

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

Tid	10. september 2024
Sted	København Ø
Emne	Forhandlingsaftale vedr. fornyelse af Overenskomst om almen praksis

*Teknisk tilrettet*

1. Lægedækning.....	3
2. Faste læger på bosteder.....	8
3. Digitalisering og data.....	10
4. Forberedelse af ny honorarstruktur .....	13
5. Andre konkrete ændringer.....	14
6. Aftalens økonomi .....	18
7. Ikrafttrædelse .....	19

### **Bilag**

Bilag 1: Økonomiprotokollat

Bilag 2: Protokollat vedr. faste læger på bosteder

Bilag 3: Ændringer til ydelsesvejledning vedr. årskontrol/årsstatus

## 1. Lægedækning

Side 3

I Regeringens aftale om en sundhedsreform fra 2022 er der en målsætning om, at der skal være 5.000 praktiserende læger i 2035.

Overenskomstens parter er enige om, at bedre lægedækning i hele landet er en forudsætning for at reducere den geografiske ulighed i sundhed, samt at almen praksis kan udvikle sig og varetage flere opgaver til gavn for borgerne og de øvrige aktører i det nære sundhedsvæsen.

Det er derfor parternes målsætning, at der allerede i 2025 kommer flere praktiserende læger til de lægedækningstruede områder ved at gøre det mere attraktivt for lægerne at nedsætte sig i de områder af landet, hvor der i dag mangler læger, og hvor de eksisterende praktiserende læger oftere har en mere kompleks og behandlingskrævende patientpopulation.

Der er i de seneste overenskomster allerede aftalt en række nationale tiltag med henblik på at gøre det attraktivt at nedsætte sig i områder, som er udpeget som lægedækningstruede. Det omhandler f.eks. det differentierede basishonorar og retten til etablering af delepraksis i en 6-årig periode. Det er desuden gjort muligt, at regionerne i områder med lægemangel kan yde et særligt vederlag af midlertidig karakter til kompensation for etablerings- eller personaleudgifter.

For parterne er det essentielt fortsat at understøtte bedre lægedækning, og derfor har parterne besluttet at prioritere lægedækningsområdet yderligere ved at oprette nye tiltag for i alt 60 mio. kr. i den kommende overenskomstperiode.

Dette indebærer etablering af en økonomisk pulje på 20 mio. kr., som skal bidrage til lokale rekrutteringsindsatser, der kan styrke det nære almen medicinske tilbud i områder, hvor der kan være langt mellem de praktiserende læger.

Desuden er parterne enige om at øge kronikerhonoraret for læger i lægedækningstruede områder med i alt 20 mio. kr. årligt, der skal styrke kapaciteten og tiden til den enkelte patient.

Endelig er parterne enige om, at der i 2025 helt ekstraordinært prioriteres op til 20 mio. kr. for at understøtte en øget behandlingskapacitet, i de lægedækningstruede områder. Økonomien tillægges den økonomiske

ramme for almen praksis i takt med at flere læger nedsætter sig og aktiviteten stiger i de lægedækningstruede områder, som i forvejen er fastlagt indenfor 'Ordning om differentieret basishonorar'.

Der er tale om et særligt løft af den økonomiske ramme med henblik på at kapaciteten kan øges, og dermed at borgerne i de lægedækningstruede områder kan opleve bedre tilgængelighed og et styrket behandlingstilbud i almen praksis.

På sigt er det endvidere ambitionen, at der implementeres en ny honorarstruktur for almen praksis, herunder en øget differentieret honorering, der skal sikre, at der er balance mellem behandlingsbehovet i klinikkens patientpopulation og den økonomiske honorering.

Endelig har Sundhedsstrukturkommissionen i sin rapport fremlagt en række anbefalinger, der - såfremt de realiseres – også vil have en væsentlig betydning for almen praksis og udviklingen i lægedækningen.

Parterne noterer sig bl.a., at Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at patienttallet i almen praksis differentieres, således at klinikker har færre patienter i områder, hvor patienterne har de største behandlingsbehov. Ved at tiltrække flere nye læger til de lægedækningstruede områder vil parterne påbegynde denne proces, da borgerne vil kunne vælge mellem flere læger.

### **Pulje til bedre lægedækning i hele landet**

På kort sigt skal der fortsat gøres en ekstraordinær indsats for at understøtte regionernes rekruttering af og fastholdelse af speciallæger i almen medicin og uddannelseslæger til de dele af landet, hvor behovet er størst, og som supplerer de nuværende muligheder i overenskomsten og sundhedsloven.

Derfor etableres der, i regi af Fonden for almen praksis, en lægedækningspulje på 20 mio. kr. i 2025. Puljen kan søges af de fem regioner og deres eventuelle samarbejdspartnere, som kan omfatte PLO-regional og relevante kommuner eller lokale organisationer, der arbejder med at understøtte rekruttering, fastholdelse og trivsel for lægerne.

Formålet med lægedækningspuljen er via medfinansiering at fremme forsøg med innovative rekrutterings- og fastholdelsestiltag, der skal gøre det fagligt og socialt attraktivt for læger at nedsætte sig/fastholde læger i

områder, hvor lægedækning er en udfordring. Derudover kan puljen også understøtte, at der er attraktive uddannelsesforløb i almen praksis for kommende speciallæger i almen medicin.

Projekterne kan eksempelvis omfatte:

- at facilitere og styrke de faglige fællesskaber mellem praktiserende læger og/eller læger under uddannelse til almen medicin
- forsøg med tværfaglige indsatser i almen praksis. Det kan f.eks. være projekter, hvor der inddrages andre social- og sundhedsfaglige kompetencer, der skal understøtte og aflaste det almen medicinske tilbud.
- at skabe yderligere nærhed i områder, hvor der ikke er patientgrundlag til etablering af en almindelig praksis - f.eks. via forsøg med satellitklinikker og transportordninger for læger og personale.
- indsatser der skaber gode rammer for, at læger med deres familier bosætter sig i lokalområdet i nærhed af klinikken, f.eks. i forhold til hjælp til at finde bolig, institutioner, job til ægtefælle m.v.
- etablering af attraktive lokaler, der skal være med til at tiltrække læger til området
- initiativer vedr. tutorforløb – især i områder der for nuværende har få eller ingen tutorer

Midlerne kan også bruges til driftsudgifter til f.eks. lokaler og/eller dækning af lægernes transportomkostninger.

Derudover kan puljen også støtte mere attraktive videreuddannelsesforløb for uddannelseslægerne i de dele af landet, hvor det historisk har været vanskeligt at besætte uddannelsesstillingerne. Her kan eksempelvis være fokus på at tiltrække nye tutorlæger, så uddannelseslægerne får de bedst mulige rammer for faglig sparring samt at skabe en god balance mellem arbejdsliv og familieliv.

Det er parternes ønske, at man ved oprettelse af en central ansøgningspulje i Fonden for almen praksis får mulighed for at indhente erfaringer og evalueringer fra de forsøg, som man har ydet støtte til, og som kan bruges til den videre udvikling af almen praksis. Derfor forpligter parterne sig på at evaluere det samlede projekt efter endt projektperiode. Desuden skal modtagere af støtte fra Fonden for almen praksis på opfordring indsende en status for fremdriften i deres projekter.

#### *Governance*

Der nedsættes et bedømmelsesudvalg under Fonden for almen praksis, hvortil overenskomstens parter hver især udpeger tre repræsentanter.

Bedømmelsesudvalget sekretariatsbetjenes af sekretariatet under Fonden for almen praksis.

Side 6

Bedømmelsesudvalgets opgaver består i at gennemgå indsendte ansøgninger samt indstille til bestyrelsen i Fonden for almen praksis, hvilke projekter der vurderes værdige til økonomisk støtte.

Bedømmelsesudvalget gennemgår og drøfter ligeledes de afrapporteringer, der kommer fra de støttede projekter.

Det endelige kommissorium udarbejdes i Fonden for almen praksis.

Parterne er enige om, at det er vigtigt at arbejde for en fremtidssikring af de igangværende og fremtidige lægedækningsinitiativer, så lægerne fortsat rekrutteres til områder, hvor der mangler læger.

#### **Øget kronikerhonorar i lægedækningstruede områder**

Som et led i at gøre det økonomisk mere attraktivt at nedsætte sig i lægedækningstruede områder, som i forvejen er fastlagt indenfor 'Ordning om differentieret basishonorar', aftaler parterne at øge kronikerhonoraret for patienter med KOL (0130), diabetes type 2 (0131) og patienter med KOL og diabetes type 2 (0132) med samlet 20 mio. kr. i disse områder.

Dette betyder, at kronikerhonoraret i disse områder fremover vil være (apr. 2024-niveau):

*Tabel: Takstforøgelse, kronikerhonorar (0130, 0131, 0132)*

	<b>Mdl. honorar</b>	<b>Nyt mdl. honorar</b>	<b>Nyt årligt honorar</b>
0130 – KOL	173,75 kr.	220,39 kr.	2.644,68 kr.
0131 - diabetes type 2	194,07 kr.	220,39 kr.	2.644,68 kr.
0132 - diabetes type 2 og KOL	244,15 kr.	409,43 kr.	4.913,16 kr.

#### **Mekanisme for nettotilvækst af nye læger i lægedækningstruede områder**

Parterne er enige om, at der i 2025 helt ekstraordinært prioriteres op til 20 mio. kr. til at øge behandlingskapaciteten i lægedækningstruede områder, som i forvejen er fastlagt indenfor 'Ordning om differentieret basishonorar'.

Den økonomiske ramme øges i takt med, at de første 75 ekstra læger nedsætter sig i de lægedækningstruede områder, som i forvejen er udpeget til at modtage differentieret basishonorar. Konkret øges rammen med op til 267.000 kr. for hver yderligere kapacitet, der i henhold til overenskomsten for almen praksis bemandes i de lægedækningstruede områder, som ikke sker ved overtagelse af en regions- og udbudsklinik.

Rammeforøgelsen skal muliggøre mere aktivitet i de lægedækningstruede områder og betinges af, at der kan konstateres en ekstraordinær aktivitetsstigning i områderne på op til 20 mio. kr. i takt med at flere læger har nedsat sig. Udgangspunktet for at måle udviklingen er antallet af besatte kapaciteter per 1. juli 2024, som holdes op mod den forholdsvise udvikling i antal besatte kapaciteter, når økonomirammen i 2025 skal opgøres.

Økonomirammen for 2025 justeres ned, såfremt antallet af kapaciteter igen falder. Økonomirammen justeres dog ikke yderligere ned, såfremt antallet af kapaciteter falder under niveauet per 1. juli 2024.

## 2. Faste læger på bosteder

Side 8

Uligheden i sundhed er markant for socialt udsatte borgere og borgere med handicap og psykiske lidelser, der bor på botilbud. Der blev i OK-22 aftalt sundhedstjek på botilbud, der skal bidrage til at forebygge og evt. behandle somatiske sygdomme for personer, som opholder sig på botilbud.

Parterne er enige om at indføre en overenskomstmæssig ordning om fast tilknytning af praktiserende læger, som skal supplere den allerede aftalte indsats med sundhedstjek og yderligere styrke kompetenceudviklingen på bosteder gennem sundhedsfaglig rådgivning til medarbejderne, samt medvirke til at reducere omfanget af uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser blandt en målgruppe, som har en høj forekomst af somatiske problemstillinger og multisygdom. Dette skal ske gennem både rådgivning, styrket kommunikation og samarbejde mellem botilbudspersonale og læge, så der sikres størst mulig faglig indsigt i relevante problemstillinger og sygdomsbilleder hos målgruppen.

Den fasttilknyttede læge får et månedligt honorar, som udgør 2.111,72 kr. (april 2024-niveau) ekskl. moms, svarende til to timers rådgivning og/eller undervisning gennemsnitligt pr. måned med en timepris på 1.055,86 kr. (april 24-niveau) Såfremt botilbuddet har over 30 beboere tilknyttet, har lægen en times rådgivning og/eller undervisning yderligere og honoreres tilsvarende. Flere læger i et kompagniskab eller en læge med ekstra kapacitet kan være fast tilknyttet læge på større botilbud, som opdeles i ét eller flere afsnit/afdelinger á minimum 30 beboere. Ordningen er yderligere beskrevet i bilag 2.

Parterne er i forbindelse med denne aftale enige om at præcisere overenskomstens nuværende § 68, stk. 3 som følger: *"Plejhjemsboliger og boliger på andre institutioner for ældre samt bosteder, omfattet af ordningen med fast læge på bosted, er altid at betragte som egen bolig og derfor ikke omfattet af stk. 2."* Således afregnes sygebesøg på botilbud i forbindelse med ordningen om faste læger på bosteder på tilsvarende vis som på plejehjem med ydelseskode 0491 "Sygebesøg på ruten". Når praktiserende læger, som ikke er fast-tilknyttet læge på bosted, aflægger flere sygebesøg på et bosted, afregnes besøgshonorar for én patient. For de følgende patienter afregnes 0102 "behandling af 2. og følgende patient i samme hjem", jf. § 68 stk. 1.



Parterne er endvidere enige om at ændre NOTE til § 93 stk. 4, andet afsnit som følger:

Side 9

Hvis en bostedslæge falder udenfor variationen på 20 %, skal der foretages en konkret vurdering af, om den øgede aktivitet kan tilskrives lægens funktion som bostedslæge. Er det tilfældet, fastsættes der ikke en højeste grænse for klinikken.

Læger i udbuds- og regionsklinikker kan også varetage funktionen.

Der afsættes i alt 6,3 mio. kr. til honorering af rådgivning og undervisning, som svarer til, at 250 botilbud får tilknyttet en fast læge. Udgifterne skal følge dækningsgraden. Der afsættes 4,7 mio. kr. til den økonomiske ramme til øget aktivitet som følge af ordningen.

Parterne forpligter sig på at følge op på ordningen/aktivitetsniveauet efter det første år.

### 3. Digitalisering og data

Side 10

Parterne er enige om at videreføre og udbygge samarbejdet i Partsforum for data og digitalisering, som skal understøtte den fælles vision om at fremme data- og digitaliseringsområdet i almen praksis. Parterne afsætter en økonomisk ramme på 9 mio. kr. i 2025, som skal dække udgifter til udvikling af de digitale løsninger.

For udviklingspuljen vil Partsforum fortsat have en aktiv rolle i at prioritere projekter og godkende roadmaps. Herudover aftales det, at Partsforum i højere omfang end tidligere følger udviklingen i driften, som indebærer, at Partsforum orienteres om overordnede roadmaps for driftsbetalingen. Sker der større ændringer i udgifterne i forhold til driften, skal Partsforum ligeledes orienteres.

Formålet med den tættere opfølgning af driftsudviklingen er at sikre en gensidig forståelse af udvikling i økonomi på driftssiden. Dette skal ses i lyset af de sidste års stigninger i omkostningerne samt parternes gensidige afhængighed af de fælles løsninger, herunder udvikling, drift og vedligehold.

Blandt de kommende udviklingsprojekter, som parterne vil støtte, er særligt 'Deling af journalnotater' og 'Øget kvalitetssikring af laboratorieprøvesvar' (se separate aftaletekster nedenfor), som også har ophæng til OK22-aftalen. Andre nye projekter kan være etablering af teknisk og organisatorisk fundament for anvendelse af kunstig intelligens (AI) i almen praksis, et nyt cave-register, klargøring til EHDS samt forvaltning af diagnoseklassifikationssystem.

#### **3.1. Øget kvalitetssikring af laborativærdier fra almen praksis samt automatisering af deling af disse værdier**

Ved udgangen af 2024 påbegynder almen praksis deling af lokale laborativærdier. Disse værdier deles fra det tidspunkt med laboratoriesvarportalen og herfra bliver de nu tilgængelige for andre behandlere i sundhedsvæsenet, bl.a. ved opslag på sundhed.dk.

For at sikre, at disse værdier også i relevant omfang genbruges i tværgående patientforløb - så patienterne ikke udsættes for unødige prøvetagninger hos fx praktiserende speciallæge eller på sygehuset - vil Partsforum for data og digitalisering i den kommende periode arbejde med, og evt. lave afprøvninger af, hvordan prøvetagning, POCT-udstyr og deling af resultatværdier fra almen praksis kan kobles sammen med større kvalitetssikringssystemer som også benyttes i regionalt regi.

### 3.2. Deling af journalnotater

Jf. OK22 skal alle strukturerede data fra almen praksis deles og gøres tilgængelig på bl.a. sundhed.dk. Parterne er enige om, at der er god fremdrift i denne aftale, og at man forventer at være i mål omkring årsskiftet 2024/2025. Det vellykkede samarbejde skal nu videreføres. Journalnotater skal deles, så patienten selv og andre sundhedspersoner, som måtte have patienten i behandling, fra udgangen af 2026 kan finde journalnotater fra almen praksis på sundhed.dk. Delingen vil give patienten større indblik i eget forløb samt understøtte patientsikkerheden ved sektorovergange. Delingen vil endvidere forberede almen praksis på at efterleve det kommende EU-krav om deling af patientdata – som konsekvens af EHDS-forordningen – som forventes gældende i Danmark fra 01.01.2027.

PLO og RLTN er enige om, at deling af journalnotater fra almen praksis har en særlig karakter, hvorfor man holder tæt øje med området og vælger at benytte den nationale delings-infrastruktur via Sundhedsdatastyrelsen. Ved at benytte denne infrastruktur har patienten i dag mulighed for at spærre og frabede sig deling af oplysninger fra bl.a. egen læge. Patienten kan frabede sig delingen via en funktion i Min Læge app eller på sundhed.dk. PLO og RLTN er i den henseende enige om at undersøge, om deling af journalnotater fra almen praksis skaber behov for anden funktionalitet under spærringsfunktion hos Sundhedsdatastyrelsen.

PLO og RLTN noterer sig, at der frem mod en fuld implementering af deling af journalnotater skal foretages en eller flere afprøvninger, som har til formål at afdække effekterne i klinikken ved deling af journalnotater. Parterne er nemlig opmærksomme på, at deling af journalnotater kan påvirke de praktiserende lægers arbejdsgange omkring journalføring, idet notaterne går fra at være et internt arbejdsredskab til også at fungere som en kommunikation til borgeren og andre sundhedsprofessionelle. Dette kan potentielt føre til en stigning i den tid lægerne anvender på journalføring. Det forventes dog, at denne eventuelle stigning vil aftage i takt med, at lægerne bliver mere fortrolige med journaldeling. Ud fra den viden om effekterne, som identificeres i afprøvningserne, igangsættes der i regi af Partsforum udviklingstiltag møntet på at understøtte nye arbejdsgange og derved skabe de bedst mulige forudsætninger for implementeringen.

Partsforum for Data og Digitalisering vil følge afprøvningserne og iværksætte relevante udviklingstiltag. I den forbindelse vil Partsforum følge udviklingen af teknologiske løsninger, der kan imødekomme udfordringer,

og dermed understøtte arbejdsgange omkring journalføring frem mod national udrulning inden udgangen af 2026.

Side 12

### **3.3 Drift og forvaltning af it-løsninger i almen praksis**

Parterne blev i OK22-aftalen enige om at yde et tilskud til omkostningerne forbundet med IT-driften i almen praksis. Parterne er enige om, at man i indeværende aftaleperiode fortsætter med at yde tilskud på 21,0 mio. kr. i 2025.

Forudsætninger og principper som aftalt i OK-22 er uændret, dog er parterne enige om, at Partsforum for Data og Digitalisering skal have en større rolle ift. at følge driftsmidlerne (jf. separat aftaletekst om Partsforum for Data og Digitalisering). PLO forvalter fortsat porteføljen på vegne af almen praksis. Er der ved afslutningen af overenskomstperioden uforbrugte midler returneres de til Fonden for almen praksis, medmindre parterne indgår anden aftale.

### **3.4 Opkobling til infrastrukturen**

For at sikre, at klinikkerne får gavn af, at flere fælles it-løsninger i almen praksis lever op til overenskomstens krav til datadeling i forhold til patientbehandling og lovpligtige indberetninger, skal alle klinikker kobles til den fælles it-infrastruktur i almen praksis. PLO bistår med at sikre, at alle medlemmer indgår de nødvendige aftaler om opkobling til infrastrukturen, herunder at udarbejde de nødvendige databehandleraftaler og risikovurderinger (DPIA) på vegne af de dataansvarlige klinikejere.

## 4. Forberedelse af ny honorarstruktur

Side 13

Honorarstrukturrådet offentliggjorde i april 2023 en rapport med et samlet forslag til en ny honorarmodel. Rapporten lægger op til en omfattende forenkling og ændring af den nuværende honorar- og styringsmodel i almen praksis.

Parterne bakker grundlæggende op om rådets anbefalinger og ønsker at arbejde videre med indførelse af en ny honorarstruktur.

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler i sin rapport fra juni 2024 bl.a. en national fastlagt opgavebeskrivelse af basisfunktionen i det almen medicinske tilbud, og at der sker en differentiering af honorarer og normtal.

Da der er en væsentlig sammenhæng mellem forberedelsen af en ny honorarstruktur og hhv. fastlæggelse af opgaver og modeller for differentieret honorering, er overenskomstens parter enige om at afvente resultatet af Strukturkommissionens anbefalinger og dermed en samlet aftale om sundhedsstrukturen før parterne går videre med arbejdet vedr. forenkling af honorarstrukturen i almen praksis.

## 5. Andre konkrete ændringer

Side 14

### 5.1 Opfølgning på forskningsprojekter vedr. ultralyd og multisygdom

Parterne har i overenskomstaftalen for 2022 aftalt at afsætte midler til forskningsprojekter vedr. hhv. klinisk ultralyd i almen praksis og en styrket indsats for personer med multisygdom, bla. ved at undersøge værdien af at tilbyde patienten en overblikskonsultation. Idet projekterne er ophørt, indebærer det, at der ikke den kommende overenskomstperiode afsættes honorar i henhold til overenskomsten, når der udføres ultralyd eller overblikskonsultation ved multisygdom. Parterne afventer resultaterne af forskningsprojekterne og vil i overenskomstperioden drøfte resultatet af de to projekter.

### 5.2 Højestegrænse på 120 pct.

Parterne blev i OK22 enige om, at årsopgørelsen skulle køns- og aldersstandardiseres. Dette forventes indført pr. 1. januar 2025. Med indførelsen af denne ændring er parterne enige om også at ændre grænsen for afvigelse fra 25 pct. til 20 pct. Dette er gældende for nye højestegrænser beregnet på aktivitet fra og med afregningsåret 2025.

### 5.3 Årskontroller

Parterne kan konstatere, at der over de seneste ti år har været en stor stigning i udgifterne til 0120 – specifik forebyggende indsats. De stigende udgifter skyldes ikke, at der gives flere ydelser til de samme patienter, men at flere patienter modtager ydelsen.

Parterne er enige om, at der er et behov for at justere ydelsesbeskrivelsen, jf. bilag 3, for at præcisere, at afregning af ydelsen forudsætter, at der er et relevant lægefagligt behov hos patienten, og at ydelsen i øvrigt gennemføres med det faglige indhold og omfang, som fremgår af ydelsesbeskrivelsen.

### 5.4 Omlægning af ydelsen *Instruktion i brug af kliniske skemaer*

Parterne er enige om, at ydelse 2151 Instruktion i brug af kliniske skemaer fortsat er en relevant ydelse i praksis. Ydelsen indgår derfor fortsat i almen praksis' samlede tilbud, hvor det er fagligt begrundet, men der afregnes ikke særskilt honorar herfor.

Ydelsen nedlægges og økonomien hidrørende 2151 anvendes som følger:

- 0101 konsultation stiger med 4,65 kr.

- 0130 – kronikerhonorar til patienter med KOL stiger årligt med 60,34 kr.
- 0131 – kronikerhonorar til patienter med diabetes type 2 stiger årligt med 67,39 kr.
- 0132 – kronikerhonorar til patienter med KOL og diabetes type 2 stiger årligt med 84,79 kr.

### **5.5 Justering af den økonomiske ramme for 2024**

Parterne er enige om, at der helt ekstraordinært aftales en forøgelse af den eksisterende økonomiske ramme for 2024. Dette sker bl.a. som følge af en større tilvækst af gruppe 1-sikrede end forventet, særloven om fordrevne ukrainere, nedlæggelsen af St. Bededag som helligdag m.v.

Som følge af ovenstående justeres rammen med 146,7 mio. kr., hvorefter den økonomiske ramme i 2024 udgør 9.994,7 mio. kr. (apr. 24).

Herunder er rammen tillagt 36,3 mio. kr. som følge af særloven om ukrainere.

### **5.6 Forøgelse af basishonoraret**

Parterne er enige om indenfor aftaleøkonomien at forøge basishonoraret pr. 1. januar 2025 med 13,8 mio. kr.

### **5.7 Udelukkelse af læger fra at være ansatte i almen praksis**

Parterne er enige om at give Landssamarbejdsudvalget overenskomst-mæssig hjemmel til at udelukke læger fra at være ansat i henhold til overenskomstens §§ 23-26 i klinikker.

Sanktionsmuligheden skal finde anvendelse i de situationer, hvor Landsamarbejdsudvalget konkret vurderer, at en læge bevidst og gentagne gange har overtrådt overenskomstens bestemmelser, og at overtrædelserne har en sådan karakter, at Landssamarbejdsudvalget ikke finder, at lægen fremadrettet er værdig eller kan udvise det fornødne ansvar til fortsat at indgå i det almen medicinske tilbud under overenskomsten for almen praksis.

Således tilrettes den nuværende § 114 "Landssamarbejdsudvalgets sanktionsmuligheder" stk. 2 på følgende måde:

Oprindelig tekst	Forslag til ny tekst
<p>Stk. 2. Landssamarbejdsudvalget har, for så vidt det drejer sig om en læge, adgang til:</p> <p>a) at tildele advarsel eller udtale misbilligelse med eller uden tilkendegivelse af gentagelses-virkning, b) at beslutte at lægen til regionen skal betale/tilbagebetale et af Landssamarbejdsudvalget fastsat beløb, c) at pålægge lægen en bod, der stilles til rådighed for velgørende formål d) at suspendere lægen midlertidigt fra at praktisere efter overenskomsten. e) at udelukke lægen fra at praktisere efter overenskomsten.</p> <p>Beslutninger efter b) og c) kan af regionen effektueres ved modregning i lægens tilgodehavende.</p>	<p>Stk. 2. Landssamarbejdsudvalget har, for så vidt det drejer sig om en læge, adgang til:</p> <p>a) at tildele advarsel eller udtale misbilligelse med eller uden tilkendegivelse af gentagelses-virkning, b) at beslutte at lægen til regionen skal betale/tilbagebetale et af Landssamarbejdsudvalget fastsat beløb, c) at pålægge lægen en bod, der stilles til rådighed for velgørende formål, d) at suspendere lægen midlertidigt fra at praktisere efter overenskomsten, e) at udelukke lægen fra at praktisere efter overenskomsten, f) <b>at udelukke lægen midlertidigt eller permanent fra at blive ansat i klinikker, der drives i henhold til overenskomsten for almen praksis.</b></p> <p>Beslutninger efter b) og c) kan af regionen effektueres ved modregning i lægens tilgodehavende.</p>

### 5.8 Indbetalinger til kvalitetsområdet for almen praksis

Der blev i seneste overenskomstaftale aftalt en forhøjelse af beløbet, der regionalt afsættes til kvalitetsudvikling, som følge af flere regionale opgaver vedr. lægedækning og kvalitet. Overenskomstens parter er enige om at fastholde det aftalte beløb i den kommende overenskomstperiode, således at opgaverne fortsat løftes regionalt. Der afsættes i 2025 5,78 kroner (apr. 2024-niv.) pr. sikret i den enkelte region.

Indbetalingerne til kvalitetsudvikling for lægeklinikker i klynger reduceres midlertidigt i 2025 med 25 % til 3,65 kroner (apr. 24-niv.) pr. patient. Herudover finansieres 7,3 mio. kr. af egenkapitalen i Fonden for Almen Praksis til de regionale opgaver vedr. lægedækning og kvalitet.



### **5.9 Tilpasning af tilbud og indbetalinger på efteruddannelsesområdet**

Ved seneste overenskomst samt i løbet af overenskomstperioden, er parterne blevet enige om en række tiltag målrettet efteruddannelsesområdet. Parterne er dog enige om, at kurser målrettet læger under uddannelse i lægedækningstruede områder udgår, da det kan konstateres, at det ikke var muligt at implementere et hensigtsmæssigt tilbud til gavn for uddannelseslægerne.

Tilskudsmodellen for kurser til ny-nedsatte læger og erfarne justeres desuden, så transport og mødegodtgørelse finansieres ud fra den almindelige opsparingskonto.

Ovenstående justeringer frigiver 2,5 mio. kr., som overføres til klinikernes midler til efteruddannelse af praksispersonale (kapacitetskontoen).

### **5.10 Midlertidig nedsættelse af indbetalinger til Administrationsudvalget**

Overenskomstens parter aftalte den 7. marts 2024, at aktivitetsoverskridelse på økonomirammen i 2023 resulterer i en modregning på 26 mio. kr. i oktober 2024, ”men der indgår i forhandlingerne om OK25 drøftelser af aktivitet, økonomiprotokollat og andre elementer, som kan have virkning fra 2024”.

Parterne er i denne anledning enige om, at tilbagebetalingen håndteres ved, at regionerne foretager en midlertidig mindre indbetaling til administrationsudvalget i 2025 svarende til beløbet.

## 6. Aftalens økonomi

Side 18

### Samlet økonomi (apr. 2024-niveau)

	2024	2025	Perma- nent økonomi	Vækst 24- 25
<b>Demografi: Gruppe 1 sikrede</b>	<b>44,0</b>	<b>83,2</b>	<b>83,2</b>	<b>39,2</b>
Heraf basishonorar	14,1	26,4	26,4	12,3
Heraf aktivitet	29,9	56,8	56,8	26,9
<b>Demografi: alder og sygelighedsudvikling</b>		<b>32,4</b>	<b>32,4</b>	<b>32,4</b>
<b>Ukrainere under særloven</b>	<b>36,3</b>	<b>36,3</b>	<b>36,3</b>	<b>0,0</b>
<b>St. Bededag</b>	<b>16,4</b>	<b>16,4</b>	<b>16,4</b>	<b>0,0</b>
<b>Prioritering af LTO</b>		<b>60,0</b>	<b>40,0</b>	<b>60,0</b>
Midler til ekstra aktivitet i takt med nye læger i LTO		20,0	20,0	20,0
Øget kronikerhonorar i LTO		20,0	20,0	20,0
Lægedækningspulje		20,0		20,0
<b>Udbygning af det nære sundhedsvæsen</b>	<b>50,0</b>	<b>65,0</b>	<b>65,0</b>	<b>15,0</b>
<b>Nye ydelser</b>		<b>11,0</b>	<b>11,0</b>	<b>11,0</b>
Bostedslæger		11,0	11,0	11,0
Heraf aktivitet		4,7	4,7	4,7
Heraf honorar		6,3	6,3	6,3
<b>Samlet økonomi</b>	<b>146,7</b>	<b>304,3</b>	<b>284,3</b>	<b>157,6</b>
<i>Finansiering af lægedækningspulje fra Fonden</i>		-20,0		-20,0
<b>Samlet merøkonomi</b>	<b>146,7</b>	<b>284,3</b>	<b>284,3</b>	<b>137,6</b>

## 7. Ikrafttrædelse

Side 19

Parterne er enige om, at Overenskomst om almen praksis med de ændringer, der følger af nærværende aftale, træder i kraft den 1. januar 2025.

Parterne er enige om, at næste forhandling af aftalen på uopsagt grundlag bør være gennemført til ikrafttræden den 1. januar 2026.

København, den 10. september 2024

For Regionernes Lønnings-  
og Takstnævn

For Praktiserende Lægers  
Organisation

Heino Marnow Knudsen

Jørgen Skadborg

Rikke Margrethe Friis

Henrik Dam

Råderummet i den offentlige økonomi er begrænset. Det er derfor afgørende, at aftalen understøtter styring af økonomien på området, og giver den enkelte region sikkerhed for den årlige aftaleøkonomi. Det nødvendiggør, at der aftales en fast årlig økonomisk ramme, som gælder kollektivt for de praktiserende læger med tilhørende automatiske mekanismer til sikring af, at rammen overholdes. De praktiserende læger vil inden for denne ramme skulle varetage deres opgaver og prioritere deres indsatser, så ressourcerne udnyttes bedst muligt til at sikre borgerne lægeydelser af høj kvalitet.

I økonomiprotokollatet er der taget højde for den ekstraordinære situation, at den aftalte økonomiske ramme overskrides.

I dette tilfælde vil overskridelsen blive modregnet i praktiserende lægers månedlige honorar, jf. nedenfor. Modregningsadgangen er en sekundær mekanisme, der anvendes i den situation, hvor regionernes udgifter til almen lægehjælp i aftaleperioden ellers ville overstige den aftalte økonomiske ramme.

I henhold til Sundhedsloven er der fri adgang for sikrede til det almen medicinske tilbud. Det betyder, at den enkelte læge ikke kan styre antallet af initiale henvendelser i praksis. Dette er en særlig omstændighed, som nødvendiggør, at både PLO som organisation, og regionerne som myndighed, skal kunne give løbende information og vejledning til de praktiserende læger om det aktuelle udgiftsniveau set i forhold til den økonomiske ramme, og om de overenskomstmæssige konsekvenser af, at den økonomiske ramme overskrides.

Parterne er enige om, at regioner og PLO sammen og hver for sig har et aktivt medansvar for at levere information og vejledning med henblik på at bistå med at sikre, at aktiviteten holder sig indenfor den fastlagte økonomiske ramme.

Der skal ske en drøftelse af fælles tiltag, hvis der er udsigt til overskridelse af den forventede økonomi. Den første opgørelse udarbejdes, når udgiftstallene for marts 2025 foreligger.

Den økonomiske ramme for almen praksis udgør pr. 1. januar 2025 9.994,7 mio. kroner (april 2024-prisniveau). Rammen reguleres kvartalsvis i forhold til antallet af patienter tilmeldt klinikker som drives i henhold til Overenskomst om almen praksis, jf. overenskomstens § 8.

Rammen omfatter alle udgifter i dag- og vagttiden, inkl. basishonorering. Udgifter vedrørende profylakseydelser, sæsonvaccinationer, cervixytologiske undersøgelser (2102, inkl. én 0101), fast tilknyttede læger på plejehjem og botilbud er ikke inkluderet i rammen. Tilbagebetalingskrav for ikke honorarværdige afregninger, som følger af automatiske højstegrænser, der effektueres i kalenderåret, indgår ikke i aktivitetsopgørelsen. Endeligt er udgifter vedr. lokale aftaler og rammeaftaler ikke inkluderet i rammen.

Den økonomiske ramme reduceres for udgifter vedr. samtaleterapi i takt med, at der i de enkelte regioner indgås en praksisplan og i tilknytning hertil en underliggende aftale til praksisplanen mellem PLO, regionen og kommunerne i regionen, hvor indsatser for visse patienter med psykiske problemstillinger fastlægges. Rammen reduceres med et beløb svarende til den enkelte regions udgifter til ydelserne vedrørende samtaleterapi de forudgående 12 måneder.

Til rammen lægges pr. 1. januar 2025:

- Løn- og prisregulering af honorarerne i henhold til § 64 i overenskomsten
- 39,2 mio. kr. som følge af udviklingen i gruppe 1 sikrede
- 32,4 mio. kr. som følge af den demografiske udvikling
- 20 mio. kr. til øget kronikerhonorar i de lægedækningstruede områder jf. protokollat om differentieret basishonorar
- 15 mio. kr. til udbygning af det nære sundhedsvæsen
- 4,7 mio. kr. til øget aktivitet som følge af aftalen om faste læger på botilbud
- 20 mio. kr. til ekstra aktivitet i lægedækningstruede områder. Midlerne udløses i takt med, at der kommer flere læger i pågældende områder jf. aftaletekst herom.

Den økonomiske ramme korrigeres teknisk for følgende:

Nye ydelser som følge af lovgivning, bekendtgørelser eller lignende.  
Lokalt aftalte opgørelser for ændringer i aktiviteten som følge af omlægnings i regionernes akutbetjening.

Økonomirammen reduceres med den andel af de udmøntede midler til spirometrier (7113 og 7121) samt ydelsen "sundhedstjek på botilbud", som der ikke er afholdt aktivitet for. Hvis aktiviteten for sundhedstjek på botilbud overstiger det afsatte beløb, opreguleres økonomirammen tilsvarende.

I helt særlige tilfælde kan der herudover mellem de centrale parter aftales en korrektion af rammen. Det kan eksempelvis skyldes ekstraordinær sygelighed og, større strukturelle ændringer samt, ændringer som følge af lovgivning.

Der er ikke fastsat nogen økonomisk ramme for perioden efter 31. december 2025. Udviklingen i økonomien sammenholdt med den økonomiske ramme følges løbende, som minimum via kvartalsvise opgørelser.

De aktuelle udgifter i dag- og vagttiden, inkl. basishonorering med fradrag af aktuelle udgifter vedr. profylakseydelser, sæsonvaccinationer, cervixytologiske undersøgelser (2102 inkl. én 0101), fast tilknyttede læger på plejehjem og botilbud, lokale aftaler og rammeaftaler sammenholdes med den fastsatte økonomiske ramme.

Hvis de årlige udgifter, normeret til 52 uger, til almen praksis overstiger den aftalte ramme, er parterne enige om, at der med virkning fra den førstkommande regulering efter opgørelsen foreligger, sker en modregning efter følgende principper:

1. Ved overskridelser af den økonomiske ramme på mindre end 0,6 procent af den samlede ramme, iværksættes ikke modregning. Eventuelle overskridelser af den økonomiske ramme det efterfølgende år på mindre end 0,6 procent undtages ikke fra modregning som beskrevet i punkt 2, medmindre andet aftales
2. Ved overskridelser af den økonomiske ramme ud over 0,6 procent sker en nedsættelse af reguleringsprocenten og om nødvendigt af basishonoraret medmindre andet aftales. Denne modregning skal give kompensation svarende til den konstaterede forskel mellem den afsatte ramme og de regionale udgifter. Den fulde overskridelse udover 0,6 procent jf. pkt. 1 forventes dermed tilbagebetalt. Modregningen afvikles fremadrettet over et år med virkning fra førstkommande regulering. Modregning forløber således over to reguleringsperioder, hvorefter tilbagebetalingen anses som afviklet. Der anvendes som udgangspunkt statistiske data ved beregning af modregningen, og der sker således ikke efterregulering ved ændret adfærd.

### **Formål**

Uligheden i sundhed er markant for socialt udsatte borgere og borgere med handicap og psykiske lidelser, der bor på botilbud. Der blev i seneste forhandlingsaftale aftalt sundhedstjek på botilbud, der skal bidrage til at forebygge og evt. behandle somatiske sygdomme for personer, som opholder sig på botilbud.

Ordningen om fasttilknytning af alment praktiserende læger skal supplere den allerede aftalte indsats med sundhedstjek og yderligere styrke kompetenceudviklingen på bosteder gennem sundhedsfaglig rådgivning til medarbejderne, samt medvirke til at reducere omfanget af uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser blandt en målgruppe, som har en høj forekomst af somatiske problemstillinger og multisygdom.

Dette skal ske gennem både rådgivning, styrket kommunikation og samarbejde mellem botilbudspersonale og læge, så der sikres størst mulig faglig indsigt i relevante problemstillinger og sygdomsbilleder hos målgruppen.

### **National aftale om faste læger på botilbud**

Parterne er enige om at indgå en national aftale vedr. faste læger på botilbud.

Som et vilkår i aftalen påtager regionerne sig udgiften til honorering af praktiserende læger for at stå til rådighed for personalet på botilbud med generel sundhedsfaglig rådgivning, undervisning og/eller samarbejds møder ift. sundhedsfaglige problemstillinger af generisk karakter.

Vilkårene i aftalen afspejler den eksisterende aftale om honorering for at være fast læge på plejehjem. Det følger blandt andet heraf, at den fast tilknyttede læge får et fast månedligt honorar, som udgør 2.111,72 kr. (april 2024-niveau) ekskl. moms, svarende til 2 timers rådgivning og/eller undervisning gennemsnitligt pr. måned med en timepris på 1.055,86 kr. Såfremt botilbuddet har over 30 beboere tilknyttet, har lægen 1 times rådgivning og/eller undervisning yderligere og honoreres tilsvarende. Flere læger i et kompagniskab eller en læge med ekstra kapacitet kan være fast tilknyttede læger på større botilbud som opdeles i ét eller flere afsnit/afdelinger á minimum 30 beboere.

Der kan ikke i tillæg til dette protokollat indgås individuelle (konsulent-)kontrakter mellem læge og kommune/botilbud i forhold til varetagelse af rollen som fast tilknyttet læge.

Læger i udbuds- og regionsklinikker kan også varetage funktionen.

### *Beskrivelse af lægens opgave*

Den fast tilknyttede læge yder alene almenmedicinsk lægehjælp til de beboere, der er tilmeldt lægen.

Den praktiserende læge har ansvaret for den almen medicinske lægehjælp for tilmeldte patienter, og kan ikke varetage øvrig speciallægebehandling eller sygehusbehandling. Det er derfor hensigtsmæssigt, hvis den praktiserende læge har let adgang til andre speciallæger, fx i psykiatrien.

Den fast tilknyttede læge yder herudover generel sundhedsfaglig rådgivning, undervisning og/eller samarbejds møder i forhold til sundhedsfaglige problemstillinger af generisk karakter til personalet på botilbud, hvor lægen er tilknyttet. Lægen bidrager med sin viden og kliniske erfaring. Emner der tages op som rådgivning og/eller undervisning, samarbejds møder m.v. kan være efter ønske fra personale, såvel som på lægens initiativ. Emnerne kan være symptom- og/eller sygdomsspecifikke (fx KOL, hjerte-karsygdomme, infektioner, fx UVI'er, dehydrering eller obstipation) og kan være generelle (fx medicin håndtering, kost, mobilitet), ligesom der i forlængelse af emnerne kan drøftes det konkrete samarbejde. Fælles for temaerne er, at de ikke vedrører konkret behandling af en beboer på botilbuddet men er generelle problemstillinger.

Opgaven med sundhedsfaglig rådgivning og/eller undervisning omfatter ikke de situationer, hvor plejepersonalet medvirker under et sygebesøg hos en beboer, og som en del af sygebesøget får instruktion/information om sygdom og behandling.

Rådgivnings- og undervisningsaktiviteten kan foregå ved fysisk møde eller via video.

Behandlingen sker i henhold til Overenskomst om almen praksis.

Parterne er enige om, at brugen af sygebesøg skal ske efter forudgående orientering/aftale ift. hvilke patienter den fast tilknyttede botilbudslæge skal tilse den pågældende dag - og gerne 24 timer inden - den fast tilknyttede botilbudslæge kommer på botilbuddet.

Overenskomstens parter er i forbindelse med denne aftale enige om at præcisere overenskomstens nuværende § 68 stk. 3 som følger: "Plekehjemsboliger og boliger på andre institutioner for ældre samt bosteder, omfattet af ordningen med fast læge på bosted, er altid at betragte som egen bolig og derfor ikke omfattet af stk. 2.". Således afregnes sygebesøg på botilbud på tilsvarende vis som på plejehjem efter ydelseskode 0491" Sygebesøg på ruten.

#### *Kontakt og samarbejde mellem botilbud og den fast tilknyttede læge*

Den fast tilknyttede læge skal have én blandt plejepersonalet som sin primære kontaktperson på botilbuddet. Kontaktpersonen er så vidt det er muligt en sundhedsfaglig medarbejder eller medarbejder med ansvar for koordinering af beboernes kontakt med lægen, fx en leder af botilbuddet. Kontaktpersonen og den fast tilknyttede læge aftaler, hvordan samarbejdet mellem læge og botilbuddet sker, når det gælder imødekommelse af konkrete beboeres behov for behandling, ligesom de sikrer tilrettelæggelsen af rådgivning og/eller undervisning, herunder emner.



KL har opgjort antallet af botilbud til godt 2.600 per maj 2024 jf. nedenstående tabel. Det omfatter kommunale, regionale og private (selvejende kommercielle og ikke-kommercielle) botilbud.

Antal botilbud opgjort efter tilhørende paragraf	
<b>SEL § 108</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 36 tilbud med mere end 30 pladser og 435 tilbud med 30 pladser eller færre</li> <li>• Total antal pladser 5.694</li> <li>• Herudover Kofoedsminde, som er en sikret institution med 91 pladser</li> </ul>
<b>ABL § 105</b> (inkl. hjælp efter SEL §85)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 157 tilbud med mere end 30 pladser og 508 tilbud med 30 pladser eller færre</li> <li>• Total antal pladser 15.418</li> </ul>
<b>SEL § 107</b> (en andel af disse ophold vil have permanent karakter)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 35 tilbud med mere end 30 pladser og 880 tilbud med 30 pladser eller færre</li> <li>• Total antal pladser 8.230</li> </ul>
<b>Barnets Lov § 43, stk. 1, nr. 6 og stk. 3</b> (Børne- og ungehjem som <b>døgninstitution</b> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 21 tilbud med mere end 30 pladser og 164 tilbud med 30 pladser eller færre.</li> <li>• Total antal pladser 2.860</li> </ul>
<b>Barnets Lov § 43, stk. 1, nr. 6, og stk. 3</b> (Børne- og ungehjem som <b>opholdssted</b> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 16 tilbud med mere end 30 pladser og 388 tilbud med 30 pladser eller færre.</li> <li>• Total antal pladser 4.010</li> </ul>

Parterne er enige om, at implementeringen indledningsvist fokuserer på botilbud etableret efter servicelovens § 108 og almenboliglovens § 105 med hjælp efter servicelovens § 85, før videre udbredelse af ordningen til målgruppen på øvrige botilbud.

Der er 1.135 botilbud efter servicelovens § 108 og almenboliglovens § 105, hvor 193 botilbud har mere end 30 pladser. Hvert botilbud har gennemsnitligt 19 pladser tilknyttet i henhold til ovenstående opgørelse.

Parterne er enige om en gensidig forpligtigelse på at implementere ordningen bredest muligt og vil aktivt arbejde for at udbrede ordning om fast tilknyttede læger. Den første målsætning for udbredelse af ordningen estimeres til minimum 250 botilbud (bredt geografisk), så alle kommuner med botilbud i målgruppen, får minimum én fast læge tilknyttet. Samtidig er parterne enige om efter

2025 at følge op på ordningen med henblik på eventuelle tilpasninger, herunder at aftale konkrete måltal for yderligere implementering. Målsætningen for ordningen på sigt er, at alle botilbud omfattes af ordningen.

Der afsættes i Aftale 25 i alt 6,3 millioner kroner til honorering af rådgivning og undervisning, som svarer til, at 250 botilbud får tilknyttet en fast læge. Udgifterne skal følge dækningsgraden. Ligger udgiftsniveauet højere, indikerer det en forkert dimensionering ift. antal beboere pr. læge, som parterne skal følge op på lokalt. Midlerne ligger uden for økonomirammen. Udgifterne til almen medicinske ydelser til beboerne er indeholdt i rammen, og skal anvendes i henhold til overenskomstens almindelige bestemmelser. Der afsættes 4,7 mio. kr. til forventet øget aktivitet.

#### *Governance for indfasning af faste læger på botilbud*

Der nedsættes en følgegruppe i hver region bestående af repræsentanter for KKR/ De fælleskommunale sekretariater, regional-PLO og repræsentanter for regionen til at arbejde med og understøtte implementering af ordningen. Det kan fx være i tilknytning til praksisplansekretariaterne.

De regionale tværsektorielle følgegrupper skal i fjerde kvartal 2025 lave en opfølgning på implementeringen (herunder dækningsgraden), som afrapporteres i de regionale følgegrupper og til de centrale parter.

Sundhedssamarbejdsudvalgene og underliggende tværsektorielle fora orienteres løbende om status på implementering af ordningen med henblik på at sikre løbende opmærksomhed og forpligtelse på at nå målsætningerne for ordningen. Foruden det regionale niveau, er det relevant, at kommunen og PLO-lægerne i kommunen samarbejder om at få ordningen implementeret, fx i regi af Kommunalt Lægeligt Udvalg (KLU).

Parterne forpligter sig til aktivt at arbejde for at få ordningen udbredt. PLO har en særlig forpligtelse til at arbejde for rekruttering af botilbudslæger.

#### *Opfølgning på implementering:*

Kommunerne forpligter sig på at levere data og oversigter over kommunale botilbud. Regionerne forpligter sig på at levere data og oversigter for så vidt angår de regionale botilbud. Derudover forpligter kommunerne sig på at følge op på implementeringsgraden på de kommunale tilbud henholdsvis halvvejs og ved udgangen af aftaleperioden. Tilsvarende forpligter regionerne sig på at følge op på implementeringen på de regionale tilbud. Det tilstræbes i overenskomstperioden, at parterne indgår i samarbejde med Selveje Danmark og Landsorganisationen for sociale tilbud (LOS) om understøttelse af og opfølgning på implementeringen på private og selvejende botilbud for målgruppen.

#### *Borgernes valg af den faste læge tilknyttet botilbuddet*

Med aftalen får beboerne på botilbud mulighed for at blive tilmeldt en alment praktiserende læge, som er fast tilknyttet botilbuddet. Det følger ligeledes af bekendtgørelsen om valg af læge § 3 nr. 6. Det er frivilligt for beboerne, om de

vælger den fast tilknyttede læge, eller om de vælger at beholde deres hidtidige praktiserende læge.

Side 27

Det skal bemærkes, at skift af læge til den faste læge på botilbud aktuelt er gebyrbelagt. Det kan være en barriere for målgruppen at skifte læge, hvis der påhviler dem en økonomisk byrde. Parterne bør arbejde for, at lægeskiftet er gebyrundtaget.

### **8. Årsstatus/årskontrol (0120)**

Årsstatus også kaldet en årskontrol er et på forhånd aftalt møde mellem patient og læge, hvor patienten på forhånd er bekendt med indholdet, og lægen har forberedt forebyggelsesindsatsen.

Årsstatus kan tilbydes patienter, når to betingelser er opfyldt:

1. Det fremgår af fagligt anerkendte kliniske retningslinjer, at patienter bør tilbydes en årsstatus/årskontrol, og
2. Hvor der er et lægefagligt begrundet behov for en årsstatus.

Hertil er der en række konkrete situationer, hvor ydelse 0120 kan bruges til afgrænsede patientgrupper, jf. afsnit 8.2.

Lægen bør inden patienten tilbydes en årskontrol overveje om en sådan er relevant, eller om patientens behov kan imødekommes på anden måde. Nogle patienter går til kontrol i andre sektorer og lægen bør i disse tilfælde ikke tilbyde en årskontrol i almen praksis. Nogle patienter har så mild og stabil sygdom, at én årlig kontrol er for hyppigt. Andre har så mange tilstande at en prioritering er nødvendig af hensyn til patientens samlede forløb og for at sikre at antallet af kontakter til lægen passer ind i liv og hverdag.

Mange sygdomme skal kontrolleres med bestemte tidsrum, men ikke alle kroniske tilstande udløser af den grund mulighed for at afregne ydelsen 'årskontrol'. Det forudsættes, at årsstatus/årskontrol og undersøgelse udføres i henhold til faglige anerkendte kliniske retningslinjer og anbefalinger og skal som minimum indeholde nedenstående:

- En systematisk samlet risikovurdering og ressourcenvurdering efter fagligt anerkendte kliniske vejledninger og anbefalinger (fx DSAM's vejledninger, hvor disse foreligger)
- Status af patientens helbredssituation (anamnese, objektiv undersøgelse og laboratorieundersøgelser)
- Vurdering af medicinordinationerne og ajourføring i FMK
- Fastlæggelse af behandlingsmål i samarbejde med patienten.

Samlet set forventes ydelsen gennemsnitligt at være mere tidsforbrugende end en normal konsultation, jf. det ovenfor beskrevne faglige indhold.

Ydelsen kan udføres i hjemmet, hvis sygdommen eller forholdene i øvrigt efter lægens skøn nødvendiggør besøg. I så fald honoreres ikke for et sygebesøg, men der honoreres for tidsforbrugstillæg for transporttiden til mødestedet, svarende til § 64, stk. 2, c), og kørselsgodtgørelse i henhold til § 80. Ydelsen kan ikke anvendes sammen med *Opsøgende hjemmebesøg* (ydelse 0121).

Kommer patienten til en aftalt årsstatus og udtrykker ønsker om at tale om et andet sundhedsproblem, har lægen mulighed for at behandle det akutte sundhedsproblem og afregne med ydelse 0101 – og derefter give patienten en ny tid til status for den kroniske sygdom. Hvis lægen vælger både at gennemføre årsstatus for den kroniske sygdom og at se på det akutte problem, kan der udelukkende afregnes med ydelse 0120. Dog kan der samtidig afregnes med evt. relevante tillægsydelser og laboratorieundersøgelser. Ydelse 0120 kan ikke anvendes i forbindelse med en almindelig konsultation i praksis (ydelse 0101).

Ydelsen kan ikke anvendes sammen med børne- og svangerundersøgelser.

Ydelsen kan ikke gennemføres ved klinikpersonale, men personale kan deltage i forberedelse af en årsstatus. Klinikpersonalet kan dog selvstændigt udføre 0120 for patienter omfattet af kronikerprogrammet. og for patienter med hypertension, stofskiftelidelse og osteoporose.

Ydelse 0120 kan ikke anvendes i Lægevagten.

### **8.1. Tillægsydelser og laboratorieundersøgelser**

Ydelsen kan kun undtagelsesvis anvendes sammen med tillægsydelser (§ 62) eller laboratorieundersøgelser (§ 79), da svar på disse oftest vil være en forudsætning for at gennemføre ydelsen. Tillægsydelsen *Diagnostik, udredning og opfølgning ved anvendelse af fagligt anerkendte psykometriske tests* (2149) kan dog anvendes sammen med ydelse 0120, hvor det drejer sig om psykiske lidelser som fx demens.

### **8.2. Andre patientgrupper**

#### *Væsentlig risiko for kronisk sygdom*

Ydelse 0120 kan tilbydes patienter, som efter udredning konstateres at være i væsentlig risiko for at udvikle en alvorlig, kronisk sygdom. I disse situationer kan ydelsen som udgangspunkt tages én gang pr. patient.

Ydelse 0120 kan anvendes ved en demenssamtale med tværfaglig koordinerende indsats, jf. DSAM's vejledning herom.<sup>1</sup> Ydelse 0120 kan maksimalt anvendes to gange pr. år pr. dement patient.

*Misbrug af vanedannende medicin*

Der kan gives en årsstatus ved en målrettet indsats for at nedbringe en patients misbrug af lægeordineret vanedannende medicin, og hvor der eventuelt foreligger kombination med misbrug af andre afhængigheds-skabende stoffer. Det forudsættes, at formålet med konsultationen er aftalt på forhånd. Der skal foretages en samlet risiko- og ressourcevurdering (fx vurdering af patientens profil eller grad af bivirkninger) samt aftales mål for behandlingsindsatsen, herunder en motiverende udtrappingsplan i samarbejde med patienten.

Ydelsen kan kun anvendes én gang i forhold til en konkret patients nedbringelse af vanedannende medicin. Den indledende samtale vil udgøre starten på et forløb. De efterfølgende kontakter afregnes med 0101. I tilfælde af et mere simpelt overforbrug af vanedannende medicin, hvor patienten skal motiveres til at nedsætte sit forbrug, anvendes alene 0101.

---

<sup>1</sup> Klinisk vejledning – Demens i almen praksis, DSAM, 2006.  
[https://www.dsam.dk/files/9/demens\\_2006.pdf](https://www.dsam.dk/files/9/demens_2006.pdf)