

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

Tid	28. oktober 2026
Sted	København Ø
Emne	Rammeaftale vedr. vilkår for drift af almen praksis

Indhold

1.	Indledning - En ny ramme for almen praksis.....	3
2.	Ny forenklet og differentieret honorarstruktur	4
2.1	Fælles forståelse vedr. nye rammer for honorarstruktur	4
2.2	Differentiering af basishonorar	4
2.2.1	Økonomi til områder hvor behandlingsbehovet vurderes at være undervurderet i den nationale fordelingsmodel.....	5
2.2.2	Beskrivelse af basishonoraret.....	5
2.3	Klinikhonorar	6
2.4	Ny ydelsesstruktur	7
2.4.1	Udviklingsydelse	8
2.5	Tværsektoriel kommunikation	8
2.5.1	Tværfaglige konferencer	9
2.5.2	Regionale/kommunale akut sygeplejefunktioner	10
2.5.3	Korrespondancer med kommunerne	11
2.5.4	Lægefaglige konferencer	11
2.5.5	Opfølgning og monitorering	12
2.5.6	Tilgængelighed for dialog	12
2.6	Honorering for myndighedsrettede opgaver	12
2.6.2	Vilkår for at varetage de myndighedsrettede opgaver	13
2.7	Tutorlæger	15
2.8	Eksisterende lokalaftaler	15
2.9	Øvrige nationale aftaler.....	16
2.10	Minimumbasishonorar	16
3.	Økonomi og styringsmekanismer.....	18

3.1 Fastsættelse af en samlet økonomiramme	18
3.2 Differentieret kollektiv tilbagebetaling	18
3.3 Indførelse af omsætningsbånd	18
3.4 Produktivitetsforbedringer	20
4. Øvrige vedr. økonomi og honorering	21
4.1 Rekvisitionsordning	21
4.2 Afregningsregler	21
4.3 Indbetaling til Administrationsudvalget	22
4.4 Indbetaling til pension	22
4.5 Reguleringsbestemmelse	22
4.6 Forenkling af profylakseaftalen i 2027	22
5. Fagets institutioner	23
5.1 En ny governance for kvalitet, efteruddannelse og forskning	23
5.2 Økonomi til efteruddannelse	23
5.3 Økonomi til KiAP og klyngerne	25
5.4 Økonomi til forskningsområdet	26
5.5 Regions- og udbudsklinikker	27
5.6 Fagligt råd	28
6. IT og digitalisering	29
6.1 Governance og økonomi	30
7. Øvrige vilkår for drift	32
7.1 Praksis- og selskabsformer	32
7.2 Delepraksis	32
7.3 Ansatte læger og vikarer	33
7.4 Frasigelse af patienter	33
7.5 Ophør	34
8. Aftalens økonomi	36
9. Ikrafttrædelse	37
Bilag	38

1. Indledning - En ny ramme for almen praksis

Side 3

Med denne aftale fastlægger PLO og RLTN de aftalebaserede rammer for almen praksis fra 1. januar 2027 som led i gennemførelsen af sundhedsreformen.

Almen praksis er en grundsten i det danske sundhedsvæsen og skal også fremover være borgernes primære indgang til sundhedsvæsenet. De praktiserende læger skal som selvstændigt erhvervsdrivende fortsat udgøre rygraden i de almenmedicinske tilbud og bidrage med kontinuitet, lokal forankring og et nært kendskab til patienterne.

Parterne er enige om at understøtte omstillingen til et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor ressourcer og indsatser i højere grad målrettes patienternes forskellige behandlingsbehov, og hvor patienter med de største behov prioriteres.

Som led i sundhedsreformen skal kapaciteten i de almenmedicinske tilbud udbygges markant frem mod 2035. I takt med at der kommer flere praktiserende læger, vil der være flere læger med færre patienter tilknyttet i hele landet, og almen praksis kan varetage en større del af patienternes behandlingsbehov nærmere patienternes bopæl.

Omstillingen skal ske gradvist og i takt med udbygningen af kapaciteten og med sammenhæng mellem opgaver, kapacitet og ressourcer. Samtidig indføres en ny og forenklet honorarstruktur, der understøtter, at nye og ændrede opgaver i det almenmedicinske tilbud løbende kan indpasses inden for den aftalte honorarstruktur og økonomiske ramme.

Kapaciteten skal i højere grad fordeles efter patienternes behandlingsbehov, så læger med mange patienter med komplekse behov får bedre rammer for at levere den nødvendige indsats.

Parterne er enige om, at aftalen, inden for de nye lovgivningsmæssige rammer, skal understøtte et fortsat omkostningseffektivt sundhedsvæsen, gode og bæredygtige vilkår for almen praksis og et fortsat tæt samarbejde mellem PLO og Danske Regioner.

Alle beløb i indeværende aftale er opgjort i april 2026 niveau, medmindre andet fremgår.

2. Ny forenklet og differentieret honorarstruktur

Side 4

2.1 Fælles forståelse vedr. nye rammer for honorarstruktur

Med Aftale om Sundhedsreform 2024 er det fastlagt, at en ny, differentieret honorarstruktur for alment praktiserende læger bl.a. skal sikre sammenhæng mellem lægernes honorar og borgernes behandlingsbehov, herunder differentierede patienttal.

Parterne er således enige om, at dele af honoreringen differentieres med udgangspunkt i det behandlingsbehov på klinikniveau, som følger af den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud. Honoreringen vil dermed afspejle, at der er forskel på behandlingstyngden på tværs af klinikker i det almenmedicinske tilbud.

Den nye honorarstruktur indebærer en væsentlig omlægning af rammerne for honoreringen i almen praksis. Parterne er derfor enige om løbende at følge konsekvenserne af omlægningen og i fællesskab håndtere væsentlige utilsigtede eller uforudsete virkninger. Honorarmodellen skal ses i sammenhæng med indførelsen af et differentieret omsætningsbånd. Der henvises i øvrigt til Protokollat vedrørende opfølgning på honorarstrukturen.

2.2 Differentiering af basishonorar

Parterne er enige om, at man med aftalen foretager en fuld differentiering af basishonorar med udgangspunkt i den nationale fordelingsmodel.

Basishonoraret pr patient fastsættes med udgangspunkt i et honorar på 553,60 kr. pr. patient med en sygdomsvægt på 1,0 i henhold til den nationale fordelingsmodel. Det udbetalte basishonorar for den enkelte klinik opgøres herefter på baggrund af antallet af tilmeldte patienter i klinikken samt den gennemsnitlige sygdomsvægt blandt klinikkens tilmeldte patienter.

Parterne er derudover enige om, at man fremadrettet løbende hæver det gennemsnitlige basishonorar, i takt med at der kommer nye læger, da det forudsættes, at lægerne kommer til at løfte flere opgaver, når kapaciteten løbende øges, og opgavebeskrivelsen for det almen medicinske tilbud udvikler sig.

Den samlede økonomi til fast honorar hæves hvert år d. 1. januar med 950.000 kr. pr. ny aktiv kapacitet, der forventes at komme det pågældende år. Løftet sker første gang 1. januar 2027.

Såfremt den faktiske vækst i antal læger afviger fra det forventede niveau, korrigeres forskellen i forbindelse med det efterfølgende løft af basishonoraret.

Øges antallet af gruppe 1-sikrede mere, end stigningen i antallet af læger kan finansiere, skal der ske en korrektion af den økonomiske ramme.

2.2.1 Økonomi til områder hvor behandlingsbehovet vurderes at være undervurderet i den nationale fordelingsmodel

Den nuværende nationale fordelingsmodel kan i nogle tilfælde undervurdere behandlingsbehovet i klinikker.

Der er derfor enighed om, at der inden for den samlede økonomi midlertidigt reserveres 20 millioner kroner årligt i det samlede basishonorar, som udmøntes til klinikker i udsatte boligområder. Parterne er enige om at fastlægge den endelige model inden 1. januar 2027. Områderne fastlåses frem til 2030.

Såfremt der udmøntes mindre end 20 millioner kroner, vil de ikke anvendte midler indgå i den samlede økonomi.

Midlerne reserveres som udgangspunkt frem til 2030. Parterne kan dog aftale at fastholde de reservede midler i en yderligere årrække, såfremt det vurderes nødvendigt.

2.2.2 Beskrivelse af basishonoraret

Det danske sundhedsvæsen bygger på en model, hvor egen læge er patientens primære faste indgang og tovholder for patienten på tværs af sektorerne. Almen praksis er derfor ikke alene et behandlingssted, men også det sted i sundhedsvæsenet, hvor den samlede viden om patientens helbred og behandlingsforløb forankres. Her samler den praktiserende læge patientens journal med epikriser, prøvesvar, henvisninger, medicinoplysninger og korrespondance fra sygehuse, speciallæger, kommuner m.v. og omsætter disse oplysninger til et samlet forløb.

Basishonoraret honorerer klinikkens varetagelse af basisfunktionen, som den er beskrevet i den nationale opgavebeskrivelse – medmindre der i aftalen er fastsat særskilt honorering for den pågældende aktivitet – herunder at klinikken f.eks.:

- Fungerer som tovholder for patienters forløb på tværs af aktører.

- Følger op på epikriser, prøvesvar og behandlingsplaner, indkalder patient til opfølgende konsultation efter endt forløb i øvrige del af sundhedsvæsen, når det er lægefagligt relevant.
- Sikrer det lavest effektive omkostningsniveau i udredning og behandling, herunder rationel visitation og beskyttelse af patienter mod unødige eller potentielt skadelige undersøgelser og behandlinger.
- Integrerer forebyggelse, opsøgende indsatser og planlægger opfølgende kontroller i den løbende populationsomsorg – herunder sikrer en differentieret patientindsats til de patienter med størst behov.
- Samarbejder med kommune/har kendskab til kommunale tilbud, regionale tilbud og øvrig praksissektor.
- Henviser patienter til rette tilbud, har det medicinske ansvar – herunder ordinerer og ajourfører patientens medicin, ligesom klinikken har ansvaret for journalføring ifm. patientbehandling.
- bestræber at personalet har relevant og opdaterede kompetencer, og at klinikken har en kapacitet, der svarer til patientpopulationens størrelse.
- Organiserer sin tilgængelighed og kontinuitet, således at patienter rettidigt kan komme i kontakt med relevant sundhedsfagligt personale i klinikken, og således at patientforløb og konsultationer planlægges og koordineres efter patienternes behov.
- Sikrer de nødvendige organisatoriske, faglige og kvalitetsmæssige forudsætninger for opgaveløsningen, herunder relevante kompetencer, udstyr, IT-understøttelse og kapacitet svarende til patientpopulationens størrelse.
- Varetager populationsomsorg for klinikkens patientpopulation og organiserer indsatsen, så patienter med størst behov prioriteres, herunder gennem anvendelse af klinikkens samlede faglige kompetencer.
- Fungerer som koordinator i kronikerpakkeforløb.
- Tværsektoriel eller/og tværfaglig kommunikation og samarbejde, der ikke er omfattet af ydelseshonoreringen jf. afsnit 2.5.

Parterne bemærker endeligt, at den nationale opgavebeskrivelse angiver en række forpligtelser for det øvrige sundhedsvæsen i relation til almen praksis.

2.3 Klinikhonorar

Aftalens parter er enige om at indføre et klinikhonorar.

Klinikhonoraret er et fast årligt honorar, som dækker en del af de generelle omkostninger, der er forbundet med drift og administration af en almenmedicinsk klinik efter aftalen og lovgivning.

Klinikhonoraret dækker således en andel af omkostninger til almindelig virksomhedsadministration, regnskab og bogføring, IT, sikre digitale løsninger i forhold til tilgængelighed, administrative systemer samt opfyldelse af generelle administrative krav, der følger af aftalen og lovgivningen. Herunder bidrager honoraret til omkostninger forbundet med teknisk at kunne dele data, indberette relevante økonomiske nøgletal og øvrige oplysninger om klinikkens virksomhed og drift, som klinikken er forpligtet til at afgive.

Klinikhonoraret erstatter det hidtil aftalte praksisomkostningshonorar, der udgår som selvstændigt honorar.

Klinikhonoraret udgør 70.000 kr. pr. aktive kapacitet pr. år og udbetales hver måned med 1/12. Beløbet reguleres i henhold til den almindelige regulering af honorarer.

2.4 Ny ydelsesstruktur

Ydelsesstrukturen for almen praksis vil fremadrettet baseres på en model med fire konsultationer: kort, almindelig, lang og kompleks.

Konsultationerne suppleres af særskilte tillæg for besøg, såfremt konsultationen sker uden for den praktiserende læges klinik, og af eventuelle tillægsydelser og laboratorieundersøgelser. Antallet af tillægsydelser og laboratorieydelser reduceres.

Herudover er parterne enige om indførsel af et udviklingshonorar.

Formålet med den nye ydelsesstruktur er at etablere en mere enkel honorering med en tydeligere sammenhæng mellem opgavens omfang/tidsforbrug og honorering, og at understøtte, at patienterne kan få et differentieret tilbud i almen praksis, der afhænger af patientens behov. Ydelsesstrukturen skal også understøtte en løbende opgaveudvikling, hvor det fremadrettet er opgavebeskrivelsen for det almen medicinske tilbud, der definerer hvilke opgaver, som skal løftes i det almen medicinske tilbud.

Den nye ydelsesstruktur skal medføre, at patienterne ikke unødigt får opdelt deres problemstillinger i flere særskilte konsultationer, men i stedet at der afsættes den nødvendige tid i en planlagt konsultation til at få tilset de problemstillinger, der ud fra et fagligt og tidsmæssigt perspektiv kan behandles samme dag.

Det vil samtidig være den enkelte kliniks ansvar at disponere den samlede behandlingskapacitet og de længerevarende konsultationer ud fra patientpopulationens behov, således at patienter med de største behandlingsbehov i videst muligt omfang prioriteres med den største behandlingsindsats.

Klinikken skal medvirke til en forsvarlig forvaltning af de offentlige sundhedsudgifter ved at sikre, at ordinationer, konsultationer og øvrige ydelser er fagligt velbegrundede og ikke påfører regionen unødvendige udgifter.

Med henblik på at understøtte en ensartet anvendelse på tværs af klinikker, er der i bilag 1, Ydelsesbeskrivelser, angivet eksempler på typer af konsultationer samt et estimeret tidsforbrug, der viser hensigten med anvendelsen af de specifikke konsultationstakter.

Grundydelse fraset komplekse konsultationer kan suppleres af ydelser for tværsektoriel kommunikation

Der henvises til fælles bilag til afsnit 2.4 vedr. ydelsesstruktur.

2.4.1 Udviklingsydelse

Parterne er enige om, at der kan aftales en udviklingsydelse, når behovet opstår. De konkrete vilkår fastsættes i forbindelse hermed.

2.5 Tværsektoriel kommunikation

Tværsektoriel kommunikation mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen er en integreret del af opgavevaretagelsen og understøtter sammenhængende patientforløb.

Den faste honorering omfatter alt tværsektorielt kommunikation, der ikke udtrykkeligt i medfør af aftalen kan afregnes med en ydelse.

For komplekse konsultationer indgår al nødvendig tværsektoriel kommunikation relateret til denne konsultation, som en del af honoreringen for ydelsen.

Side 9

2.5.1 Tværfaglige konferencer

Videokonference

En planlagt videokonference er et møde mellem lægen og andre sundhedsprofessionelle aktører på hospitalerne, speciallægepraksis og /eller i kommunerne og evt. patienten omhandlende konkrete patientforløb, primært med koordinerende og/eller rådgivende formål, hvor der er mindst tre deltagere. Formålet er at skabe et rum for samtale mellem eksperterne på hospitalet – på tværs af afsnit – egen læge og støttefunktioner i kommunerne.

Det kan understøtte sammenhæng i behandlingen, når en patient har kontakter i flere sektorer. Eksempelvis ved udskrivningskonferencer og lignende, koordineringsmøder med samarbejdspartnere f.eks. mellem praksis og kommunens hjemmepleje/socialpsykiatri/jobcentre m.v., og rådgivning/møde/fælleskonsultation med specialist på sygehus. Hospitalerne skal, hvor det er relevant, understøtte de praktiserende læger med specialistrådgivning. Praktiserende læger skal, hvor det er relevant, understøtte det kommunale personale i deres opgavevaretagelse for at skabe så smidige forløb for patienten som muligt. Det gør sig særligt gældende for patientgrupper med mange og komplekse problemstillinger.

Honorering: Videokonference honoreres efter konferencens varighed i moduler à 10 minutter. Honoraret pr. modul udgør 183,13 kr.

Der kan maksimalt honoreres for seks moduler pr. konference. Videokonference kan alene tilbydes i dagtid. Videokonference er en grundydelse. Såfremt der ikke opnås forbindelse, og én eller flere af aktørerne derfor vælger at overgå til telefon, honoreres der fortsat for videokonference pr. modul à 10 minutter. Der kan ikke gennemføres videokonference i vagttid.

Socialmedicinsk samarbejde

Samarbejde som kan udløse socialmedicinske ydelser, kan fx angå en borgers helbred i sammenhæng med arbejdsprøvning eller fx adgang til kommunale tilskud. Socialmedicinsk samarbejde kan således angå et bredt udsnit af en kommunes områder såsom social- og sundhedsforvaltningen,

beskæftigelsesforvaltningen osv. Det er afgørende for brugen af ydelserne, at der er et socialmedicinsk element i problemstillingen, hvilket betyder, at samtalen fx kan være et led i en social udredning.

De socialmedicinske ydelser omfatter telefonisk henvendelse til og fra lægen og lægens deltagelse i møder videreføres med aftalen

Telefonsamtaler om socialmedicin kan fx være nødvendige, hvis parterne har behov for at afklare den rette indsats over for en borger i en sårbar familie, eller hvis en patient med fx misbrugsproblemer udebliver fra aftaler.

Det er en forudsætning, at de telefoniske henvendelser til lægen omhandler socialmedicinske problemstillinger og tilrettelægges på en sådan måde, at gentagne telefoniske henvendelser reduceres i videst muligt omfang.

Møder om socialmedicinske problemstillinger vil ofte være relevante, hvis en patient er igennem et længere forløb, og der fx ikke er fremdrift i udviklingen, og nye initiativer skal planlægges. Et møde kan godt involvere mange parter (patienten, pårørende, lægen, flere kommunale/regionale medarbejdere).

Det socialmedicinske samarbejde skal i videst muligt omfang tilrettelægges under hensyntagen til lægens mulighed for fremmøde og den tidsmæssige belastning af lægen.

Det er en forudsætning for afholdelse af et socialmedicinsk møde, at der er kommunal og/eller regional deltagelse.

Møderne kan foregå i lægens konsultation, i social- og sundhedsforvaltningen i kommunen, på video eller på patientens arbejdsplads.

Honoreringen følger den eksisterende model:

Socialmedicinsk telefonkonsultation (ydelse 3201): 79,11 kr.

Møder pr. påbegyndt modul à 10 min (ydelse 3304): 158,39 kr

2.5.2 Regionale/kommunale akut sygeplejefunktioner

Den nuværende ydelse for kontakt med kommunale akutfunktioner videreføres, hvor der tages højde for det ændrede organiseringsophæng i forbindelse med sundhedsreformen.

Side 11

Honoraret er fortsat 180,89 kr.

2.5.3 Korrespondancer med kommunerne

Parterne er enige om, at e-konsultation med kommunalt plejepersonale, fx hjemmepleje, plejehjem, sundhedspleje eller sociale og social-psykiatriske tilbud (ydelse 0127) videreføres uændret med aftalen.

Honoraret fastsættes til kr. 80,80 kr.

2.5.4 Lægefaglige konferencer

Der ydes honorering for lægefaglige konferencer mellem den praktiserende læge og en læge ansat på sygehus eller i speciallægepraksis vedrørende patienter med udrednings-, behandlings- eller forløbsmæssige problemstillinger.

Honorering forudsætter, at:

- der foreligger et konkret lægefagligt formål,
- konferencen er en længerevarende klinisk drøftelse vedr. udredning, behandling eller opfølgning af en konkret patient,
- konferencen er journalført, hvor deltagerne registreres og de væsentligste konklusioner dokumenteres,
- henvendelsen ICPC-kodes.

Journalnotat skal udleveres på regionens anmodning.

Der ydes ikke honorering for:

- afsendelse af henvisninger eller genhenvisninger,
- modtagelse af epikriser, prøvesvar eller ambulante notater,
- korrespondancer, e-mails eller øvrig administrativ kommunikation.
- I forbindelse med afviste henvisninger kan ydelsen kun afregnes, hvis afvisning kræver yderligere drøftelse.

Honorar for lægefaglige konferencer, som gennemføres telefonisk eller på video, udgør 202 kr. pr. ydelse.

Det er på baggrund af parternes fælles analyse lagt til grund, at aktiviteten i gennemsnit vil svare til 2-3 lægefaglige konferencer ugentligt pr. læge.

2.5.5 Opfølgning og monitorering

Aktiviteten vedrørende tværfaglige konferencer, lægefaglige konferencer og konferencer med kommunale og regionale akutfunktioner monitoreres løbende på klinikniveau.

Hvis aktivitetens omfang afviger væsentligt fra det forventede niveau, indledes dialog mellem regionen og klinikken med henblik på at afdække årsagerne til udviklingen og eventuelt iværksætte fælles tiltag for at nedbringe behovet for konferencer. Hvis regionen finder anledning til det, kan regionen igangsætte et udviklende arbejde i forhold til den enkelte læge eller grupper af læger, herunder med henblik på kompetenceudvikling eller samarbejde i øvrigt med sygehusene om patientbehandlingen.

Hvis dialog og yderligere tiltag ikke nedbringer behovet for konferencer til et forsvarligt niveau, kan regionen suspendere lægens ret til at anvende ydelsen i en tidsbegrænset periode.

Parterne skønner, at aktiviteten vil svare til 2-3 lægelige konferencer ugentligt pr. læge.

Parterne evaluerer ordningen i 2029 og følger løbende udviklingen i aktivitet med henblik på at drøfte tiltag, der sikrer, at de aktivitetsmæssige og økonomiske forudsætninger for ordningen kan opretholdes.

2.5.6 Tilgængelighed for dialog

Der forudsættes en gensidig forpligtelse til tilgængelighed. Den praktiserende læge og lægerne på sygehusene forpligter sig til at være gensidigt tilgængelig for den faglige sparring og dialog.

2.6 Honorering for myndighedsrettede opgaver

Det følger af opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud, at der er opgaver udover basisfunktionen, som regionerne skal løfte, men som ikke skal varetages af alle klinikker i det almenmedicinske tilbud.

Det omfatter:

- Fast tilknyttede læger på plejehjem, botilbud og omsorgs- og sundhedspladser
- Lægevagtsordning
- Tilbud målrettet grupper med særlige behov

Side 13

I overensstemmelse med 'Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud' af 21. september 2025 mellem regeringen og PLO forpligter de alment praktiserende læger sig kollektivt til at varetage disse opgaver og funktioner. I takt med at kapaciteten øges, vil de praktiserende læger også få styrkede forudsætninger for at løfte denne forpligtelse.

Regionerne vil derefter skulle planlægge, tilvejebringe og tilrettelægge det almenmedicinske tilbud i overensstemmelse med de krav, opgaver og anbefalinger m.v., som fastlægges i den nationale opgavebeskrivelse

I henhold til lovbemærkningerne til lovpakke 2b kan parterne indgå nationale aftaler, der fastlægger de økonomiske vilkår for specifikke opgaver, der ligger udover basisfunktionen. Aftaler herom betyder, at en region og en specifik klinik, der f.eks. løser opgaven som plejhjemslæge, vil skulle følge den nationale aftale om honorering for opgaven, uanset hvor i landet klinikken er beliggende.

2.6.1 Central aftalt ramme for varetagelsen af myndighedsrettede opgaver

Parterne er enige om, at praktiserende læger, som engageres som konsulenter til varetagelse af myndighedsrettede opgaver, honoreres med en timetakst svarende til 1.103,61 kr. eksklusive evt. moms i dagtid for varetagelsen af opgaver, der ikke er dækket af ydelsestakster i denne aftale.

Patientbehandling honoreres som udgangspunkt i henhold til ydelsestakster i aftalen. Alternativt kan det lokalt aftales, at opgaven og patientbehandling honoreres pr. tidsforbrug med den aftalte timetakst.

I forhold til gældende aftaler vedr. plejhjemslæger, bostedslæger og drift af lægevagten, som med Sundhedsstyrelsens nationale opgavebeskrivelse nu overgår til at være myndighedsopgaver, er parterne dog enige om, at disse aftaler og takster fortsætter uændret, indtil en lokal part måtte opsigte aftalen.

Den konkrete aftale om varetagelsen af myndighedsrettede opgaver indgås mellem regionen og enkeltlæger, enkeltklinikker eller grupper af klinikker i fællesskab.

2.6.2 Vilkår for at varetage de myndighedsrettede opgaver

Vilkår for fast tilknyttede læger på plejehjem og botilbud

De eksisterende aftaler om økonomiske vilkår for opgaven som fast tilknyttede læger på botilbud og plejehjem videreføres.

Det medfører en timetakst eksklusive moms på 1.103,6 kr. pr. time for undervisning/rådgivning af personalet. Der forudsættes gennemsnitligt 2 timers rådgivning og/eller undervisning pr. måned, inklusive transporttid. Ved mere end 30 beboere kan der honoreres for yderligere én time pr. måned.

Den fast tilknyttede læge yder almenmedicinsk lægehjælp til de beboere, der er tilmeldt lægen. Patientbehandlingen sker i henhold til denne aftale.

Vilkår i lægevagtsordninger

De eksisterende aftaler om økonomiske vilkår for drift af lægevagten videreføres.

Det indebærer, at ydelseshonorering – dvs. honorar for konsultationer, sygebesøg og video/telefonkonsultationer, tillægsydelser og laboratorieundersøgelser samt eventuelt vagtberedskabshonorar på små øer aftalt i Aftale26 – fortsat finder anvendelse.

De supplerende lokale aftaler om økonomiske vilkår samt organisering ændres ikke med nærværende aftale.

Vilkår for fast tilknyttede læger på sundheds- og omsorgspladser

Der kan anvendes to modeller for honoreringen af fast tilknyttede læger på sundheds- og omsorgspladser.

Klinikker, der varetager opgaven som fast tilknyttet læge på sundheds- og omsorgspladser i dagtid, honoreres med et fast honorar for det gennemsnitlige forventede tidsbrug månedligt med udgangspunkt i en timetakst svarende til 1.103,61 kr. eksklusive moms for f.eks. rådgivning og/eller undervisning, mens patientbehandlingen honoreres i henhold til denne aftale.

Alternativt kan det aftales, at klinikker, der varetager opgaven som fast tilknyttet læge på sundheds- og omsorgspladser i dagtid, honoreres med et fast honorar for det gennemsnitlige forventede tidsbrug månedligt med udgangspunkt i en timetakst svarende til 1.103,61 kr. eksklusive moms, der dækker alle opgaver relateret til dækning af pladserne, herunder patientbehandling.

Vilkår for tilbud indrettet til sårbare målgrupper med særlige behov

Indholdet af opgaven er ukendt, og det må forventes, at der vil være variation i, hvordan tilbuddene indrettes, hvorfor parterne på nuværende tidspunkt ikke har fastsat nationale vilkår for varetagelsen af opgaven.

De centrale parter kan på et senere tidspunkt optage forhandlinger om vilkår for opgaven.

2.7 Tutorlæger

Overenskomstens nuværende tutorlægeaftale overføres til aftalen om de myndighedsrettede opgaver og videreføres, medmindre andet anføres nedenfor.

Følgende bestemmelser skal ændres:

- § 2, stk. 5, § 3, stk. 4, idet lægedækningstruede områder udgår.
- § 3, stk. 7, udvides, så det ikke alene er muligt at yde tilskud til arbejdsplads, men også til afholdelse af kursusafgift/timehonorering i medfør af kurser afholdt i henhold til § 4.
- § 4, stk. 7, idet samarbejdsudvalgene nedlægges.

Derudover skal henvisninger til øvrige dele af aftalen konsekvensrettes.

De hidtidige økonomiske vilkår for tutorlægefunktionen videreføres, dog således at de forhøjede betalinger, der hidtil har været knyttet til lægedækningstruede områder, bortfalder. Den økonomi, der frigøres herved, anvendes til at forhøje honoraret til alle tutorlæger.

2.8 Eksisterende lokalaftaler

Det følger af lovgivningen, at lokale aftaler, som inden den 1. januar 2027 er indgået efter den hidtil gældende § 206 b, stk. 6, i sundhedsloven, fortsat har virkning efter lovens ikrafttræden. De lokale aftaler finder således anvendelse, indtil de opsiges eller udløber. Det omfatter også lokalt tiltrådte rammeaftaler, eksempelvis aftalen om HbA1c samt aftalen vedr. udbredelsesprojekt om digital hudkræftsdiagnostik.

Aftaleparterne er enige om, at eksisterende lokalaftaler om honorering for varetagelse af opgaver, som fra 2027 indgår i basisfunktionen, bør afvikles, så praktiserende læger fremadrettet honoreres inden for indeværende aftale.

Økonomien fra eksisterende lokalaftaler, som på nuværende tidspunkt ligger uden for den økonomiske ramme, vil ved udløbet af lokalaftalen

medføre et tilsvarende løft af den centrale økonomiramme, såfremt at der er tale om opgaver, der ligger under basisfunktionen. Det omfatter f.eks. aftale om demensudredning og palliation, der fremgår af opgavebeskrivelsen.

I det omfang at lokale aftaler bliver opsagt eller udløber, er parterne enige om at afklare, hvorvidt lokalaftalens indhold er omfattet basisfunktionen, og dermed om økonomien fra lokalaftalen skal tillægges økonomirammen.

For så vidt angår aftaler om honorering for varetagelse af myndighedsopgaver, henvises der til afsnit 2.6.

2.9 Øvrige nationale aftaler

Parterne er enige om at videreføre nuværende nationale aftaler om dosispakket medicin, aftale om honorering for vejledning af ikke-tilmeldte patienter om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder samt aftale vedr. omkostningsdækning af journaler ved praksislukning.

2.10 Minimumbasishonorar

Parterne er enige om, at der i en overgangsperiode fra 2027 til 2032 etableres et minimumsbasishonorar som led i den nye, differentierede honorarstruktur.

Formålet er at understøtte overgangen til en ny honorarstruktur, samtidig med en omstilling mod at honoreringen i stigende grad afspejler patienternes sygdomstygde. Derudover vil praktiserende læger med en patientsammensætning med en beregnet sygdomstygde på under 1,0 kunne opretholde omsætning under de nye rammer.

Midlerne udmøntes ved, at alle klinikker som minimum modtager, hvad der gennemsnitligt svarer til et basishonorar på 553,60 kr., fratrukket økonomi til klinikhonorar, pr. patient. Minimumbasishonoraret reguleres alene efter de almindelige regler for pris- og lønregulering

Opfølgning og økonomi

Der afsættes nedenstående økonomi til finansiering af det midlertidige minimumsbasishonorar. For 2031 og 2032 afsættes samlet 68 millioner. Ordningen udløber med udgangen af 2032.

Afsat økonomi til minimumsbasishonorar i perioden:

2027	2028	2029	2030
160 mio. kr.	117 mio. kr.	82 mio. kr.	55 mio. kr.

Side 17

Den afsatte økonomi indgår i den samlede økonomiske ramme. Hvis udgifter til kompensationen er mindre end forudsat, er den økonomiske ramme uændret. Det indebærer, at evt. ubrugte midler kan anvendes til aktivitetsbaserede ydelser i stedet for.

Aftaleparterne følger udviklingen i antallet af klinikker, der er omfattet af minimumsbasishonoraret, samt udviklingen i den aktivitetsbaserede honorering for de omfattede klinikker.

3. Økonomi og styringsmekanismer

Side 18

Parterne er enige om, at den nye honorarstruktur indebærer en væsentlig omlægning af de eksisterende styringsmekanismer i almen praksis. Den nye model er kendetegnet ved færre honorarer og større fleksibilitet for klinikkerne i anvendelsen af de enkelte ydelser. Dette skal understøttes af et nyt differentieret omsætningsbånd, der skal sikre en fordeling af aktiviteten i almen praksis efter borgernes behov.

3.1 Fastsettelse af en samlet økonomiramme

Med sundhedsreformen er det besluttet at øge kapaciteten markant i det almenmedicinske tilbud frem mod 2035 til mindst 5.000 praktiserende læger. Det skal sikre bedre adgang til egen læge for alle og bidrage til udviklingen af det nære sundhedsvæsen.

For at understøtte denne udvikling, øges rammen i takt med at der kommer flere læger i almen praksis. Rammen hæves svarende til den nuværende gennemsnitlige aktivitet pr. læge, svarende til 2,91 mio. kr. pr. ekstra aktiv kapacitet jf. økonomiprotokollatet. Det skal sikre, at nye og flere opgaver løses i takt med kapacitetsudvidelsen.

3.2 Differentieret kollektiv tilbagebetaling

Ved den helt ekstraordinære situation, hvor rammen overskrides og dette medfører tilbagebetaling, indføres en ny differentieret tilbagebetalingsmekanisme. Den nye model medfører, at ved en eventuel overskridelse så tilbagebetaler de praksis, som har de største procentvise overskridelser af omsætningsbåndet, også de forholdsmæssigt største beløb, jf. økonomiprotokollatet.

3.3 Indførelse af omsætningsbånd

De nuværende højstegrænser erstattes af et omsætningsbånd, der differentieres på baggrund af den enkelte kliniks populations størrelse og sygdomstygde.

Båndet har både en nedre og øvre grænse, der skal indikere, hvor stort et behandlingsbehov, der er i klinikken. Det er således hensigten, at klinikker skal søge at tilpasse aktiviteten, så den passer indenfor omsætningsbåndets grænser.

Omsætningsbåndet tager udgangspunkt i sygdomsvægten i den nationale fordelingsmodel justeret for aktuelle regionale udgiftsniveauer (vægtet

gennemsnit i Region Østjylland) i 2027 til og med 2031, hvorefter omsætningsbåndet beregnes på nationalt niveau.

Side 19

Omsætningsbåndet afspejler den forventede aktivitet, som hver klinik skal have på baggrund af deres population. Den enkelte klinik får mulighed for løbende at følge sin faktiske omsætning i forhold til en forventet omsætning. Opgørelserne skal både vedrøre afvigelsen fra det regionale og det nationale forventede niveau. Den tekniske metode for omsætningsbåndet er beskrevet i bilag 7.

Der er enighed om en indfasningsordning, således at omsætningsbåndet indfases med +/-25 % i 2027, 20 % i 2028, 20% i 2029 og 15% i 2030 og frem.

En placering udenfor omsætningsbåndet er ikke i sig selv udtryk for, at en klinik har handlet i strid med rammeaftalen. En afvigelse kan skyldes forhold i patientsammensætning, lokale forhold eller klinikkens organisering, som ikke er afspejlet i den nationale model. Omsætningsbåndet kan derfor efter konkret aftale mellem klinikken og regionen justeres f.eks. i områder, hvor den nationale fordelingsmodel rammer skævt.

Regionerne stiller hvert kvartal oplysninger til rådighed om klinikkens forventede aktivitetsbaserede omsætning, omsætningsbåndets grænser og klinikkens faktiske omsætning, således at klinikker løbende kan følge den faktiske omsætning sammenlignet med den forventede omsætning ud fra klinikkens sygdomsvægt.

Det forventes, at løsningen vil være tilgængelig for klinikkerne fra medio 2027

Såfremt klinikkens aktivitet overstiger den fastsatte grænse, initieres en dialog.

Dialogen skal være databaseret, saglig og konstruktiv og have til formål at belyse årsagerne til afvigelsen. Regionen skal i dialogen fremlægge det datagrundlag, der ligger til grund for vurderingen, herunder oplysninger om patientantal, sygdomsvægt, aktivitetsniveau og øvrige relevante forhold. Klinikken skal have mulighed for at redegøre for forhold ved patientpopulationen, organiseringen af arbejdet, lægedækningssituationen eller andre dokumenterbare forhold, som kan forklare afvigelsen. Regionen skal herefter foretage en konkret og saglig vurdering af de fremlagte oplysninger.

Ved markant eller gentagne afvigelser vil der kunne sanktioneres, men sanktion kan først effektueres tidligst 3 måneder efter påbegyndt dialog, såfremt klinikken ikke har iværksat en målbar korrektion af aktiviteten.

Der kan ikke iværksættes økonomiske sanktioner som følge af en kliniks afvigelse fra omsætningsbåndet i 2027. I 2027 anvendes omsætningsbåndet alene som grundlag for dialog, læring og opfølgning.

Parterne er enige om, at omsætningsbåndet evalueres i 2029. Evalueringen skal blandt andet omfatte antallet og andelen af klinikker, der ligger henholdsvis inden for og uden for omsætningsbåndet, erfaringerne med den regionale dialog og opfølgning, klinikkernes oplevelse af datagrundlaget og dialogprocessen samt en vurdering af, i hvilket omfang modellen understøtter sammenhæng mellem aktivitet, omsætning og patienternes behandlingsbehov. På baggrund af evalueringen drøfter parterne behovet for eventuelle justeringer af datagrundlag, dialogproces, indfasning eller båndenes udformning.

Parterne er enige om, at højstegrænser, som er pålagt inden 31. december 2026, fortsætter i overensstemmelse med de hidtidige regler, medmindre beregningerne efter den nye model indebærer, at klinikkens afvigelse pr. patient kommer under 20 %. I så fald bortfalder højstegrænsen.

3.4 Produktivitetsforbedringer

Det fremgår af bemærkningerne til L 78 om ændring af sundhedsloven, afsnit 3.3.2, at en forenklet honorarstruktur skal sikre, at produktivitetsforbedringer i almen praksis kommer hele sundhedsvæsenet til gavn.

Parterne iværksætter en ekstern analyse af mulighederne for at styrke produktiviteten og effektiviteten i almen praksis. Analysen skal identificere produktivets- og effektivitetsforbedringer, der kan understøtte, at flere patientopgaver løses i almen praksis inden for den eksisterende ressourceanvendelse under økonomirammen. Potentialerne kan blandt andet vedrøre anvendelse af teknologiske løsninger, forbedrede arbejdsgange, omlægning af administrative processer m.v.

Analysen skal endvidere belyse mulighederne for at tilpasse aktivitet og ressourceanvendelse i klinikkerne, herunder hvordan der kan frigøres kapacitet til yderligere patientbehandling, fx hvor patientgrundlag og sygdomstygde giver mulighed herfor.

På baggrund af analysen aftaler parterne i løbet af aftaleperioden den nærmere tekniske udmøntning af produktivitetsforbedringer.

4. Øvrige vedr. økonomi og honorering

Side 21

4.1 Rekvisitionsordning

Overenskomstens nuværende bestemmelse om rekvisitioner videreføres i aftalen (§§ 36-38), dog med nødvendige tilpasninger som følge af samarbejdsudvalgenes nedlæggelse.

Parterne er enige om at iværksætte et periodeprojekt med henblik på, at der fremadrettet aftales nationale rekvisitionsoversigter over lægemiddelgrupper og forbindsstoffer m.v. samt regler for rekvisitionens praktiske gennemførelse. Periodeprojektet tilstræbes færdiggjort senest 1. oktober 2027, med henblik på at PLO og RLTN kan implementere de nødvendige ændringer således, at de kan træde i kraft med udgangen af 2027.

4.2 Afregningsregler

De hidtidige bestemmelser i §§ 86-93 videreføres med nødvendige konsekvensrettelser som følge af aftalen og de reelle forhold:

§ 86 om basishonorar erstattes af nye regler om basishonorar inkl. klinikhonorar og kompensationsordning.

§ 87, stk. 7, om, at regionens beregninger er gældende ved forskelle på indtil 1 %, udgår.

§ 87, stk. 9, om, at regionens betalingspligt bortfalder principielt, såfremt reglerne i stk. 1-5 ikke er overholdt, udgår.

§ 88 udgår, eftersom kronikerhonoraret afskaffes.

§ 89 om afregning af ydelser med moms videreføres dog således, at punkt 1 og den del af punkt 2, der vedrører indberetningspligten, slettes. Resten bevares uændret.

§ 90 tilpasses de socialmedicinske ydelser, der videreføres.

§§ 92-93 videreføres, herunder reglerne om kørselsgodtgørelse og blanketter.

§ X: Der tilføjes en særskilt bestemmelse om månedlig udbetaling af klinikhonoraret samtidig med basishonoraret.

4.3 Indbetaling til Administrationsudvalget

Side 22

Overenskomstens nuværende bestemmelse om indbetaling til Administrationsudvalget samt Administrationsudvalgets formål videreføres i aftalen (§ 95).

Der er enighed om at reducere indbetalingerne varigt med 5,7 millioner kroner årligt.

Parterne er enige om, at regionerne dækker et eventuelt underskud i administrationsudvalget, såfremt Administrationsudvalget ikke har tilstrækkelige midler til at leve op til dets forpligtelser i henhold til aftalen. Parterne er samtidigt enige om, at RLTN skal godkende ændringer i regler for udbetalinger til lægerne.

4.4 Indbetaling til pension

Overenskomstens nuværende bestemmelse om indbetaling af pension videreføres i aftalen (§ 94), dog med den undtagelse at loftet på 30 pct. af basishonoraret for indbetaling til pension ophæves.

4.5 Reguleringsbestemmelse

Overenskomstens nuværende bestemmelse om løbende regulering af honorarer videreføres i aftalen (§§ 84-85)

4.6 Forenkling af profylakseaftalen i 2027

Parterne er enige om, at man i 2027 vil gennemføre en forenkling af profylakseaftalen.

5. Fagets institutioner

Side 23

5.1 En ny governance for kvalitet, efteruddannelse og forskning

Høj kvalitet, løbende efteruddannelse og relevant forskning er vigtige forudsætninger for udviklingen af almen praksis. Områderne tilpasses en ny struktur i forbindelse med vedtagelsen af den nationale opgavebeskrivelse for almen medicinske tilbud.

Parterne er enige om at nedlægge den nuværende fondskonstruktion og indføre en ny governance-struktur på tværs af forskning, kvalitet og efteruddannelse. Parterne afsætter i nærværende rammeaftale midler til hvert af de tre områder – fagets faglige institutioner. For hvert område etableres en bestyrelse med ansvar for det enkelte område.

Bestyrelserne fastlægger den strategiske retning og har det overordnede ansvar for organisering, udvikling, drift og økonomi.

Formålet med organiseringen er at etablere en klar og sammenhængende ramme for ledelse, prioritering og opfølgning på de tre områder. Organiseringen skal understøtte en tydelig rolle- og ansvarsfordeling, et samlet økonomisk overblik samt en gennemsigtig beslutningsstruktur og anvendelse af offentlige midler.

Organiseringen skal endvidere understøtte koordination og sammenhæng mellem kvalitet, forskning og efteruddannelse samt sikre et paritetisk samarbejde mellem overenskomstens parter. De faglige institutioner skal inden for de fastlagte rammer bidrage til den fortsatte udvikling af det almenmedicinske tilbud.

5.2 Økonomi til efteruddannelse

Den enkelte praktiserende læge har hvert kalenderår ret til tilskud til tre dages selvvalgt efteruddannelse og tre dages systematisk efteruddannelse. Retten til systematisk efteruddannelse opgøres i dage, mens tilskuddet for selvvalgt efteruddannelse udbetales på grundlag af den enkelte læges gennemførte og godkendte efteruddannelsesaktivitet.

Regionerne finansierer og udbetaler tilskud pr. aktivitet efter de satser og betingelser, der fremgår nedenfor. Udbetaling forudsætter, at aktiviteten er tilskudsberettiget, at lægens deltagelse er registreret, og at den krævede dokumentation foreligger.

Sekretariatet varetager registrering, kontrol og økonomiopfølgning og stiller de nødvendige oplysninger til rådighed for regionernes udbetalinger og bestyrelsens løbende tilsyn.

Side 24

Tilskudsberettiget efteruddannelse

Regionerne indbetaler fra 2027 samlet 149,7 millioner kroner til efteruddannelsesområdet hvert år.

Regionerne indbetaler pr. 1. februar hvert år og beløbet opgøres pr. læge pr. 01-01 det pågældende år. Beløbene er baseret på forventet antal kapaciteter ultimo 2026 (3.634 kapaciteter) og viser nuværende træk af midler pr. læge.

Alle takster pris- og lønreguleres (PL-regulering).

Efteruddannelsesmidler administreres og prioriteres af bestyrelsen for efteruddannelse.

Indbetalingerne opjusteres årligt svarende til væksten i antallet af praktiserende læger fra 1. januar 2027 til 1. januar i indbetalingsåret.

Til systematisk efteruddannelse ydes:

- 4.750 kr. pr kursusdag i efteruddannelsestilskud
- 3.100 kr. i tilskud til kursusafgifter pr. dag
- Max 1.500 kr. i tilskud til transportudgifter

Til selvvalgt efteruddannelse ydes:

- Efteruddannelseshonorar for en hel kursusdag: 4.250 kr. pr. kursusdag
- Kursusafgift pr. godkendt kursusdag: 3.100 kr.
- Transportudgifter pr. kursusaktivitet eller pr. adskilt gruppe af kursusdage. Max 1.500 kr.
- Max 25 % af den enkelte læges tildelte beløb kan anvendes til studiemateriale, som fx videnskabelige bøger relateret til almen medicin.

Til DGE-grupper ydes:

- Grupperne modtager et årligt regionalt tilskud til drift – herunder honorering af eksterne undervisere. Hver DGE-gruppe, som er godkendt af Efteruddannelses-koordinatorerne, tildeles et årligt tilskud på 10.000 kr.

Til praksispersonale ydes:

- Kursusgebyr og ophold pr. godkendt kursusdag for praksispersonale, 3.100 kr. Tilskud til tabt arbejdsfortjeneste, 2.820 kr. pr. dag
- Tilskud til transport max 1.500 kr.

Til læger i praksisamanuensisfase II ydes:

- Tilskud til selvvalgt efteruddannelse: 2.000 kr., dækker 6 måneders praksisamanuensis

Til læger i praksisamanuensisfase III ydes:

- Tilskud til selvvalgt efteruddannelse: 4.000 kr., dækker 12 måneders praksisamanuensis.

For kursusafgift og transport gælder, at der skal foreligge dokumentation for udrejse og hjemrejse. Ved dokumentation for transport skal oplyses udgifter for ud- og hjemrejse.

Parterne er enige om at iværksætte et periodeprojekt til undersøgelse af mulighederne for en fremtidig organisering af sekretariatet, der sikrer god governance mellem udvikling og godkendelse af efteruddannelseskurser, samtidig med at sekretariatet bevarer den nødvendige fleksibilitet i opgavevaretagelsen. Periodeprojektet forventes færdiggjort senest 1. maj 2027, hvorefter bestyrelsen tager stilling til eventuel iværksættelse, som skal kunne ske fra 1. januar 2028.

5.3 Økonomi til KiAP og klyngerne

KiAP

Regionerne indbetaler 27 mio. kr. årligt til finansiering af KiAP.

Regionerne indbetaler 3 mio. kr., som bestyrelsen kan prioritere til eksempelvis særlige udviklingsprojekter, indsatsområder eller uforudsete udgifter/engangsinvesteringer. Udviklingspuljen kan alene anvendes indenfor formål, der understøtter kvalitetsarbejdet.

Desuden indbetales i perioden 2027 til 2030 i alt 17,675 mio. kr. med en fjerdedel hvert år til færdigudvikling og drift af kvalitetsplatformen.

Bestyrelsen kan årligt budgettere med udgifter svarende til det indbetalte beløb i det pågældende år. Hvis der ved udgang af regnskabsåret viser sig et positivt resultat, kan overskud svarende til op til 2 % af regionernes indbetalinger overføres til det følgende års budget. Eventuelt overskud herudover tilbageføres til regionerne ved, at først kommende indbetaling reduceres tilsvarende.

Økonomi i Klyngerne

Regionerne indbetaler 1. februar 3.722 kr. pr. år pr. læge til kvalitetsudvikling i klynger. Hertil kommer et fast årligt honorar afhængig af klynge-størrelse. Det årlige beløb for klynger < 21 læger: 50.000 kr., klynger med 21-40 læger: 75.000 kr. og klynger > 40 læger: 100.000 kr. Beløbene opgøres pr. 01-01 det pågældende år, både hvad angår beløb pr. læge og klyngens størrelse. Pengene indbetales til klyngerne via PLO's klyngesekretariat.

Baseret på nuværende 116 klynger og 3592 læger i klynger er beløbet i alt: 22,0 mio. kr. årligt til klyngerne.

Herudover indbetales:

- 630.000 kr. inkl. moms til administration af økonomimodulet og
- 450.000 kr. til driftsomkostninger ved økonomimodulet, heraf ca. 210.000 kr. (1 % af den samlede udgift til aktivitet) og 240.000 kr. til transaktionsgebyr. Begge beløb er inkl. moms.

Klyngernes regnskaber skal årligt undergå en repræsentativ stikprøvekontrol ved ekstern revision med henblik på at understøtte bestyrelsens ansvar for at sikre, at midlerne anvendes efter regler for anvendelse af offentlige midler. Der afsættes midler til dette i bestyrelsens budget.

Klyngemidlerne tildeles ud fra fast princip om at sikre en forudsigelig anvendelse af midlerne.

Klyngerne kan årligt budgettere med udgifter svarende til det indbetalte beløb til klyngen i det pågældende år samt evt. opsparing. Klyngens indestående ud over 2 års indbetalinger ved udgangen af et år tilbageføres til bestyrelsen for kvalitet ved starten af regnskabsåret. Det er ikke hensigten, at der skal opspares klyngemidler i hver enkelt klynge.

Regional kvalitetsudvikling

Regionerne skal ifølge den nationale opgavebeskrivelse skabe rammer for og understøtte datadrevet kvalitetssikring og -udvikling. Herunder forudsættes understøttende indsatser i de regionale kvalitetsenheder, som understøtter arbejde med patientsikkerhed og organisationsudvikling så som klyngeunderstøttelse, dataleverancer, lægemiddelrådgivning samt konsulentbistand i øvrigt.

Parterne lægger til grund, at det gode samarbejde fortsættes, og at den regionale kvalitetsudvikling prioriteres på mindst samme niveau som hidtil.

5.4 Økonomi til forskningsområdet

Regionerne afsætter pr. 1. januar 2027 og fremover 70 mio. kr. hvert år til forskningsenhederne, bestyrelsens sekretariatsfunktion samt satellit-enheder. Parterne er enige om, at bestyrelsen for forskning tildeles en årlig pulje på 3 mio. kr., som bestyrelsen kan prioritere. Puljen skal bl.a. dække opstart af sekretariatsfunktion, herunder løn til direktør og sekretariat.

Beløb og anvendelse defineres af den til enhver tid gældende rammeaftale mellem RLTN og PLO.

Der skal være et samlet økonomisk overblik over midler afsat til forskning i almen medicin, herunder grundfinansiering, tværgående funktioner og eventuel ekstern finansiering. Bestyrelsen har mulighed for at prioritere omlægning af midler, når dette er sagligt begrundet og foreneligt med de fastlagte formål.

Anvendelsen af økonomien skal være gennemsigtig, og anvendelsen af offentlige midler skal ske dokumenteret, ansvarligt og under relevant ledelsesmæssigt og forvaltningsmæssigt opsyn.

Direktør

Bestyrelsen har ansvar for at udpege, ansætte og afskedige en direktør for det nationale forskningsinstitut med lægefaglig baggrund, der fortrinsvis er læge i almen medicin eller et beslægtet speciale.

Direktøren bør være anerkendt forsker inden for fagområdet på højt internationalt plan og samtidig have stor erfaring med sundhedsvidenskabelig forskning, klinisk almen praksis og ledelse. Der er derfor behov for en leder, der kan drive forskningsenhederne som en fælles enhed, drive forskningen til højeste internationale niveau, sikre faglig relevans for almen praksis og den rette prioritering af forskningsindsatser, udnytte synergier på tværs af enhederne og øge forskningsenhedernes samlede eksterne finansiering. En ledelsesgruppe bestående af lokalt forankrede ledere vil understøtte direktøren i dette arbejde.

5.5 Regions- og udbudsklinikker

Det fremgår af forståelsespapiret mellem regeringen og PLO, at for at sikre ensartethed på tværs af klinikformer er det en væsentlig forudsætning, at regionerne sikrer, at udbuds- og regionsklinikker inkluderes i arbejdet med efteruddannelse og kvalitet.

Parterne er enige om, at speciallæger i almen medicin, der er ansat i regionsklinikker, kan indgå i arbejdet med efteruddannelse og kvalitet m.v.

For både regions- og udbudsklinikker gælder det, at regionerne alene indbetaler midler vedrørende de klinikker, der omfattes af arbejdet omkring kvalitet og efteruddannelse efter denne rammeaftale.

Side 28

5.6 Fagligt råd

Der afsættes fra 2027 samlet set 5 mio. årligt til arbejdet i Fagligt Råd herunder til udvikling af kliniske retningslinjer i DSAM.

6. IT og digitalisering

Side 29

Regionerne og PLO enige om at opretholde et samarbejde på det digitale område i en midlertidig periode. Et fortsat og midlertidigt samarbejde vil dels skabe mulighed for at afsluttet en række fælles projekter og dels skabe tid og plads til, at der kan tilrettelægges et nyt og fremadrettet setup, hvor aftaler om den digitale udvikling i og omkring AMT ikke sker direkte mellem PLO og regionerne, men mere indirekte via aftaler mellem PLO og Digital Sundhed Danmark.

Der er også enighed om at finansiere økonomien på området frem til en ny aftale er på plads med Digital Sundhed Danmark. Dermed også sagt, at en sådan fremadrettet aftale tillige skal håndtere finansieringen af den økonomi, som fremgår af nedenstående overblik for resten af aftaleperioden.

Med OK22 blev det aftalt at yde tilskud til det digitale område ved at bruge opsparende midler fra Fonden for almen praksis. Dette er videreført i OK25 og OK26.

Tilskuddet er fordelt på to porteføljer og specifikt bidrag til cybersikkerhed. De to porteføljer er dels en driftsportefølje bestående af it-løsninger og tiltag som er kørende, dels en projektportefølje, som støtter nye og innovative tiltag.

Driftsporteføljen forvaltes af PLO mens projektporteføljen og cybersikkerhed forvaltes i fællesskab via Partsforum for data og digitalisering.

Driftsporteføljen: Tilskuddet største del anvendes til at betale drift af en række væsentlige sektorløsninger og tværgående løsninger inklusiv de forvaltningsmæssige opgaver der er nødvendige for at drive løsninger, der er tilgængelig og knyttet til alle landets almen praksis klinikker – uanset deres organisatoriske ophæng.

Projektporteføljen: Den resterende del af tilskuddet betaler for en projektportefølje, der udmøntes hen over flere aftaleperioder, da der er tale om omfattende it-projekter, fx etablering af en ny kvalitetsplatform, hvorpå både klinikker, regioner m.fl. får mulighed for at lave kvalitetsrapporter på basis af strukturerede data fra almen praksis.

Tabel 1 - Indholdet af de to porteføljer:

A: Nuværende PLO-portefølje	1. Min Læge app 2. Videoløsninger
-----------------------------	--------------------------------------

bestående af kørende løsnin- ger og tiltag	3. Datadeling (primær brug), herunder bl.a. drift af kommende: notater og lab 4. Indberetninger til SundK og SDS (vedligehold m.v.) 5. Digital svangreløsning (DSJ og Gmv2) 6. Klinik+ (web-apps i tilknytning til lægepraksissystem) 7. Systemforvaltning (+ HH governance) 8. Implementering, CM/kurser og kommunikation 9. GDPR og tilsyn
B: Nuværende projekt-portefølge hos parts-forum	1. Udvikling af klinikkens cockpit (idrifsættelse i 2026) 2. Udvikling af kvalitetsplatformen (idrifsættelse i 2026) 3. Cyber- og informationssikkerhed 4. Delingsprojekt vedr. hhv. journalnotater og lokale laboratorieværdier

6.1 Governance og økonomi

Enigheden mellem RLTN og PLO om midlertidig at opretholde samarbejdet betyder også, at man fastholder opdelingen mellem en driftsportefølge og en projektportefølge samt tilskud til cybersikkerhed.

Det bemærkes til projektporteføljen, at parterne er enige om, at de igangværende projekter afsluttes så hurtigt som muligt, hvorfor tilskuddet alene ydes i 2027 dog med mulighed for at forlænge det ind i 2028, hvis nødvendigt. Tilskuddet er derfor fordelt over to år. Tilskuddet til driftsporteføljen er derimod estimeret for hele aftaleperioden (2027- 2030). Det skal i den forbindelse bemærkes, at der også er udarbejdet et mere detaljeret budget for 2027 (se bilag 1) og at budgetsum for de efterfølgende år er pålagt en vækstprocent på 5 % pr. år fra 2027 og frem. Dette er gjort for at sikre dækning af almindelig PL-regulering af leverandørpriser samt øget anvendelse af løsninger, imødekommende nye krav til fx sikkerhed osv.

For tilskuddene gælder, at det er muligt at overføre ikke anvendte midler mellem regnskabsårene inden for aftaleperioden, hvilket skal sikre en hensigtsmæssig planlægning af både it-projekter og bevægelser i driftsudgifter.

Tabel 2 – Tilskud til det digitale område i årene 2027 til 2030:

Side 31

	2027	2028	2029	2030
DRIFTSPORTEFØLJEN (FORVALTET AF PLO)	28,2	29,6	31,1	32,6
PROJEKTPORTEFØLJEN (FORVALTET AF PARTS- FORUM)	2,5	2,5		
CYBERSIKKERHED (FORVALTET AF PARTS- FORUM)	1,1	1,1	1,1	1,1
SUM	31,8	33,2	32,2	33,7

7. Øvrige vilkår for drift

Side 32

7.1 Praksis- og selskabsformer

Parterne er enige om at hidtidige bestemmelser (§§ 9-10) udgår og erstattes af en enklere regulering der sikrer, at speciallæger i almen medicin har reel ejerkontrol over ydernummeret og klinikdriften.

Parterne er enige om, at ydernumre kan drives i personligt regi, i fællesskab med andre speciallæger i almen medicin eller gennem et selskab, hvis den valgte organisationsform er forenelig med lovgivningen, denne aftale og kravet om reel lægelig ejerkontrol.

Et ydernummer kan kun ejes og drives af en speciallæge i almen medicin, der er reel ejer af ydernummeret og den tilhørende klinikdrift. Hvis ydernummeret drives i fællesskab med andre læger eller gennem et selskab, skal de fysiske og juridiske personer, der ejer ydernummeret direkte eller indirekte, være speciallæger i almen medicin og reelle ejere i forhold til deres ejerandel og faktiske kontrol.

Ved erhvervelse af ydernummer, etablering af praksis, ændring af ejerforhold, etablering eller ændring af selskabskonstruktion, optagelse af kompagnon, etablering af holdingselskab eller væsentlige ændringer i klinikens driftsaftaler skal lægen over for regionen erklære, at lægen er reel ejer og har faktisk kontrol over ydernummeret og klinikdriften.

7.2 Delepraksis

Bestemmelserne om delepraksis i overenskomstens § 13 videreføres med følgende tilpasninger:

- Muligheden for at optage en ekstra læge som delekompagnon med henblik på aflastning videreføres. De hidtidige betingelser vedrørende sygdom hos lægen eller dennes nære familie samt varetagelse af andre faglige funktioner videreføres tillige med reglerne om meddelelsespligt, tilladelsens personlige karakter og bortfald.
- Varetagelse af myndighedsopgaver og generationsskifte tilføjes som et kriterie, der kan tillægges vægt ved tildeling af delepraksistilladelse.

- Henvisningerne til samarbejdsudvalgets kompetence for så vidt angår delepraksis erstattes af bestemmelser om, at tildeling til delepraksis meddeles af regionen efter ansøgning.
- Bestemmelserne om samarbejdsudvalgets fastsættelse af mindste patientkapacitet og øvre patienttal udgår og erstattes af en henvisning til de gældende regler om fastsættelse af patienttal. Etablering af delepraksis indebærer ikke i sig selv tildeling af yderligere lægekapacitet eller tildeling af flere patienter.
- Særreglerne om etablering af delepraksis i lægedækningstruede områder udgår og vil ikke kunne etableres for nye ordninger efter den 1. januar 2027.
- Henvisninger til øvrige overenskomstbestemmelser ajourføres, og reglerne samordnes med aftalens bestemmelser om ophør i delepraksis, herunder beskyttelsen af ældre delepraksistilladelser.

7.3 Ansatte læger og vikarer

Parterne er enige om senest den 1. december 2026 at indgå en aftale om reglerne for ansættelse af læger, speciallæger i almen medicin og anvendelse af vikarer med virkning fra den 1. januar 2027.

7.4 Frasigelse af patienter

Parterne er enige om, at hidtidige bestemmelser vedrørende frasigelse af patienter fastholdes, så den praktiserende læge fortsat har mulighed for at meddele regionen, når lægen frasiger sig en patient. Det fastholdes, at frasigelsen sker umiddelbart ved lægens henvendelse til regionen.

Parterne er enige om:

Stk. 1. En læge kan frasige sig en patient, som ikke følger lægens faglige anvisninger, eller som har udvist en sådan uacceptabel adfærd, at tillidsforholdet mellem læge og patient må anses for brudt, eller hvor det af anden grund er urimeligt, at lægen skal fortsætte samarbejdet. En læge kan endvidere frasige sig en patient, som i en eller flere konkrete situationer har optrådt truende eller voldeligt over for lægen eller praksispersonalet.

Stk. 2. Beslutning om frasigelse træffes af lægen som led i driften af den konkrete klinik og skal ske i overensstemmelse med betingelserne i stk. 1.

Frasigelsen kræver ikke regionens godkendelse, før den effektueres jf. stk. 4. Regionen kan følge op over for klinikker, hvor det vurderes at frasingelser ikke er sket i overensstemmelse med stk. 1.

Side 34

Stk. 3. Lægen orienterer regionen om frasingelsen og den konkrete begrundelse herfor. Ved frasingelse bør lægen forudgående orientere patienten om årsagen til frasingelsen, medmindre særlige forhold taler imod.

Stk. 4 Frasingelsen er umiddelbar. Regionen sørger for, at patienten bliver orienteret om mulighederne for at vælge et nyt almenmedicinsk tilbud, eller får tildelt en klinik efter de gældende regler. Indtil patienten er tilknyttet en ny klinik, er den frasingende læge forpligtet til at yde nødvendig lægefaglig bistand. Ved frasingelse som følge af truende eller voldelig adfærd omfatter forpligtelsen nødvendig akut lægehjælp under hensyntagen til lægens og personalets sikkerhed.

Stk. 5. Såfremt regionen vurderer, at der er tale om en truende eller voldelig patient, skal den fremtidige praktiserende læge orienteres om de forhold, der er nødvendige for at kunne tilrettelægge et sikkert behandlingsforløb.

Stk. 6 Frasingelser er som udgangspunkt gældende i 5 år. Ved frasingelse som følge af voldelig eller truende adfærd er frasingelsen som udgangspunkt uden tidsbegrænsning.

7.5 Ophør

Der er i sundhedsloven indført en hjemmel til, at regionsrådet kan hjemtage en lægekapacitet fra et kompagniskab under nærmere omstændigheder, men lovgivningen forholder sig ikke til ophør ved dødsfald og konkurs, ophør i enkeltmandspraksis, ophør i delepraksis og ophør i særlige tilfælde.

Parterne vurderer, at bestemmelserne om ophør fortsat varetager væsentlige hensyn, henset til at de understøtter en ordnet håndtering af praksisophør og regionernes behov for at kunne sikre et almen medicinsk tilbud til borgerne. Derudover bidrager det til forudsigelighed og ensartethed for både patienter, regioner og praktiserende læger. Endelig beskytter reglerne værdien af eksisterende praksis og sikrer klare procedurer for overdragelse og afvikling.

De hidtidige bestemmelser omkring ophør og ophørsvarsler (§§ 18-22) fastholdes derfor uændrede, medmindre andet fremgår af nedenstående:

Bestemmelsen i § 18, stk. 2, skal ændres, da samarbejdsudvalgene nedlægges. Kompetencen til efter ansøgning at tillade, at ejerperioden forlænges ud over et år, hvis der foreligger en rimelig begrundelse herfor, henlægges til regionerne. Der er tale om en forvaltningsretlig afgørelse, som i medfør af det nye klagesystem kan indbringes for Praksisklagenævnet.

§ 19 om praksisophør i enkeltmandspraksis, når praksis ikke overtages af anden læge, skal ændres, da parterne ikke længere skal drøfte lægedækningen. I § 19, stk. 1, skal pligten til at orientere PLO derfor slettes og § 19, stk. 2, skal slettes, da lægedækningen reguleres af den i medfør af lovgivningen, fastsatte nationale fordelingsmodel for kapaciteter.

Bestemmelsen om ledig kapacitet i en kompagniskabspraksis, jf. § 20, udgår, da fordelingen af kapaciteter ved ophør i kompagniskab reguleres af sundhedslovens kommende § 206 b, stk. 5.

Henvisningen til kompagniskabspraksis i § 21, stk. 4, skal slettes, da ophør af kompagniskabspraksis reguleres af sundhedslovens kommende § 206 b, stk. 5. Pligten til at orientere PLO bortfalder.

Hjemmel til at forlænge ejerperioden efter § 22 om ophør i særlige tilfælde overgår fra samarbejdsudvalgene til regionen. Der er tale om en forvaltningsretlig afgørelse, som i medfør af det nye klagesystem kan indbringes for Praksisklagenævnet.

Ved rammeaftalens ikrafttræden videreføres igangværende ejerperioder efter § 18, stk. 2, og § 22, samt allerede meddelte forlængelser på de hidtil gældende vilkår indtil deres udløb.

8. Aftalens økonomi

Side 36

<i>Samlet økonomi i rammen</i>	2027	2028	2029	2030
Fastlæggelse af rammeniveau for 2026 inkl. løft af basishonorar i aftale ²⁶	268	268	268	268
<i>Vækst i 2027-2030</i>				
Udgifter sfa forudsat vækst i læger	308	597	978	1.406
Fremskudte midler	100	100	-	-
<i>Heraf lægefaglig konference</i>	50			
Lægefaglig konference		50	50	50
Kompensationsordning	160	117	82	55
Tværasektoriel kommunikation med kommunerne	27	27	27	27
Samlet	596	891	1.137	1.538
<i>Faglige institutioner</i>				
Samlet	130	103	111	121
<i>Finansiering fra administrationsudvalget*</i>				
Samlet	-161	-	-	-
Samlet økonomi i aftalen	564	994	1.248	1.658
Samlet økonomi i aftalen inkl. fastlæggelse af rammeniveau for 2026	832	1.262	1.516	1.926

*Beløbet finansierer bl.a. fondens forventede ubalance på 38 mio. kr. Afviger den endelige ubalance fra det forventede, justeres beløbet tilsvarende

9. Ikrafttrædelse

Parterne er enige om, at aftalen træder i kraft 1. januar 2027.

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

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

København, den 28. oktober 2026

For Regionernes Lønnings-
og Takstnævn

For Praktiserende Lægers
Organisation

Anders Kühnau

Jørgen Skadborg

Rikke Margrethe Friis

Henrik Dam

Bilag

Side 38

Bilag 1. Ydelsesbeskrivelser

Bilag 2. Protokollat om efteruddannelse

Bilag 3. Protokollat om kvalitetsudvikling i almen praksis

Bilag 4. Kommissorium for Nationalt Forskningsinstitut for almen medicin

Bilag 5. Økonomiprotokollat

Bilag 6. Protokollat om opfølgning

Bilag 7. Teknisk beskrivelse af omsætningsbånd

Bilag 1. Ydelsesbeskrivelser

1. Ydelsesstruktur

Det estimerede tidsforbrug er vejledende. Tidsforbruget udgør ikke et minimum eller maksimum, som lægen skal dokumentere overfor regionen eller patienten, for den konkrete konsultation. Det estimerede tidsforbrug kan dog ligge til grund for forventningerne til, hvor mange konsultationer en læge kan gennemføre i løbet af en dag.

Tidsforbruget dækker eventuel forberedelse, afvikling, dokumentation og opfølgning relateret til den konkrete konsultation. Forberedelse og evt. opfølgning på en konsultation foregår ikke nødvendigvis i forbindelse med patientkontakten, men kan foregå forud og efterfølgende.

Bilag 15 Protokollat om anvendelse af sundhedskort ved elektronisk registrering af patienthenvendelse til almen lægepraksis videreføres efter nødvendige konsekvensrettelser.

Parterne er enige om, at det skal afdækkes, hvilke muligheder der kan være for, at der registreres tidspunkter for afholdelse af konsultationer, uden at det medfører en administrativ meropgave for klinikken.

1.1 Kort konsultation

Den korte konsultation foregår via telefon eller e-mail, og vil typisk omhandle et fagligt afgrænset spørgsmål og et kort og afgrænset svar eller råd fra læge eller personale.

Det samlede tidsforbrug til en kort konsultation og de tilknyttede opgaver forventes at være omkring 5 minutter.

Ydelsen kan gennemføres via 3. person, hvis f.eks. en pårørende, henvender sig til lægen på patientens vegne med henblik på lægelig undersøgelse eller behandling, lægeligt råd eller vejledning vedrørende patientens helbredsforhold uden at patienten deltager i kontakten. Der er ikke tale om en patientkontakt via tredjemand i tilfælde, hvor f.eks. en pårørende henvender sig til lægen for at få dennes vurdering af patientens generelle helbredstilstand, uden at dette sker på vegne af patienten.

Tidsbestilling/aftale om efterfølgende konsultation og receptfornyelse af fast medicin honoreres ikke som ydelse, uagtet om der har været foretaget en lægefaglig vurdering, men honoreres via det faste basishonorar.

Ydelsen kan også anvendes til afgivelse af svar på prøver og undersøgelser, som ikke forventes af have behov for yderligere dialog end selve svaret. Autogenererede svar er ikke honorarværdige

Honoraret for en kort konsultation er: 52,62 kr.

Oplysninger

Der skal registreres tidspunkt og medie for afholdt konsultation i lægens IT-system, som kan indsendes til regionen. Indtil registrering og indsendelse kan ske automatisk er der enighed om, at TK fortsat skal afregnes med 0201 og e-kons med 0105, således at der fortsat er indblik i aktiviteten. Honoraret vil fremadrettet være ens for de to ydelser.

1.2 Almindelig konsultation

Almindelig konsultation er som hovedregel ved fremmøde eller ved besøg, men kan også være på video, telefonisk eller elektronisk hvis vedhæftet billedmateriale.

En almindelig konsultation kan omfatte en eller flere varslede problemstillinger, med behov for uddybende dialog og evt. undersøgelse og information og evt. aftale om videre forløb.

Det samlede tidsforbrug til en almindelig konsultation og de tilknyttede opgaver forventes at være omkring 10 minutter. Fysiske konsultationer kan variere væsentligt, da det både kan omfatte fysiske konsultationer vedr. akutte problemstillinger samt aftalte konsultationer med en eller flere varslede problemstillinger.

Hvis det ud fra et fagligt perspektiv vurderes relevant, kan lægen i dialog med patienten prioritere hvilke problemstillinger, der skal håndteres i situationen og aftale en opfølgende konsultation med patienten.

Ydelsen kan foretages ved 3. person i tilfælde, hvor der ikke er behov for fysisk undersøgelse af patienten, og hvor henvendelsen sker på vegne af patienten.

Elektroniske kontakter er kun omfattet, hvis patienten henvender sig ved at fremsende vedhæftede billeder, som lægen skal vurdere og besvare og hvor problemstillingen kan vurderes samt afsluttes digitalt ved et svar fra lægen. Såfremt billedet ikke kan anvendes til at håndtere problemstillingen eller kontakten medfører aftale om konsultation, honoreres ydelsen ikke.

Telefonisk kontakt honoreres kun som en almindelig konsultation, hvis den er kalendersat på forhånd, og dels lever op til kravet om omfang ud over det korte spørgsmål og svar, som kan håndteres på omkring 5 minutter. Tidsbestilling/aftale om efterfølgende konsultation og receptfornyelse af fast medicin honoreres ikke som ydelse, uagtet om der har været foretaget en lægefaglig vurdering, men honoreres via det faste basishonorar.

Honorar for en almindelig konsultation er: 202 kr.

Oplysninger

Ved fysisk fremmøde skal sundhedskort registreres med tidspunkt for ankomst. Parterne er enige om, at det skal afdækkes, hvilke muligheder der kan være for, at der registreres tidspunkter for afholdelse af konsultationer, uden at det medfører en administrativ meropgave for klinikken.

Almindelig konsultation afholdt som elektronisk med billedmateriale eller telefonisk er lægeforbeholdt, skal ICPC-kodes og p-markeres. Når det kan ske automatisk, registreres tidspunkt og medie for afholdt konsultation i lægens IT-system, som kan indsendes til regionen.

Muligheden for at afregne en elektronisk eller telefonisk kontakt som en almindelig konsultation forudsættes at være økonomineutral.

1.3 Lang konsultation

Lang konsultation vedrører ikke varetagelsen af specifikke opgaver, men 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 undersøgelser, målinger eller behandlinger, hvorfor der er afsat mere tid, end der ville i en normal konsultation.

Det samlede tidsforbrug til en lang konsultation og de tilknyttede opgaver forventes at være omkring 30 minutter.

Lang konsultation kan omhandle én eller flere problemstillinger. En konsultation, hvor patienten fremlægger flere problemstillinger, honoreres ikke som en lang 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 lang konsultation.

Lang konsultation er mere krævende med hensyn til fx tidsforbrug, forberedelse/planlægning og indhold i konsultationen. Lang konsultation er som hovedregel derfor aftalt og kalendersat på forhånd, og hvor begge parter har forberedt sig på forhånd. En undtagelse kan være, hvor lægen undervejs i en konsultation erfarer, at der er behov for at afsætte markant mere tid end oprindeligt planlagt.

Lang konsultation kan gennemføres ved patientens fremmøde i klinikken eller i hjemmet, men kan også gennemføres pr. video. Lang konsultation kan ikke gennemføres pr. e-mail eller telefon.

Lang konsultation er som udgangspunkt en lægeforbeholdt ydelse. En Lang konsultation kan dog gennemføres af praksispersonale med særlige kompetencer, for så vidt angår følgende 5 kroniske diagnoser: diabetes, KOL, osteoporose, ukompliceret hypertension og stofskiftesygdom og under supervision af speciallæger i almen medicin.

Lang konsultation kan ikke foregå som en konsultation ved tredje mand.

Det forudsættes, at klinikker prioriterer lange konsultationer til de patienter, der også har det største behandlingsbehov, således at klinikken i videst muligt omfang differentierer ressourcerne efter borgernes behov.

Honoraret for en lang konsultation er: 475,22 kr.

Oplysninger

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

1.4 Kompleks konsultation

Det samlede tidsforbrug til en kompleks konsultation, og de tilknyttede opgaver, forventes at være omkring 60 minutter. Det vil i nogle tilfælde også omfatte deltagelse af plejepersonale og/eller pårørende relevante for patienternes videre forløb.

Konsultationen foregår i særlige tilfælde, hvor der er behov for en længerevarende kontakt, som kun kan udføres af speciallæger i almen medicin samt uddannelseslæger i fase 2 og fase 3, og ofte afleder eller inkluderer samtidig tværsektoriel koordinering og samarbejde på tværs af forskellige sektorer.

Kontakten er altid aftalt på forhånd. Al tværsektoriel kommunikation i relation til den konkrete konsultation er inkluderet i ydelsen og kan ikke afregnes særskilt.

Udarbejdede planer skal uden særskilt honorering deles med relevante samarbejdspartnere på den aftalte måde. En kompleks konsultation kræver typisk lægens forberedelse og efterfølgende opsamling. Konsultationen kan ikke gennemføres på video eller via 3. mand.

Honoraret for en kompleks konsultation er: 1.103,61 kr.

Oplysninger

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

1.5 Flere konsultationer samme dag

Der kan som udgangspunkt kun afholdes én konsultation om dagen.

Undtagelsesvist kan der afholdes to konsultationer 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
- Hvis en patients akutte sygdom kræver aftalt opfølgning senere samme dag

For så vidt angår korte konsultationer, kan der også afregnes en ny konsultation på samme dag:

- Hvis patienten henvender sig med nyt og særskilt emne senere på dagen.
- Hvis der afgives svar på en konkret, *ekstern* undersøgelse, hvor resultatet fremkommer senere samme dag, idet svar på undersøgelse udført i klinikken skal gives, mens patienten er til stede

Der kan ikke afregnes to lange eller komplekse konsultationer samme dag.

1.6 Besøg

Ved konsultation i hjemmet/plejecenter/bosted 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.

Afstandstillægget beregnes på baggrund af antallet af kørte kilometer fra praksis til patientens hjem og retur til praksis.

Hvis lægen udfører konsultationer i flere forskellige hjem på samme tur, honoreres lægen som beskrevet ovenfor med den relevante konsultation ("almindelig" eller "lang" eller kompleks), "Sygebesøgstillægget" for hver konsultation samt "Afstandstillæg" for den kørte afstand mellem

sygebesøgene, hvor første sygebesøg beregnes fra klinikken og det sidste besøg afregnes frem til besøget og retur til praksis.

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

Ud over sygebesøgstillægget og afstandstillægget får lægen kilometergodtgørelse ved kørsel i eget køretøj. (gælder ikke læger, som transporteres i Taxa jf. reglerne om det).

Honorar for sygebesøgstillægget er: 205,62 kr.

Honorar for afstandstillæg er: 20,74 kr.

2. Tillægsydelser

Parterne er enige om at forenkle strukturen for tillægsydelser som led i den nye honorarstruktur. De nuværende ydelseskoder opdeles nedenfor i ydelser, der nedlægges, fastholdes eller sammenlægges i nye konsultationstillæg.

Økonomien for de nedlagte ydelser vil anvendes til blandt andet forhøjelse af det almindelige konsultationshonorar, og det forudsættes dermed også, at almen praksis fortsat varetager de pågældende opgaver fremadrettet.

Parterne er endvidere enige om, at der udarbejdes ydelsesbeskrivelse af de tilbageværende tillægsydelser. Parterne er enige om, at tillægsydelser for skader og operationer kun kan afregnes sammen med grundydelsen ”almindelig konsultation”.

2. 1. Ydelser der nedlægges

2.1.1 Tillægsydelser der nedlægges

Parterne er enige om, at følgende ydelser nedlægges. Fremadrettet vil opgaverne være forudsat honoreret via konsultationshonorar.

Kode	Ydelse	Honorar (kr.)	Økonomi, mio. kr.
1208	Tillæg til konsultationshonorar til 2. og følgende sikrede ved samme institutionsbesøg	39,91	0,04
2101	Blodtagning fra blodåre pr. forsendelse	57,36	265,12

2102	Udtagning af prøve af livmoder, -mund og -hals til cytologisk undersøgelse inkl. forsendelse <i>I forbindelse med forenkling flyttes ydelsen til profylakseaftalen.</i>	41,00	9,03
2131	Ligsyn med udstedelse af dødsattest (side 1 og 2) Økonomi relateret til ydelsen tilføres aftalens samlede økonomi	172,09 + besøgstakst	2,0*
2133	Forsendelse af biologisk materiale ekskl. blodprøver	41,00	108,03
2135	Udfyldelse af dødsattest side 2 inkl. forsendelse Økonomi relateret til ydelsen tilføres aftalens samlede økonomi	49,17	0,77*
2142	Vejledning i svangerskabsforebyggende metoder ved første henvendelse eller skift af teknik	114,74	6,78
2143	Vejledning og undersøgelse ved anmodning om svangerskabsafbrydelse Nedlægges og forudsættes honoreret via lang konsultation	172,09	2,72
2149	Diagnostik, udredning og opfølgning ved anvendelse af fagligt anerkendte psykometriske test	250,73	90,54
2150	Fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med psykisk sygdom	450,67	4,78
2201	Patientledsagelse i ambulance og rejsetillæg til øer uden bosat læge	154,30	0,01
2301	For hver påbegyndt km ud over 21 km til sygebesøgsstedet	37,64	0,32
6201	Samtaleterapi, tillæg pr. ekstra person, maks. 3	117,96	0,13
2134	Ligsyn kun med udstedelse af dødsattest side 1 Økonomi relateret til ydelsen tilføres aftalens samlede økonomi	122,91	0,48*
2124	Behandling af store udbredte læsioner og forbrændinger		
2125	Genoplivning		

*Indeholder økonomi for sikringsgruppe 9.

2.1.2 Laboratorieundersøgelser der nedlægges

Nedenstående laboratorieundersøgelser nedlægges som selvstændige ydelseskoder og forudsættes honoreret via konsultationshonoraret.

Kode	Ydelse	Honorar (kr.)	Økonomi, mio. Kr.
7101	Urinundersøgelse ved stix	15,63	16,10
7108	B-hæmoglobin (fotometer)	62,54	44,54
7136	B-glukose (fotometer)	62,54	8,89
7175	Svangerskabsreaktion, urin choriongonadotropin	62,54	4,75
7177	Sænkingsreaktion	31,29	0,60
7183	Lungefunktionsundersøgelse (peak flow)	46,91	0,48

2. 1.3 Attestydelser der nedlægges

Nedenstående attestydelser nedlægges som selvstændige ydelseskoder.

Kode	Ydelse	Honorar (kr.)	Økonomi, mio. Kr.
5001	1. tvangsindlæggelse (røde eller gule papirer)	1.584,00	1,92
5002	Genindlæggelse ved tvang på samme institution	940,00	0,49
5093	Attestarbejde ved ansøgning om tilskud til terminalpatienter	122,90	0,23
5993	Momspligtigt attestarbejde ved ansøgning om tilskud til terminalpatienter	153,64	0,56

2. 1.4 Andre tillægsydelser der nedlægges

Nedenstående tillæg ved behandling af personer, der ikke er tilmeldt en læge nedlægges som selvstændige ydelseskoder og forudsættes honoreret via konsultationshonoraret.

Kode	Ydelse	Honorar (kr.)	Økonomi, mio. Kr.
2403	Tillæg ved telefonkonsultation i dagtid til visse sikrede	41,00	0,02

2.2. Ydelser der fastholdes

Nedenstående tillægsydelser fastholdes som selvstændige ydelseskoder.

Kode	Ydelse	Honorar (kr.)	Økonomi, mio. Kr.
2100	Tillæg til stedlig læge ved sygebesøg	607,21	0,23
2161	Tillæg ved lægehjælp, hvor der anvendes kvalificeret tolk	158,39	10,33
2401	Akutte tilfælde for sikrede omfattet af EF-regler mv.	229,42	0,04
2402	Tillæg ved lægehjælp til visse sikrede	73,75	0,10

2.3. Ydelser der sammenlægges i nye konsultationstillæg

2.3.1 Generelt vedr. kombination af konsultationsydelse og tillæg

For de nye konsultationstillæg vedrørende skadestuebehandlinger, operationer og tilsvarende behandlinger, laboratorieanalyser i eget laboratorium samt diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur gælder følgende:

Yderser for skadestuebehandlinger samt operationer kan alene afregnes sammen med almindelig konsultation.

Ydelser for laboratorieanalyser samt diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur kan afregnes sammen med almindelig konsultation, lang konsultation samt kompleks konsultation.

Tillægsydelser, laboratorieanalyser samt diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur kan afregnes i det omfang, hvor det er fagligt begrundet. Ydelserne kan kombineres og afregnes flere gange pr. dag

2.3.2 Behandling af skader

Konsultationstillægget "Skadestuebehandlinger" omfatter behandling af akutte og subakutte skader

Tillægget gives som kompensation for, at praksis afsætter tid uden for den normale tidsbestilling til at kunne håndtere akutte og subakutte patienter, samt som kompensation for udgifter til utensilier, materialer og sterilisering af instrumenter samt selve indsatsen.

Skadestuebehandlinger dækker:

- Fjernelse af fremmedlegemer
- Næsetamponade
- Anlæggelse af immobiliserende bandager
- Første behandling af forstuvninger, knoglebrud og ledscred
- Første behandling af større sår

Ved anvendelse af ydelsen skal klinikken registrere årsagen i henhold til ovenstående liste, der begrundet anvendelsen af ydelsen. Oplysningen deles med regionen, når it-systemet er udviklet til automatisk indberetning.

Følgende hidtidige ydelser indgår i den nye ydelse.

Kode	Ydelse	Honorar (kr.)	Økonomi, mio. kr.	Opdeling
2105	Fjernelse af fremmedlegemer fra øje, øregang, næse og svælg	114,74	1,59	Lille
2107	Fjernelse af fremmedlegemer under hud eller negl	114,74	1,75	Lille
2109	Anlæggelse af immobiliserende bandager	114,74	6,95	Lille
2111	Første behandling af mindre knoglebrud og reposition af skred i mindre led	229,42	1,85	Lille
2112	Første behandling af større sår	229,42	25,84	Stor
2122	Første behandling af brud på skinneben, lår, over- eller underarm	458,85	0,41	Stor
2123	Reposition af store ledscred	458,85	0,09	Stor
2108	Næsetamponade, standsning af blødning efter tandudtrækning	114,74	0,04	Stor

Lille ydelse honoreres med: 124,23 kr.

Stor ydelse honoreres med: 235,02 kr.

2.3.3 Operationer og tilsvarende behandlinger

Konsultationstillægget "Operationer og tilsvarende behandlinger" dækker operationer og tilsvarende omfattende behandlinger og procedurer.

Tillægget gives som kompensation for udgifter til indkøb og sterilisering af instrumenter samt for det øgede tidsforbrug ved disse konsultationer.

Operationer og tilsvarende behandlinger omfatter:

- Blærekateterisation
- Biopsi
- Fjernelse af negl eller svulst
- Operationer
- Tapning af væskeansamling
- Venesection
- Udtagelse af implanterede stimulatorer og pumper
- Indsættelse og fjernelse af Implanon samt indsættelse af spiral
- Blokader

Parterne forudsætter, at relevant lægemiddel ift. blokader, tilføjes positivlisten pr. 1. januar 2027, og at der snarest muligt laves en national positivliste. Såfremt at lægemidlet ikke kan tilføjes positivlisten, drøfter parterne, hvorvidt blokaden fortsat skal være en tillægsydelse.

Ved anvendelse af ydelsen skal klinikken registrere årsagen i henhold til ovenstående liste, der begrundes anvendelsen af ydelsen. Oplysningen skal deles med regionen, når it-systemet er udviklet til automatisk indberetning.

Følgende hidtidige ydelser indgår i den nye ydelse.

Kode	Ydelse	Honorar (kr.)	Økonomi, mio. kr.	Opdeling
2104	Blærekateterisation	172,09	1,64	Lille
2113	Biopsi med efterfølgende mikroskopisk undersøgelse hos patolog inkl. forsendelse	229,42	3,60	Lille
2115	Fjernelse af negl	344,17	0,48	Stor
2117	Fjernelse af subkutane eller dybereliggende svulster inkl. evt. forsendelse	344,17	23,84	Stor
2118	Operation for dybereliggende betændelse	344,17	4,33	Stor
2119	Tapning af væskesamling fra større led i terapeutisk øjemed	344,17	1,55	Stor
2120	Venesection tilrådet af hospital eller speciallæge samt ved livstruende tilstande	344,17	0,20	Stor
2121	Andre betydelige operationer	458,85	3,52	Stor
2137	Udtagning og forsendelse af implanterede stimulatorer og pumper	344,17	0,01	Stor

2144	Vejledning ved indlæggelse af spiral eller indsættelse af Implanon	229,42	4,92	Stor
2145	Fjernelse af Implanon	344,17	0,99	Stor

Lille ydelse honoreres med: 207,75 kr.

Stor ydelse honoreres med: 331,03 kr.

2.3.4 Laboratorieanalyser i eget laboratorium

Konsultationstillægget "Laboratorieanalyser i eget laboratorium" omfatter laboratorieanalyser, som analyseres i eget laboratorium.

Konsultationstillægget kan ikke anvendes, hvis prøverne sendes til analyse i eksempelvis centrallaboratoriet. Tillægget gives som kompensation for indkøb og sterilisering af instrumenter samt for det øgede tidsforbrug ved disse konsultationer.

Laboratorieanalyser i eget laboratorium omfatter:

- Svælg-streptokok antigen
- C-reaktivt protein (CRP)
- Koagulationsfaktorer
- Bakterier, herunder dyrkning af biologisk materiale
- Fasekontrastmikroskopi af biologisk materiale eksklusiv urin (7116)
- Fasekontrastmikroskopi af urin (7122)
- Urin til resistensbestemmelse
- Maskinel leukocyt- og differentieltælling

Der forudsættes deling af resultater med det øvrige sundhedsvæsen for, at ydelsen kan afregnes.

Følgende hidtidige ydelser indgår i den nye ydelse.

Kode	Ydelse	Honorar (kr.)	Økonomi, mio. Kr.	Opdeling
7105 og 7189 sammenlægges	Bakterier & Urin til resistensbestemmelse	46,91+93,79	9,63+20,14	Stor
7126	PP-INR (koagulationsfaktorer)	140,70	17,37	Stor
7109	Svælg-streptokok antigen	62,54	15,88	Lille
7116	Fasekontrastmikroskopi af biologisk materiale ekskl. Urin (Ellers fastholdes	78,17	1,51	Lille

	som selvstændig ydelse)			
7120	C-reaktivt protein (CRP)	78,17	126,01	Lille
7122	Fasekontrastmikroskopi af urin	62,54	12,05	Lille
7115	Maskinel leukocyt- og differentialtælling	46,91	15,14	Lille

Lille ydelse honoreres med: 71,06 kr.

Stor ydelse honoreres med: 140,70 kr.

2.3.5 Diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur

Konsultationstillægget "Diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur" omfatter diagnostiske undersøgelser, hvor der anvendes særligt apparatur.

Honoraret gives som kompensation for udgifter til utensilier, materialer og anvendelse af apparaturet samt for det øgede tidsforbrug ved disse konsultationer.

Diagnostiske undersøgelser ved særligt apparatur omfatter:

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

Der forudsættes ligeledes deling af resultater med det øvrige sundhedsvæsen for at ydelsen kan afregnes.

Følgende hidtidige ydelser indgår i den nye ydelse.

Kode	Ydelse	Honorar (kr.)	Økonomi, mio. Kr.	Opdeling
7113	Udvidet lungefunktionsundersøgelse ved spirometri	140,70	29,85	Lille
7118	Audiometri/tympanometri	126,69	18,65	Lille
7156	Elektrokardiografi inkl. prækordialafledninger	140,70	185,48	Lille
7121	Dobbelt lungefunktionsundersøgelse ved spirometri	281,44	25,15	Stor

Lille ydelse honoreres med: 139,47 kr.

Stor ydelse honoreres med: 281,44 kr.

Parterne er enige om, at der udarbejdes ydelsesbeskrivelse af de tilbageværende tillægs- og laboratorieanalyser.

Bilag 2. Protokollat om efteruddannelse

1. Indledning

Af den nationale opgavebeskrivelse fremgår det, at:

”For speciallæger i almen medicin, der arbejder i et almenmedicinsk tilbud, skal der være mulighed for både systematisk og selvvalgt efteruddannelse. Regionerne vil kunne pege på kurser under den systematiske efteruddannelse, som områdets eller udvalgte speciallæger i almen medicin, bør deltage i.

Regionens ledelsesopgave omfatter en understøttelse af, at almenmedicinske tilbud har de rette, opdaterede kompetencer, herunder tilrettelæggelse af efteruddannelses tilbud i sammenhæng med indførelse af nye opgaver og opfølgning på kompetenceniveauet i de almenmedicinske klinikker. Regionen skal fortsat understøtte lægernes efteruddannelse i de decentrale efteruddannelsesgrupper (DGE). For at efteruddannelsen i almenmedicinske tilbud understøtter det rette kompetenceniveau og den ønskede udvikling i almenmedicinske tilbud, vil Fagligt råd for forskning, efteruddannelse og kvalitet kunne beslutte, hvilke efteruddannelses tilbud der bør udarbejdes.”

2. Organisering

Bestyrelsen for efteruddannelse har det overordnede ansvar for efteruddannelsesområdet og skal sikre, at området udvikles i overensstemmelse med aftalen mellem parterne, Fagligt Råds anbefalinger, gældende lovgivning, den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion samt øvrige relevante nationale beslutninger. Bestyrelsen betjenes af et af parterne nedsat sekretariat.

2.1 Bestyrelse og sekretariat

Bestyrelsens sammensætning

Bestyrelsen sammensættes paritetisk med fire repræsentanter udpeget af RLTN og fire repræsentanter udpeget af PLO. Formandskabet deles mellem parterne.

Bestyrelsen kan suppleres med ekstern faglig repræsentation eller specialistkompetence, eksempelvis fra SST, DSAM, relevante regionale vidensmiljøer, faglige miljøer eller andre relevante aktører. Disse har ikke stemmeret.

Bestyrelsen kan alene træffe beslutninger i enighed. Ved uenighed løftes sagen til parterne. Bestyrelsen er beslutningsdygtig ved repræsentation af mindst et medlem fra hver af parterne.

Bestyrelsesmedlemmer kan efter behov indgå i flere bestyrelser på tværs af kvalitet, efteruddannelse og forskning med henblik på at sikre sammenhæng og synergi.

Bestyrelsen afholder fire møder årligt. Bestyrelsen kan afholde yderligere møder, hvis der er behov for det.

2.2 Bestyrelsens opgaver

Bestyrelsens opgaver er følgende:

- fastlægge den strategiske retning for efteruddannelsesområdet,
- fastlægge overordnede prioriteringer for systematisk efteruddannelse,
- beslutte opfølgning i forhold til lægernes deltagelse i den systematiske efteruddannelse,
- fastlægge retningslinjer og kriterier for godkendelse af tilskudsberettiget efteruddannelse,
- sikre sammenhæng mellem efteruddannelsesstilbud og opgaver i basisfunktionen,
- sikre, at efteruddannelsesstilbud udvikles i relevant samspil med faglige miljøer,
- forholde sig til anbefalinger fra Fagligt Råd,
- give sekretariatsfunktionen og den faglige/daglige ledelse mandat til at omsætte bestyrelsens prioriteringer til konkrete efteruddannelsesstilbud og driftsmæssige aktiviteter,
- følge udviklingen i deltagelse, aktivitet og kompetencebehov,
- sikre overordnet indblik i efteruddannelsesaktiviteter, herunder med henblik på økonomisk opfølgning og vurdering af, om ordningen understøtter formålet om løbende kompetenceudvikling,
- sikre, at efteruddannelsesområdet understøtter ensartet opgavevaretagelse og høj faglig standard på tværs af klinikker,
- sikre relevant inddragelse af almen praksis, DSAM, regionale faglige miljøer, efteruddannelsesaktører og myndigheds-/forvaltningsniveau,
- sikre koordination med kvalitets- og forskningsområdet, hvor dette er relevant,
- drøfte udvikling og udbud af efteruddannelsesaktiviteter, som ligger uden for den systematiske efteruddannelse, med henblik på at understøtte særligt prioriterede faglige indsatsområder,
- tage stilling til behov for iværksættelse af særlige initiativer, jf. puljeøkonomi i pkt. 2.4.2.

Det vil være op til bestyrelsen at beslutte, bl.a. med afsæt i anbefalinger fra Fagligt Råd, hvilke temaer og kurser, der godkendes under den systematiske efteruddannelse. Det er også bestyrelsens opgave at sikre relevante udbud af efteruddannelsesaktiviteter, der kan dække fagligt og geografisk. Bestyrelsen skal for så vidt angår økonomien:

- fastlægge budget og godkende regnskab for de centralt afsatte midler på efteruddannelsesområdet,
- forholde sig til konkrete driftsmæssige, budgetmæssige og tekniske forhold, som opstår i det løbende arbejde,
- foretage løbende økonomiopfølgning med henblik på at sikre omkostningseffektivitet på tværs af områderne under bestyrelsens ansvar,
- have overblik over aktivitet og deltagelse,
- føre tilsyn med udbetaling og anvendelse af midler og sikre, at udbetalinger lever op til normer og regler for anvendelse af offentlige midler.

Parterne udarbejder kommissorium for bestyrelsen for efteruddannelse.

2.3 Sekretariatet

Bestyrelsen betjenes af et sekretariat, som er placeret i PLO's efteruddannelsesafdeling.

Sekretariatet varetager primært fem aktiviteter:

- tildelinger og udbetalinger til læger som har deltaget i tilskudsberettiget efteruddannelse,
- godkender kurser efter ansøgninger fra udbydere,
- udvikling og udbud af gratis gruppebaseret efteruddannelse,
- indstiller temaer i den systematiske efteruddannelse,
- foretager opfølgning på deltagelsen i den systematiske efteruddannelse.

Hertil kommer mindre projekter samt administration af DGE-ordningen.

Sekretariatet har den understøttende funktion for bestyrelsens arbejde og har bl.a. til opgave, at:

- forberede og koordinere sager til bestyrelsen,
- udarbejde beslutningsoplæg, budgetopfølgning og statusmateriale,
- understøtte bestyrelsens beslutninger,
- samarbejde med Fagligt Råd og øvrige relevante aktører,
- understøtte udvikling og formidling af relevante efteruddannelsestilbud,
- sikre videndeling mellem DGE-grupperne på tværs af regionerne, og i samarbejde med de enkelte regioner, samt koordinere rammer for og tilbud til grupperne.
- sikre sammenhæng med kvalitets- og forskningsområdet, hvor dette er relevant,

- bidrage til dokumentation og gennemsigtighed om anvendelse af midler fx i form af sikring af relevante bilag i forhold til overensstemmelse mellem tilskud og faktiske udgifter for den enkelte læge,
- sikre gennemsigtighed i aktivitet og adskillelse mellem kursusudvikling og tilskudsudbetalinger/økonomisk opfølgning,
- sikre udvikling og udbud af såvel systematisk som selvvalgt gruppebaserede efteruddannelsesmoduler til både læger og personale og klinikker.

I henhold til forståelsespapiret mellem PLO og regeringen vil PLO-E's sekretariat fortsat kunne etablere efteruddannelsesstilbud og have ansvaret for udbetaling af efteruddannelsesmidler til de praktiserende læger, medmindre andet aftales mellem parterne.

Parterne er enige om at iværksætte et periodeprojekt til undersøgelse af mulighederne for en fremtidig organisering af sekretariatet, der sikrer god governance mellem udvikling og godkendelse af efteruddannelseskurser, samtidig med at sekretariatet bevarer den nødvendige fleksibilitet i opgavevaretagelsen. Periodeprojektet forventes færdiggjort senest 1. maj 2027, hvorefter bestyrelsen tager stilling til eventuel iværksættelse, som skal kunne ske fra 1. januar 2028.

2.4 Økonomi

2.4.1 Økonomi til sekretariatet

Regionerne indbetaler 17 mio. kr. pr. år til sekretariatsfunktionen under bestyrelsen.

Midlerne finansierer bl.a. udgifter til:

1. registrering af aktiviteter,
2. udbetaling af tilskud,
3. godkendelse af aktiviteter til tilskud,
4. kontrol af udbetalinger,
5. stikprøvekontrol og årlig godkendelse af regnskab ved statsautoriseret revisor,
6. informationshåndtering over for Danske Regioner/regionale konsulenter,
7. aflønning af personale, leder og lægefaglige konsulenter samt øvrige personaleomkostninger,
8. lokaler og fællesudgifter,
9. udvikling af aktiviteter, herunder til den systematiske og selvvalgte gruppebaserede efteruddannelse,
10. IT-support, drift og vedligeholdelse af systemer,

11. håndtering af meritgodkendelser.

2.4.2 Økonomi til særlige initiativer

Regionerne indbetaler 3 millioner kroner hvert år, som bestyrelsen kan prioritere til eksempelvis særlige udviklingsprojekter, indsatsområder eller uforudsete udgifter/engangsinvesteringer. Puljen kan alene anvendes indenfor formål, der understøtter efteruddannelsesarbejde.

3. Indhold i tilskudsberettiget efteruddannelse

Der er tre måder, hvorpå lægerne kan opnå tilskudsberettiget efteruddannelse; en obligatorisk systematisk efteruddannelse, en frivillig selvvalgt efteruddannelse (herunder tilskud til studiemateriale) og via Decentral Gruppebaseret Efteruddannelse (DGE-grupper).

Fælles for alle efteruddannelsesindsatser er, at tilbuddene tilrettelægges, så lægerne effektivt kan tilegne sig ny viden og kompetencer, der kan omsættes i klinisk praksis. Dette gælder både kurser i Danmark og i udlandet. Halvdagskurser i udlandet godkendes ikke.

Efteruddannelsesaktiviteterne skal understøtte, at speciallæger i almen medicin og relevant klinikpersonale løbende kan vedligeholde og udvikle sine kompetencer med udgangspunkt i klinikkens opgaver, patientpopulation og faglige udviklingsbehov. Aktiviteterne skal også støtte udvikling af kompetencer, der er nødvendige for at varetage opgaverne i basisfunktionen i den nationale opgavebeskrivelse og øvrige relevante opgaver i det almenmedicinske tilbud.

3.1 Systematisk efteruddannelse

Systematisk efteruddannelse omhandler efteruddannelsesaktiviteter inden for en række aftalte og prioriterede temaer, der som udgangspunkt er relevante for alle læger. Den systematiske efteruddannelse er obligatorisk for alle læger.

Den systematiske efteruddannelse skal tilrettelægges med blik for:

- opgaver og krav i basisfunktionen,
- målbeskrivelsen for almen praksis,
- udvikling i patientbehov og opgavevaretagelse,
- relevans for almen praksis, herunder kliniknære problemstillinger,
- sammenhæng med kvalitetsarbejde og kliniske retningslinjer,
- implementering af nye opgaver.

Praktiserende læger har, i henhold til denne aftale mellem RLTN og PLO, ret til 3 dages systematisk efteruddannelse hvert kalenderår. Ikke-afholdte systematiske efteruddannelsesdage kan overføres til det efterfølgende kalenderår efter en 2-års-regel, hvorefter de mistes, hvis de ikke er afholdt. Der kan derfor højst gives tilskud til seks dages systematisk efteruddannelse i et enkelt kalenderår.

Systematisk efteruddannelse skal som udgangspunkt have et omfang, der mindst svarer til én kursusdag, eller indgå i et samlet modulopbygget forløb af tilsvarende omfang.

Sekretariatet i PLO-E skal sikre, at der udbydes systematisk efteruddannelse, som er udgiftsneutral for deltagerne. For at opnå en fleksibel tilrettelæggelse af den systematiske efteruddannelse, kan der tilknyttes aktiviteter med deltagerbetaling. Sekretariatet har ansvaret for at foretage opfølgning på lægernes deltagelse i den systematiske efteruddannelse.

Der er enighed om, at praktiserende læger ikke behøver at deltage i efteruddannelsesaktiviteter inden for den systematiske efteruddannelse, hvis de har deltaget i aktiviteter med et tilsvarende indhold, som beskrevet i curriculaene for de enkelte temaer, inden for de seneste 2 år. Herunder forskning og praksisnære aktiviteter. Dette gælder også læger, der har været kursusledere på kurser udbudt som systematisk efteruddannelse.

3.2 Selvvalgt efteruddannelse

Den praktiserende læge har mulighed for tilskud til individuel selvvalgt efteruddannelse i op til tre dage hvert år svarende til en årlig tildeling på 23.550 kr. pr. læge, hvor aktiviteterne har en væsentlig relevans for almen praksis, men ikke nødvendigvis er relevant for alle læger. Midler, der ikke anvendes, overføres til det efterfølgende kalenderår efter en 2-års-regel. Dage, som ikke er anvendt inden udgangen af det efterfølgende kalenderår, bortfalder. Der kan derfor højst gives tilskud til seks dages selvvalgt efteruddannelse i et enkelt kalenderår.

Denne efteruddannelse kan gennemføres i form af kurser, deltagelse i den gruppebaserede efteruddannelse eller lignende aktiviteter (konference, e-læring og lignende), herunder praksisnære aktiviteter.

3.3 Decentral gruppebaseret efteruddannelse (DGE-ordningen)

Regionen skal jf. opgavebeskrivelsen understøtte lægernes efteruddannelse i de decentrale efteruddannelsesgrupper (DGE). Decentral gruppebaseret efteruddannelse er regionalt forankret og kaldes også DGE-ordningen. Det overordnede mål for DGE-ordningen er, at alle

læger skal sikres efteruddannelsestilbud med direkte relevans for den enkelte læges virke og tilpasset de lokale og regionale forhold.

DGE-ordningen består både af efteruddannelses- og supervisionsgrupper og skal ses i sammenhæng med den nationale opgavebeskrivelse for de almenmedicinske tilbud samt aktuelle og kommende opgaver i almen praksis.

En DGE-gruppe udgøres typisk af 5 til 15 praktiserende læger (eller f.eks. læger i hoveduddannelse i såkaldte junior-DGE-grupper).

Grupperne mødes mindst fire gange om året, og arbejdet skal tage udgangspunkt i relevante faglige emner, kvalitetssikring og kollegial sparring.

Parterne er enige om, at regionerne fortsat sikrer national DGE-koordination, herunder udbetaling til gruppernes mødeaktivitet. Desuden vil regionerne også fremover stille regionale DGE-koordinatorer og gruppevejledere til rådighed, som varetager opgaver i forhold til rekruttering til grupper og hjælp til facilitering af møder.

Regionerne afsætter 10 mio. kr. pr. år til den Decentrale Gruppebaserede Efteruddannelsesordning (DGE). Midlerne til DGE afsættes til løn til vejlederne inkl. koordinatortillæg, gruppelederaktiviteter samt udgifter til administration, kontorhold mv.

Regionerne betaler herudover et fast årligt tilskud til alle godkendte grupper til honorering af eksterne undervisere/oplægsholdere, mv. Herudover kan vejledere og koordinatorer medvirke til at arrangere lokale temadage, varetage undervisningsopgaver, planlægge anden form for efteruddannelse for de praktiserende læger, arrangere gensidige praksisbesøg og lignende.

Koordinering af det centrale arbejde varetages af en DGE-koordinator, der er ansat i PLO's Efteruddannelsessekretariat.

3.3.1 Periodeprojekt

Udbetaling af DGE-midler har traditionelt været administreret regionalt. Med henblik på at forenkle lægernes udbetalingsanmodninger generelt på efteruddannelsesområdet iværksættes et periodeprojekt, som skal undersøge mulighederne for at flytte administrationen af udbetalinger fra regionerne til bestyrelsens sekretariat. Periodeprojektet forventes færdiggjort senest 1. maj 2027, hvorefter parterne tager stilling til eventuel iværksættelse, som skal kunne ske fra 1. januar 2028.

3.4 Efteruddannelse for praksispersonale

Praksispersonale kan få tilskud til efteruddannelse indenfor en række temaer, som beslattes af bestyrelsen for efteruddannelse.

Efteruddannelsessekretariatet i PLO skal sikre et tilstrækkeligt og dækkende udbud af tilskudsberettigede kurser til praksispersonale regionalt og nationalt. Udbuddet af kurser tilstræbes at ske i samarbejde med de enkelte regioners tilbud til praksispersonale.

3.5 Økonomi til efteruddannelse

Hvis aktiviteten til lægernes selvvalgte og systematiske efteruddannelse overstiger det budgetterede niveau og medfører merudgifter, der ikke kan finansieres af det samlede budget for bestyrelsen for efteruddannelse, skal bestyrelsen redegøre for årsagerne til den øgede aktivitet og det deraf følgende finansieringsbehov.

Regionerne finansierer merudgifterne, hvis bestyrelsen konkluderer, at de skyldes en ønsket vækst i lægernes efteruddannelsesaktivitet. Hvis lægernes efteruddannelsesaktivitet ligger under det budgetterede niveau, tilbageføres de ikke-anvendte efteruddannelsesmidler til regionerne.

Regionerne indbetaler fra 2027 samlet 149,7 millioner kroner til efteruddannelsesområdet hvert år.

Regionerne indbetaler beløbet pr. 1. februar. Beløbet opgøres pr. læge pr. 01-01 det pågældende år. Beløbene er baseret på forventet antal kapaciteter ultimo 2026 (3634 kapaciteter) og viser nuværende træk af midler. Beløbene er fordelt som følger:

- 46,5 mio. kr. til systematisk efteruddannelse.
- 64,6 mio. kr. til selvvalgt efteruddannelse.
- 16,0 mio. kr. til praksispersonalets efteruddannelse
- 2,60 mio. kr. til læger i praksisamanuensisfase II og III
- 17,0 mio. kr. til sekretariatsfunktionen
- 3,0 mio. kr. til udviklingspulje

I alt 149,7 mio. kr.

Alle takster pris- og lønreguleres (PL-regulering).

Til systematisk efteruddannelse ydes 28.050 kr. til dækning af:

- Efteruddannelseshonorar for 3 kursusdage på 4.750 kr. pr kursusdag
- Kursusafgift pr. godkendt kursusdag 3.100 kr.
- Transportudgifter pr. kursusaktivitet eller pr. adskilt gruppe af kursusdage. Max 1.500 kr.

Til selvvalgt efteruddannelse ydes grundbeløb på 23.550 kr. til dækning af:

- Efteruddannelseshonoraret på 4.250 kr. pr. kursusdag
- Kursusafgift pr. godkendt kursusdag: 3.100 kr.
- Transportudgifter pr. kursusaktivitet eller pr. adskilt gruppe af kursusdage. Max 1.500 kr.
- DGE-møder på hverdage og i weekender: 2.000 kr. (min 2 timer), som trækkes fra lægernes efteruddannelseskonti.
- Studiematerialer som fx videnskabelige bøger relateret til almen medicin – dog max 25 % af tildelte beløb til selvvalgt efteruddannelse

Til DGE-grupper ydes:

- Hver DGE-gruppe, som er godkendt af Efteruddannelses-koordinatorerne, tildeles et årligt tilskud på 10.000 kr. af de enkelte regioner udover de aftalte midler til efteruddannelse

Til praksispersonale ydes:

- Kursusgebyr og ophold pr. godkendt kursusdag for praksispersonale, 3.100 kr.
- Tilskud til tabt arbejdsfortjeneste, 2.820 kr. pr. dag
- Tilskud til transport op til 1.500 kr.
- Klinikkerne tildeles en konto på 5.700 kr. pr. kapacitet (kapacitetskonto).

Til læger i praksisamanuensisfase II ydes:

- Tilskud til selvvalgt efteruddannelse: 2.000 kr., dækker 6 måneders praksisamanuensis.

Til læger i praksisamanuensisfase III ydes:

- Tilskud til selvvalgt efteruddannelse: 4.000 kr., dækker 12 måneders praksisamanuensis.

For kursusafgift og transport gælder, at der skal foreligge dokumentation. Ved dokumentation for transport skal oplyses udgifter for ud- og hjemrejse.

Bilag 3. Protokollat om kvalitetsudvikling i almen praksis

1. Indledning

Kvalitetsområdet moderniseres, så det indpasses i en ny struktur og ansvarsfordeling, hvor regionerne har ansvaret for at sikre kvalitet og kompetencer i de almenmedicinske tilbud. Samtidig bringes området i spil i forhold til udarbejdelsen af og opfølgning på Sundhedsstyrelsens opgavebeskrivelse (inkl. basisfunktionen) for de almenmedicinske tilbud.

2. Organisation

Bestyrelsen for kvalitet har det overordnede ansvar for kvalitetsområdet og skal sikre, at området udvikles i overensstemmelse med aftalen mellem parterne, Fagligt Råds anbefalinger, gældende lovgivning, den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion samt øvrige relevante nationale beslutninger. Bestyrelsen betjenes af KiAP's sekretariat.

2.1.KiAP

KiAP (Kvalitet i Almen Praksis) har til opgave at styrke kvalitetsarbejdet i almen praksis, understøtte det lægefaglige arbejde i klyngerne og i den enkelte klinik med data, værktøjer og vejledninger tilpasset hverdagen i klinikken.

KiAP's grundopgaver:

- udarbejdelse og vedligeholdelse af klyngepakker / kvalitetspakker,
- klinisk implementeringsstøtte, eksempelvis i form af praksispakker,
- udvikling og drift af dataunderstøttelse, herunder bl.a. klyngeplatformen og kvalitetsplatformen,
- datavisninger,
- relevante digitale værktøjer,
- faglig kvalificering af data, metoder og understøttelsesmateriale,
- udarbejdelse af relevante vejledninger (fx ICPC-kodning, anvendelse af kvalitetsplatform o.l.),
- skabeloner og administrative redskaber til klyngerne,
- understøttelse af klyngekoordinatorer,
- bidrage med faglig indsigt til udvikling af tværsektorielle indikatorer og forløbsnære kvalitetsmål,
- gennemførelse, opsamling og videreformidling af patienttilfredshedsundersøgelser,
- sikring af sammenhæng mellem nationale kvalitetsindsatser og lokal/regional implementering.

Regionerne indbetaler 27 mio. kr. årligt til finansiering af KiAP. Derudover 3 mio. kr. til en udviklingspulje, som bestyrelsen kan prioritere til eksempelvis særlige udviklingsprojekter,

indsatsområder eller uforudsete udgifter/engangsinvesteringer. Udviklingspuljen kan alene anvendes indenfor formål, der understøtter kvalitetsarbejdet.

Desuden indbetales i perioden 2027 til 2030 i alt 17,675 mio. kr. med en fjerdedel hvert år til færdigudvikling og drift af kvalitetsplatformen.

Bestyrelsen kan årligt budgettere med udgifter svarende til det indbetalte beløb i det pågældende år. Hvis der ved udgang af regnskabsåret viser sig et positivt resultat, kan overskud svarende til op til 2 % af regionernes indbetalinger overføres til det følgende års budget. Eventuelt overskud herudover tilbageføres til regionerne ved, at først kommende indbetaling reduceres tilsvarende.

2.2 Klynger

Forudsætninger for klyngearbejdet

Det følger af opgavebeskrivelsen, at alle almen medicinske klinikker skal indgå i kvalitetsklynger og løbende arbejde med monitorering og datadrevet kvalitetsudvikling med afsæt i mål og indikatorer, der er relevante for klinikkens konkrete patientpopulation.

Kvalitetsklyngerne vil fortsat være det trygge rum for praktiserende læger til gensidig dialog og udvikling. Samtidig skal kvalitetsklyngerne åbnes imod den faglige dialog og samarbejde med sygehusene/regionerne, herunder at klyngerne er et fagligt fællesskab, som kan bringes i spil bl.a. i forhold til den fælles dialog og udvikling af patientforløb mv.

Regionsrådet fastlægger de overordnede rammer for samarbejdet og den lokale organisering mellem klinikker i de almenmedicinske tilbud inden for regionens geografiske områder.

Kvalitetsarbejdet i klyngerne er fortsat drevet af et ønske om at blive bedre. Selve arbejdet i klyngerne sker derfor adskilt fra kontrol og sanktionsforanstaltninger. Samtidig er det afgørende, at deltagerne i hver enkelt klynge fortsat har fagligt råderum til at tilrettelægge konkrete indsatser med henblik på at forbedre kvaliteten. Det er kvalitetsudviklingen, der er afgørende.

Arbejdet i klyngerne består af tre dele:

- a) Kvalitetsarbejde relateret til nationale mål/-indikatorer med relevans for almen praksis
- b) Kvalitetsarbejde i samarbejde med fx kommuner, sundhedsråd og regioner, herunder på tværs af sektorgrænser eller via kvalitetsfora i regionerne eller dialogforum under sundhedsråd
- c) Kvalitetsarbejde, som læger i klyngen udvælger og initierer med henblik på at skabe kvalitetsudvikling på baggrund af relevante og operationelle data.

Det er lægerne og klinikkerne, der etablerer og drifter klyngerne, mens bestyrelsen og parterne følger udviklingen i kvalitetsarbejdet. Regioner og KiAP understøtter den faglige udvikling i klyngerne jf. opgavebeskrivelsen.

Klynger udgøres fortsat af flere lægeklinikker inden for et vist geografisk område for at tilgodese det lokale samarbejde, både lægerne imellem og med det øvrige sundhedsvæsen. Det fremgår af opgavebeskrivelsen, at alle læger i klinikkerne aktivt deltager i kvalitetsudviklingen.

I hver klynge udpeges en læge som klyngekoordinator, der har ansvar for at skabe de bedst mulige rammer for klyngens kvalitetsarbejde, fx at samle lægerne, vise datagrundlag og sikre fremdrift gennem opfølgning. Dette arbejde kan ske med støtte fra regionale konsulentordninger eller med bistand fra KiAP og ved at benytte digitale platforme, fx kvalitets- og klyngeplatformen. Klyngen kan have behov for lægefaglig sparring og undervisning fra enten kollegaer fra andre klynger, andre relevante speciallæger eller andre fagpersoner.

2.2.1 Klyngernes samarbejde med det regionale og lokale sundhedsvæsen

Klyngefællesskaberne har fortsat til opgave at arbejde med at oprette og vedligeholde lokale kontakter – både formelle og uformelle for at bidrage til gensidig forbedring af kvalitetsarbejdet. Der skal fortsat arbejdes på, at dette samarbejde rækker ind over forsknings- og efteruddannelsesområdet. Det vil være naturligt at fortsætte de etablerede netværk for klyngekoordinatorer på både regionalt og nationalt niveau. Formålet er fortsat at sikre opkvalificering af klyngekoordinatorer og videndeling på tværs af klyngerne, drøftelse af fælles indsatser samt understøttende tiltag for klynger mv.

2.2.2 Økonomi til kvalitetsudvikling i klynger

Regionerne indbetaler 1. februar 3.722 kr. pr. år pr. læge til kvalitetsudvikling i klynger. Hertil kommer et fast årligt honorar afhængig af klyngestørrelse. Det årlige beløb for klynger < 21 læger: 50.000 kr., klynger med 21-40 læger: 75.000 kr. og klynger > 40 læger: 100.000 kr. Beløbene opgøres pr. 01-01 det pågældende år, både hvad angår beløb pr. læge og klyngens størrelse. Pengene indbetales til klyngerne via PLO's klyngesekretariat.

Baseret på nuværende 116 klynger og 3592 læger i klynger er beløbet i alt: 22,0 mio.kr årligt til klyngerne.

Herudover indbetales:

- 630.000 kr. inkl. moms til administration af økonomimodulet og
- 450.000 kr. til driftsomkostninger ved økonomimodulet, heraf ca. 210.000 kr. (1 % af den samlede udgift til aktivitet) og 240.000 kr. til transaktionsgebyr. Begge beløb er inkl. moms.

Klyngernes regnskaber skal årligt undergå en repræsentativ stikprøvekontrol ved ekstern revision med henblik på at understøtte bestyrelsens ansvar for at sikre, at midlerne anvendes efter regler for anvendelse af offentlige midler. Der afsættes midler til dette i bestyrelsens budget.

Klyngemidlerne tildeles ud fra et fast princip om at sikre en forudsigelig anvendelse af midlerne samt ligelig fordeling på tværs af klyngerne.

Parterne er enige om, at der skal være gennemsigtighed med klyngernes økonomi.

Klyngemidlerne kan anvendes til aktiviteter, der direkte understøtter kvalitetsklyngearbejdet, herunder:

- planlægning og afholdelse af klyngemøder,
- honorering af klyngekoordinator,
- faglig facilitering,
- dataunderstøttelse og bearbejdning af kvalitetsdata,
- deltagelse og/eller oplæg af relevante fagpersoner,
- lokale kvalitetsprojekter inden for de aftalte rammer samt
- øvrige aktiviteter godkendt efter de fastsatte retningslinjer.

Midlerne kan ikke anvendes til formål, der ligger uden for kvalitetsklyngearbejdet.

Klyngerne kan årligt budgettere med udgifter svarende til det indbetalte beløb til klyngen i det pågældende år samt evt. opsparing. Klyngens indestående ud over 2 års indbetalinger ved udgangen af et år tilbageføres til bestyrelsen for kvalitet ved starten af regnskabsåret. Det er ikke hensigten, at der skal opspares klyngemidler i hver enkelt klynge.

2.3 Bestyrelse og sekretariat

Bestyrelsens sammensætning

Bestyrelsen sammensættes paritetisk med fire repræsentanter udpeget af henholdsvis RLTN og PLO. Formandskabet deles mellem parterne.

Bestyrelsen kan suppleres med ekstern faglig repræsentation eller specialistkompetence, eksempelvis fra SST, DSAM, relevante regionale vidensmiljøer, faglige miljøer eller andre relevante aktører. Disse inviteres med som observatører og har ikke stemmeret.

Bestyrelsen kan alene træffe beslutninger i enighed. Ved uenighed løftes sagen til parterne. Bestyrelsen er beslutningsdygtig ved repræsentation af mindst et medlem fra hver af parterne.

Den konkrete sammensætning og udpegning afstemmes parterne imellem forud for bestyrelsens opstart fra 2027.

Bestyrelsesmedlemmer kan efter behov indgå i flere bestyrelser på tværs af kvalitet, efteruddannelse og forskning med henblik på at sikre sammenhæng og synergi.

Bestyrelsen afholder 4 møder årligt. Bestyrelsen kan afholde yderligere møder, hvis der er behov for det.

2.4 Bestyrelsens opgaver

RLTN og PLO er enige om, at bestyrelsen skal:

- sikre praktisk og konkret implementering af bestyrelsens strategiske beslutninger om indsatser indenfor kvalitetsområdet
- forholde sig til konkrete driftsmæssige, budgetmæssige og tekniske forhold, som opstår i det løbende arbejde

- sikre udvikling af klyngearbejdet, herunder samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen i regioner og kommuner

Bestyrelsen skal for så vidt angår økonomien:

- fastlægge budget og godkende regnskab for de centralt afsatte midler på kvalitetsområdet
- foretage løbende økonomiopfølgning med henblik på at sikre omkostningseffektivitet på den eller de områder, som er under bestyrelsens ansvar,
- have overblik over aktivitet og deltagelse,
- føre tilsyn med udbetaling og anvendelse af klyngemidler og sikre, at udbetalinger lever op til normer og regler for anvendelse af offentlige midler.

I samarbejde med statsautoriseret revisor udarbejdes vejledning om forbrug og refusion af klyngemidler.

2.5 Sekretariatet

KiAP har den understøttende funktion for bestyrelsens arbejde og har bl.a. til opgave, at:

- forberede og koordinere sager til bestyrelsen,
- udarbejde beslutningsoplæg, budgetopfølgning og statusmateriale,
- understøtte bestyrelsens beslutninger,
- samarbejde med Fagligt Råd og øvrige relevante aktører,
- understøtte udvikling og formidling af relevante kvalitetstilbud,
- sikre sammenhæng med efteruddannelses- og forskningsområdet, hvor dette er relevant.

Sekretariatet varetager opgaverne på mandat fra bestyrelsen og indgår i samarbejde med relevante samarbejdspartnere såsom Danske Regioner, PLO, de regionale kvalitetsorganisationer og dialogfora.

PLO's klyngesekretariat bidrager til dokumentation og gennemsigtighed om anvendelse af klyngemidler fx i form af sikring af relevante bilag i forhold til overensstemmelse med gældende vejledning for forbrug og refusion af klyngemidler.

Parterne udarbejder kommissorie for bestyrelsen for kvalitet.

3. Regional kvalitetsudvikling

Regionerne skal ifølge den nationale opgavebeskrivelse skabe rammer for og understøtte datadrevet kvalitetssikring og -udvikling. Herunder forudsættes understøttende indsatser i de regionale kvalitetsenheder, som understøtter arbejde med patientsikkerhed og organisationsudvikling så som klyngeunderstøttelse, dataleverancer, lægemiddelrådgivning samt konsulentbistand i øvrigt.

Parterne ligger til grund, at det gode samarbejde fortsættes, og at den regionale kvalitetsudvikling prioriteres på mindst samme niveau som hidtil.

Bilag 4. Kommissorium for Nationalt Forskningsinstitut for almen medicin

1. Formål

Dette kommissorium beskriver formål, opgaver, ansvar, kompetenceforhold og organisatoriske rammer for en bestyrelse for forskning samt for den tilknyttede sekretariatsfunktion i Nationalt Forskningsinstitut for Almen Medicin.

Kommissoriet tager udgangspunkt i de overordnede principper for ny governance inden for forskning, kvalitet og efteruddannelse. Kommissoriet skal understøtte en klar, gennemsigtig og fagligt funderet organisering af forskningsområdet og samtidig sikre en sammenhængende styring, prioritering og opfølgning på forskningsområdet. Forskningen skal understøtte udviklingen af det almenmedicinske tilbud gennem klinisk forskning af høj faglig kvalitet og stor samfundsmæssig relevans.

Kommissoriet skal desuden bidrage til en tydelig rolle- og ansvarsfordeling, et samlet økonomisk overblik samt et paritetisk samarbejde. Organiseringen skal understøtte sundhedsreformens ambitioner om et styrket nært sundhedsvæsen og skabe bedre rammer for, at praktiserende læger kan deltage aktivt i forskning som en integreret del af deres arbejde.

2. Bestyrelsens rolle og ansvar

Bestyrelsen for forskning har det overordnede strategiske og organisatoriske ansvar for forskningsområdet i almen medicin og skal fastlægge den samlede retning, de overordnede prioriteringer og rammerne for områdets udvikling. Bestyrelsen skal inden for gældende lovgivning, rammeaftaler og nationale opgavebeskrivelser sikre en sammenhængende udvikling af forskningsområdet og understøtte, at forskningen fortsat er fri, uafhængig, af høj international kvalitet og samtidig relevant for udviklingen af almen praksis.

Bestyrelsen skal føre overordnet tilsyn med, at opgaverne varetages i overensstemmelse med fastlagte mål, prioriteringer og økonomiske rammer, herunder:

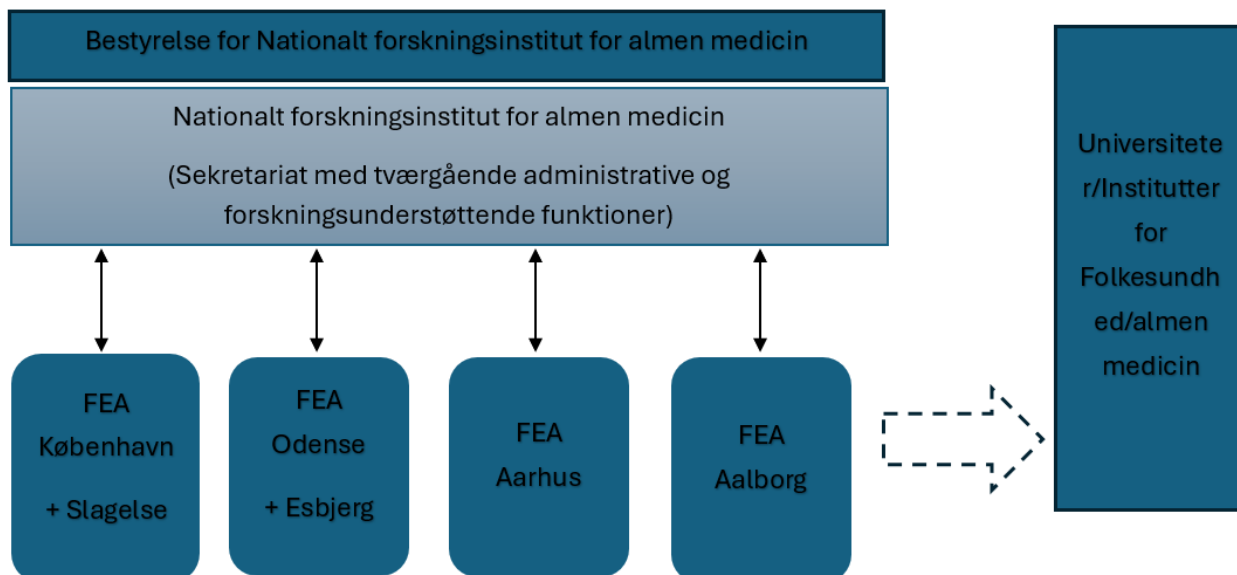
- At godkende budget og regnskab.
- At forholde sig til konkrete drifts- og budgetmæssige forhold, der opstår i den løbende udvikling på området.
- At udstikke de overordnede rammer for indsatsen inden for forskningsområdet, herunder sammenhæng til det øvrige sundhedsvæsen.
- At sikre sammenhæng mellem forskningsområdet og øvrige nationale indsatser og politiske målsætninger.

- At følge og drøfte den løbende udvikling i forhold til de igangsatte initiativer og skabe overblik og sammenhæng i forskningsindsatserne.
- At prioritere og koordinere nationale strategiske forskningsindsatser.
- At understøtte udviklingen af strategiske samarbejder og indsatser, der kan styrke mulighederne for ekstern forskningsfinansiering.

3. Organisation

Organiseringen skal tilpasses den nationalt fastsatte opgavebeskrivelse og basisfunktion for de almenmedicinske tilbud.

Organisationsdiagram for Nationalt Forskningsinstitut med tilhørende forskningsenheder og satellitfunktioner er som følger:



4. Bestyrelsens sammensætning

De afsatte midler til forskningsområdet forvaltes af en bestyrelse bestående af fire medlemmer udpeget af PLO og fire medlemmer udpeget af RLTN. Aftalens parter deler formandskabet. Parterne er enige om, at bestyrelsen kan beslutte at tilknytte øvrige interessenter uden stemmeret (repræsentanter fra universiteterne, DSAM, Sundhedsstyrelsen og øvrige relevante faglige miljøer). Hvert bestyrelsesmedlem har én stemme. Bestyrelsen kan alene træffe beslutninger i enighed. Ved uenighed drøftes sagen mellem parterne. Bestyrelsen er beslutningsdygtig ved repræsentation af mindst ét medlem fra hver af parterne. Den

konkrete sammensætning og udpegning afstemmes parterne imellem forud for bestyrelsens opstart fra 2027.

Bestyrelsens sammensætning skal understøtte varetagelse af det strategiske ansvar og sikre relevant faglig og organisatorisk forankring inden for forskningsområdet.

Desuden tilstræbes det, at bestyrelsen samlet besidder de nødvendige kompetencer inden for forskning, klinisk udvikling, økonomistyring, fundraising og ledelse til at varetage opgaverne i dette kommissorium.

Bestyrelsens arbejde skal baseres på et paritetisk og ligeværdigt samarbejde mellem parterne. Der skal være klarhed om beslutningskompetence, prioriteringsgrundlag og procedurer for opfølgning og organisering. Samtidig skal bestyrelsen understøtte den nødvendige fleksibilitet og mulighed for tilpasning i takt med ændringer i opgaver, rammer og styringsbehov.

Sekretariatet skal sikre, at beslutninger og eventuelle uenigheder dokumenteres i relevant omfang, og at der følges op på trufne beslutninger.

4.1 Direktør

Bestyrelsen har ansvar for at udpege, ansætte og afskedige en direktør for det nationale forskningsinstitut med lægefaglig baggrund, der fortrinsvis er læge i almen medicin eller et beslægtet speciale.

Denne bør være anerkendt forsker inden for fagområdet på højt internationalt plan og samtidig have stor erfaring med sundhedsvidenskabelig forskning, klinisk almen praksis og ledelse. Der er derfor behov for en leder, der kan drive forskningsenhederne som en fælles enhed, drive forskningen til højeste internationale niveau, sikre faglig relevans for almen praksis og den rette prioritering af forskningsindsatser, udnytte synergier på tværs af enhederne og øge forskningsenhedernes samlede eksterne finansiering. En ledelsesgruppe bestående af lokalt forankrede ledere vil understøtte direktøren i dette arbejde.

4.2 Ledelse og sekretariat

Sekretariatsfunktionen varetager den administrative, koordinerende og faglige betjening af bestyrelsen og understøtter Nationalt Forskningsinstitut for Almen Medicins virke gennem sagsforberedelse, mødebetjening, koordinering, opfølgning og relevant ledelsesinformation.

Sekretariatet skal bidrage til sammenhæng mellem bestyrelsen, forskningsenhederne og øvrige aktører. Desuden skal sekretariatet sikre koordinering på tværs af forskningsområdet og understøtte samarbejdet med relevante myndigheder, universiteter, forskningsmiljøer og

øvrige samarbejdspartnere. Der vil fortsat være behov for sekretariater lokalt, men centrale koordinerende funktioner vil oplagt kunne placeres i det centrale sekretariat.

Sekretariatets opgaver:

- Understøtte udviklingen af forskningsområdet i almen medicin.
- Understøtte samarbejde og koordinering på tværs af forskningsenhederne.
- Forberede og koordinere sager til drøftelse i bestyrelsen samt understøtte bestyrelsen med mødemateriale og løbende status på økonomi, indsatser og øvrige forhold.
- Arbejde for, at der skabes sammenhæng og synergi mellem forskning, kvalitet og efteruddannelse.
- Understøtte arbejdet med at fremme forskningsaktivitet og formidling af forskningsresultater.
- Sikre synliggørelse af forskning i almen medicin.
- Varetage tværgående administrative og forskningsunderstøttende funktioner.
- Koordinere dialog og samarbejde med centrale myndigheder og øvrige samarbejdspartnere.

4.3 Mødefrekvens

Bestyrelsen afholder møder efter en på forhånd fastlagt mødeplan og så ofte, som det er nødvendigt for at varetage bestyrelsens opgaver forsvarligt. Der bør som udgangspunkt afholdes fire ordinære møder årligt. Herudover kan der indkaldes til ekstraordinære møder, når formanden eller et sagligt begrundet mindretal af bestyrelsens medlemmer anmoder herom.

Sekretariatet understøtter mødeplanlægning, udsendelse af dagsorden og relevant materiale samt opfølgning på beslutninger.

5. Tidsramme

Nationalt Forskningsinstitut for almen medicin skal etableres med opstart senest 1. januar 2027.

6. Økonomi

Beløb og anvendelse defineres af den til enhver tid gældende rammeaftale mellem RLTN og PLO.

Der skal være et samlet økonomisk overblik over midler afsat til forskning i almen medicin, herunder grundfinansiering, tværgående funktioner og eventuel ekstern finansiering.

Bestyrelsen har mulighed for at prioritere omlægning af midler, når dette er sagligt begrundet og foreneligt med de fastlagte formål.

Anvendelsen af økonomien skal være gennemsigtig, og anvendelsen af offentlige midler skal ske dokumenteret, ansvarligt og under relevant ledelsesmæssigt og forvaltningsmæssigt opsyn.

Parterne er enige om, at bestyrelsen for forskning tildeles en årlig pulje på 3 mio. kr., som bestyrelsen kan prioritere indenfor. Puljen skal dække opstart af sekretariatsfunktion, herunder løn til direktør og sekretariat.

Bilag 5. Økonomiprotokollat

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 aftalemæssige 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 2027 foreligger.

Den økonomiske ramme for almen praksis udgør pr. 1. januar 2027 10.495,4 mio. kr. Rammen tillægges årligt midler svarende til økonomiopstillingen og nedenstående mekanisme for udmøntning af økonomi sfa. vækst i aktive kapaciteter.

Rammen omfatter alle udgifter til varetagelse af basisopgaven i den nationale opgavebeskrivelse. Rammen korrigeres for cervixytologiske undersøgelser indtil en opdatering af profylakseaftalen er gennemført. 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.

2027:

Rammen reguleres efter rammeaftalens almindelige reguleringsbestemmelser. Derudover reguleres rammen årligt pr. 1. januar med 2,91 mio. kr. pr. ekstra aktiv kapacitet på baggrund af den forventede udvikling i antallet af aktive lægekapaciteter i klinikker, som drives i henhold til rammeaftalen. Reguleringen omfatter både en fremadrettet justering baseret på den forventede udvikling i antallet af aktive lægekapaciteter i den kommende periode og en bagudrettet korrektion for forskellen mellem den forventede og den faktiske udvikling i det senest afsluttede år. I den ekstraordinære situation hvor antallet af gruppe 1-sikrede øges mere end stigningen i antallet af læger kan finansiere, skal der ske en korrektion af den økonomiske ramme.

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 omlægninger i regionernes akutbetjening.

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 2030. Udviklingen i økonomien sammenholdt med den økonomiske ramme følges løbende, som minimum via kvartalsvise opgørelser.

De aktuelle udgifter til varetagelse af basisopgaven i den nationale opgavebeskrivelse 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 førstkomende 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 opkræves lagvist efter en trappemodel, hvor den klinik, der har den største procentvise overskridelse af omsætningsbåndet, tilbagebetaler først. Herefter omfattes klinikkerne successivt efter størrelsen af deres procentvise overskridelse, således at klinikken med den til enhver tid største resterende overskridelse tilbagebetaler først. Modellen fortsætter, indtil den samlede overskridelse af den økonomiske ramme er fuldt tilbagebetalt.

Tilbagebetalingen gennemføres ved en nedsættelse af klinikkernes basishonorar over to reguleringsperioder svarende til ét år.

3. **Kollektiv modregning.** Den del af overskridelsen, som ikke dækkes efter punkt 2, modregnes kollektivt ved nedsættelse af reguleringsprocenten og om nødvendigt af de faste honorarer. Modregningen fastsættes, så den resterende overskridelse tilbagebetales fuldt ud, medmindre parterne aftaler andet.
4. **Afvikling.** Den kollektive modregning har virkning fra førstkommende honorarregulering efter den endelige opgørelse og afvikles som udgangspunkt over ét år. Beregningen baseres på statiske data, og der foretages ikke efterregulering som følge af efterfølgende ændret aktivitet eller adfærd.

Bilag 6. Protokollat for opfølgning på aftalte honorarstruktur

Den nye honorarstruktur indebærer en væsentlig omlægning af rammerne for honoreringen i almen praksis. Parterne er derfor enige om løbende at følge konsekvenserne af omlægningen og i fællesskab håndtere væsentlige utilsigtede eller uforudsete virkninger. Omlægningen er i sig selv økonomineutral og skal ses i sammenhæng med indførelsen af et differentieret omsætningsbånd.

Opfølgningen skal understøtte, at honorarstrukturen implementeres i overensstemmelse med aftalens økonomiske og fordelingsmæssige forudsætninger.

Fælles opfølgning og korrigerende tiltag

Parterne følger i overgangsperioden 2027-2030 udviklingen i honorarstrukturen på grundlag af et fælles datagrundlag. Opfølgningen gennemføres kvartalsvist og omfatter som minimum:

- den samlede aktivitet, omsætning og regionale udgifter,
- fordelingen mellem fast og aktivitetsafhængig honorering,
- udviklingen i anvendelsen og fordelingen mellem kort, almindelig, lang og kompleks konsultation,
- udviklingen i aktivitet og økonomi for de nye konsultationstillæg samt øvrige ydelser, der ændres som følge af den nye honorarstrukturudvikling i klinikernes samlede omsætning og placering ift. omsætningsbåndet,
- sammenhængen mellem aktivitet, honorering og patienternes behandlingsbehov samt, herunder ift. de længerevarende konsultationer (lang konsultation og kompleks konsultation),
- anvendelsen og virkningen af overgangs- og kompensationsordninger.

Opfølgningen omfatter både den samlede udvikling og udviklingen fordelt på geografi, praksisformer og patientgrupper. Hvor det er relevant, følges aktivitet og honorering endvidere på behandlerniveau på baggrund af behandler-id.

Parterne følger særskilt udviklingen i anvendelsen af almindelig konsultation fordelt på fysiske, telefoniske og elektroniske kontakter (=foto-emails). Opfølgningen sker på baggrund af behandler-id, p-markering og ICPC-kodning med henblik på at monitorere aktivitet og honorering på tværs af kontaktformerne samt følge den økonomiske virkning af muligheden for at afregne elektroniske og telefoniske kontakter som almindelig konsultation.

Såfremt det kan konstateres, at anvendelsen af lange og komplekse konsultationer ikke følger patienternes behandlingsbehov, skal parterne indledningsvis orientere læger og regioner om behovet for et større fokus på, at aktiviteten tilpasses og prioriteres.

Der er som del af aftalen forudsat en forventet fordeling af aktivitet og økonomi mellem de aftalte ydelser. Såfremt det kan konstateres, at fordelingen i ydelserne udvikler sig anderledes end forudsat af parterne, er parterne uden unødigt ophold forpligtede til at drøfte tiltag, der kan forhindre uønskede, væsentlige økonomiske eller fordelingsmæssige konsekvenser.

Sammenhæng med aftalen

Dette protokollat skal ses i sammenhæng med aftalens øvrige bestemmelser om honorering, overgangsordninger, omsætningsbånd og økonomistyring.

Bilag 7: Teknisk beskrivelse af omsætningsbåndet

Omsætningsbåndet indgår som en del af en samlet ny tilgang til honorering, styring og opfølgning i det almenmedicinske tilbud. Med udgangspunkt i omsætningsbåndet får den enkelte klinik mulighed for løbende at se sin samlede omsætning i forhold til en forventet omsætning, der er beregnet på baggrund af klinikkens patientantal og patienternes sygdomsvægt, som følger af den nationale fordelingsmodel.

Modellen anvendes som et objektivt og ensartet beregningsgrundlag, hvor hovedprincippet er, at en klinik med sygdomsvægten 1 tildeles den gennemsnitlige pris pr patient pba. den nationale økonomiske ramme justeret forholdsmæssigt for det regionale forbrug i de 12 seneste måneder (ændres efter 2031 til den nationale økonomiske ramme), mens en klinik med sygdomsvægten 1,2 tildeles en gennemsnitspris tillagt 20 pct. Ligeledes tildeles en klinik med en sygdomsvægt på 0,8 en gennemsnitspris, der er 20 pct. lavere.

Basishonorar håndteres som i den nuværende højstegrænseberegning. Minimumsbasishonorar indgår også i beregningsgrundlaget.

I beregningen af omsætningsbåndet vil basishonorar blive differentieret, dog vil minimumsbasishonorar slå igennem for en række praksis med en lavere patienttyngde end 1. Det betyder at praksis med en patienttyngde på 1,2 vil få differentieret basishonorar på 1,2 som vil indgå i beregningen af omsætningsbåndet, mens praksis med en patienttyngde som får udbetalt minimumsbasishonorar vil have minimumsbasishonoraret til brug for beregningen.

Afgrænsning

Beregningsgrundlaget af sygdomsvægten og omsætningsbåndet omfatter økonomi og aktivitet, som vedrører basisfunktionen. Omsætningsbåndet skal opgøres på klinikniveau. En klinik defineres som et ydernummer, således at ét ydernummer har ét omsætningsbånd.

Klinikkens sygdomsvægt hentes fra den til enhver tid gældende nationale fordelingsmodel. Modellen estimerer behandlingsbehovet på individniveau på baggrund af demografiske, helbredsmæssige og socioøkonomiske karakteristika og indeholder en geografisk korrektion baseret på middellevetid. En sygdomsvægt på 1 svarer til et gennemsnitligt estimeret behandlingsbehov.

Klinikkens patienttal kan variere over året.

Illustrativt eksempel

En klinik har 1.500 patienter med en gennemsnitlig sygdomsvægt på 1,10. Klinikkens sygdomsvægtede patientgrundlag er 1.650.

Hvis aktivitetshonoreringen pr. sygdomsvægtet patient er 1.000 kr., bliver klinikkens beregnede gennemsnitspris 1.100 kr. pr. faktisk patient, og den forventede omsætning over de seneste 12 måneder bliver 1.650.000 kr. Basishonoraret pr. sygdomsvægtede borger er 553,60 kr., men fordi klinikkens

basishonorar differentieres, vil basishonoraret være 608,96kr. pr. borger. Den samlede forventede honorering pr. borger for en klinik med sygdomsvægt 1,1 vil således være 1.708,96 kr.

Ved en øvre økonomisk reaktionsgrænse på 20 pct. er tærsklen $1500 \cdot 1.708,96 \cdot 1,2 = 3.076.128$ kr.

Hvis klinikkens sygdomsvægt er 0,8 og klinikken modtager minimumsbasishonorar på 553,60 kr., så vil beregningen være et forventet aktivitetshonorar på 800 kr. pr. patient, og et minimumsbasishonorar på 553,60 kr. pr. patient. Den samlede forventede honorering pr. borger for en klinik med sygdomsvægt 0,8 vil således være 1.353,60 kr. i beregningen af omsætningsbåndet.