

FEBRUAR 2020

Kronikerhonorar for borgere med type 2-diabetes og KOL

2018



SUNDHEDSDATA-
STYRELSEN

Resumé

Overenskomstforhandlinger for almen praksis, der trådte i kraft pr. 1. januar 2018, indebærer bl.a. en ny honoreringsmodel for borgere med KOL og type 2-diabetes, kaldet kronikerhonorarer. Honoraret omfatter patienter med type 2-diabetes og/eller kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), hvor der ikke er særligt behov for specialiseret behandling. Formålet er, at borgere med KOL og type 2-diabetes i højere grad ses i almen praksis frem for på hospitalsambulatorierne.

De alment praktiserende læger skal ifølge overenskomsten overføre alle tilmeldte patienter, som er diagnosticeret med type 2-diabetes og KOL, til ordningen. Dette gælder dog ikke udvalgte undergrupper (fx gravide med type 2-diabetes og borgere med KOL med meget svært nedsat lungefunktion), hvor behandlingsansvaret fortsat ligger på sygehuset¹.

Kronikerhonorarerne dækker over kontaktydelser, herunder konsultation, e-mail- og telefonkonsultationer og specifik forebyggende indsats (årskontrol) uanset årsag. Det betyder, at uanset om kontakten skyldes borgerens kroniske lidelse eller andre problemer, er den dækket af kronikerhonorarerne. Tillægsydelser, laboratorieundersøgelser, sygebesøg, samtaleterapi mv. er ikke dækket af kronikerhonorarerne, men afregnes særskilt.²

De aftalte kronikerhonorarer udbetales uanset, hvor mange konsultationer og årskontroller lægen eller klinikpersonalet udfører pr. patient.

Det er derfor relevant at se på, hvor mange borgere, hvor der afregnes kronikerhonorar, og sammenligne det med de borgere, der kan identificeres med KOL og type 2-diabetes ifølge Registeret for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS).

Det er yderligere interessant at undersøge, om der er forskel på de borgere, der har type 2-diabetes og KOL, hvor der afregnes kronikerhonorar og dem, hvor der ikke gør, i forhold til deres aktivitet i sundhedsvæsenet.

I analysen skelnes der mellem:

- Borgere, der har type 2-diabetes, men ikke KOL (herefter benævnt borgere med type 2-diabetes)
- Borgere, der har KOL, men ikke type 2-diabetes (herefter benævnt borgere med KOL)
- Borgere, der både har type 2-diabetes og KOL

¹ Forhandlingsaftale om almen praksis OK18: www.laeger.dk/sites/default/files/forhandlingsaftale_om_almen_praksis.pdf

² www.laeger.dk/faq-om-kronikeromsorg-i-ok18#Spm1.1

Hovedresultater

- Der afregnes kronikerhonorar for omkring 32 pct. af de ca. 400.000 borgere med KOL og/eller type 2-diabetes i 2018. Ud af de ca. 209.000 borgere med type 2-diabetes, som ikke har KOL, afregnes der kronikerhonorar for omkring 41 pct. Blandt de ca. 162.500 borgere med KOL, som ikke har type 2-diabetes, afregnes der kronikerhonorar for ca. 18 pct. Der afregnes kronikerhonorar for mere end 40 pct. af de næsten 30.000 borgere med både type 2-diabetes og KOL.
- Borgere, hvor der afregnes kronikerhonorar, har lidt flere kontakter til almen praksis end de borgere med type 2-diabetes og KOL, hvor der ikke afregnes kronikerhonorar.
- Borgere med type 2-diabetes og/eller KOL, hvor der afregnes kronikerhonorar, har i gennemsnit færre hospitalsbesøg end borgere, hvor der ikke afregnes kronikerhonorar. Det gennemsnitlige antal hospitalsbesøg for borgere med type 2-diabetes og/eller KOL, hvor der afregnes kronikerhonorar, er lidt over fem, hvoraf næsten alle er planlagte ambulante besøg. Det gennemsnitlige antal hospitalsbesøg for borgere med type 2-diabetes og/eller KOL, hvor der afregnes kronikerhonorar, er ca. otte hospitalsbesøg i 2018, hvoraf syv er planlagte ambulante besøg.
- Den tiendedel alment praktiserende læger, der afregner den mindste andel, afregner højest 6 pct. af deres tilmeldte borgere med type 2-diabetes og/eller KOL i 2018. Den tiendedel alment praktiserende læger, der afregner den største andel, afregner mindst 51 pct. af deres tilmeldte borgere med type 2-diabetes og/eller KOL i 2018. Der er dermed en forskel på mindst 45 procentpoint på tværs af de alment praktiserende læger i 2018.
- Den største andel borgere med type 2-diabetes og/eller KOL afregnes med kronikerhonorar i Region Midtjylland. Her afregnes ca. 39 pct. af omkring 86.500 borgere med type 2-diabetes og/eller KOL.
- Ud af de 205.700 mænd med type 2-diabetes og/eller KOL afregnes omkring 34 pct. med kronikerhonorar. Tilsvarende gælder det ca. 29 pct. af de ca. 194.100 kvinder.
- Andelen af borgere med type 2-diabetes og/eller KOL, hvor der afregnes kronikerhonorar, er størst blandt dem, der ikke har andre af de udvalgte kroniske sygdomme, som omfatter type 1-diabetes, leddegigt, knogleskørhed og astma. Der afregnes kronikerhonorar for omkring 32 pct. af borgerne i denne gruppe, mens det gælder ca. 26 pct. af borgerne med to eller flere andre udvalgte kroniske sygdomme.

Boks 1: Kronikerhonorar

Overenskomstforhandlinger for almen praksis, der trådte i kraft pr. 1. januar 2018, indebærer bl.a. en ny honoreringsmodel for borgere med KOL og type 2-diabetes, kaldet kronikerhonorarer. Honoraret omfatter patienter med type 2-diabetes og/eller kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), hvor der ikke er særligt behov for specialiseret behandling. De alment praktiserende læger skal ifølge overenskomsten overføre alle tilmeldte patienter, som er diagnosticeret med type 2-diabetes og KOL, til ordningen. Dette gælder dog ikke udvalgte undergrupper (fx gravide med type 2-diabetes og borgere med KOL med meget svært nedsat lungefunktion), hvor behandlingsansvaret fortsat ligger på sygehuset³.

Formålet er, at borgere med KOL og type 2-diabetes i højere grad ses i almen praksis frem for på hospitalsambulatorierne. Kronikerhonorarerne består af⁴:

- > 0130: Kronikerhonorar, årligt pr. patient med KOL
- > 0131: Kronikerhonorar, årligt pr. patient med diabetes type 2
- > 0132: Kronikerhonorar, årligt pr. patient med diabetes type 2 og KOL
- > 0133: Kronikerhonorar, afslutningsydelse

Ydelserne medfører, at der automatisk hver måned udbetales 1/12 af kronikerårshonoraret, så længe patienten er tilmeldt praksis.

Kronikerhonorarerne dækker over kontaktydelser (uanset årsag), herunder:

- > Konsultation
- > E-mailkonsultationer
- > Telefonkonsultationer
- > Specifik forebyggende indsats (årskontrol)

Det betyder, at uanset om kontakten skyldes borgerens kroniske lidelse eller andre problemer, er den dækket af kronikerhonorarerne. Andre ydelser er ikke dækket af kronikerhonorarerne, men afregnes særskilt.⁵

Det bemærkes, at det er forventeligt med en opstartsperiode for kronikerhonoraret. I 2019 er andelen af borgere med type 2-diabetes og/eller KOL, hvor der afregnes kronikerhonoraret, steget ift. 2018, jf. Bilagstabel 2.

³ Forhandlingsaftale om almen praksis OK18: www.laeger.dk/sites/default/files/forhandlingsaftale_om_almen_praksis.pdf

⁴ www.laeger.dk/PLO/diabetes-kol

⁵ www.laeger.dk/faq-om-kronikeromsorg-i-ok18#Spm1.1

Boks 2: Borgere med type 2-diabetes og KOL

Borgere med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og type 2-diabetes er opgjort på baggrund af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) i oktober 2019, hvor personer med kronisk sygdom identificeres vha. nationale sundhedsregistre. Personer indgår først i RUKS, når der er indsamlet en vis mængde information. Det vil sige, at personer, der hverken har været i kontakt med sygehuset som følge af deres sygdom eller har indløst medicin mod deres sygdom ikke indgår i opgørelsen. Antallet af patienter med de udvalgte kroniske sygdomme kan således være underestimeret i forhold til andre opgørelser. I denne opgørelse er der alene fokus på KOL og type 2-diabetes.

En person med KOL kan ikke indgå i populationen af personer med astma. Der vurderes KOL at være årsagen til behandling. Tilsvarende kan en person med type 2-diabetes ikke indgå i populationen af personer med type 1-diabetes.

Analysen omfatter personer, som ved indgangen til 2018 havde mindst KOL og/eller type 2-diabetes. Personerne skal samtidig have bopæl i en dansk kommune pr. 1. januar 2018.

I analysen skelnes der mellem:

- Borgere, der har type 2-diabetes, men ikke KOL (herefter benævnt borgere med type 2-diabetes)
- Borgere, der har KOL, men ikke type 2-diabetes (herefter benævnt borgere med KOL)
- Borgere, der både har type 2-diabetes og KOL

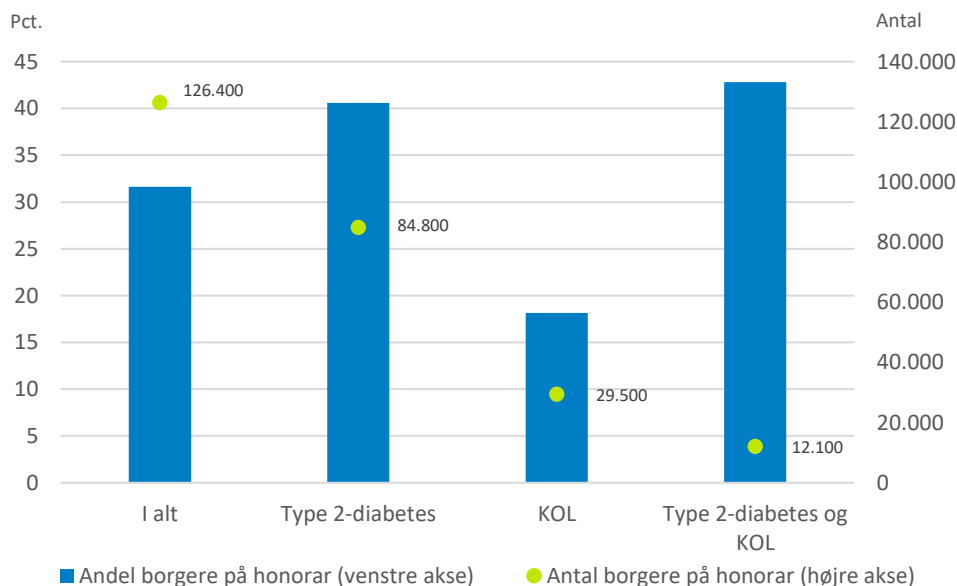
Ud af de 400.000 borgere med type 2-diabetes og KOL afregnes kronikerhonorar for 32 pct.

Omkring 400.000 borgere lever med KOL og/eller type 2-diabetes i 2018, *jf.* Bilagstabel 1. Heraf afregnes kronikerhonorar for ca. 126.500 hos deres alment praktiserende læge i 2018. Det svarer til ca. 30 pct. af borgerne med KOL og/eller type 2-diabetes, *jf.* Figur 1.

Der er ca. 209.000 borgere med type 2-diabetes i 2018, som ikke har KOL, *jf.* Bilagstabel 1. Heraf afregnes der kronikerhonorar for næsten 85.000, hvilket svarer til ca. 40 pct., *jf.* Figur 1. Borgerne med type 2-diabetes, der ikke også har KOL, udgør dermed den største gruppe. Der er ca. 162.500 borgere med KOL i 2018, som ikke har type 2-diabetes, *jf.* Bilagstabel 1. Heraf afregnes kronikerhonorar for omkring 29.500 svarende til næsten 20 pct., *jf.* Figur 1.

Ud af de ca. 28.000 borgere med både type 2-diabetes og KOL, afregnes der kronikerhonorar for omkring 12.000 borgere i 2018, *jf.* Figur 1 og Bilagstabel 1. Det svarer til mere end 40 pct., og udgør dermed den største andel.

Figur 1 Antal og andel med type 2-diabetes og/eller KOL, hvor der afregnes kronikerhonorar, 2018



Kilde: Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (oktober 2019), Sygesikringsregisteret, Yderregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Figuren omfatter borgere, som pr. 1. januar i 2018 optræder i RUKS med type 2-diabetes og/eller KOL, og hvor der afregnes kronikerhonorar i 2018. Personerne skal samtidig have bopæl i en dansk kommune pr. 1. januar 2018. Der er afgrænset til borgere, der er tilknyttet en gyldig praktiserende læge pr. 1. januar i 2018, som har minimum 200 tilmeldte patienter. Borgere angivet med type 2-diabetes i figuren har ikke KOL. Tilsvarende har borgere angivet med KOL ikke type 2-diabetes. Gruppen type 2-diabetes og KOL består af borgere, der både har type 2-diabetes og KOL.

Derudover er der ca. 22.100 borgere, hvor der afregnes kronikerhonorar hos deres alment praktiserende læge i løbet af 2018, men som ikke er identificeret med type 2-diabetes eller KOL pr. 1. januar 2018, *jf.* Bilagstabel 1. Heraf diagnosticeres omkring 6.300 borgere med type 2-diabetes og/eller KOL i løbet af 2018. De resterende ca. 15.800 borgere har ikke haft kontakt til hospitalsvæsenet med relevante diagnoser eller indløst nok recepter til at indgå i RUKS.

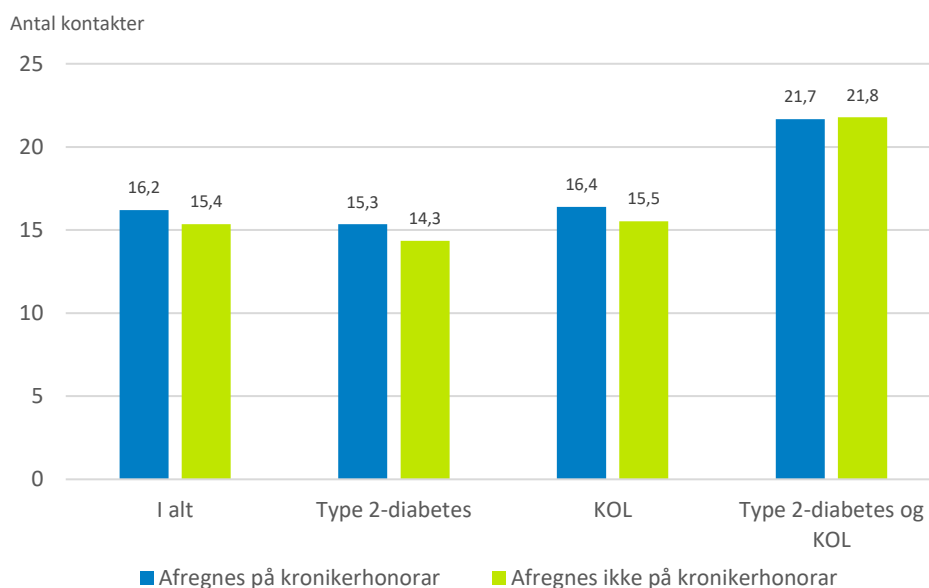
I 2019 er andelen af borgere med type 2-diabetes og/eller KOL, hvor der afregnes kronikerhonorar steget ift. 2018, *jf.* Bilagstabel 2. Ud af de ca. 364.000 borgere med type 2-diabetes og/eller KOL afregnes der kronikerhonorar for ca. 176.400. Det svarer til omkring 50 pct. Tallene for 2019 er dog foreløbige, da året ikke er afsluttet.

Borgere, hvor der afregnes kronikerhonorar, har lidt flere kontakter til almen praksis

Borgere, hvor der afregnes kronikerhonorar, har lidt flere kontakter til almen praksis end de borgere med type 2-diabetes og KOL, hvor der ikke afregnes kronikerhonorar, jf. Figur 2. Borgere med type 2-diabetes, hvor der afregnes kronikerhonorar, har i gennemsnit godt 15 kontakter til almen praksis i 2018. Borgere med type 2-diabetes, hvor der ikke afregnes kronikerhonorar, har i gennemsnit ca. 14 kontakter til almen praksis.

Borgere med KOL, hvor der afregnes kronikerhonorar, har i gennemsnit lidt over 16 kontakter til almen praksis, mens dem, hvor der ikke afregnes kronikerhonorar, i gennemsnit har ca. 1 kontakt mindre årligt. Der er stort set ikke forskel på antallet af kontakter til almen praksis for borgere med både type 2-diabetes og KOL, hvor der henholdsvis afregnes og ikke afregnes kronikerhonorar.

Figur 2 Gennemsnitligt antal kontakter til almen praksis for borgere med type 2-diabetes, KOL eller begge med kontakt, opdelt efter om der afregnes kronikerhonorar, 2018



Kilde: Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (oktober 2019), Sygesikringsregisteret, Yderregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Figuren omfatter borgere, som pr. 1. januar i 2018 optræder i RUKS med type 2-diabetes og/eller KOL, og hvor der afregnes kronikerhonorar i 2018. Figuren angiver det gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis for borgere med kontakt til almen praksis i 2018. Personerne skal samtidig have bopæl i en dansk kommune pr. 1. januar 2018. Der er afgrænset til borgere, der er tilknyttet en gyldig praktiserende læge pr. 1. januar i 2018, som har minimum 200 tilmeldte patienter. Borgere angivet med type 2-diabetes i figuren har ikke KOL. Tilsvarende har borgere angivet med KOL ikke type 2-diabetes. Gruppen type 2-diabetes og KOL består af borgere, der både har type 2-diabetes og KOL.

Borgere, hvor der afregnes kronikerhonorar, har færre hospitalsbesøg

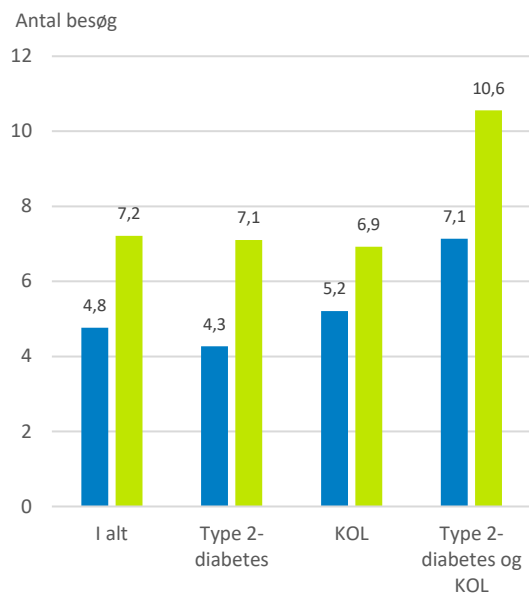
Det gennemsnitlige antal hospitalsbesøg for borgere med type 2-diabetes og/eller KOL, hvor der afregnes kronikerhonorar, er lidt over fem, hvoraf næsten alle er planlagte ambulante besøg, *jf.* Figur 3. Borgere med type 2-diabetes og/eller KOL, hvor der ikke afregnes kronikerhonorar, har i gennemsnit ca. otte hospitalsbesøg i 2018, hvoraf syv er planlagte ambulante besøg.

Borgere med type 2-diabetes og KOL, hvor der afregnes kronikerhonorar, har færre hospitalsbesøg. De har i gennemsnit otte besøg, hvor ca. syv af dem er planlagte ambulante besøg. Borgere med type 2-diabetes og KOL, hvor der ikke afregnes kronikerhonorar, har i gennemsnit 12 hospitalsbesøg i 2018. Heraf er lidt under 11 planlagte ambulante besøg.

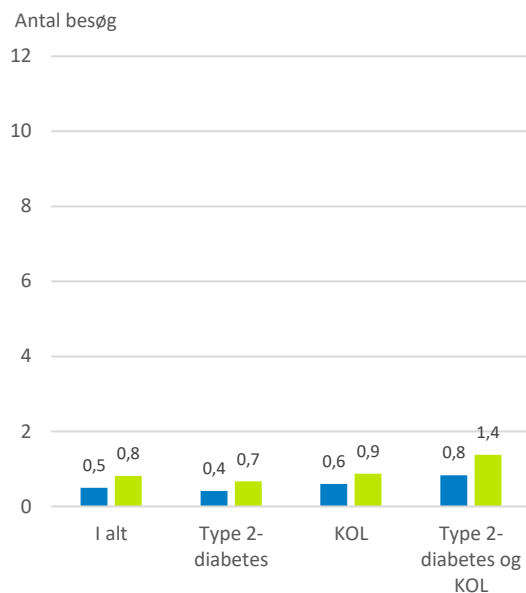
På landsplan har borgere med hospitalsbesøg i gennemsnit seks besøg i 2018. Her er godt fem af dem planlagte ambulante besøg.

Figur 3 Gennemsnitligt antal hospitalsbesøg for borgere med KOL, type 2-diabetes eller begge med besøg, opdelt efter om der afregnes kronikerhonorar, 2018

a) Planlagte ambulante besøg



b) Indlæggelser og akutte ambulante besøg



■ Afregnes på kronikerhonorar ■ Afregnes ikke på kronikerhonorar

Kilde: Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (oktober 2019), Sygesikringsregisteret, Yderregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Figuren omfatter borgere, som pr. 1. januar i 2018 optræder i RUKS med type 2-diabetes og/eller KOL, og hvor der afregnes kronikerhonorar i 2018. Figuren angiver det gennemsnitlige antal hospitalsbesøg for borgere med besøg i 2018. Personerne skal samtidig have bopæl i en dansk kommune pr. 1. januar 2018. Der er afgrænset til borgere, der er tilknyttet en gyldig praktiserende læge pr. 1. januar i 2018, som har minimum 200 tilmeldte patienter. Borgere angivet med type 2-diabetes i figuren har ikke KOL. Tilsvarende har borgere angivet med KOL ikke type 2-diabetes. Gruppen type 2-diabetes og KOL består af borgere, der både har type 2-diabetes og KOL.

Hospitalsbesøg er opdelt i indlæggelser og akutte ambulante besøg samt planlagte ambulante besøg. Indlæggelser og akutte ambulante besøg defineres vha. sygehusophold. Et sygehusophold er defineret som et tidsmæssigt tæt sammenhængende ophold (maksimalt 4 timer imellem udskrivning på kontakt og indskrivning på næste kontakt), bestående af én eller flere kontakter i form af enten stationære kontakter, ambulante kontakter med akut ankomstmåde (fra 2014) eller skadestuekontakter (før 2014) på et eller flere sygehuse.

Planlagte ambulante besøg tælles som en patients planlagte fremmøde på et ambulatorium, i en tværgående klinisk serviceafdeling, et hjemmebesøg af et sundhedsfagligt uddannet personale eller modtagelsen af en afregningsberettiget telemedicinsk ydelse. Der opgøres kun ét planlagt ambulante besøg pr. dag pr. afdeling.

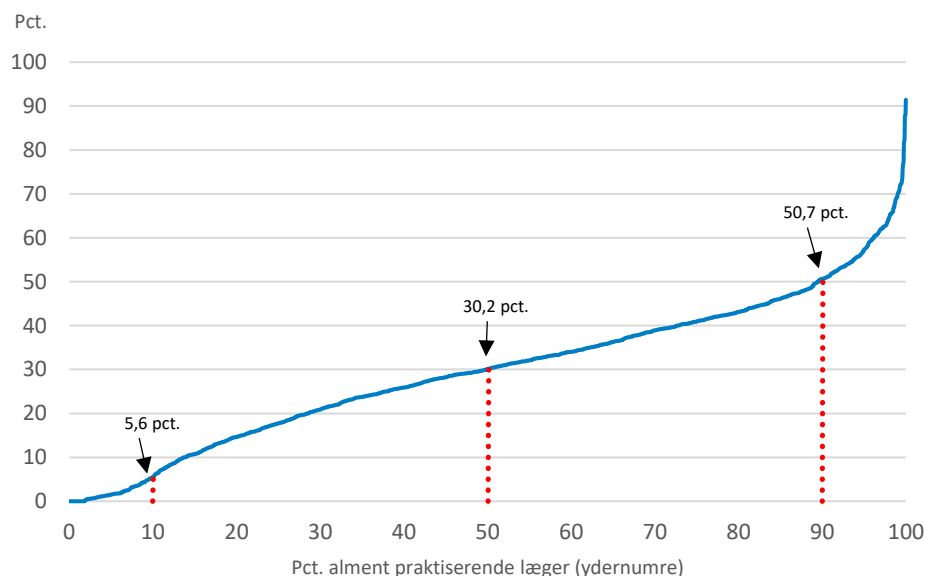
På tværs af alment praktiserende læger er der stor forskel på andel borgere, hvor der afregnes kronikerhonorar

I Figur 4 er de alment praktiserende læger rangeret efter, hvor stor en andel af deres tilmeldte borgere med type 2-diabetes og/eller KOL, der afregnes kronikerhonorar for i 2018.

Halvdelen af de alment praktiserende læger afregner kronikerhonorar for højst 30 pct. af deres tilmeldte borgere med type 2-diabetes og/eller KOL, jf. Figur 4.

Den tiendedel alment praktiserende læger, der afregner den mindste andel, afregner højst 6 pct. af deres tilmeldte borgere med type 2-diabetes og/eller KOL i 2018. Den tiendedel alment praktiserende læger, der afregner den største andel, afregner mindst 51 pct. af deres tilmeldte borgere med type 2-diabetes og/eller KOL i 2018. Der er dermed en forskel på mindst 45 procentpoint på tværs af de alment praktiserende læger i 2018. Der ses ikke sammenhæng mellem andelen, hvor der afregnes kronikerhonorar og antallet af hospitalskontakter.

Figur 4 Andel borgere med KOL og/eller type 2-diabetes, hvor der afregnes kronikerhonorar, opdelt på alment praktiserende læger (pct.), 2018



Kilde: Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (oktober 2019), Sygesikringsregisteret, Yderregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

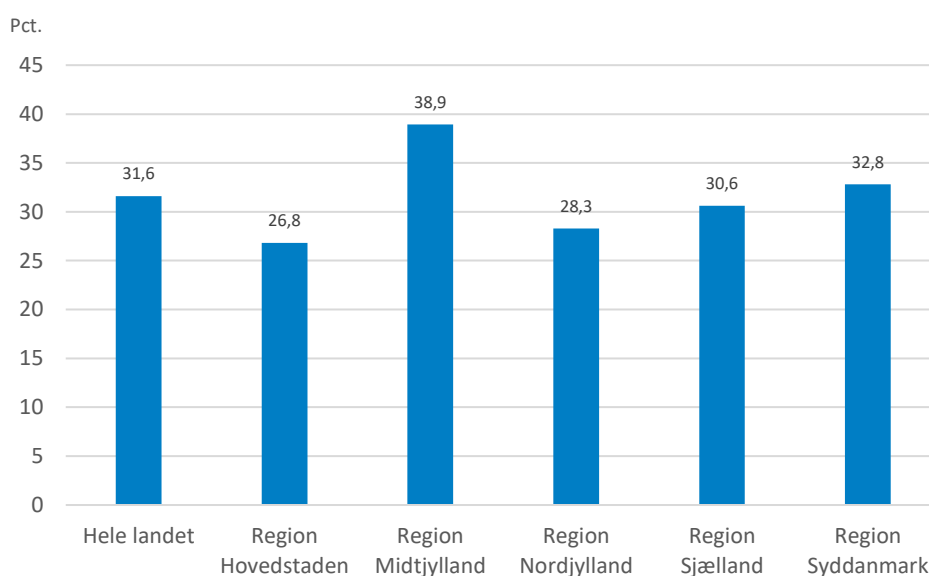
Note: Figuren omfatter borgere, som pr. 1. januar i 2018 optræder i RUKS med type 2-diabetes og/eller KOL, og hvor der afregnes kronikerhonorar i 2018, fordelt på alment praktiserende læger (ydernumre). Personerne skal samtidig have bopæl i en dansk kommune pr. 1. januar 2018. Der er afgrænset til borgere, der er tilknyttet en gyldig praktiserende læge pr. 1. januar i 2018, som har minimum 200 tilmeldte patienter og minimum 30 tilmeldte patienter med type 2-diabetes og/eller KOL. Der indgår 1.815 alment praktiserende læger i figuren.

Midtjylland afregner kronikerhonorar for den største andel borgere med KOL og type 2-diabetes

Der er ca. 86.500 borgere med type 2-diabetes og/eller KOL i Region Midtjylland i 2018. Heraf afregnes der kronikerhonorar for ca. 39 pct., *jf.* Figur 5. Dermed er Region Midtjylland den region, hvor der afregnes kronikerhonorar for den største andel borgere.

I Region Hovedstaden afregnes der kronikerhonorar for den mindste andel borgere i 2018. Her er der omkring 110.500 borgere med type 2-diabetes og/eller KOL, hvoraf der afregnes kronikerhonorar for ca. 27 pct., *jf.* Figur 5.

Figur 5 Andel med type 2-diabetes og/eller KOL, hvor der afregnes kronikerhonorar, opdelt på bopælsregion, 2018



Kilde: Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (oktober 2019), Sygesikringsregisteret, Yderregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

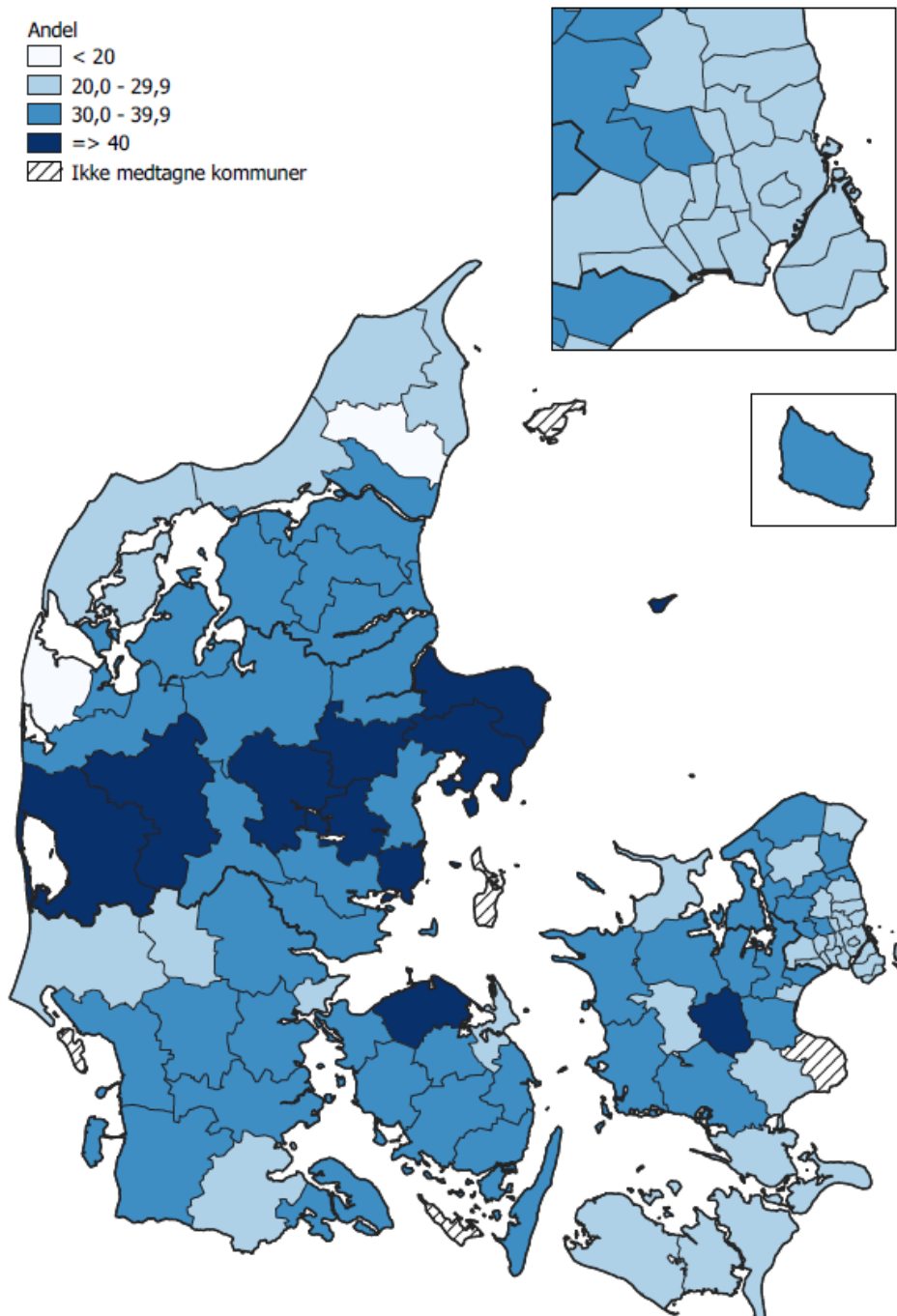
Note: Figuren omfatter borgere, som pr. 1. januar i 2018 optræder i RUKS med type 2-diabetes og/eller KOL, og hvor der afregnes kronikerhonorar i 2018, fordelt på bopælsregion. Bopælsregion er opgjort pr. 1. januar 2018. Personerne skal samtidig have bopæl i en dansk kommune pr. 1. januar 2018. Der er afgrænset til borgere, der er tilknyttet en gyldig praktiserende læge pr. 1. januar i 2018, som har minimum 200 tilmeldte patienter.

Der afregnes kronikerhonorar for over 40 pct. af borgerne med type 2-diabetes og/eller KOL i flere kommunerne i Midtjylland

Andelen af borgere med type 2-diabetes og/eller KOL, hvor der afregnes kronikerhonorar, er højest i kommunerne i Midtjylland samt Nordfyns Kommune og Ringsted Kommune, *jf.* Figur 6. Her afregnes der kronikerhonorar for mindst 40 pct. af borgerne med type 2-diabetes, KOL eller begge sygdomme i 2018.

De kommuner, hvor der afregnes kronikerhonorar for den laveste andel borgere med type 2-diabetes, KOL eller begge sygdomme, er spredt ud over landet.

Figur 6 Andel borgere med KOL og/eller type 2-diabetes, hvor der afregnes kronikerhonorar, opdelt på bopælskommuner, 2018



Kilde: Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (oktober 2019), Sygesikringsregisteret, Yderregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Figuren omfatter borgere, som pr. 1. januar i 2018 optræder i RUKS med type 2-diabetes og/eller KOL, og hvor der afregnes kronikerhonorar i 2018, fordelt på bopælskommune. Personerne skal samtidig have bopæl i en dansk kommune pr. 1. januar 2018. Der er afgrænset til borgere, der er tilknyttet en gyldig praktiserende læge pr. 1. januar i 2018, som har minimum 200 tilmeldte patienter. Fanø, Læsø, Samsø, Ærø og Stevns vises ikke, da der er under 5 alment praktiserende læger i kommunen.

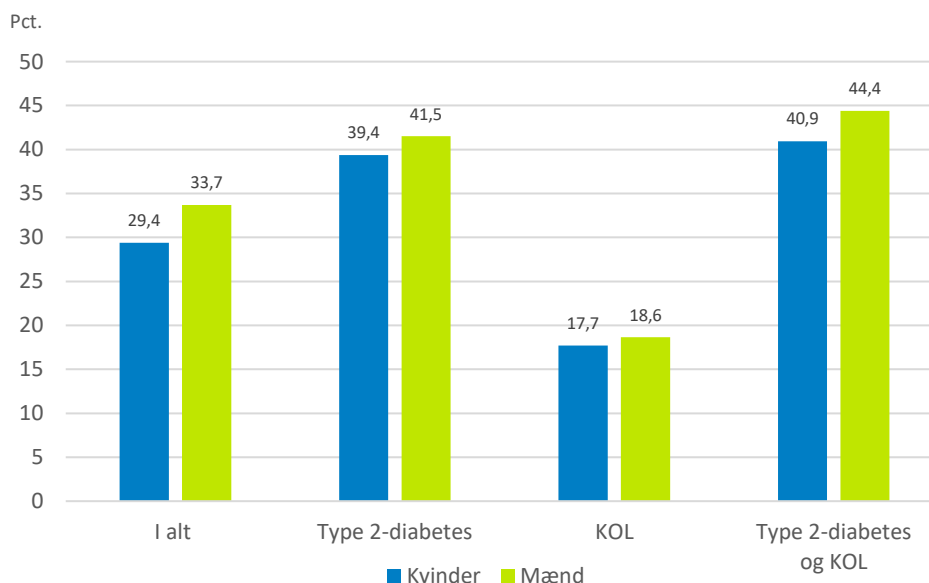
44 pct. af mændene med type 2-diabetes og KOL afregnes med kronikerhonorar

Der er en større andel mænd end kvinder, hvor der afregnes kronikerhonorar, blandt borgerne med type 2-diabetes og/eller KOL, jf. Figur 7. Ud af de 205.700 mænd med type 2-diabetes og/eller KOL afregnes der kronikerhonorar for omkring 34 pct. Tilsvarende gælder det ca. 29 pct. af de ca. 194.100 kvinder.

Blandt borgerne med type 2-diabetes afregnes der kronikerhonorar for ca. 42 pct. af mændene, mens det gælder 39 pct. af kvinderne. Der afregnes kronikerhonorar for omkring 19 pct. af mændene med KOL, mens det gælder 18 pct. af kvinderne.

Blandt borgerne med både type 2-diabetes og KOL er der den største kønsforskel. Her afregnes der kronikerhonorar for godt 44 pct. af mændene, mens det gælder ca. 41 pct. af kvinderne.

Figur 7 Andel med type 2-diabetes, KOL eller begge, hvor der afregnes kronikerhonorar, opdelt på køn, 2018



Kilde: Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (oktober 2019), Sygesikringsregisteret, Yderregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

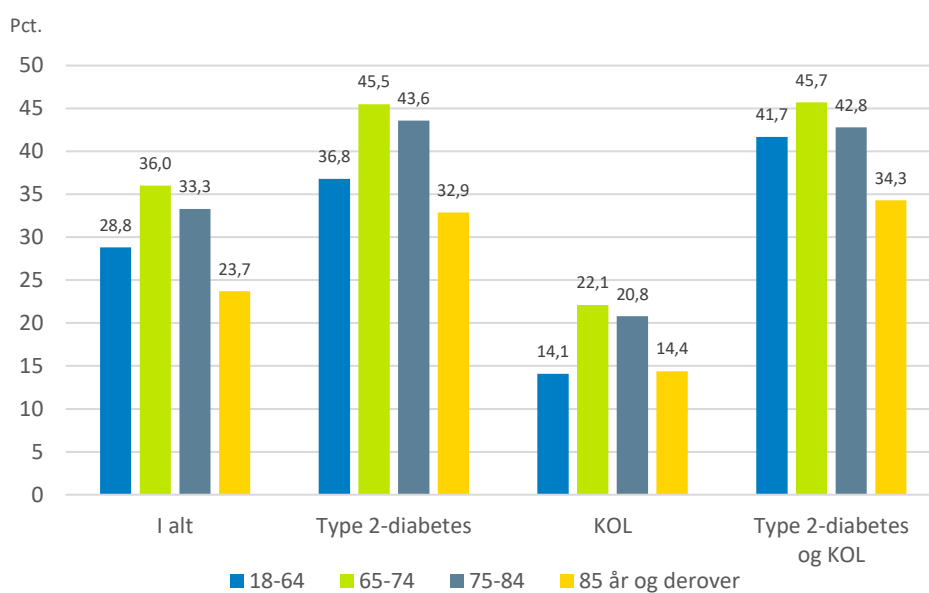
Note: Figuren omfatter borgere, som pr. 1. januar i 2018 optræder i RUKS med type 2-diabetes og/eller KOL, og hvor der afregnes kronikerhonorar i 2018, fordelt på køn. Personerne skal samtidig have bopæl i en dansk kommune pr. 1. januar 2018. Der er afgrænset til borgere, der er tilknyttet en gyldig praktiserende læge pr. 1. januar i 2018, som har minimum 200 tilmeldte patienter. Borgere angivet med type 2-diabetes i figuren har ikke KOL. Tilsvarende har borgere angivet med KOL ikke type 2-diabetes. Gruppen type 2-diabetes og KOL består af borgere, der både har type 2-diabetes og KOL.

Der afregnes i højere grad kronikerhonorar for de 65-74-årige end de øvrige aldersgrupper

Der afregnes kronikerhonorar for omkring 36 pct. af de ca. 125.900 65-74-årige borgere med type 2-diabetes og/eller KOL, jf. Figur 8. Andelen, hvor der afregnes kronikerhonorar, er også højest for denne aldersgruppe for borgerne med henholdsvis type 2-diabetes, KOL og med begge sygdomme.

Der afregnes kronikerhonorar for omkring 24 pct. af borgerne på 85 år og derover, der har type 2-diabetes og/eller KOL. Denne aldersgruppe har også den laveste eller næstlavest andel borgere, hvor der afregnes kronikerhonorar, inden for de enkelte sygdomsgrupper.

Figur 8 Andel borgere med type 2-diabetes, KOL eller begge, hvor der afregnes kronikerhonorar, opdelt på aldersgrupper, 2018



Kilde: Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (oktober 2019), Sygesikringsregisteret, Yderregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

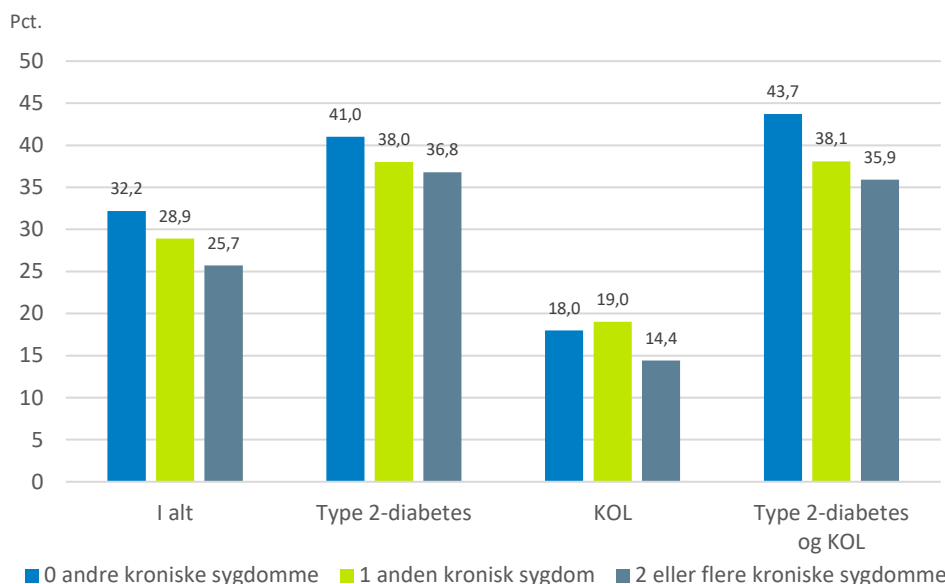
Note: Figuren omfatter borgere, som pr. 1. januar i 2018 optræder i RUKS med type 2-diabetes og/eller KOL, og hvor der afregnes kronikerhonorar i 2018, fordelt på aldersgrupper. Alder er opgjort pr. 1. januar 2018. Personerne skal samtidig have bopæl i en dansk kommune pr. 1. januar 2018. Der er afgrænset til borgere, der er tilknyttet en gyldig praktiserende læge pr. 1. januar i 2018, som har minimum 200 tilmeldte patienter. Borgere angivet med type 2-diabetes i figuren har ikke KOL. Tilsvarende har borgere angivet med KOL ikke type 2-diabetes. Gruppen type 2-diabetes og KOL består af borgere, der både har type 2-diabetes og KOL.

De 0-17-årige indgår ikke i figuren, da de udgør en for lille gruppe.

Borgere uden andre kroniske sygdomme end type 2-diabetes og KOL afregnes i højere grad med kronikerhonorar

Andelen af borgere med type 2-diabetes og/eller KOL, hvor der afregnes kronikerhonorar, er størst blandt dem, der ikke har andre af de udvalgte kroniske sygdomme, *jf.* Figur 9. Andre udvalgte kroniske sygdomme omfatter type 1-diabetes, leddegigt, knogleskørhed og astma. Der afregnes kronikerhonorar for omkring 32 pct. af borgerne i denne gruppe, mens det gælder ca. 26 pct. af borgerne med to eller flere andre udvalgte kroniske sygdomme.

Figur 9 Andel borgere med type 2-diabetes, KOL eller begge, hvor der afregnes kronikerhonorar, opdelt på antal andre udvalgte kroniske sygdomme, 2018



Kilde: Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (oktober 2019), Sygesikringsregisteret, Yderregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

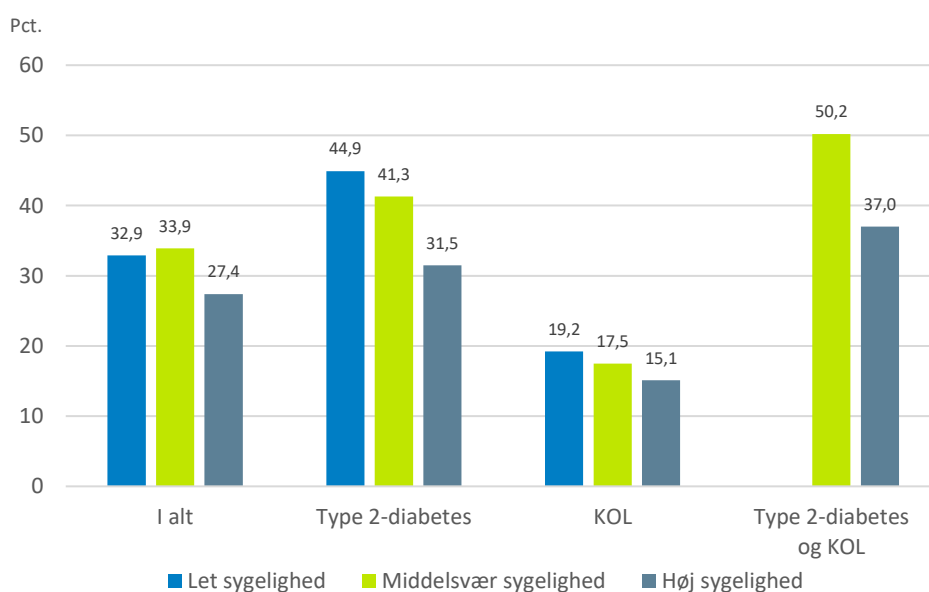
Note: Figuren omfatter borgere, som pr. 1. januar i 2018 optræder i RUKS med type 2-diabetes og/eller KOL, og hvor der afregnes kronikerhonorar i 2018, fordelt på antallet af andre kroniske sygdomme, som de optræder med i RUKS. Andre udvalgte kroniske sygdomme omfatter type 1-diabetes, leddegigt, knogleskørhed og astma. Sygdommene er opgjort pr. 1. januar 2018. Personerne skal samtidig have bopæl i en dansk kommune pr. 1. januar 2018. Der er afgrænset til borgere, der er tilknyttet en gyldig praktiserende læge pr. 1. januar i 2018, som har minimum 200 tilmeldte patienter. Borgere angivet med type 2-diabetes i figuren har ikke KOL. Tilsvarende har borgere angivet med KOL ikke type 2-diabetes. Gruppen type 2-diabetes og KOL består af borgere, der både har type 2-diabetes og KOL.

Der afregnes kronikerhonorar for halvdelen af borgerne med type 2-diabetes og KOL, som har en middelsvær sygelighed

Den største andel borgere, hvor der afregnes kronikerhonorar, findes blandt borgere med type 2-diabetes og KOL, der har en middelsvær sygelighed, *jf.* Figur 10. Der afregnes kronikerhonorar for over halvdelen af denne gruppe borgere i 2018.

For borgere med henholdsvis type 2-diabetes og KOL er andelen af borgere, hvor der afregnes kronikerhonorar, højest for borgere med let sygelighed. Både for borgere med type 2-diabetes, KOL og begge sygdomme er andelen af borgere, hvor der bliver afregnet kronikerhonorar, lavest for borgere med høj sygelighed.

Figur 10 Andel borgere med type 2-diabetes, KOL eller begge, hvor der afregnes kronikerhonorar, opdelt på sygelighed (CCI), 2018



Kilde: Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (oktober 2019), Sygesikringsregisteret, Yderregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Figuren omfatter borgere, som pr. 1. januar i 2018 optræder i RUKS med type 2-diabetes og/eller KOL, og hvor der afregnes kronikerhonorar i 2018, fordelt på sygelighed (CCI). Personerne skal samtidig have bopæl i en dansk kommune pr. 1. januar 2018. Der er afgrænset til borgere, der er tilknyttet en gyldig praktiserende læge pr. 1. januar i 2018, som har minimum 200 tilmeldte patienter. Borgere angivet med type 2-diabetes i figuren har ikke KOL. Tilsvarende har borgere angivet med KOL ikke type 2-diabetes. Gruppen type 2-diabetes og KOL består af borgere, der både har type 2-diabetes og KOL. Charlsons Comorbiditets Indeks (CCI) er anvendt til at estimere sygelighedsstatus for hver patient pr. 1. januar 2018. CCI på 0: Ingen sygelighed. CCI på 1: Let sygelighed. CCI på 2: Middelsvær sygelighed. CCI på 3+: Høj sygelighed. Pr. definition har borgere med type 2-diabetes og KOL mindst en CCI på 2, dvs. middelsvær sygelighed. Borgere kun med henholdsvis KOL og type 2-diabetes har pr. definition en CCI på 1, dvs. let sygelighed.

Bilag 1. Bilagstabeller

Bilagstabel 1 Antal borgere med KOL og type 2-diabetes og antal borgere, hvor der afregnes kronikerhonorar, 2018

	Antal borgere i alt	Antal borgere, hvor der afregnes honorar	Andel borgere, hvor der afregnes honorar
Borgere med type 2-diabetes og/eller KOL i alt	399.775	148.500	31,6
Borgere med type 2-diabetes (uden KOL)	209.075	84.850	40,6
Borgere med KOL (uden type 2-diabetes)	162.475	29.475	18,1
Borgere med type 2-diabetes og KOL	28.200	12.075	42,8
Borgere, hvor der afregnes kronikerhonorar, som hverken har type 2-diabetes eller KOL ifølge RUKS			
	-	22.125	
- Heraf borgere som har type 2-diabetes og/eller KOL pr. 1. januar 2019	-	6.325	

Kilde: Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (oktober 2019), Sygesikringsregisteret, Yderregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tabellen omfatter borgere, som pr. 1. januar i 2018 optræder i RUKS med type 2-diabetes og/eller KOL, og/eller borgere, hvor der afregnes kronikerhonorar i 2018.

Der er afgrænset til borgere, der er tilknyttet en gyldig praktiserende læge pr. 1. januar i opgørelsesåret, som har minimum 200 tilmeldte patienter. Der er afgrænset til borgere med dansk bopælskommune pr. 1. januar 2018. Tallene er afrundet til nærmeste 25.

Bilagstabel 2 Antal borgere med KOL og type 2-diabetes og antal borgere, hvor der afregnes kronikerhonorar, 2019 (foreløbige tal, da året ikke er afsluttet)

	Antal borgere i alt	Antal borgere, hvor der afregnes honorar	Andel borgere, hvor der afregnes honorar
Borgere med type 2-diabetes og/eller KOL i alt	364.025	176.400	48,5
Borgere med type 2-diabetes (uden KOL)	195.650	116.225	59,4
Borgere med KOL (uden type 2-diabetes)	142.975	44.075	30,8
Borgere med type 2-diabetes og KOL	25.400	16.100	63,4

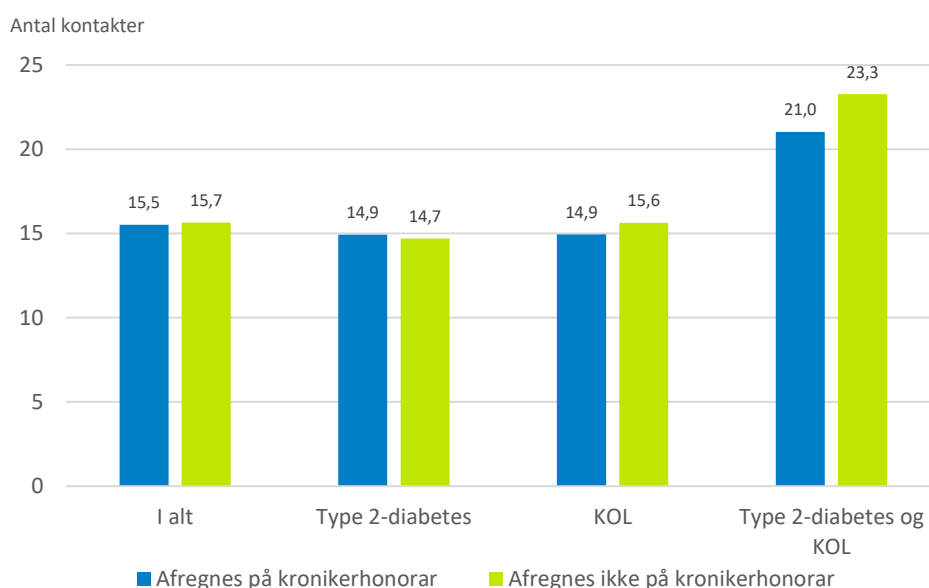
Kilde: Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (oktober 2019), Sygesikringsregisteret, Yderregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tabellen omfatter borgere, som pr. 1. januar i 2019 optræder i RUKS med type 2-diabetes og/eller KOL, og borgere, hvor der afregnes kronikerhonorar i 2019 frem til september.

Der er afgrænset til borgere, der er tilknyttet en gyldig praktiserende læge pr. 1. januar i opgørelsesåret, som har minimum 200 tilmeldte patienter. Der er afgrænset til borgere med dansk bopælskommune pr. 1. januar 2019.

Tallene er afrundet til nærmeste 25.

Bilagsgfigur 1 Gennemsnitligt antal kontakter til almen praksis for borgere med type 2-diabetes, KOL eller begge med kontakt, opdelt på om der afregnes kronikerhonorar, 2017

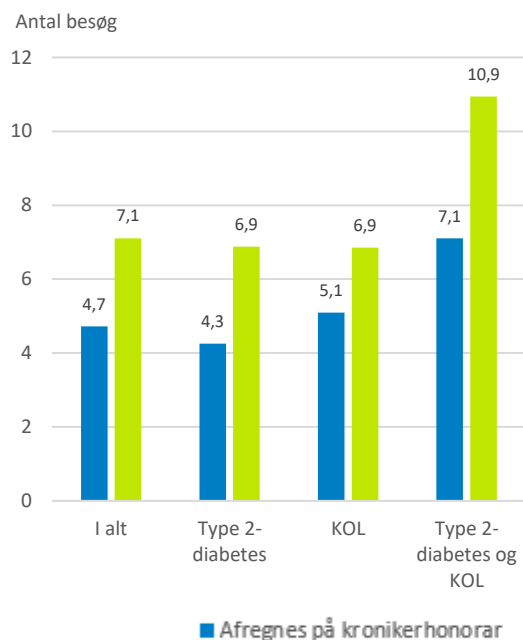


Kilde: Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (oktober 2019), Sygesikringsregisteret, Yderregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

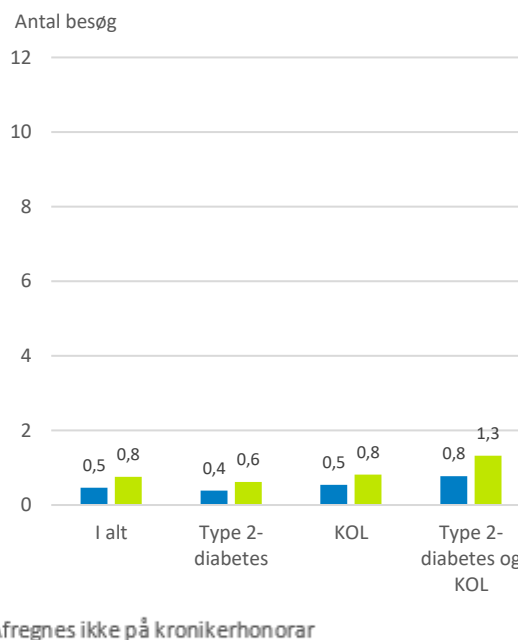
Note: Figuren omfatter borgere, som pr. 1. januar i 2018 optræder i RUKS med type 2-diabetes og/eller KOL, og hvor der afregnes kronikerhonorar i 2018. Figuren angiver det gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis for borgere med kontakt til almen praksis i 2017. Personerne skal samtidig have bopæl i en dansk kommune pr. 1. januar 2018. Der er afgrænset til borgere, der er tilknyttet en gyldig praktiserende læge pr. 1. januar i 2018, som har minimum 200 tilmeldte patienter. Borgere angivet med type 2-diabetes i figuren har ikke KOL. Tilsvarende har borgere angivet med KOL ikke type 2-diabetes. Gruppen type 2-diabetes og KOL består af borgere, der både har type 2-diabetes og KOL.

Bilagsfigur 2 Gennemsnitligt antal hospitalsbesøg for borgere med KOL, type 2-diabetes eller begge med besøg, opdelt efter om der afregnes kronikerhonorar, 2017

a) Planlagte ambulante besøg



b) Indlæggelser og akutte ambulante besøg



Kilde: Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (oktober 2019), Sygesikringsregisteret, Yderregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Figuren omfatter borgere, som pr. 1. januar i 2018 optræder i RUKS med type 2-diabetes og/eller KOL, og hvor der afregnes kronikerhonorar i 2018. Figuren angiver det gennemsnitlige antal hospitalsbesøg for borgere med besøg i 2017. Personerne skal samtidig have bopæl i en dansk kommune pr. 1. januar 2018. Der er afgrænset til borgere, der er tilknyttet en gyldig praktiserende læge pr. 1. januar i 2018, som har minimum 200 tilmeldte patienter. Borgere angivet med type 2-diabetes i figuren har ikke KOL. Tilsvarende har borgere angivet med KOL ikke type 2-diabetes. Gruppen type 2-diabetes og KOL består af borgere, der både har type 2-diabetes og KOL.

Hospitalsbesøg er opdelt i indlæggelser og akutte ambulante besøg samt planlagte ambulante besøg.

Indlæggelser og akutte ambulante besøg defineres vha. sygehusophold. Et sygehusophold er defineret som et tidsmæssigt tæt sammenhængende ophold (maksimalt 4 timer imellem udskrivning på kontakt og indskrivning på næste kontakt), bestående af én eller flere kontakter i form af enten stationære kontakter, ambulante kontakter med akut ankomstmåde (fra 2014) eller skadestuekontakter (før 2014) på et eller flere sygehuse.

Planlagte ambulante besøg tælles som en patients planlagte fremmøde på et ambulatorium, i en tværgående klinisk serviceafdeling, et hjemmebesøg af et sundhedsfagligt uddannet personale eller modtagelsen af en afregningsberettiget telemedicinsk ydelse. Der opgøres kun ét planlagt ambulante besøg pr. dag pr. afdeling.

Bilag 2. Dokumentation

Sygelighed

Komorbiditet i opgørelserne er estimeret vha. Charlsons Comorbiditets Indeks baseret på diagnoseoplysninger.

Datakilder

Det DRG-grupperede Landspatientregister samt Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) pr. oktober 2019.

Metode

Charlsons Comorbiditets Indeks er anvendt til at estimere komorbiditetsstatus for hver patient på 1. januar 2018. Indekset er baseret på summen af vægtede værdier relateret til 19 udvalgte sygdomme og lidelser, hvor sygdomssværhedsgraden er udtrykt ved en værdi fra 1 til 6. Af Bilagstabel 3 nedenfor fremgår sygdomsgrupper og vægte i Charlsons Comorbiditets Indeks samt hvor SKS-koder fra LPR hhv. sygdomsoplysninger fra RUKS indgår i beregningen ved hjælp af CCI_LPR_RUKS metoden.

CCI_LPR_RUKS metoden omfatter følgende afgrænsninger:

- som datagrundlag er anvendt det årsopgørelserne af DRG-grupperede LPR (indlæggelser og ambulante kontakter)
- tidsperioden op til indeksdatoen, hvor der søges i LPR, er afgrænset til fem kalenderår
- der er søgt efter både aktions- og bidiagnoser, samt grupperet og vægtet som i Bilagstabel 3
- beregningsgrundlaget er suppleret med oplysninger fra RUKS

De 19 indeksgrupper er samlet i følgende fire grupper:

- CCI på 0: Ingen
- CCI på 1: Let
- CCI på 2: Middelsvær
- CCI på 3+: Høj

Bilagstabel 3 Charlsons komorbiditetsindeks (CCI)

CCI-gruppe	Vægt	Sygdomsgruppe	SKS-koder fra LPR	Fra RUKS
1	1	Myocardieinfarkt (blodprop i hjertet)	DI21*, DI22*, DI23*	
2	1	Hjerteinsufficiens	DI50*, DI110*, DI130*, DI132*	Hjertesvigt
3	1	Perifer arterial sygdom (forsnævring af arterier)	DI70*, DI71*, DI72*, DI73*, DI74*, DI77*	
4	1	Cerebrovaskulær sygdom (blodkarssygdomme i hjernen)	DI60*-DI69*, DG45*, DG46*	
5	1	Demens	DF00*-DF03*, DF051*, DG30*	Demens
6	1	Lungesygdomme	DJ40*-DJ47*, DJ60*-DJ67*, DJ684*, DJ701*, DJ703*, DJ841*, DJ920*, DJ961*, DJ982*, DJ983*	KOL Asthma
7	1	Bindevævssygdom (gigtsygdomme)	DM05*, DM06*, DM08*, DM09*, DM30*, DM31*, DM32*, DM33*, DM34*, DM35*, DM36*, DD86*	Leddegigt
8	1	Ulcussygdom (mavesår)	DK221*, DK25*-DK28*	
9	1	Lever sygdom i let grad	DB18*, DK700*-DK703*, DK709*, DK71*, DK73*, DK74*, DK760*	
10	1	Diabetes uden komplikationer	DE100*, DE101*, DE109*, DE110*, DE111*, DE119*	Diabetes I Diabetes II
11	2	Hemiplegi (lammelse i den ene side af kroppen)	DG81*, DG82*	
12	2	Moderat eller svær nyresygdom	DI12*, DI13*, DN00*-DN05*, DN07*, DN11*, DN14*, DN17*-DN19*, DQ61*	
13	2	Diabetes med komplikationer	DE102*-DE108*, DE112*-DE118*	
14	2	Anden ikke-metastatisk malign sygdom (solid tumor – kræft, der ikke har spredt sig)	DC00*-DC75*	
15	2	Leukæmi (blodkræft)	DC91*-DC95*	
16	2	Malignt lymfom eller myelomatose (lymf- eller knoglemarvskræft)	DC81*-DC85*, DC88*, DC90*, DC96*	
17	3	Moderat eller svær lever sygdom	DB150*, DB160*, DB162*, DB190*, DK704*, DK72*, DK766*, DI85*	
18	6	Anden metastatisk malign sygdom (solid tumor – kræft, der har spredt sig)	DC76*-DC80*	
19	6	AIDS	DB21*-DB24*	

Kilde: Thygesen et al. (2011). *The predictive value of ICD-10 diagnostic coding used to assess Charlson comorbidity index conditions in the population-based Danish National Registry of Patients. BMC Medical Research Methodology* 2011.

Note: * Betyder inklusiv alle underkoder.