers grad af motivation. Studier har for eksempel vist, at lægers IM kan påvirkes, når der introduceres nye incitamenter i almen praksis (Pedersen et al., 2018). Vi har dog brug for mere viden om, hvor påvirkelig lægers motivation er over tid og i forskellige kontekster.

Vi har også behov for mere viden om sammenhængen mellem lægers motivation og deres respons på økonomiske såvel som ikke-økonomiske incitamenter. Idet der er fundet sammenhæng

mellem lægers grad af motivation og behandlingsadfærd, og da læger ikke altid responderer som ønsket på økonomiske incitamenter, kunne det tyde på, at incitamenter kan påvirke lægers behandlingsadfærd forskelligt afhængigt af deres motivation. Der er dog mangel på studier, der undersøger motivationens rolle for lægernes respons på økonomiske såvel som ikke-økonomiske incitamenter.

### Hovedpointer

- Viden om lægers motivation er vigtig for at forstå variationen i behandlingen og for at kunne forudsige effekten af økonomiske og ikke-økonomiske incitamenter.
- Viden om lægers motivation er ligeledes vigtig i relation til tiltrækning og fastholdelse af praktiserende læger i almen praksis.
- Læger motiveres af forskellige faktorer, herunder EM, UO, IM og PSM, og deres grad af motivation varierer.
- En blanding af økonomiske og ikke-økonomiske incitamenter forventes at føre til stærkere respons, da den rammer forskellige motivationstyper.

### Litteratur

Allen, T., Gyrd-Hansen, D., Kristensen, S.R., Oxholm, A.S., Pedersen, L.B., & Pezzino, M. (2022). Physicians under Pressure: Evidence from Antibiotics Prescribing in England. *Medical Decision Making*, 0272989X211069931.

Andersen LB, Kjeldsen AM. Public service motivation, user orientation, and job satisfaction: a question of employment sector? *International Public Management Journal* 2013;16:252–74. <https://doi.org/10.1080/10967494.2013.817253>.

Andersen MK, Pedersen LB, Waldorff FB. Retirement, job satisfaction and attitudes towards mandatory accreditation - A Danish survey study in general practice. *BMJ Open* 2018;2018(8):e020419, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020419>.

Attema, A.E., Galizzi, M.M., Groß, M., Hennig-Schmidt, H., Karay, Y., & Wiesen, D. (2022). The formation of physician altruism. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=4079393>.

Blomqvist, Å. (1991). The doctor as double agent: Information asymmetry, health insurance, and medical care. *Journal of health economics*, 10, 411-432.

Brett TD, Arnold-Reed DE, Hince DA, Wood IK, Moorhead RG. Retirement intentions of general practitioners aged 45-65 years. *Medical Journal of Australia* 2009;191(2):75–7.

Brock, J.M., Lange, A., & Leonard, K.L. (2016). Generosity and prosocial behavior in healthcare provision evidence from the laboratory and field. *Journal of Human Resources*, 51, 133-162.

- Brosig-Koch, J., Hennig-Schmidt, H., Kairies-Schwarz, N., & Wiesen, D. (2017). The effects of introducing mixed payment systems for physicians: Experimental evidence. *Health economics*, 26, 243-262.
- Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P.-A. C., & Rubin, H. R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines?: A framework for improvement. *Jama*, 282(15), 1458-1465.
- Di Guida, S., Gyrd-Hansen, D., & Oxholm, A.S. (2019). Testing the myth of fee-for service and overprovision in health care. *Health economics*, 28, 717-722.
- Dionne, G., & Contandriopoulos, A.-P. (1985). Doctors and their workshops: a review article. *Journal of health economics*, 4(1), 21-33.
- Doran N, Fox F, Rodham K, Taylor G, Harris M. Lost to the NHS: a mixed methods study of why GPs leave practice early in England. *British Journal of General Practice* 2016;66(643):e128–35.
- Douven, R., Remmerswaal, M., & Zoutenbier, R. (2019). Do altruistic mental health care providers have better treatment outcomes? *Journal of Human Resources*, 54, 310-341.
- Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M., & Schöffski, O. (2013). Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health policy*, 110, 115-130.
- Ellis, R. P., & McGuire, T. G. (1986). Provider behavior under prospective reimbursement: Cost sharing and supply. *Journal of health economics*, 5(2), 129-151.
- Gibson J, Sutton M, Spooner S, Checkland K. Ninth national GP worklife survey 2017. Policy Research Unit in Commissioning and the Healthcare System 2018:1–36.
- Godager, G., & Wiesen, D. (2013). Profit or patients' health benefit? Exploring the heterogeneity in physician altruism. *Journal of health economics*, 32, 1105-1116.
- Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I.S., Sutton, M., Leese, B., Giuffrida, A., et al. (2001). Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *Journal of health services research & policy*, 6, 44-55.
- Hann M, Reeves D, Sibbald B. Relationships between job satisfaction, intentions to leave family practice and actually leaving among family physicians in England. *European Journal of Public Health* 2011;21(4):499–503.
- Hennig-Schmidt, H., Selten, R., & Wiesen, D. (2011). How payment systems affect physicians' provision behaviour—an experimental investigation. *Journal of health economics*, 30,637-646.
- Kesternich, I., Schumacher, H., & Winter, J. (2015). Professional norms and physician behavior: homo oeconomicus or homo hippocraticus? *Journal of Public Economics*, 131, 1-11.
- Kuvaas B, Buch R, Weibel A, Dysvik A, Nerstad CGL. Do intrinsic and extrinsic motivation relate differently to employee outcomes? *Journal of Economic Psychology* 2017;61:244–58. <https://doi.org/10.1016/j.joep.2017.05.004>.

Lagarde, M., Blaauw, D., (2017). Physicians' responses to financial and social incentives: A medically framed real effort experiment. *Social Science & Medicine*, 179, 147-159.

Leonard, K.L., Masatu, M.C. (2010). Professionalism and the know-do gap: exploring intrinsic motivation among health workers in Tanzania. *Health Econ.* 19, 1461–1477.

Markovitz, A. A., & Ryan, A. M. (2017). Pay-for-performance: Disappointing results or masked heterogeneity? *Medical Care Research and Review*, 74(1), 3-78.

Jensen, U.T., & Andersen, L.B. (2015). Public service motivation, user orientation, and prescription behaviour: Doing good for society or for the individual user? *Public Administration*, 93, 753-768.

Jensen, U.T., & Vestergaard, C.F. (2017). Public service motivation and public service behaviors: Testing the moderating effect of tenure. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 27, 52-67.

Jia, L., Meng, Q., Scott, A., Yuan, B., & Zhang, L. (2021). Payment methods for healthcare providers working in outpatient healthcare settings. *Cochrane database of systematic reviews*.

Oxholm, A.S., Di Guida, S., Gyrd-Hansen, D., & Olsen, K.R. (2019). Taking care of high-need patients in capitation-based payment schemes—an experimental investigation into the importance of market conditions. *Applied Economics*, 51, 5174-5184.

Oxholm, A.S., Gyrd-Hansen, D., Bøtcher Jacobsen, C., Thy Jensen, U., & Bjørnskov Pedersen, L. (2022a). Time to revisit the agency theory and expand our thoughts on what motivates physicians? A nudge to health economists. *DaCHE Discussion Papers*, 1, 1-7.

Oxholm, A.S., Allen, T., Gyrd-Hansen, D., Jarbøl, D., Sydenham, R., Pedersen, L.B. (2022b). Work pressure and job dissatisfaction. Challenges in Danish general practice. *Nordic Journal of Health Economics*. Published online January 2022. [dx.doi.org/10.5617/njhe.8319](https://doi.org/10.5617/njhe.8319).

Pedersen, L.B., Andersen, M.K., Jensen, U.T., Waldorff, F.B., Jacobsen, C.B. (2018). Can External Interventions Crowd In Intrinsic Motivation? A Cluster Randomized Field Experiment on Mandatory Accreditation of General Practice in Denmark. *Social Science & Medicine*, 211, 224-233, DOI: 10.1016/j.socscimed.2018.06.023.

Perry, J., & Hondeghem, A. (2009). EGPA symposium on public service motivation and performance. *International Review of Administrative Sciences*, 75, 5-97.

Ryan, R.M., Deci, E.L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55 (1), 68-78.

Scott A, Gravelle H, Simoens S, Bojke C, Sibbald B. Job satisfaction and quitting intentions: a structural model of British general practitioners. *British Journal of Industrial Relations* 2006;44(3):519–40.

Scott, A., Sivey, P., Ouakrim, D.A., Willenberg, L., Naccarella, L., Furler, J., et al. (2011). The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane database of systematic reviews*.

Sinsky, C.A., Willard-Grace, R., Schutzbank, A.M., Sinsky, T.A., Margolius, D., Bodenheimer, T. (2013). In search of joy in practice: a report of 23 high-functioning primary care practices. *Annals of Family Medicine*, 11, 272–278.

Yordanov, D., Oxholm, A.S., Gyrd-Hansen, D., & Pedersen, L.B. (2022). Mapping general practitioners' motivation: It is not all about the money. *DaCHE Discussion Papers*, 2022, 1-45.

UDKYST

## 9.2 Common Trunk for almen praksis



# **Opgaverne for almen praksis**

**En rapport fra  
DSAM**

# Kolofon

Opgaverne for almen praksis – En rapport fra DSAM

Copyright © Dansk Selskab for Almen Praksis (DSAM)

1. udgave, april 2023

*Rapporten er udarbejdet af:*

Bolette Friderichsen, praktiserende læge og formand for DSAM

Anne Møller, praktiserende læge og lektor ved Københavns Universitet

Niels Kristian Kjær, praktiserende læge og professor ved Syddansk Universitet

Søren Prins, praktiserende læge og formand for Videreuddannelsesudvalget i DSAM

Anne Christina Kjerulff, praktiserende læge og næstformand for DSAM

Anette Sonne Nielsen, chefkonsulent i DSAM's sekretariat

# Introduktion til rapporten ”Opgaverne for almen praksis” – Hvad er almen medicin?

Almen medicin er den alment praktiserende læges speciale. Almen medicin har en helhedsorienteret tilgang til patienten og tager højde for hele patientens livssituation, dvs. både biologiske, psykologiske, sociale, kulturelle og eksistentielle faktorer. Behandlerkontinuitet er en vigtig faktor i almen medicin, og forskning viser, at denne faktor fører til bedre sundhedsresultater, lavere dødelighed, færre indlæggelser og reducerede omkostninger i sundhedsvæsenet. Almen medicin omfatter både forebyggelse og behandling af både fysiske og psykiske sygdomme.

Den britiske læge og forsker Julian Tudor Hart fremførte betydningen af at have en stærk primær sektor i sundhedsvæsenet. I 1971 formulerede han ”The Inverse Care Law”<sup>42</sup>, hvor han beskrev, at i den betjente befolkning er kvaliteten af de sundhedsfaglige tilbud omvendt proportionale med behovet. Med andre ord: jo større behov der er for sundhedsfaglig hjælp i en given befolkning, jo ringere er de tilgængelige sundhedstilbud. En stærk primær sektor er nøglen til at løse eller i hvert fald reducere dette problem og bidrage til mere lige muligheder for sundhed på tværs af samfundet, uanset befolkningens geografiske placering eller socioøkonomiske status.

Barbara Starfield var en anden pioner inden for studier af sundhedspleje og folkesundhed<sup>43</sup>. Hun bidrog til at formulere fagets særlige metoder og kvaliteter og dokumenterede styrken ved, at almen praksis spiller en central rolle i at fremme sundhed for den enkelte, hvorved der opnås bedre folkesundhed og lavere omkostninger i sundhedsvæsenet.

Også i dag er en stærk almen praksis afgørende for, at det samlede sundhedsvæsen kan levere både høj kvalitet og kvantitet og samtidig være omkostningseffektivt. Faktisk bliver det tiltagende betydningsfuldt at have en veludbygget og fagligt stærk almen praksis, da sundhedsvæsenet i Danmark, ligesom i resten af verden, er under pres på grund af en aldrende befolkning og stigende forventninger fra borgerne. Politikerne har derfor konstant fokus på at omstrukturere og omfordele opgaver for at forbedre opgaveløsningen i sundhedsvæsenet. Men omfordeling af opgaver vil nok ikke løse problemerne alene. Det vil også blive tiltagende nødvendigt at prioritere i de mange mulige opgaver, så vi anvender de samlede ressourcer og tid klogt.

DSAM har udarbejdet denne rapport, der beskriver principperne for, hvilke opgaver der bedst kan løses i almen praksis. Desuden leverer vi et forslag til standardydelse (”common trunk”), der kan leveres i (næsten) alle lægehuse samt en liste over mere specielle ydelser, der kan være tilgængelige i nogle lægehuse. Endelig er der et bilag, der indeholder en liste over de aktuelle regionale kvalitetssikringstilbud for almen praksis. Bilaget kan bruges i forståelsen af, hvorfor der kan være regionale forskelle i ”common trunk”.

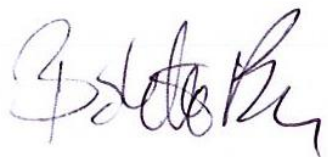
---

<sup>42</sup> Tudor Hart, J. (1971). The inverse care law. *The Lancet*, 297(7696), 405-412. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X)

<sup>43</sup> Starfield, B. (1994). Is primary care essential? *The Lancet*, 344(8930), 1129-1133. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3)

Det er vores håb, at rapporten kan bidrage til diskussionerne om sundhedsvæsenets organisering, så vi som samfund kan træffe de bedst mulige beslutninger i de kommende år.

På vegne af arbejdsgruppen



Bolette Friderichsen  
Formand for DSAM  
April 2023

UDKAST

## Indholdsfortegnelse

<u>Hvilke opgaver ligger bedst i almen praksis?</u> .....	6
<u>Forskellige hensyn skal afbalanceres</u> .....	6
<u>Almen medicin er almindelig medicin</u> .....	7
<u>Rationel brug af lægens og patientens tid</u> .....	7
<u>Om behandlingsansvar og om at gøre sit arbejde færdigt</u> .....	8
<u>Almen praksis er specialet, hvorfra man aldrig afsluttes</u> .....	9
<u>Populationsomsorgen</u> .....	9
<u>Udvikling af faget og prioritering af nye opgaver</u> .....	10
<u>Faget er uhyre bredt og udvikler sig sammen med de øvrige specialer</u> .....	11
<u>Oversigt over arbejdsfunktioner, patientkontakter, undersøgelser og hensigtsmæssigt klinikudstyr</u> .....	12
1. <u>Indledning</u> .....	12
2. <u>Overordnet definition af specialet</u> .....	13
3. <u>Den individuelle patientkontakt</u> .....	15
4. <u>Efteruddannelse og kvalitetsudvikling</u> .....	25
5. <u>Opgaver, som almen praksis ikke kan påtage sig</u> .....	26
6. <u>Akkumuleret liste</u> .....	27
<u>BILAG</u> .....	1

## Hvilke opgaver ligger bedst i almen praksis?

**Om rationel brug af sundhedsvæsenets ressourcer, fordeling af opgaver mellem primær og sekundær sektor, almen praksis' rolle som tovholder og hensynet til den enkelte såvel som til populationen.**

**Fra "Professionsetikken":**

*"Centralt i praktiserende lægers virke er at gøre det, der er det bedste for den enkelte patient, også selvom det ikke altid er det samme som at gøre det, den enkelte patient – eller andre – ønsker.*

*Det faglige arbejde indebærer, at andre hensyn (til bl.a. arbejdstilrettelæggelse, karriere og indtjeningsmuligheder) underlægges hensynet til den enkelte patients bedste. Hvis dette undlades, svigter den praktiserende læge sine patienters, sine fagfællers og offentlighedens tillid.*

*Således skal lægen se sig selv som læge med de værdier, der er lagt i faget og dets etik; og i mindre grad som købmand, hvis primære målsætning er omsætning uden skelen til lødigheden af varen."*

Almen praksis er hovedindgangen til sundhedsvæsenet. Vi har en lang række opgaver, som altid har hørt til hos os. De påbegyndes, gennemføres og afsluttes hos os, uden at resten af sundhedsvæsenet nogensinde involveres i problemstillingerne.

Men der er også opgaver, som principielt godt kunne ligge andre steder (og gennem tiderne har gjort det). Afgrænsningen i forhold til de øvrige lægelige specialer og aktører i sundhedsvæsenet ændrer sig løbende. Det er både som konsekvens af nye behandlingsmetoder og politiske beslutninger, men også fordi demografien og dermed sygdomsmønstret i befolkningen løbende ændrer sig.

Hvilke opgaver hører på denne baggrund til i almen praksis frem for andre steder i sundhedsvæsenet?

### Forskellige hensyn skal afbalanceres

Som udgangspunkt skal opgaver ligge i almen praksis, hvis det gavner patienten bedst.

I almen praksis er der fri og lige adgang for alle. Enhver kan komme med alle slags symptomer og helbreds-bekymringer. Vi forebygger, udreder, diagnosticerer, behandler og følger op på langt de fleste tilstande. Almen praksis følger også op på tilstande, når patienten er afsluttet fra andre speciallæger. Vi følger patienterne over tid, gennem flere livsfaser og møder dem både som raske og syge. Som patientens primære læge med indblik i den samlede helbredssituation vil den praktiserende læge ofte være den nærmeste sundhedsperson til at hjælpe patienten med at prioritere og lægge en plan, der giver mening, når helbredet svigter.

Det skal naturligvis altid være fagligt forsvarligt at udføre opgaven i almen praksis. Det bør ikke kræve særlig viden eller specielle færdigheder, der kun kan optrænes eller holdes ved lige i andre lægelige specialer. Den praktiserende læge kan heller ikke diagnosticere de mere sjældne tilstande. Men den praktiserende

læge er trænet i at få mistanken om alvorlig sygdom og kan derfor "hejse et rødt flag", når der er brug for assistance fra andre specialer. Det betyder, at kun en mindre del af de samlede henvendelser til almen praksis bliver henvist til udredning eller behandling hos andre fagspecialiserede samarbejdspartnere. Vi er trænet i gatekeeper-funktionen.

Der skal være en rationel brug af de begrænsede lægeressourcer i almen praksis. Hvis en ny opgave skal placeres hos os, skal det være nødvendigt med en lægefaglig vurdering. Hvis der ikke er noget lægefagligt at bidrage med, skal opgaven ikke ligge hos os, f.eks. hvis der kun er administrative, juridiske eller organisatoriske årsager til at ønske en opgave placeret i almen praksis. Det vil typisk være en almenmedicinsk opgave, når opgaven fordrer brug af vores baggrundsviden om patientens øvrige helbred og livssituation. De opgaver, der kan løses lige så godt eller bedre andre steder – i kommunen, af patienten selv, i det øvrige sundhedsvæsen, hos tandlægen eller af civilsamfundet – skal ikke placeres i almen praksis.

## **Almen medicin er almindelig medicin**

Det skal være almindelige tilstande, hvis de skal høre hjemme under almen medicin. Der skal være et vist volumen, for at den enkelte læge kan opnå kompetence og erfaring. Den enkelte opgave må altså ikke forekomme alt for sjældent for den enkelte læge. Det er særligt vigtigt af hensyn til patientens sikkerhed – "at der ikke må ske noget farligt". Der kan også være sjældne opgaver, som er meget tidskrævende at læse op på eller at udføre for en praksislæge, der måske kun vil opleve et eller to tilfælde i hele sin karriere (af det meget sjældne). Her vil det oftest være mere rationelt at overlade dette til en fagspecialist, som er rutineret i netop denne procedure eller opgave. Endelig er det en forudsætning, at opgaven kan løses med det tekniske udstyr, der findes i almen praksis, eller som vi umiddelbart kan henvise til.

Trods disse begrænsninger vil der være mange enkeltsager, hvor egen læge kan acceptere at overtage behandlingsansvaret, selvom tilstanden er sjælden, måske endda på trods af at lægen har begrænset erfaring, og der ikke er en strukturel aftale. Det kan nemlig være mere trygt eller bekvemt for patienten med et nært tilbud hos egen læge, som kender patienten. Det fordrer i så fald, at situationen er stabil, og at fagspecialisten har tilsendt en individuel plan for patienten, hvoraf det fremgår, at patienten kan genhenvises, hvis tilstanden udvikler sig. Endelig skal patienten selvfølgelig acceptere det. Det skal her pointeres, at det er individuelt, hvilke særlige opgaver en praktiserende læge vil, kan og/eller ønsker at påtage sig.

## **Rationel brug af lægens og patientens tid**

I almen praksis har vi ofte mange møder med den enkelte patient over tid. Efterhånden opbygger vi en relation til patienten og en viden om patientens liv og helbred. Tiden mellem konsultationerne er også en del af behandlingen. Der kan være mange emner i spil i den enkelte konsultation. Nogle gange hænger de sammen, andre gange ikke. Det er ofte en god ide at få overblik over alle problemer, inden man går i gang, og dernæst at tage det vigtigste først. Nogle ting kan afklares med det samme. Andet skal ses an med et såkaldt sikkerhedsnet (råd og vejledning om, hvad patienten skal gøre, hvis symptomerne udvikler sig inden næste opfølgning), eller patienten får symptomdagbog, øvelser eller andre opgaver med hjem. Måske skal der også hentes information om parakliniske undersøgelser eller andet som led i den diagnostiske proces.

Det er unikt for det almenmedicinske speciale, at tiden spiller så vigtig en rolle i diagnosticeringsprocessen. Planlægning af forløbet skal tage hensyn til patientens tid, så man når så meget som muligt på den samme dag inden for den aftalte tid. Erfaringsmæssigt er der dog en øvre grænse for, hvor mange emner man meningsfuldt kan behandle i samme konsultation, hvis både patient og læge skal kunne huske og overskue, hvad der blev aftalt – dvs. afgrænsningen sker også af hensyn til patientsikkerheden.

## **Om behandlingsansvar og om at gøre sit arbejde færdigt**

Som udgangspunkt gør enhver læge sit arbejde færdigt og overdrager ikke halvgjort værk til andre. Når patienten forlader os i almen praksis, skal vedkommende så vidt muligt være tryk ved den plan, der er lagt, så behovet for vagtlægeydelser og kontakt til andre sundhedsaktører minimeres. Når vi henviser for tilstande, der ikke er tidskritiske, har vi udredt det, som vi selv kan, og vi har forsøgt med de mest gængse behandlinger selv, dvs. både farmakologisk og non-farmakologisk. Som regel betyder det, at patienten har nogle konsultationer hos os, inden vi eventuelt henviser. Igen er tiden mellem konsultationerne ofte en del af behandlingen. Mange ting går over af sig selv, eller patienten bliver klogere på sit eget helbred og lærer at håndtere sine symptomer. Symptomer fluktuerer, og det er ofte fornuftigt at se tiden an med et sikkerhedsnet, frem for at henvise når symptomerne er værst. Nogle tilstande har dog en ringere prognose, hvis der ikke henvises hurtigt. Det kan være akut koronart syndrom (AKS, herunder blodprop i hjertet), akut cerebral trombose (blodprop i hjernen), visse kræftsygdomme, akutte alvorlige infektioner eller lignende. Det er en almenmedicinsk spidskompetence at kende forskel på disse tilstande og at få videresendt de alvorlige tilstande uden forsinkelse – enten akut eller i pakkeforløb.

Tilsvarende forventer vi, at læger andre steder i sundhedsvæsenet færdiggør deres arbejde. Den læge, der finder indikation for en undersøgelse, må selv bestille undersøgelsen og så vidt muligt selv give svar. Det er ikke effektiv udnyttelse af de samlede ressourcer at bede egen læge konsultere lærebøger og læse op på emnet og indkalde patienten til en konsultation for at give svar på undersøgelser, som andre har ordineret. Det samme gør sig gældende, hvis andre fagspecialister opfordrer almen praksis til at lave en henvisning for en patient, de selv har set. Alligevel ser vi ofte, at opgaver ikke færdiggøres. Et eksempel er de patienter, der følges i flere forskellige ambulatorier. Det vil ofte være en fordel for patienten at få samlet sine behandlinger hos egen læge, når tilstanden er stabil. Men så længe patienten følges for en kronisk sygdom et andet sted (typisk et sygehusambulatorium), er ambulatorielægen den behandlingsansvarlige for den pågældende sygdom. Ambulatorielægen skal også forny recepterne på egne ordinationer frem til næste ambulante kontakt, så patienten ikke skal møde to steder for den samme tilstand; den læge, der udskriver recepten, er også ansvarlig for behandlingen. Et andet eksempel er, at en patient bliver bedt om at kontakte egen læge før en planlagt operation for at få en recept på smertestillende medicin. En sådan henvendelse tager tid fra andre patienter i almen praksis og forlænger dermed den generelle ventetid uden at tilføje sundhedsfaglig værdi for patienten.



## Almen praksis er specialet, hvorfra man aldrig afsluttes

Den praktiserende læge er den mest gennemgående sundhedsperson for den enkelte borger. Nogle patienter har i perioder af deres liv en særlig tilknytning til en anden læge, som dermed får rollen som den koordinerende og centrale læge, f.eks. i pædiatriske forløb, kræftforløb, psykiatriske forløb eller palliative forløb. Men også her har egen læge opgaver (både inden for profylaksen og opfølgning for øvrige kroniske sygdomme), som ikke varetages i det pågældende speciale. Desuden er der opgaver forbundet med attestarbejde, samarbejde med kommunens forskellige afdelinger og omsorg for pårørende, der (måske) også er patienter i lægehuset. Ikke mindst i forhold til terminal palliation kan egen læge bidrage med betydningsfuld hjælp. Den patient, der ønsker at dø derhjemme, har større mulighed for at vælge den løsning der er rigtig for ham, hvis egen læge kan tilbyde sin hjælp i den sidste tid.

Det er vigtigt, at vi ikke mister patienterne helt af syne, når de følges i andet regi. Der er brug for overblik både over den enkelte patients samlede forløb og over lægens samlede patientpopulation.

## Populationsomsorgen

Alle landets borgere har "egen læge". Intet andet lægeligt speciale har tilsvarende helbreds- og kontaktoplysninger om samtlige borgere.

Den praktiserende læge har et ansvar for at fordele sine kræfter og sin arbejdsindsats, så der gøres mest for dem med størst behov på patientlisten. Det er ikke nødvendigvis de patienter, der stiller de største krav eller er bedst til at få bestilt tid. Alle har ret til at få en konsultation hos egen læge inden for en rimelig tid. Derfor må lægen sørge for, at der er "bufferplads" i kalenderen, så den også kan rumme akutte problemer eller en konsultation, der tager lidt ekstra tid, fordi patienten har brug for mere hjælp eller koordinering end andre. Det kan sommetider være nødvendigt at begrænse andre konsultationers varighed eller at inddele en konsultation i flere aftaler. Det kan også være af hensyn til de øvrige patienter (jf. hensynet til patientsikkerhed og overskuelighed, se afsnittet "Rationel brug af lægens og patientens tid").

De fleste patienter er kompetente og tager medansvar for, at konsultationstiden overholdes. Det vil sige, at man prioriterer sine emner, tager det vigtigste først og overholder aftaler om egenbehandling, hjemmeopgaver og forberedelse. Det må være en del af LEON-princippet (at opgaver løses på Laveste Effektive Omkostnings Niveau), at det man som patient kan gøre selv, skal lægen ikke udføre. Et eksempel kunne være kommunikation med andre aktører, såsom apotek, speciallæger, ambulatorier eller kommune. Et andet eksempel kunne være hjemmebehandling af forskellige skavanker, hvor patienten kan finde instruktion i Patienthåndbogen (under sundhed.dk) eller få rådgivning på apoteket til behandling af en lidelse.

Nogle patienter kan have brug for en ekstra indsats. Alle mennesker kan blive sårbare i perioder. Nogle kan måske have brug for at have en fast kontaktperson i lægehuset, der kan yde en opsøgende indsats ved behov. Det kan f.eks. være patienter med svær psykiatrisk sygdom, nyopstået alvorlig sygdom, mange kroniske lidelser, et skrøbeligt socialt netværk, dårlige danskundskaber, pårørende til alvorligt syge, patienter med begyndende demens eller patienter i terminale forløb. Når vi har behandlingsansvaret for én eller flere kroniske sygdomme, sætter vi gerne en ny aftale i kalenderen, så vi ikke mister patienten af syne. Hvis recepter fornyes uden for den årlige status, eller patienter udebliver fra aftaler, kan det være relevant at

følge op, eksempelvis ved at læge eller personale i klinikken forsøger at kontakte den pågældende for at tilbyde en tid

Den praktiserende læge er egen læge for alle de tilmeldte patienter, uanset om de henvender sig i praksis eller ej – også for dem, der måske har brug for det, men ikke får det gjort.

At levere almen lægehjælp er et kontinuerligt samarbejde mellem lægen/lægehuset og patienten om sundhed og sygdom på langt sigt over mange år. I dette samarbejde kan lægen godt være den, der kontakter patienten, hvis lægen bliver opmærksom på behov for dialog. Men altid med respekt for patientens autonomi – nu og da får man et nej tak, og så må lægen naturligvis tilpasse sin indsats.

## Udvikling af faget og prioritering af nye opgaver

Inden nye opgaver placeres i almen praksis, bør man først tage stilling til: Giver det fagligt mening? Hvor stor en arbejdsmængde medfører det? Er ressourcerne til stede (arbejdstimer, IT-udvikling, lokaler)? Uanset om opgaver er nyopståede eller flyttes fra andre aktører til almen praksis, bør beslutningen være afklaret og aftalt på overordnet niveau, så alle samarbejdspartnere ved, hvad de kan forvente af hinanden.

Aktuelt (april 2023) er det samlede sundhedsvæsen under pres, og almen praksis har været under pres i længere tid. Som konsekvens af den situation har udbrændthed, manglende arbejdsglæde og nye ledelsesformer været særligt på dagsordenen i de seneste år i almen praksis. Vi må forvente, at disse forhold også vil fylde fremover, da der er mange organisatoriske forandringer på vej i det samlede sundhedsvæsen og stigende forventninger til vores sektor. Øget tværfaglighed løser ikke udfordringerne alene. Der er hårdt brug for flere speciallæger i almen medicin, og der vil gå nogle år endnu, før hænderne er der. I mellemtiden er det nødvendigt at holde hus med de kræfter, der er til stede. Vi må undgå, at flere opgaver presses ukoordineret ind i almen praksis. Der skal skabes overblik over opgavemængden. Det kan gøre det muligt at prioritere indsatsen, både i branchen som helhed og i det enkelte lægehus.

En rationel, bæredygtig og prioriteret indsats er nødvendig, hvis vi fortsat skal kunne levere almen medicin, hvor LEON-princippet gør sig gældende.

På det nationale plan ser vi nye forpligtende opgaver komme fra mange forskellige myndigheder: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (myndighedsvejledninger på Retsinformation), Sundhedsstyrelsen (anbefalinger, der lægges til grund i f.eks. klagesager), Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (indikatorer og standarder for målopfyldelse) og Styrelsen for Patientsikkerhed (der selv udvælger årets målepunkter og anlægger standarden og bedømmelsen).

Også i det lokale samarbejde mellem f.eks. almen praksis og sygehusene er det vigtigt, at man ikke ændrer de tværgående arbejdsgange og arbejdsdelingen uden forudgående dialog og aftale mellem parterne.

Der bør stilles krav om, at almen praksis (Dansk Selskab for Almen Medicin) inddrages, når der skal udarbejdes nationale sundhedsfaglige retningslinjer, der involverer almen praksis. DSAM bør også inddrages i de løbende prioriteringer, der vedrører vores branche.

Når nye opgaver overvejes til almen praksis – uanset om det er lokale eller nationale – bør det først undersøges, om det giver fagligt mening. Er det til fordel for patienten, at opgaven ligger i almen praksis? I så fald bør opgaven ideelt set ligge i almen praksis. Dernæst skal man vurdere, om de nødvendige ressourcer er til stede, for at opgaven kan løses. Er kompetencen til stede? Er der det nødvendige mandskab? Er der lokaler og udstyr? Er IT-understøttelsen tilstrækkelig, eller kræver det udvikling?

Med hver ny opgave bør det konkret vurderes, hvor meget arbejdsmængden i almen praksis stiger som følge heraf. Det bør også vurderes, om denne stigning kan absorberes umiddelbart, eller om andre opgaver skal udgå. Ellers må der aftales ændringer i rammerne.

Overenskomstparterne og de lokale parter skal tage ansvar for dette ved løbende at føre ”regnskab” med nye opgaver og løbende opgøre det samlede arbejdspress og indtjeningen i almen praksis, så det kan vurderes, om der skal tilføres flere kapaciteter og/eller højere takster.

Der bør så vidt muligt foreligge almenmedicinsk forskning, der understøtter, at opgaven giver kvalitet for patienterne i almen praksis. En diagnosespecifik population i et sygehusambulatorium (hvor meget forskning foregår) er ikke nødvendigvis den samme population som i almen praksis, selvom diagnosekoden er den samme. Det gælder for både psykiatriske og somatiske diagnoser. Nogle af vores patienter er mere raske og andre langt mere syge end dem, der finder vej til sygehusets ambulatorier.

Tilgangen i et sygehusambulatorium kan heller ikke nødvendigvis overføres til almen praksis, f.eks. systematisk opsamling af data fra Patient-Reported Outcome Measures (PROM). At en opgave ikke længere giver mening i et sygehusambulatorium (f.eks. 5-års opfølgning efter malignt melanom) berettiger ikke til at lægge opgaven i almen praksis, hvis der ikke er nogen sundhedsmæssig gevinst ved det, eller hvis praksis ikke har kompetencer eller udstyr til at varetage opgaven (se ovenfor).

Nye teknikker, f.eks. ultralyd, kunstig intelligens eller telemedicinske løsninger, skal ikke indføres i almen praksis, før fordele og ulemper for patienter og samfund er forskningsmæssigt belyst i tilstrækkelig grad i konteksten af almen praksis.

## **Faget er uhyre bredt og udvikler sig sammen med de øvrige specialer**

I almen praksis diagnosticerer, behandler og følger vi selv op på størstedelen af alle patienthenvendelser vedrørende alle 38 lægelige specialer. Det almenmedicinske fagområde udvikler sig hele tiden. Ovenstående gennemgang italesætter principperne for, hvilke opgaver der ligger bedst i almen praksis. Det falder uden for rammerne for denne tekst at give en detaljeret aktuel beskrivelse af de mange konkrete opgaver i almen praksis. Her må henvises til målbeskrivelsen, til traditionen og til næste kapitel ”Oversigt over arbejdsfunktioner, patientkontakter, undersøgelser og hensigtsmæssigt udstyr”, der omhandler udstyr og ydelser, som almen praksis leverer til de mange forskellige typer af kontakter og konsultationselementer.

# Oversigt over arbejdsfunktioner, patientkontakter, undersøgelser og hensigtsmæssigt klinikudstyr

## 1. Indledning

Honorarstrukturrådet, som blev nedsat af Danske Regioner og PLO efter overenskomstforhandlingerne i 2022, har bedt Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) om at beskrive en "common trunk" for almen praksis, dvs. de opgaver og procedurer, som man kan forvente, at praktiserende læger som udgangspunkt varetager i egen klinik.

Den vigtigste funktion for almen praksis i Danmark er den individuelle patientkontakt med de tilmeldte patienter, som praksis yder almenmedicinsk omsorg og behandling.

Der findes ikke nogen officiel beskrivelse af, hvad almen praksis' opgaver er, men den almenmedicinske målbeskrivelse beskriver de minimumskompetencer, man skal besidde som speciallæge i almen medicin. Heri ligger en forventning om, at man skal anvende disse kompetencer i sit virke som praktiserende læge. Målbeskrivelsen udgør således en specialebeskrivelse, som også danner udgangspunkt for planlægning af efteruddannelse, herunder den systematiske efteruddannelse. I denne beskrivelse af den praktiserende læges arbejdsopgaver har vi derfor valgt at tage udgangspunkt i målbeskrivelsen for faget.

Kapitlet skal ikke ses som en udtømmende liste over almen praksis' opgaver. Det er et forsøg på at afgrænse, hvilke opgaver der honoreres i den nuværende overenskomst, som man må kunne forvente, at praktiserende læger kan udføre uanset honorarstruktur.

De ydelser, som udbydes af almen praksis, afhænger i nogle tilfælde af lokale forhold i områdets øvrige sundhedstilbud. For eksempel kan det være nødvendigt at håndtere patienter med psykiatriske lidelser i almen praksis, hvor det ud fra et fagligt synspunkt kunne være mere hensigtsmæssigt at henvise til en psykiatrisk specialist, men hvor tilgængeligheden ikke er tilstrækkelig. Et andet eksempel er forebyggelseskon-sultationer (rygestop, vægttab mv.). Tidligere blev de i langt højere grad tilbudt i almen praksis, men i dag varetages de i tiltagende omfang af kommunernes sundheds- og forebyggelsestilbud.

Derfor kan der være nogle individuelle forskelle på, hvilke opgaver de enkelte klinikker påtager sig, og hvilke aktører de henviser til. Disse forskelle er også betinget af lokale forhold, f.eks. tilgængeligheden af praktiserende speciallæger og kommunale tilbud, klinikkens patientsammensætning og lægens personlige interesser.

Trods disse variationer vil DSAM alligevel **pege på et fælles standardniveau** for opgaver og ydelser, herunder laboratorieundersøgelser og klinikudstyr i almen praksis, som alle lægehuse som udgangspunkt bør have. Vi vil derudover **pege på særlige ydelser**, som er hensigtsmæssige ved særlige geografiske eller demografiske forhold, herunder lokale henvisningsmuligheder, eller som kan ses som et udviklingspotentiale ved fremtidige faglige udfordringer.

I nogle tilfælde kan der være legitime faglige grunde til, at **et lægehus bør kunne fritages** fra enkelte af standardydelseerne. Det kan for eksempel være, hvis man ikke er i stand til at oppebære kompetence i spiralanlæggelse, fordi man næsten kun har ældre patienter. Eller hvis den lokale region ikke tilbyder kvalitets-sikring af en ydelse, f.eks. urinmikroskopi, urindyrkning eller resistensbestemmelse.

Sidst i kapitlet er der en samlet oversigt over standardydelser og særlige ydelser i almen praksis.

I beskrivelsen af "common trunk" er der ikke taget stilling til økonomiske forhold, men udelukkende hvad der – efter DSAM's opfattelse – hører til specialets virke i de fleste tilfælde. Visse ydelser kræver kostbart udstyr. Derfor vil tilgængeligheden af disse afhænge af, hvilken finansieringsmodel man vælger.

## 2. Overordnet definition af specialet

DSAM har tilsluttet sig den europæiske definition af specialet:

*Praktiserende læger er speciallæger uddannet i fagets principper. De er personlige læger; primært ansvarlige for den samlede og vedvarende behandling uanset alder, køn og sundhedsproblem. De tager sig af den enkelte i forhold til dennes familie, lokalsamfund og kultur i respekt for den enkelte patients autonomi. De vedkender sig også deres professionelle ansvar overfor lokalsamfundet. De integrerer fysiske, psykologiske, sociale, kulturelle og eksistentielle faktorer i den behandlingsplan, de sammen med patienten udarbejder, styrket af den viden og tillid, der opstår ved gentagne kontakter.*

Praktiserende læger udøver deres professionelle rolle ved at fremme sundhed, forebygge sygdomme eller ved behandling, omsorg eller palliation. Dette sker direkte eller gennem andre personer ud fra de sundhedsbehov og tilgængelige ressourcer, der er i det samfund, de betjener. Samtidig hjælper de patienterne med at få adgang til disse ydelser i det nødvendige omfang.

De praktiserende læger skal tage ansvar for at udvikle og vedligeholde egne færdigheder, personlig integritet og for de værdier, som danner grundlaget for en effektiv og sikker omsorg.

**Den europæiske sammenslutning af praktiserende læger, WONCA, har defineret opgaverne i almen praksis. Heraf fremgår, at nogle opgaver rækker ud over den kontakten med den individuelle patient og dennes familie:**

- populationsomsorg, hvor man forsøger at sikre tilstrækkelig støtte til patienter med særlige behov, herunder fordele ressourcerne, så flere tilgår dem, som har svært ved at tage hånd om egen sundhed
- tovholderfunktion, herunder samarbejde om og koordination af patientbehandling og patientforløb med kommune, det regionale sundhedsvæsen og den øvrige primærsektor
- deltagelse i uddannelse, forskning og kvalitetsudvikling
- sundhedsfremme og behandlingsinitiativer i klyngen og i andre lokale og nationale sammenhænge.

**Den danske målbeskrivelse fra 2013 opridser en række forhold, der karakteriserer faget almen medicin:**

1. er almindeligvis borgerens første, frie og uvisiterede indgang til sundhedsvæsenet, hvor alle helbredsproblemer behandles (uanset personens alder, køn eller andre karakteristika)
2. sikrer effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer ved koordineret behandling, samarbejde med andre sundhedsprofessioner i det primære sundhedsvæsen og ved at sikre hensigtsmæssig kontakt og samarbejde med specialister i det sekundære sundhedsvæsen, og fungerer evt. som patientens advokat
3. arbejder med en personcentreret tilgang, der er rettet mod den enkelte, familien og lokalsamfundet
4. anvender en særlig konsultationsproces, som skaber et personligt forhold over tid gennem effektiv kommunikation mellem læge og patient
5. er ansvarlig for kontinuiteten af behandlingen over tid (defineret ud fra patientens behov)
6. har en særlig beslutningsproces, der bestemmes af sygdomsforekomsten (prævalens og incidens) i lokalsamfundet
7. tager sig af både akutte og kroniske sundhedsproblemer hos den enkelte
8. tager sig af helbredsproblemer, der kan præsentere sig ukarakteristisk i tidlig fase, men som måske kræver umiddelbar intervention
9. Fremmer sundhed og velbefindende gennem relevant og effektiv indsats
10. har et særligt ansvar for sundhedstilstanden i lokalsamfundet
11. forholder sig til fysiske, psykologiske, sociale, kulturelle og eksistentielle dimensioner af sundhedsproblemer.

Internationale undersøgelser viser, at sundhedssystemer med et højt almenmedicinsk uddannelsesniveau og en velfungerende primærsektor er de mest behandlingseffektive. Nyuddannede danske almenmedicinere er formentlig blandt de bedst kvalificerede i verden, og almen praksis har en central og påskønnet plads i det danske sundhedsvæsen.

**DSAM har desuden formuleret 7 pejlemærker for specialet:**

Almen medicin er et videnskabeligt funderet lægespeciale, som er baseret på metoder og viden fra de tre klassiske videnskabsområder natur, samfund og kultur. Pejlemærkerne bidrager til, at vi som udøvende almenmedicinske speciallæger:

- skaber mest mulig sundhed og velbefindende for den enkelte patient
- indrammer vores fælles faglige identitet og faglige diskussioner
- har fælles referencer for grund-, videre- og efteruddannelse

- har et ensartet filter for samfundets forventninger til os.

1. Vi holder læge-patient-relasjonen i hævd

- Læge-patient-relasjonen er en grundsten i fagets fundament.
- Læge-patient-relasjonen opbygges på nærvær, fortrolighed, gensidig tillid og kontinuitet.

2. Vi finder og behandler de syge og lader de raske være raske

- Vi følger patient og pårørende gennem livsforløb, lidelse og sygdom og er primærbehandlere for udvalgte lidelser.
- Vi har fokus på den enkelte patients fysiske og mentale sundhed og forebyggelse af funktionstab.
- Vi arbejder bevidst på rettidig diagnostik og på at undgå overdiagnostik.

3. Vi giver mest til dem, som har størst behov

- Vi tilrettelægger arbejdet på en måde, så vi tilstræber at mindske ulighed i sundhedsvæsenet.
- Vi skaber tid og rum til dem, der har størst behov for støtte, hjælp og behandling.

4. Vi skaber en dialog, der fremmer sundhed hos den enkelte

- Vi kommunikerer på en måde, der giver syge og raske øget forventning og evne til at kunne mestre egen sundhed.
- Vi inddrager patientens tanker, bekymringer og ønsker og behandler derved hver enkelt patient forskelligt.
- Vi medtager patientens ressourcer, særligt familie og netværk, i en løsning tilpasset den enkelte.

5. Vi deltager i uddannelse, forskning og udvikling af kvalitet

- Vi tager ansvar for, at vores evidens- og færdighedsbaserede faglighed løbende vedligeholdes og udvikles.
- Vi forholder os konstruktivt og kritisk til ny viden og forslag til nye løsninger for faget.
- Vi deltager i uddannelsen af kommende kolleger.

6. Vi tager ansvar lokalt, tværfagligt og tværsektorielt

- Vi tager ansvar for at fremme samarbejdet med og mellem relevante sundhedsaktører.
- Vi vurderer, hvordan nye opgaver og løsninger bedst tilpasses klinikkens aktuelle patientsammensætning.

7. Vi beskriver og bruger erfaringerne fra praksis

- Vi samarbejder med fagets institutioner inden for forskning og kvalitetsudvikling, som genererer specifik almenmedicinsk viden og stiller den til rådighed for fagets udøvere.
- Vi er opmærksomme på vores ytringspligt ift. særlige forhold, der fremkalder sygdom, øger ulighed i sundhed eller medfører u hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

### 3. Den individuelle patientkontakt

De mange forskellige opgaver, der involverer individuel patientkontakt i almen praksis, kan inddeles i en række kategorier, som fordrer forskellig grad af tid, multidisciplinær tilgang, tilgængelighed, parakliniske undersøgelser og klinisk udstyr. I afsnit 6 er der en akkumuleret liste med undersøgelser og tilhørende udstyr.

For at gøre beskrivelsen operationel har vi kategoriseret de opgaver, som typisk løses i almen praksis, men i den kliniske hverdag vil der være overlap mellem de forskellige typer af kontakter (konsultationer):

- 3.1 Akut opstået helbredsproblem
- 3.2 Diagnostik og udredning
- 3.3 Behandling
- 3.4 Kronisk sygdom
- 3.5 Forebyggelse
- 3.6 Koordinering og tovholderfunktion
- 3.7 Sygebesøg
- 3.8 Telefon- og videokonsultation
- 3.9 Socialmedicinsk arbejde og attester

### 3.1 Akut opstået helbredsproblem

Almen praksis ser patienter med akutte helbredsproblemer. Det er hyppigt mindre alvorlige infektionssygdomme, gener fra bevægeapparatet, småskader, akutte smertetilstande og lignende. Sædvanligvis er der tale om kortere konsultationer med en velafgrænset problemstilling. Længerevarende akutte krisesamtaler og akutte psykiatriske tilstande forekommer også i denne kategori.

Relativt sjældent henvender patienter sig med akut opståede symptomer på alvorlige organproblemer eller livstruende tilstande, hvor almen praksis pga. omstændighederne yder den indledende livreddende behandling og visitation. Disse kontakter er ofte tidskrævende. Almen praksis visiterer og håndterer disse patientkontakter døgnet rundt, året rundt. Ansvar for disse patientkontakter er p.t. delt mellem patientens egen læge (kl. 8-16 på hverdage) og lægevagt/akutberedskab (øvrige tidspunkter).

**Grænseflader** (andre indgange til sundhedsvæsenet ved akutte medicinske tilstande):

- Skadestuen: evt. direkte henvisning hertil ved større skader iht. lokale aftaler.
- Kiropraktor: ved visse ryglidelser
- Øjenlæge: ved alvorligere øjensymptomer, f.eks. smerter i øjet og syns-/synsfeltsymptomer
- Ørelæge: ved alvorligere øresymptomer, f.eks. akut høretab.
- 1-1-2: ved akutte potentielt livstruende tilstande, f.eks. centrale bryst smerter, bevidstløshed og svære vejrtrækningssymptomer
- Tandlæge.



## Udstyr og undersøgelser

Det er ikke muligt at definere præcist, hvilke undersøgelser der er relevante i en given akut situation. Det vil afhænge af den kliniske kontekst. Baseret på god klinisk praksis vil følgende undersøgelser være hensigtsmæssige at kunne udføre i almen praksis. Vi har desuden tilføjet undersøgelser, der i en nær fremtid eller ved særlige geografiske forhold kan betegnes som ønskværdige.

**Tabel 3.1.1**

Standardydelse	Standardudstyr
Hgb-måling	Hæmoglobinapparat
CRP-måling	CRP-apparat
Urinstix	Remedier
B-glukose	Blodsukkerapparat
Fasekontrastmikroskopi	Fasekontrastmikroskop
Venepunktur og blodprøveforsendelse	Varmeskab eller lignende. Diverse remedier
Strep A-test	Diverse remedier
Graviditetstest	Diverse remedier
Podning/urin til forsendelse	Diverse remedier
Urindyrkning med resistensbestemmelse	Varmeskab, diverse remedier
Øreskyl	Udstyr til øreskyl
Perkutan iltmåling	Pulsoximeter
Behandling af akut livstruende tilstande	Akut medicin-taske med adrenalin, iltflaske, Rubens ballon med maske, IV-adgang og remedier, adgang til hjertestarter
Lungefunktionsundersøgelse	Spirometer
Klinisk objektiv undersøgelse	Stetoskop, blodtryksapparat, otoskop, synstavle, GUSpekler/GU-bøjler, reflekshammer, termometer, tredelt lege med elevationsmulighed
Tympanometrisk undersøgelse	Tympanometer
Hjerteundersøgelse	EKG
Blærekateteranlæggelse	Udstyr til blærekateteranlæggelse
Behandling af mindre skader	Diverse udstyr til sårbehandling, immobiliserende bandager, fjernelse af fremmedlegeme, øjenbakke m. analgesi, farve osv.
Undersøgelse af hjertelyd hos foster	Doptone/Doppler
Stivkrampevaccination	Remedier til stivkrampevaccination

**Tabel 3.1.2**

Særlige ydelser*	Særligt udstyr
Ultralydsskanning	Ultralydsskanner
INR-måling	INR-apparat samt remedier
Test for mononukleose	Monospotapparat samt remedier
Undersøgelse af hvidt blodbillede	Apparat til leukocyt- og differentieltælling
PCR-testning	PCR-test, udstyr

Første behandling af brud på skinneben, lår, over- eller underarm	Remedier
Reposition af store leddskred	
Behandling af udbredte forbrændinger og læsioner	Remedier
Patientledsagelse	

\*Særlige ydelser omfatter undersøgelser eller procedurer, som kan være relevante afhængigt af geografiske eller andre særlige forhold, eller som kan blive mere udbredte inden for en nær fremtid.

### 3.2 Diagnostik og udredning

Almen praksis ser patienter, der henvender sig med et eller flere symptomer, som kan have stået på i kortere eller længere tid. De fleste af disse er fysiske og/eller psykosociale problemstillinger, som kan afklares i almen praksis og håndteres i primærsektoren.

Denne udredning foregår helt eller delvist i det "præ-diagnostiske" rum, hvor udredningen ikke altid leder til en specifik medicinsk diagnose. Mindre akutte krisesamtaler og den psykiatriske udrednings samtale falder inden for denne kategori. Diagnostik og behandling kan foregå adskilt, men ofte sker det sideløbende. Behandlingsforsøg kan være en del af den diagnostiske proces, så en mulig diagnose afprøves, ved at se om en bestemt behandling har effekt.

Ofte vil diagnostikken foregå over flere konsultationer. En konsultation, som følger op på en behandling eller observationsperiode, er også en form for diagnostisk konsultation, da formålet er at få afklaret, om patientens problem er løst så godt som muligt. Ellers må det overvejes, om diagnose eller behandlingsplan skal revurderes.

Udredningen kan omfatte somatiske, psykiske og sociale forhold, som kan påvirke patientens tilstand.

Der vil lejlighedsvis være tale om patienter med alvorlige organ-, førligheds- eller livstruende tilstande, som skal identificeres og visiteres af almen praksis. Det er et kernekompetencefelt for almenmedicinske speciallæger at kunne identificere de få alvorligt syge, uden at det medfører unødvendig sygeliggørelse eller uhenigtsmæssig brug af sundhedsvæsenets sekundærsektor. Udredning i almen praksis bør have et omfang, så tilstanden er tilstrækkelig afklaret til, at den enten fortsat kan følges op i almen praksis alene, eller der kan skrives en kvalificeret henvisning til andre aktører.

Adgangen fra almen praksis til billeddiagnostik, laboratorieydelser og andre ambulante undersøgelser vil påvirke omfanget af udredning i almen praksis.

Det er ligeledes nødvendigt at nævne, at eksterne organer som Styrelsen for Patientsikkerhed, dagspressen, kollegaer i sekundærsektoren og andre kan styrke eller hæmme den almenmedicinske udredning afhængigt af deres forståelse for vilkårene i primærsektoren. Små forskydninger i klinisk adfærd i almen praksis kan medføre store omkostningsændringer i sekundærsektoren.

### Grænseflader:

- Andre aktører i sundhedsvæsenet efter henvisning fra almen praksis, sygehuse (diagnostiske muligheder og henvisningsmuligheder), hjemmepleje, [Sundheds- og Forebyggelsestilbud \(SOFT\)](#), speciallæger, fysioterapeuter og andre private aktører, apoteker, arbejdsgivere, det kommunale ydelsessystem, bostøtter og pårørende.

**Tabel 3.2.1**

Standardundersøgelser	Standardudstyr
Hgb-måling	Hæmoglobinapparat
CRP-måling	CRP-apparat
Urinstix	Remedier
B-glukose	Blodsukkerapparat
Fasekontrastmikroskopi	Fasekontrastmikroskop
Venepunktur og blodprøveforsendelse	Varmeskab eller lignende. Remedier
Strep A-test	Diverse remedier
Graviditetstest	Diverse remedier
Podning/urin til forsendelse	Diverse remedier
Urindyrkning med resistensbestemmelse	Remedier, varmeskab
Klinisk foto af hudforandringer	Kamera til klinisk foto/teledermatologi
Perkutan iltmåling	Pulsoximeter
Måling af lungefunktion og peakflow	Spirometer/peakflow
Klinisk objektiv undersøgelse	Stetoskop, blodtryksapparat. otoskop, synstavle, GUSpekler/GU-bøjler, reflekshammer, termometer, tredelt leje med elevationsmulighed, vægt og højdemåler
Tympanometrisk undersøgelse	Tympanometer
EKG-optagelse	EKG-apparat
Hudstansbiopsi til forsendelse	Diverse remedier
Smear fra livmoderhalsen	Diverse remedier
Klinisk objektiv undersøgelse, herunder gynækologisk undersøgelse og otoskopi	Stetoskop, blodtryksapparat, otoskop, synstavle, GUSpekler/GU-bøjler, reflekshammer, termometer, tredelt leje med elevationsmulighed
Psykometriske tests (nærmere beskrevet af DSAM): MDI, ASS, MMSE, urskivetest, BASIC	Tilgængelighed af skemaer. Web-Patient
Diagnostiske skemaer (DAN-PSS, VVS, hjemme-BT)	Tilgængelighed af skemaer. Web-Patient

**Tabel 3.2.2**

Særlige undersøgelser*	Særligt udstyr
Andre psykometriske tests og skemaer, end dem, der er fastlagt af DSAM (f.eks. ASRS, ADHD-RS stress-score-skema)	Tilgængelighed af skemaer. Web-Patient.
INR-måling	INR-apparat samt remedier
PCR-testning	PCR-test, udstyr
Ankel BT-måling	Doppler

### 3.3 Behandling

Almen praksis tilbyder konsultationer for behandling af en allerede diagnosticeret tilstand. Konsultationen er typisk aftalt på forhånd. Det kan f.eks. være småoperationer, behandling af bevægeapparatslidelser med blokade, manuel behandling, akupunktur eller samtaleterapi.

Der antages at være en vis variation mellem praksis i de udbudte behandlingstilbud. Fjernelse af mindre formentlig benigne hudforandringer, hudstansbiopsi, injektion i skulderled og tilsvarende vil som udgangspunkt kunne varetages i almen praksis. Tidsforbruget vil ofte være længere end en standard konsultationstid.

#### Grænseflader:

- Andre aktører i sundhedsvæsenet efter henvisning fra almen praksis.

Tabel 3.3.1

Standardydelse	Standardudstyr
Ledpunktur/blokadeanlæggelse i knæ og skulder	Udstyr til ledpunktur/blokadeanlæggelse
Kateteranlæggelse og -seponering	Udstyr til kateterseponering og anlæggelse
Operation af mindre svulster (< 1 cm, ej ansigt), herunder curettage	Udstyr til småoperationer (skalpel, pincet, skarpske, sutur, nåleholder, saks, afdækning, forbindsstoffer mv.). Evt. autoklave
Incision af mindre abscesser	d.o.
Første behandling af ukomplicerede kroniske sår	d.o. Forbindsstoffer, saltvand mv.
Samtalebehandling/krisesamtaler (f.eks. støttesamtaler ved depression)	
Ansøgning om medicintilskud, anmeldelse af bivirkninger	
Ansøgning om terminaltilskud	

Tabel 3.3.2

Særlige ydelser*	Særligt udstyr
Samtaleterapi efter særlig metode, f.eks. kognitiv terapi	
Blokadeanlæggelse i mindre led, springfinger mv.	UL-skanner
Vaccination af relevante grupper (f.eks. pneumokok, influenza, Covid-19)	Remedier
Skift af kroniske sår	Remedier
Fjernelse af negl	Operationsbakke
Venesectio	Remedier til venesectio

### 3.4 Kronisk sygdom

Patienter med en eller flere samtidige kroniske (somatiske og/eller psykiatriske) sygdomme følges i almen praksis. Det har vist sig at være en udfordring for de fagspecifikke hospitalsambulatorier at håndtere patienter med flere samtidige sygdomme, f.eks. både psykiatriske og somatiske lidelser.

Almen praksis kan med høj almen medicinsk faglighed og et patientcentreret perspektiv byde ind med en faglig indsats på tværs af diagnoser. Almen praksis har desuden en særlig mulighed for at sikre kontinuitet og at styrke patientens egenomsorg, hvilket har dokumenteret effekt på morbiditet og mortalitet.

De fleste patienter med kroniske sygdomme ville kunne monitoreres i almen praksis. Patienter med sjældne tilstande eller sygdomme med en særlig sygdomsbyrde, der kræver særlig faglig indsigt eller udstyr, bør følges i relevant specialistambulatorium.

Det er nødvendigt med en etableret samarbejdsstruktur mellem praksis og relevante sygehusafdelinger, så håndteringen så smidigt som muligt kan skifte fra almen praksis til sygehusambulatoriet og tilbage igen, og der kan ydes faglig sparring på tværs af sektorerne.

Almen praksis har desuden et samarbejde med andre aktører i primærsektoren om håndtering af kronisk sygdom, f.eks. praktiserende speciallæger, fodterapeuter, fysioterapeuter, kommunale rehabiliteringstilbud og hjemmeplejen.

#### Grænseflader:

- Andre aktører i sundhedsvæsenet efter henvisning fra almen praksis.

**Tabel 3.4.1**

Standardydelse (laboratorydelser)	Standardudstyr
Hgb-måling	Hgb-apparat
CRP-måling	CRP-apparat
Urinstix	Stix, evt. stix-læser
B-glukose	BS-apparat (fotometer)
Venepunktur og blodprøveforsendelse	Remedier, klimaskab
Spirometri	Spirometer
Saturationsmåling	Pulsoximeter (perkutan)
BT-måling	BT-apparat, udlån af BT-app. til hjemme-BT
EKG-optagelse	EKG-apparat, 12-kanals
Synstest	Synstavle
Stetoskopi (hjerter, lunge, abdomen)	Stetoskop
Neurologisk undersøgelse	Monofilament, stemmegaffel
Tympanometri	Tympanometer
Indrapportering til kliniske databaser	Adgang via systemhus

**Tabel 3.4.2**

Særlige ydelser	Særligt udstyr
Døgnblodtryksmåling	24-timers BT-apparat

UL-skanning (f.eks. aortaaneurisme)	UL-skanner
BT-måling på ankel	Doppler til BT-måling på ankel

### 3.5 Forebyggelse (svangreprofylakse, børneundersøgelser, prævention)

Almen praksis varetager særlige forebyggende konsultationer af raske med sigte på at fremme hensigtsmæssig sundhedsadfærd, tidlig opsporing af sygdom og relationskabelse til behandleren. Almen praksis varetager således svangreprofylakse efter den til enhver tid gældende svangre-/fødselsplan i den respektive region og forebyggende børneundersøgelser og børnevaccinationer efter de til enhver tid gældende retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen.

Almen praksis deltager desuden i nationale og regionale screeningsprogrammer, f.eks. livmoderhalsundersøgelser. Endelig vejleder almen praksis om prævention og forebyggelse af kønssygdomme, herunder ordination og monitorering af p-piller/minipiller, anlæggelse af spiral (dog undtaget særligt komplekse kliniske problemstillinger eller forhold).

#### Grænseflader:

- Andre aktører i sundhedsvæsenet efter henvisning fra almen praksis.

**Tabel 3.5.1**

Standardydelse	Standardudstyr
Hgb-måling	Hgb-apparat
Venepunktur og blodprøveforsendelse	
Urinstix	
B-glukose	
Glukosebelastningstest	BS-apparat, standard glukose-blanding
BT-måling	BT-apparat + hjemme-BT
Spiralanlæggelse/indsættelse af implanon	Andenæb, uterinsonde, mv.
Registrering af hjertelyd hos foster	Obstetrisk stetoskop eller Doppler
Anlæggelse og fjernelse af implanon	Udstyr til fjernelse af implanon
Vejledning om prævention	
Opfølgning vedr. prævention	
Børneundersøgelser	Synstavle, vægt- og højdemåler mm.
Børnevaccinationer	
Forebyggende svangreundersøgelser	Obstetrisk stetoskop eller Doppler, vægt, urinstix
Vejledning ifm. abort/sterilisation	

### 3.6 Koordinering og tovholderfunktion

De fleste patienter modtager behandling hos flere aktører på tværs af primær- og sekundærsektoren. Koordinering af tværsektorielle patientforløb spiller en stadig mere fremtrædende rolle med henblik på optimale patientoplevelser, hensigtsmæssig anvendelse af ressourcer og patientsikkerhed. Almen praksis deltager i bl.a. koordinering og rådgivning med kommunalt personale, sygehuse og speciallæger.

I primærsektoren er samarbejdet mellem den lokale kommune og almen praksis særligt vigtigt for sårbare patienter. Opgaver med at koordinere patientforløb afhænger af indretningen af det øvrige sundhedsvæsen. Den stigende specialisering og detaljeringsgraden i forløbsbeskrivelser og henvisningskriterier medfører flere opgaver for den praktiserende læge.

Som eksempel på konkrete opgaver i almen praksis kan nævnes:

- Koordinering med hjemmepleje, pårørende m.fl. om f.eks. behandling og opfølgning.
- Konference med specialist
- Håndtering af afviste henvisninger
- Læsning af epikriser, inkl. opfølgning på gule og røde epikriser og andre meddelelser.
- Opfølgning på indsendte prøver
- Indberetning til databaser
- Registreringsopgaver, f.eks. opdatering af FMK, ansøgning om medicintilskud.

Dertil kommer opgaver fra andre myndigheder og forsikringsselskaber, som falder uden for overenskomsten mellem PLO og Danske Regioner.

#### Grænseflader:

- Andre aktører i sundhedsvæsenet efter henvendelse til eller fra almen praksis.

**Tabel 3.6.1**

Standardydelse	Standardudstyr
Behandlerkonference, virtuel Koordinering, rådgivning osv. med kommunalt personale, sygehuse, speciallæger osv.	Teknisk udstyr til videokonsultation
Koordination med samarbejdspartnere på skrift (f.eks. sygehuse, hjemmepleje)	IT-kommunikation på tværs af sektorer (kontakt til f.eks. PPR mangler)
Behandlerkonference, fysisk	Transportmulighed

**Tabel 3.6.2**

Særlig ydelse	Særligt udstyr
Telemedicin (derma)	Kamera

### 3.7 Sygebesøg

Sygebesøg kan i princippet rumme de samme konsultationstyper som nævnt ovenfor, men de begrænser mulighederne for at anvende apparatur. Sygebesøg er en nødvendig del af driften i almen praksis, men visitation til sygebesøg kan variere ift. antal, omfang, type, og hvilken personalegruppe som kører dem.

#### Grænseflader:

- Den kommunale hjemmepleje, herunder akutteams og andre specialteams med besøg i hjemmet.

Tabel 3.7.1

Standardydelse	Standardudstyr
Hjemmebesøg	Lægetaske med indhold efter liste Evt. tablet/bærbar computer med journaladgang
Blodsuktermåling	BS-apparat
Urinstix	Remedier
Venepunktur mhp. senere analyse i klinikken	Remedier
Ligsyn og udfærdigelse af dødsattest	
Fjernelse af pacemaker fra lig.	Skalpel, saks, handsker
Kateteranlæggelse	Katetre, diverse udstyr

Tabel 3.7.2

Særlige ydelser	Særligt udstyr
UL-skanning	Håndholdt UL-skanner
EKG-optagelse	Transportabelt EKG-apparat
LFU	Mobilt LFU-apparat

### 3.8 Telefon- og videokonsultation

Standardydelse	Standardudstyr
Telefonkonsultation	Telefon
Videokonsultation	Webcam, mikrofon, højttaler

### 3.9 Socialmedicinsk arbejde og attester

Den praktiserende læge fungerer som vejleder, rådgiver og koordinator ift. en række sociale forhold hos patienten, som i en eller anden grad har betydning for dennes helbredsforhold. Det er vanskeligt at sætte en klar grænse for den praktiserende læges opgave i forhold til sociale problemer. En negativ afgrænsning kan være, at sociale problemer, der ikke påvirker eller er afledt af helbredet, ikke er lægens opgave.



Det socialmedicinske attestarbejde ligger uden for Landsoverenskomsten, men dette arbejde medtages her for fuldstændighedens skyld. Den praktiserende læge har en vigtig rolle som leverandør af lægelige vurderinger til brug for afgørelser i det kommunale system, f.eks. i forbindelse med sygemeldinger, børn med særlige behov, hjælpemidler og afgørelser hos forsikringsselskaber. Lægens rolle er her delt mellem varetæelse af patientens tarv og at levere objektive lægelige vurderinger, der er egnet som grundlag for juridiske afgørelser. I få tilfælde er det også lægens opgave at kontakte myndighederne mod patientens (eller værges) ønske, når lægen har kendskab til forhold, der kræver indgreb over for patienten, f.eks. behov for inddragelse af kørekort eller indberetning til kommunen vedr. børn.

#### **Socialmedicinsk arbejde inkluderer:**

- attester: LÆ-attest, friattest, FP-attest, mulighedserklæring, kørekortattest m.m.
- rundbordssamtaler med patient og rådgiver (f.eks. fra jobcentret)
- indberetning vedr. børn med behov for kommunal indsats.

## **4. Efteruddannelse og kvalitetsudvikling**

Ud over kontakten med den enkelte patient har den praktiserende læge en række opgaver i relation til populationsomsorg, kvalitetssikring, efteruddannelse, uddannelse og forskning. Derudover er der en række standarder, som alment praktiserende læger skal leve op til.

#### **Almen praksis arbejde med kontinuitet**

- Praksis tilstræber kontinuitet i behandlingen, både ift. læger og praksispersonale. Dette dog under hensyntagen til patientens mulighed for f.eks. at få en akut tid ved behov, samt midlertidig overdragelse af behandleransvaret til uddannelseslæger.

#### **Almen praksis sikrer kvalitet i behandlingen**

- Læge og personale deltager i relevant efteruddannelse for at være fagligt opdaterede.
- Lægen deltager i arbejdet i kvalitetsklyngerne.
- Praksis arbejder med egen kvalitetsudvikling og kvalitetssikring.

#### **Almen praksis har relevant moderne udstyr til undersøgelse, diagnostik og behandling**

- Praksis skal råde over relevant og opdateret udstyr til undersøgelse, diagnostik og behandling.
- Praksis skal sikre, at udstyret løbende vedligeholdes, serviceres, kalibreres mv.
- Læge og personale skal være instrueret i korrekt anvendelse af udstyret.

#### **Almen praksis ansætter personale i nødvendigt omfang**

- Lægen ansætter relevant hjælpepersonale, der kan aflaste lægen og bidrage til, at lægen kan prioritere sin indsats til de patienter, der har mest behov for den lægefaglige indsats.
- Lægen sikrer relevant instruktion og supervision af personalet.

#### **Dataarbejde (proaktivt omsorgsarbejde)**

Lægen arbejder systematisk, struktureret og proaktivt med data om patientpopulationen. Datarapporter bruges f.eks. til kvalitetssikring og planlægning af opsøgende indsatser.

### **Opsøgende indsatser**

Lægen opsøger aktivt udvalgte patienter på udvalgte tidspunkter, hvor patienterne kan have behov for lægehjælp, selvom de ikke selv opsøger lægen. Det kan være patienter i særlig risiko, der udebliver fra relevant årsstatus, børneundersøgelse eller anden opfølgende indsats. Det kan også være patienter, som har brug for en ekstra opsøgende indsats ifølge lægens vurdering (på grund af sit kendskab til patientens situation), f.eks. patienter med dårlig egenomsorg som følge af mentale/psykiske eller sociale udfordringer, ofte i samarbejde med kommunen (hjemmepleje, bostøtte, sagsbehandler mv).

Den proaktive tilgang betyder, at lægen på eget initiativ skal adressere andre sygdoms- eller sundhedsproblematikker, hvis lægen i kontakten med patienten får mistanke om andre problemer, end dem patienten har henvendt sig om (også i situationer, hvor dette umiddelbart forlænger konsultationens varighed). Lægen er dog ikke forpligtet til at varetage undersøgelse eller behandling af tilstanden i samme konsultation, hvis dette giver uforholdsmæssigt lang ventetid for andre patienter. Der bør i disse situationer aftales en ny tid for patienten.

### **Uddannelse**

Almen praksis deltager i uddannelsen af lægestuderende og læger i den lægelige videreuddannelse efter særlige aftaler. Det er en opgave, som sektoren som helhed er forpligtet til at løfte, men der kan være store forskelle på, hvor meget den enkelte læge deltager i denne opgave afhængigt af interesse og lokale behov.

### **Forskning**

Praktiserende læger leverer data til forskningsprojekter efter nærmere aftaler, f.eks. ved besvarelse af spørgeskemaer.

### **Faglige bijobs**

For at få systemet til at fungere er der en lang række opgaver inden for koordinering og udvikling af faget og primærsektoren, som det er nødvendigt, at praktiserende læger deltager i. Det omfatter f.eks. fagligt arbejde i DSAM og PLO, praksiskonsulentarbejde, forskning, uddannelsesopgaver, arbejde som vagtchef, diverse konsulentopgaver og meget mere.

## **5. Opgaver, som almen praksis ikke kan påtage sig**

Praktiserende læger bliver ofte mødt med krav eller ønsker om at udføre opgaver, som det ikke er hensigtsmæssigt, at den praktiserende læge skal varetage. Det kan være, fordi det modstrider god faglighed, kan

være på kant med lovgivningen eller forringer patientsikkerheden ved at øge risikoen for fejl og misforståelser. Nogle opgaver bør ikke ligge i almen praksis, selvom andre kan have et stærkt ønske om det. Herunder nævnes eksempler på situationer, hvor praksis ikke bør pålægges at varetage opgaven:

- Afgive erklæring om noget, som lægen ikke objektivt kan vide noget om, eller som er i direkte modstrid med lægens viden eller faglige vurdering.
- Udstede recepter eller ansøge om enkelttilskud vedr. behandlinger, som andre læger har behandlingsansvaret for (receptudstedelse gør automatisk udstederen til den behandlingsansvarlige læge).
- Overtage ansvaret for at give svar på undersøgelser mv., som andre instanser har bestilt. Det indebærer en risiko for, at der ikke bliver reageret (korrekt) på vigtige undersøgelsesresultater.
- Skrive henvisninger på vegne af andre, fx hvor en læge i sekundærsektoren har fundet behov for henvisning til kræftpakke, hvilket af hensyn til patientsikkerheden bør gøres umiddelbart af den læge, som har fundet, at der er indikation for videre udredning.

## 6. Akkumuleret liste

Tabel 6.1

Farve = behov for kvalitetssikring

	Standardydelse	Standardudstyr
A	Anlæggelse og fjernelse af implanon	Udstyr til fjernelse af implanon
	Ansøgning om medicintilskud, anmeldelse af bivirkninger	
	Ansøgning om terminaltilskud	
B	Behandlerkonference, virtuel Koordinering, rådgivning osv. med kommunalt personale, sygehuse, speciallæger osv.	Teknisk udstyr til videokonsultation
	Behandlerkonference, fysisk	Transportmulighed
	Behandling af akut livstruende tilstand	Akut medicintaske med adrenalin, iltflaske, Rubens ballon med maske, IV-adgang remedier, adgang til hjertestarter
	Behandling af mindre skader	Diverse udstyr til sårbehandling, immobiliserende bandager og fjernelse af fremmedlegeme øjenbakke m. analgesi, farve osv.
	Blodsuktermåling (B-glukose)	Blodsukkerapparat
	Blærekateteranlæggelse	Udstyr til blærekateteranlæggelse
	BT-måling	BT-apparat + udlån af hjemme-BT
	Børneundersøgelser	Synstavle, vægt, højdemåler m.m.
	Børnevaccinationer	
C	CRP-måling	CRP-apparat
D	Del af klinisk undersøgelse	Vægt og højdemåler
	Diagnostiske skemaer (DAN-PSS, VVS, hjemme-BT)	Tilgængelighed af skemaer. Web-Patient
E	EKG-optagelse	EKG-apparat, 12-kanals
F	Fasekontrastmikroskopi	Fasekontrastmikroskop

	Standardydelse	Standardudstyr
	Forebyggende svangreundersøgelser	Obstetrisk stetotop eller Doppler, vægt, urinstix
	Foretage klinisk fotografi af hudforandringer	Kamera til klinisk foto/teledermatologi
	Første behandling af ukomplicerede kroniske sår	Udstyr som til småoperationer. Forbindsstoffer, saltvand mv.
G	Graviditetstest	Remedier
	Glucosebelastningstest	BS-apparat, standard glucose-blanding
H	Hgb-måling	Hæmoglobinapparat
	Hjemmebesøg	Lægetaske med indhold efter liste Evt. tablet/bærbar computer med journaladgang
	Hjerteundersøgelse	EKG
	Hudstansbiopsi til forsendelse	Remedier, særlige
I	Incision af mindre abscesser	Udstyr som til småoperationer
	Indrapportering til kliniske databaser	Adgang via systemhus
K	Kateteranlæggelse og -seponering	Udstyr til kateteranlæggelse og -seponering. Diverse katetre
	Klinisk foto af hudforandringer	Kamera
	Klinisk objektiv undersøgelse, herunder gynækologisk undersøgelse og otoskopi	Stetoskop, blodtryksapparat, otoskop, synstavle, GU-spekter/GU-bøjler, reflekshammer, termometer, tredelt leje med elevationsmulighed
	Koordination med samarbejdspartnere på skrift (f.eks. sygehuse, hjemmepleje)	IT-kommunikation på tværs af sektorer (kontakt til f.eks. PPR mangler)
L	Ledpunktur/blokadeanlæggelse i knæ og skulder	Udstyr til ledpunktur/blokadeanlæggelse
	Ligsyn og udfærdigelse af dødsattest	
	Lungefunktionsundersøgelse og peakflow måling	Spirometer/peakflow
N	Neurologisk undersøgelse	Monofilament, stemmegaffel
O	Operation af mindre svulster (< 1 cm, ej ansigt), herunder curettage	Udstyr til småoperationer (skalpel, pincet, skarpske, sutur, nåleholder, saks, afdækning, forbindsstoffer mv). Evt. autoklave.
	Opfølgning vedr. prævention	
	Overblikskonsultation	
P	Pacemaker, fjernelse fra lig	Remedier
	Patientledsagelse	
	Perkutan iltmåling (saturationsmåling)	Pulsoximeter
	Podning/urin til forsendelse	Remedier
	Psykometriske tests (nærmere beskrevet af DSAM): MDI, ASS, MMSE, urskivetest BASIC	Tilgængelighed af skemaer. Web-Patient.
R	Registrering af hjertelyd hos foster	Obstetrisk stetoskop/doptone
S	Samtalebehandling/krisesamtaler (f.eks. støttesamtaler ved depression)	
	Smear fra livmoderhalsen	Remedier
	Spiralanlæggelse/indsættelse af implanon	Spiralbakke med andenæb, uterinsonde mv.
	Stetoskopi (hjerter, lunge, abdomen)	Stetoskop
	Stivkrampevaccination	Remedier til stivkrampevaccination
	Strep A-test	Remedier
	Synstest	Synstavle

	Standardydelse	Standardudstyr
T	Telefonkonsultation	
	Tympanometrisk undersøgelse	Tympanometer
U	Udtagelse af pacemaker mv. på døde.	Skalpel, saks, handsker
	Urindyrkning med resistensbestemmelse	Varmeskab, remedier
	Urinstix	Remedier, evt. stix-læser
V	Vejledning ifm. abort/sterilisation	
	Vejledning om prævention	
	Venepunktur (mhp. senere analyse i klinikken) og blodprøveforsendelse	Varmeskab eller lignende, remedier
	Videokonsultation	Webcam, mikrofon, højttaler/headset
Ø	Øreskyl	Udstyr til øreskyl

**Tabel 6.2**

Særlige ydelser	Særligt udstyr
Behandling af udbredte forbrændinger og læsioner	Remedier
Brug af andre psykometriske tests og skemaer end dem, der er fastlagt af DSAM (f.eks. ASRS, ADHD-RS, stress-score-skema)	Tilgængelighed af skemaer. Web-Patient.
Blokadeanlæggelse i mindre led, springfinger mv.	Evt. UL-skanner
BT-måling på ankel	Doppler
Døgnblodtryksmåling	24-timers BT-apparat
EKG-optagelse til sygebesøg	Transportabelt EKG-apparat til sygebesøg
Fjernelse af negl	
Første behandling af brud på skinneben, lår, over- eller underarm	Remedier
INR-måling	INR-apparat samt remedier
Lungefunktionsundersøgelse (LFU)	Mobilt LFU-apparat
Patientledsagelse	
PCR-testning	PCR- test, udstyr
Reposition af store ledeskred	
Samtalerapi efter særlig metode, f.eks. kognitiv terapi	
Skift af kroniske sår	Remedier
Telemedicin (derma)	Kamera
Test for mononukleose	Monospot apparat samt remedier
Undersøgelse af hvidt blodbillede	Apparat til leukocyt- og differentieltælling
Ultralydsskanning (f.eks. aortaaneurisme)	Ultralydsskanner
UL-skanning	Håndholdt UL-skanner
Vaccination af relevante grupper (f.eks. pneumokok, influenza, Covid-19)	Remedier
Venesectio	Udstyr til venesection

## BILAG. Aktuelle regionale kvalitetssikringstilbud og laboratorieordninger for almen praksis – marts 2023

Principper for kvalitetssikring er fastlagt af overenskomstens parter i [Kvalitetssikring og kvalitetskrav til laboratoriemedicinske aktiviteter i almen praksis 2010](#), som findes på [laeger.dk](#). Principperne bygger i stor udstrækning på et arbejde fra 2003: «Kvalitetskrav og kvalitetsvurderingssystem for hyppigt udførte klinisk biokemiske og klinisk mikrobiologiske analyser i almen praksis» November 2003, Praktiserende Læges Organisation og Sygesikringens forhandlingsudvalg. Se evt. også [OK22 §79, PLO & RLTN](#).

I de fleste regioner omtales laboratoriekonsulentordningen som LKO, og de yder:

- rådgivning og vejledning (undervisning) vedr. laboratoriemedicinske aktiviteter samt
- tilbyder et årligt besøg i praksis (Sjælland tilbyder besøg hvert 1½ år).

Overordnet men med undtagelser er følgende til rådighed:

- Parallelanalyse af patientnært apparatur (POCT-analyser) foregår 10-12 gange om året for Hæmoglobin, Glukose, CRP, INR/KFTT og Leukocytter.
- Simulerede urinprøver udsendes som kontrolmateriale to gange om året for urinmikroskopi, dyrkning og resistensbestemmelse (Region Hovedstaden har ikke dette tilbud).
- Kvalitetssikring af udstyr i praksis sker for registrerede apparater, der er dog flere apparater som ikke længere kvalitetssikres.

For ultralydsapparater gælder det, at klinikkerne selv og producenterne står for kvalitetssikringen. I DAUS er der nogle anbefalinger omkring anskaffelse af en type skannere til kursusbrug, men den enkelte bruger har selv ansvar for, at kvaliteten af den enkelte skanner er OK.

	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Hovedstaden
<b>Kvalitetssikrings-Ordning</b>	Der er etableret LKO ved: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aalborg Universitetshospital</li> <li>• Aalborg Universitetshospital Thisted</li> <li>• Regionshospital Nordjylland</li> </ul>	Kvalitetssikringsordningen varetages af laboratoriefaglige konsulenter på de 5 klinisk biokemiske afdelinger og af Klinisk Mikrobiologisk Afdeling på AUH (Mikrobiologisk Kvalitetssikring i Almen Praksis (MIKAP)).	Der er etableret 5 decentrale LKO: <ul style="list-style-type: none"> <li>• OUH Odense</li> <li>• OUH Svendborg</li> <li>• Sygehus Sønderjylland</li> <li>• Sydvestjysk Sygehus</li> <li>• Sygehus Lillebælt.</li> </ul> Til hver af de fem LKO er der ansat laboratoriekonsulenter, som varetager den daglige kontakt til almen praksis og	Der er etableret LKO ved: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Næstved, Slagelse og Ringsted sygehus + Nykøbing F</li> <li>• SUH</li> <li>• Holbæk, Kalundborg og Odsherred</li> </ul> De tre LKO har ansat lo-	Central Enhed for Kvalitetssikring, CEK.  Kvalitetskontrol via WebQuality.  Praksis indsender parallel-kontroller en gang månedligt.  Mikrobiologiske prøver

	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Hovedstaden
	Praksis indsender parallelkontroller en gang månedligt.	Praksis udfører 10 årlige parallelkontroller ved brug af WebQuality.	forestår laboratoriekonsulent-besøgene i de enkelte lægepraksis. Praksis indsender 1 parallelkontrol pr. analyse pr. md.	kale laboratoriekonsulenter. Lægehusene indsender månedligt parallelkontroller via WebQuality.	sendes til Herlev og Hvidovre hospitaler.
<b>Hæmoglobin</b>	x	x	x	x	x
<b>Glukose</b>	x	x	x	x	x
<b>INR</b>	x	x	x	x	x
<b>CRP</b>	x	x	x	x	x
<b>Leukocytter/differentialtælling</b>	x	x	x	MINUS	x
<b>Årligt praksisbesøg ved laboratoriekonsulent inkl. test af apparater og en besøgsrapport.</b>	<b>Besøget omfatter:</b> gennemgang af resultater fra de parallelkontroller, der indsendt; evt. kontrol af procedurer og det apparatur der anvendes; vejledning i korrekt anvendelse af relevant analyseudstyr; vejledning i korrekt håndtering af uriner til dyrkning og resistensbestemmelse; vejledning i metoder der anvendes til mikroskopi, dyrkning og urinbestemmelse af uriner; vejledning om korrekt prøve-	<b>Besøget omfatter:</b> præanalytiske forhold, forhold vedr. laboratorieudstyr, kvalitets sikring af analyser udført i egen praksis, herunder indsendte parallelkontroller, gensidig informationsudveksling.	<b>Besøget omfatter:</b> korrekte utensilier, prøvetagning, prøvebehandling, opbevaring og forsendelse af prøvemateriale. Og rådgivning og vejledning generelt og specifik efter behov.	<b>Besøget tilbydes hvert andet år og omfatter:</b> præanalytiske forhold, opbevaring af prøver i Praksis efter prøvetagning og ved transport af prøver efter hjemmebesøg, forhold vedr. laboratorieudstyr, kvalitetssikring af analyser udført i egen praksis, herunder indsendte parallelkontroller, gennemgang af resultater fra KVSTAT, gensidig informationsudveksling.	<b>Besøget omfatter:</b> Gennemgang af resultater fra de parallelkontroller, der er indsendt samt apparaterne til ovenstående POCT-analyser, snak om præanalytiske forhold (prøvetagning, opbevaring af prøverne samt afhentningsordning) tjek af utensilier og udløbsdatoer, Tjek af udprint og påsætning af etiketter samt evt. vejledning i brug af

	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Hovedstaden
	<p>tagning og forsendelse af prøvematerialer; vejledning om præanalytiske forhold; vejledning om udførelse af metoder til kvalitetssikring; vejledning om bestilling af analyser (Webreq); Vejledning i bestilling af utensilier; vejledning i adgang til Laboratorie-svarportalen; Kontrol af mikroskop, EKG-udstyr, samt udstyr til lungefunktionstest. Kontrol af temperatur i køleskabe, klimaskab, varmeskab og autoklave.</p> <p>Kontrol af overførte patientsvar dvs. fra Labka til lægesystem (Clinea, XMO, Win-PLC mm.) for at sikre korrekt data flow systemerne i mellem.</p>				<p>WebReq og bestilling af utensilier.</p> <p>Desuden: Opdatering af apparaturliste. Kalibreringskontrol af BT- og EKG-apparater. Vejledning om termoskab. Ved behov kontrol af centrifuge.</p>



	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Hovedstaden
<b>Apparater som ikke kvalitetssikres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BT-apparater</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spirometer</li> <li>• Klimaskabe</li> <li>• Autoklaver</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EKG</li> <li>• Blodtryksapparater</li> <li>• Spirometer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spirometer</li> <li>• Varmeskabe</li> <li>• Autoklaver</li> <li>• EKG-apparater</li> <li>• BT-apparater</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spirometer</li> <li>• Varmeskabe</li> <li>• Autoklaver</li> </ul>
<b>Efteruddannelse/undervisning</b>	Laboratoriekonsulenterne tilbyder undervisning af praksispersonale i teori og praksis vedr. venepunktur og EKG.	Når nyt personale i AP tilbydes undervisning i prøve-tagning. Ved behov for kontakt til laboratorierne, kan de laboratoriefaglige konsulenter kontaktes telefonisk eller via e-mail.	Laboratoriekonsulenterne kan tilbyde undervisning i blodprøvetagning eller andre relevante kurser. Desuden har læger og personale mulighed for undervisningsophold på sygehusafdeling/laboratoriemedicinsk afdeling af 1 eller flere dages længde.	Laboratoriekonsulenterne tilbyder undervisning i blodprøvetagning i ambulatorium på sygehus.  Der afholdes 'gå hjem-møder' med emner ønsket af lægehuse og laboratorium.	Kurser i blodprøvetagning udbydes til praksispersonale. Årligt Minisymposium (efteruddannelse) for praksislæger.
<b>Klinisk mikrobiologi – (MIKAP)</b>	2 gange årligt udsendes der 3 simulerede urinprøver til de lægepraksis, der foretager mikrobiologisk undersøgelse (mikroskopi, dyrkning og resistensbestemmelse) af urin. 1 gang årligt tilbydes der kurser i henholdsvis urinmikroskopi og dyrkning og	2 gange årligt udsendes der 3 simulerede urinprøver. En gang årligt udsender MIKAP en tjekliste til egen kontrol i praksis. Evt. telefonisk opfølgning på udfyldte tjeklister.  MIKAP kan kontaktes dagligt vedr. spørgsmål om mikroskopi,	2 gange årligt udfører praksis kontrolanalyser på simulerede urinprøver. De omfatter POCT-analyserne: Urinmikroskopi, dyrkning af urin og resistensbestemmelse af urin	Udsendelse af simulerede urinprøver, (nyhedsbrev fra 2021).	Der er ingen ordning for kvalitetssikring af urinprøver. Tjek af utensilier + dato sker ved praksisbesøg.  Praksis kan indsende urinprøver til kontrol af egen dyrkning, hvis de vil.

	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Hovedstaden
	resistensbestemmelse.	dyrkning, resistensbestemmelse, kurser mm.			
<b>Kilder</b>	<a href="#">Kvalitetssikring af laboratorieanalyser (sundhed.dk)</a>	<a href="#">Deltagelse i den regionale laboratoriekonsulentordning (LKO) - sundhed.dk</a> + notat dateret 02.11.16	<a href="#">Om Laboratoriekonsulentordningen - sundhed.dk</a> + pjece, 2, udgave juli 2021	<a href="#">Laboratoriemedicinske vejledninger (regionsjaelland.dk)</a>	<a href="#">Velkommen til Laboratorietjening (regionh.dk)</a> + pdf om "CEK og konsulentbesøg i Region H