



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

1474827
18-09-2021

Aftale om fornyelse af overenskomst mellem RLTN og Foreningen af Speciallæger
af 18. september 2021

Tid	København, den 18. september 2021
Sted	Danske Regioner
Deltagere	Repræsentanter for Foreningen af Speciallæger og Regionernes Løn- nings- og Takstnævn
Emne	Aftale om overenskomst om speci- allægehjælp

Indhold

1.	Flere og bedre muligheder for nære tilbud for patienter	4
1.1	Vision, kontrakt, roller og opgaver for speciallægepraksis	4
1.2	Organisering – Behandling på en ekstra geografisk lokation - satellitpraksis.....	11
1.3	Støttefunktion for almen praksis	16
1.4	Nye ydernumre og konvertering af deltidydernumre	19
1.5	Praksisophør uden overdragelse til anden speciallæge	22
1.6	Udlægning af sygehusbehandling	23
2.	Kvalitet.....	24
2.1	Ny kvalitetsmodel.....	24
2.2	Elektronisk adgang til videnskabelig litteratur	33
2.3	Anvendelse af økonomi til kvalitetsområdet	33
3.	Modernisering	35
3.1	Revision af gældende protokollater vedrørende modernisering samt skabelon for gennemførelse af modernisering.....	35
4.	Digitalisering, data og cybersikkerhed	45
4.1	Digitalisering og data i speciallægepraksis.....	45
4.2	Fonden for faglig udvikling af speciallægepraksis.....	48
4.3	Videokonsultation med patient	50
4.4	Tolkning af video- og telefonkonsultationer	50
4.5	Støtte fra regionernes datakonsulenter.....	51
5.	Tilgængelighed	52
5.1	Feriekoordinering.....	52
5.2	Fleksible åbningstider.....	54
5.3	Tilgængelighed til speciallægepraksis	54
5.4	Elektronisk tilgængelighed	57
5.5	Telefonsystem med kø-funktion	58
5.6	Påmindelse om konsultation via SMS	58
6.	Gennemsigtighed og tillidsfuldt samarbejde	59

6.1 Kendskab og relation.....	59	Side 3
6.2 Etske retningslinjer	59	
6.3 Det tillidsfulde samarbejde	61	
6.4 Ligestilling af adgang til værnemidler og vaccinationer og lignende relevante forhold.....	61	
6.5 Nemt og hurtigt overblik for borger over modtagne ydelser (kwitteringsfunktion)	62	
6.6 Ydelser på sundhed.dk	62	
7. Økonomi og styring	64	
7.1 Økonomiprotokollat	64	
7.2 Protokollat om demografimidler.....	65	
7.3 Opfølgning på økonomi.....	66	
8. Tekniske justeringer	68	
8.1 Afgangsføring ved. deltidsydernummer.....	68	
8.2 Kontrolstatistik	69	
8.3 Præcisering af tekst vedr. SU-indstilling om tilbagebetaling	71	
9. Fortolkningsbidrag	73	
9.1 Akutforpligtelsen for øjen- og ørelæger	73	
10. Ikrafttrædelse.....	74	
11.Bilag.....	75	
Bilag 1: Aftalens økonomi.....	75	
Bilag 2: Nedre omsætningsgrænse	76	
Bilag 3: Økonomi til kvalitetsområdet.....	77	

Parterne indstiller følgende til godkendelse:

1. Flere og bedre muligheder for nære tilbud for patienter

1.1 Vision, kontrakt, roller og opgaver for speciallægepraksis

RLTN og FAPS er enige om nedenstående tekst, som beskriver de aktuelle mål og visioner for de praktiserende speciallægers rolle i det sammenhængende sundhedsvæsen samt speciallægernes roller og opgaver. Teksten erstatter den nuværende ”udviklingsorienterede del af overenskomsten”, som udgår.

Parterne er enige om at nedenstående tekst indgår i overenskomsten:

Vision, kontrakt, roller og opgaver for speciallægepraksis (Præambel)
Overenskomsten om speciallægehjælp kan betragtes som en kontrakt, som indgås mellem to parter, og som beskriver indhold, vilkår, rammebetingelser og kvalitetsmål mv. for opgaveløsningen med udgangspunkt i de overordnede mål og visioner. Ydernummeret er indgangen til samarbejdet med det offentlige sundhedsvæsen og adgangen til at behandle patienter efter overenskomsten. Med ydernummeret følger forpligtelser og forventninger, som er beskrevet i denne kontrakt, herunder i teksten om roller og opgaver.

Speciallægepraksis er en integreret del af det offentlige sundhedsvæsen og indgår som det borgernære specialiserede sundhedstilbud i et forpligtende samarbejde med resten af sundhedsvæsenet. Speciallægepraksis fungerer desuden som et attraktivt og tilgængeligt sundhedstilbud på hovedfunktionsniveau i lokalmiljøet.

Vision for de praktiserende speciallægers rolle i et samlet sundhedsvæsen

Sundhedsvæsenet står i de kommende år over for udfordringer, når vi bliver flere i Danmark. Både flere ældre, flere med kroniske sygdomme og flere med psykiske lidelser.

For at være på forkant med de kommende års udfordringer i sundhedsvæsenet er RLTN og FAPS enige om den vision for de praktiserende speciallægers rolle i et samlet sundhedsvæsen, som er beskrevet nedenfor.

Visionen bygger på fire grundlæggende værdier, der bygger videre på den nuværende udvikling i sundhedsvæsenet, og som skal medvirke til at skabe en endnu bedre behandling for patienterne:

- Alle borgere skal opleve mere **nære tilbud** og lettere adgang til specialiseret hjælp Side 5
- Alle borgere skal have **lige muligheder** for at modtage specialiseret hjælp i hele landet
- Der skal skabes **ét samlet sundhedsvæsen**, hvor de forskellige led understøtter hinanden, og hvor informationerne følger patienterne
- Der skal leveres **mest mulig sundhed for pengene** og skabes et bæredygtigt sundhedsvæsen, som kan rumme fremtidens udfordringer

Parterne vil arbejde for, at man i hele landet får lettere adgang til specialiseret hjælp. Det betyder, at den specialiserede hjælp skal være nær og tilgængelig for alle patienter uanset patientens ressourcer, og at flere opgaver skal løses uden for hospitalerne.

Det er et faktum, at sundhed og sygdom er skævt fordelt og at nære og mere tilgængelige tilbud gør det nemmere at bruge sundhedsvæsenet for dem, der oplever fysiske eller psykiske udfordringer. For at skabe mere lighed i sundhed er det et fælles ønske at gøre mere for dem, som ikke kan selv. Med flere nære tilbud kan der leveres en tidligere indsats til dem, som har mest brug for det.

For borgerne er det deres egen læge, som er indgangen til sundhedsvæsenet, og som i fremtiden skal stå for en større del af deres behandling. Men de alment praktiserende læger har brug for specialiststøtte for at kunne løfte opgaven - både fra hospitalerne og fra de praktiserende speciallæger.

Ambitionen er, at flere patienter derved får et bedre og et kortere forløb, og at færre får brug for at blive tilset i speciallægepraksis eller på hospitalet.

På den måde kan man målrette de eksisterende specialistressourcer til dem, som har brug for det. Det kan betyde, at patienterne får nemmere adgang til en praktiserende speciallæge - og at hospitalerne aflastes og kan fokusere mere på at levere også den højt specialiserede behandling.

På den korte bane skal der tænkes i nye fleksible løsninger for speciallægepraksis, så patienterne i højere grad kan få specialiseret hjælp i de geografiske områder, hvor der i dag er langt til speciallæge. Der skal også være fokus på i højere grad at anvende digitale muligheder på tværs af sundhedsvæsenet. Det er der brug for, hvis man skal mindske den nuværende variation i dækningen og brugen af speciallæger på tværs af landet.

På den lange bane er der også brug for flere praktiserende speciallæger i de områder, hvor der i dag er langt til speciallægehjælp. Sundhedsstyrelsens prognoser viser, at der i de kommende år uddannes flere speciallæger, som det vil være

vigtigt at drage nytte af dér, hvor de skaber nærhed og sammenhæng. Og dér, hvor behovet viser sig at være størst.

Side 6

Med mere viden om den behandling, der foregår i alle led af sundhedsvæsenet, kan man få større klarhed over, hvor den enkelte opgave løses mest hensigtsmæssigt, sikre god arbejdsdeling og skabe mere sundhed for pengene. Og samtidig skabe en større sammenhæng på tværs.

Parterne vil arbejde for, at data fra speciallægepraksis kommer til at indgå i nationale databaser, f.eks. Landspatientregistret og kliniske kvalitetsdatabaser. Det vil bidrage med viden om behandlingen og patientstrømmene i speciallægepraksis. Samtidig vil det også bidrage til at forskning kan inkludere data om speciallægepraksis.

Det er en forudsætning for, at borgerne kan opleve et velkoordineret forløb, at sundhedsaktører i alle led har adgang til relevant information i mødet med patienten. Nemmere adgang til data, såsom journaldata, stamdata og information om patientforløb for behandlere i alle dele af sundhedsvæsenet kan bidrage til at forbedre sammenhængen og skabe kvalitet samt mindske risikoen for dobbeltundersøgelser. Parterne er i den forbindelse enige om vigtigheden af, at regionerne etablerer adgang til udveksling af billeddiagnostik mellem hospitaler og praktiserende speciallæger.

Et vigtigt element i et bæredygtigt sundhedsvæsen er, at de rette kompetencer er til stede i alle led og i hele landet. Speciallægeuddannelsen skal derfor sikre en god balance mellem specialisering og generalistkompetencer. Uddannelsesophold i speciallægepraksis kan give et indblik i det bredere sygdomsbillede, som ses i speciallægepraksis, og styrke de brede kompetencer hos fremtidens speciallæge.

Roller og opgaver i speciallægepraksis

Speciallægepraksis' grundlæggende funktion er selvstændig varetagelse af undersøgelse, vurdering og afsluttende behandling på hovedfunktionsniveau af de symptomer, sygdomme og helbredsproblemer, som henviste borgere præsenterer. Den enkelte speciallæge tager altid udgangspunkt i den enkelte patients behov, ønsker og ressourcer. I speciallægepraksis modtages henviste akutte patienter til konsultation¹. Endvidere har speciallægepraksis en rolle som støttefunktion for almen praksis.

Speciallægepraksis er en del af et integreret sundhedsvæsen og udgør en vigtig del af det specialiserede sundhedsvæsen, og speciallægepraksis skal fortsat ud-

¹ Der er ikke henvisningspligt til øjen- og ørespecialt.

vikles og tilpasses i takt med det øvrige sundhedsvæsen. Det betyder blandt andet, at den samlede kapacitet på tværs af sygehuse og speciallægepraksis skal kunne udnyttes mest hensigtsmæssigt. Samtidig stiller udredningsretten krav til fleksibel tilrettelæggelse af forløb på tværs af sektorer. Speciallægepraksis skal derfor være tættere på sygehusvæsenet for i endnu højere grad at sikre sammenhæng og hensigtsmæssige patientforløb. Speciallægepraksis har en central placering som det nære tilbud og i mange tilfælde som alternativ til ambulanssygehusbehandling. Det betyder, at speciallægepraksis har et tæt samarbejde med både almen praksis og sygehussektoren. Det er målsætningen, at speciallægepraksis i fremtiden skal indgå i et endnu tættere samarbejde med resten af sundhedsvæsenet. Side 7

Det forventes, at den praktiserende speciallæge har et højt fagligt niveau, hvor der er fokus på efteruddannelse, faglig udvikling og kvalitet. Ligeledes forventes det, at speciallægens praksis drives på en tidssvarende måde i forhold til apparatur, behandlingsmetoder og IT.

Det forventes, at mødet mellem patient og læge foregår med gensidig anerkendelse og respekt.

Speciallægen skal i samarbejde med regionen arbejde for at sikre optimale og sammenhængende patientforløb, hvor der er kvalitet og sammenhæng i de ydelser, der leveres i almen praksis, speciallægepraksis og på sygehusene. Heri ligger også, at speciallægen er fleksibel i forhold til de stadigt skiftende behov for sundhedsydelse, sådan at der leveres ydelser, der matcher patienternes behov og regionens forsyningsbehov. Speciallægen leverer i udgangspunktet alle de ydelser, der er aftalt i overenskomsten.

1) **Samspil**

Regioner og speciallægepraksis har en gensidig forpligtelse til at etablere og fastholde et godt samarbejde mellem speciallægepraksis og resten af sundhedsvæsenet. En forudsætning for dette er bl.a. gensidig respekt, tillid og dialog mellem sektorerne.

Mange patientforløb går på tværs af speciallægepraksis og det øvrige sundhedsvæsen. Det er en grundlæggende udfordring og opgave for speciallægepraksis og regioner at medvirke til effektive og sammenhængende patientforløb. Specielt for patienter som har samtidige forløb i flere sektorer, herunder patienter med psykiske lidelser. Sammenhængende patientforløb gavner både patienten og samarbejdet på tværs mellem eksempelvis sygehuse og speciallægepraksis.

Regionerne sikrer, at speciallægepraksis inddrages i den løbende udvikling i forhold til sammenhængende patientforløb, herunder inddrager regionerne speciallægepraksis hvor det er relevant i forbindelse med arbejdet i de 21 nye nationale sundhedsklynger. Side 8

De praktiserende speciallægers kvalitetsklynger kan fungere som dialogpartner for almen praksis, sygehuse og regioner. Specialerådene i de enkelte regioner bør også anvendes til at styrke dialogen mellem speciallægepraksis og resten af sundhedsvæsenet. Specialerådene har til opgave at rådgive regionen i faglige spørgsmål inden for specialet, blandt andet omkring kvalitet, specialeplanlægning, patientforløb mv. Regionalt bør det overvejes, om speciallægenes repræsentation i regionernes specialeudvalg skal styrkes.

2) Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning

Med Sundhedsstyrelsens specialeplan fra 2010 kan specialfunktioner kun varetages på sygehuse, hvor det er godkendt af Sundhedsstyrelsen.

I specialevejledningerne placeres funktionerne i det enkelte speciale på et af nedenstående niveauer:

Hovedfunktionsniveau: En hovedfunktionsydelse er kendetegnet ved begrænset kompleksitet, hvor såvel sygdom som sundhedsvæsenets ydelser er hyppigt forekommende, og hvor ressourceforbruget ikke giver anledning til en samling af ydelserne.

Specialfunktionsniveau: Der findes to typer af specialfunktioner.

Regionsfunktion: En regionsfunktionsydelse er kendetegnet ved nogen kompleksitet, hvor sygdom eller sundhedsvæsenets ydelser er relativt sjældent forekommende, og/eller hvor ressourceforbruget giver anledning til en vis samling af ydelserne. Regionsfunktioner kan etableres på 1-3 sygehuse i hver region afhængig af regionens lokale forhold.

Højt specialiseret funktion: En højt specialiseret funktion omfatter ydelser af betydelig kompleksitet og forudsætter tilstedeværelsen af mange tværgående funktioner/samarbejdspartnere, hvor sygdom eller sundhedsvæsenets ydelser er meget sjældent forekommende og derfor skaber behov for samling af erfaring, og/eller hvor ressourceforbruget er betydeligt. Højt specialiserede funktioner kan typisk etableres 1-3 steder i landet.

Speciallægepraksis skal leve op til Sundhedsstyrelsens specialeudmeldinger, hvilket betyder, at behandlinger der af Sundhedsstyrelsen er defineret som regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner ikke må udføres i speciallægepraksis, medmindre andet fremgår af specialevejledningen.

3) **Kvalitet, kompetenceudvikling, forskning, service og IT**

Speciallægepraksis har fokus på faglige, organisatoriske såvel som kliniske aspekter af kvaliteten i det daglige arbejde i praksis og patienternes oplevelse af speciallægepraksis.

Speciallægepraksis arbejder systematisk med at fastholde og udvikle en høj kvalitet i ydelserne i speciallægepraksis, og det sker i samspil med det øvrige sundhedsvæsen.

De praktiserende speciallægers kvalitetsarbejde understøttes af parternes fælles kvalitetsenhed eKVIS med det formål at:

- Understøtte den faglige udvikling i speciallægepraksis
- Sikre ensartet høj kvalitet og derigennem minimere uhensigtsmæssig variation
- Udvikle og dokumentere den kliniske kvalitet i udredning og behandling
- Skabe værdi for patienterne
- Bidrage til videndeling
- Udnytte ressourcerne i sundhedsvæsenet effektivt
- Understøtte dialogen mellem klinikker/klynger og regionerne i forhold til det regionale tværfaglige og tværsektorielle samarbejde
- Sikre at kvalitetsarbejdet er i tråd med det overordnede nationale kvalitetsprogram og øvrige politiske ønsker og prioriteringer for arbejdet med kvalitet i sundhedsvæsenet

Hovedelementerne i kvalitetsmodellen for speciallægepraksis er:

- Datadrevet kvalitetsarbejde og rapportering til kliniske kvalitetsdatabaser
- Fortsat arbejde med PRO eller andre former for patientinddragelse i alle specialer
- Fortsat arbejde med elementer af organisatorisk kvalitet på baggrund af erfaringerne fra akkrediteringen
- Etablering af kvalitetsklynger for alle praktiserende speciallæger

Modellen er ikke fastlagt én gang for alle, men er dynamisk og kan udvikles og tilpasses i forhold til ændrede behov.

I de sammenhænge, hvor en dokumentation kan gøres meningsfuld for patient, læge eller myndigheder skal kliniske aktiviteter, kvaliteten og henvisningsadfærd i speciallægepraksis dokumenteres. Dette skal ske på måder, der ikke er unødigt ressourcekrævende for den enkelte praksis, fx ved at anvende allerede registrerede data ved hjælp af Sentinel. En meningsfuld og systematisk dokumentation af det kliniske arbejde i speciallægepraksis, blandt andet via indberetning til

Side 10
kliniske kvalitetsdatabaser, styrker på afgørende vis grundlaget for at udvikle og planlægge speciallægepraksis i fremtiden, såvel i den enkelte praksisenhed som på myndighedsniveau.

Relevante kvalitetsdata, herunder kliniske data, gøres tilgængelige for myndigheder og praksis med henblik på at understøtte planlægning og kvalitetsudvikling. Dette sker under hensyntagen til lovgivningens krav i relation til anonymitet og personhenførbarehed.

Det aftales løbende mellem parterne, hvilke kvalitetsdata, der er relevante at offentliggøre for borgere og patienter på praksisniveau, fx patienttilfredshedsdata.

Service

Det skal være let for patienter, pårørende og samarbejdspartnere at komme i kontakt med speciallægepraksis, og der sker en løbende udvikling af kommunikationsformer og tilbud. Speciallægepraksis skal have fokus på patientrettet service i form af fokus på ventetider og tilgængelighed for regionens borgere, såvel fysisk som telefonisk. Hertil kommer, at speciallægen skal sørge for altid ajourførte praksisdeklarationer.

IT

At drive en effektiv praksis i tæt samarbejde med det omgivende sundhedsvæsen og patienterne kræver, at IT bruges aktivt. IT er også en forudsætning for, at praksis kan arbejde med databaseret kvalitetsudvikling og have adgang til opdateret faglig viden og beslutningsstøtte. IT bruges stadigt mere aktivt i speciallægepraksis og i kommunikation med patienter og det øvrige sundhedsvæsen og nye teknologiske muligheder tages løbende i brug.

Kompetenceudvikling og forskning

Speciallægepraksis holder sig fagligt ajour og anvender accepterede og tidssvarende metoder og tekniske løsninger ved udredning, behandling og opfølgning. Alle speciallægepraksis udvikler løbende relevante kompetencer gennem efteruddannelse for såvel læger som andre faggrupper i speciallægepraksis.

Det er vigtigt, at der forskes i og om speciallægepraksis. Forskningsresultater skal bringes ud til og forny praksis gennem kompetence- og kvalitetsudvikling. Det er derfor væsentligt at sikre sammenhæng mellem forskning, kvalitetsudvikling og kompetenceudvikling.

Den faglige udvikling inden for specialerne ajourføres og implementeres løbende i speciallægepraksis, hvor dette fra en faglig vurdering er hensigtsmæssigt, således at behandlingerne i praksis er opdaterede og foregår på højt fagligt niveau. Dette

sker systematisk gennem løbende faglige moderniseringer, som aftales mellem overenskomstens parter med inddragelse af specialefaglige repræsentanter fra såvel regioner som speciallægepraksis.

Side 11

1.2 Organisering – Behandling på en ekstra geografisk lokation - satellitpraksis

Parterne er enige om, at nedenstående tekst fremover indgår i overenskomsten:

Protokollat om nære tilbud og behandling på en ekstra geografisk lokation (satellitpraksis)

Selvom Danmark geografisk ikke er et stort land og vi gør meget for at sikre de bedste behandlingstilbud for alle uanset hvor man bor, så eksisterer der nogle steder en geografisk betinget ulighed i sundhed. Vi ved, at nære tilbud gør det nemmere for mindre ressourcestærke borgere og borgere med fysiske og psykiske udfordringer at anvende et sundhedstilbud. Lettere adgang til en praktiserende speciallæge i de egne, hvor der i dag er få speciallæger, vil derfor kunne være med til at afhjælpe ulighed i sundhed og sikre en tidligere indsats for dem, der har mest brug for det og dem der ikke selv kan.

Parterne er enige om at overenskomsten skal skabe rammerne for, at speciallægetilbuddet kan organiseres, så det understøtter den fælles vision "En fælles retning" om at alle borgere skal opleve mere nære tilbud og have lettere adgang til specialiseret hjælp.

Det er regionerne, der har planlægningskompetencen og derfor også regionerne, der i høj grad skal gøre brug af de muligheder, overenskomsten giver for på en fleksible måde at bruge de organisationsformer, som findes i dag, når speciallægetilbuddet skal tilrettelægges. Men i sidste ende kan dette kun lykkes til fulde gennem en god dialog mellem regionen og speciallægepraksis, som er en essentiel medspiller her.

Ved satellitpraksis kan man anvende de eksisterende speciallæger til at drive praksis fra en ekstra lokation. Det giver mulighed for, at en speciallæge kan arbejde en eller et par dage om ugen fra andre lokaler end den faste klinik.

Det er særlig relevant i de områder, hvor der ikke er speciallæger nok i dag eller i områder, hvor patientgrundlaget ikke giver basis for at have en praktiserende speciallæge tilgængelige hele ugen. Disse områder skal dækkes på en anden måde end med et fuldtidsydernummer.

Udgangspunktet er, at borgere, der betjenes i en satellitpraksis, skal have adgang til samme ydelser som patienter i andre speciallægepraksis. Der kan dog være

særlige grunde til, at der skal være et begrænset ydelsessortiment i en satellitpraksis. Dette kan i så fald fastlægges ved konkrete aftaler, som kan omhandle f.eks. begrænset ydelsessortiment, særlige åbningstider samt anvendelse af regionalt udstyr og personale. Side 12

Det er generelt muligt for regionerne at tilbyde speciallægerne at nedsætte sig i et sundhedshus, og det gælder også for etablering af en satellitpraksis. Når speciallæger nedsætter sig i sundhedshuse, kan det være med til at flytte behandlingstilbuddene tættere på borgerne og styrke sammenhængen i behandlingsforløbene for borgerne. Samtidig kan det give regionerne mulighed for at inddrage de praktiserende speciallæger i varetagelsen af konkrete behandlingsopgaver, som kan samles i sundhedshusene.

Der er enighed mellem parterne om, at de nuværende regler for organisering og tilrettelæggelse af kapacitet i speciallægepraksis (f.eks. §§ 16, 17 og 18) favner de fleksible løsninger, som på den korte bane kan medvirke til at patienterne i højere grad kan få specialiseret hjælp i de geografiske områder, hvor der i dag er langt til speciallæge

I den fælles vision "En fælles retning" peger parterne på, at der også på den lange bane er brug for flere praktiserende speciallæger i de områder, hvor der i dag er langt til speciallægehjælp. Sundhedsstyrelsens prognoser viser, at der i de kommende år uddannes flere speciallæger, som det vil være vigtigt at drage nytte af dér, hvor de skaber nærhed og sammenhæng. Og dér, hvor behovet viser sig at være størst.

Parterne er enige om følgende forståelse af reglerne om satellitpraksis:

Behandling på ekstra geografisk lokation

En aftale om satellitpraksis giver den praktiserende speciallæge mulighed for at behandle patienter på en ekstra geografisk lokation ud over speciallægens faste klinik.

Tilladelse forudsætter at en region har et behov herfor og indgår aftale med FAPS' regionsbestyrelse og den eller de omfattede speciallæger. I aftalen fastlægges de konkrete vilkår for klinikken på den ekstra geografiske lokation samt vilkårene for hvilke ydelser, der leveres på den ekstra geografiske lokation, alt efter det regionale behov.

En aftale om behandling på en ekstra geografisk lokation kan indebære at speciallægen enten skal levere alle ydelser i OK-ydelseskataloget eller et begrænset antal ydelser i kataloget, jf. nedenfor.

Fuldt ydelseskatalog

Det aftales, at speciallægen/speciallægerne i udgangspunktet leverer alle behandlingerne i OK-kataloget på den ekstra geografiske lokation. Der kan dog aftales undtagelser, hvis visse behandlinger mest hensigtsmæssigt foregår på den faste klinikadresse på grund af udstyr, personale eller behandlingens karakter. Det er også muligt, at det i visse udstyrstunge specialer kan være nødvendigt at aftale, at f.eks. forundersøgelser og kontroller foregår på den ekstra geografiske lokation, mens selve behandlingen foregår i speciallægens faste klinik. Behandlinger, som fagligt set kræver udstyr, som ikke findes i satellitpraksis, skal foregå i speciallægens faste klinik.

Side 13

Ydelserne udføres til de i overenskomsten fastsatte honorarer.

Begrænset ydelseskatalog

Det kan i særlige tilfælde aftales, at speciallægen eller speciallægerne kun udfører en begrænset del af ydelseskataloget alt efter det regionale behov.

Ydelserne udføres til de i overenskomsten fastsatte honorarer.

Åbningstider

Det fastlægges i den regionale aftale med FAPS og speciallægen, hvor mange dage om ugen, der skal være åbent i klinikken på den ekstra geografiske lokation. Det kan også aftales, at åbningstiden på visse dage skal begynde før sædvanlig åbningstid eller slutte senere end sædvanlig åbningstid.

Placering

Regionen beslutter, hvor den ekstra lokalitet skal placeres geografisk (i hvilket område). Speciallægen kan, hvis denne har kendskab eller ønsker til egnede lokaler inden for det geografiske område, foreslå dette til regionen som en mulig placering, men i udgangspunktet er det regionen, der stiller lokaler til rådighed for den praktiserende speciallæge. Det kan f.eks. være lokaler i sundhedshuse eller lokaler, som tidligere er brugt til sygehusbehandling. Når regionen stiller lokaler til rådighed, så betaler speciallægen et aftalt omkostningsbidrag til regionen for anvendelse af lokalerne i det aftalte antal dage om ugen.

Udstyr og personale

Speciallægen kan på den ekstra geografiske lokation udføre behandling med eget medbragt udstyr eller det kan aftales at regionen sikrer, at det nødvendige udstyr er tilgængeligt. Visse typer udstyr vil med fordel kunne anvendes af flere forskellige specialer, som anvender lokalerne på forskellige ugedage.

På den ekstra lokation kan speciallægen udføre behandling uden personale, med anvendelse af eget personale, eller det kan aftales, at personale stilles til rådighed af regionen. Når regionen stiller udstyr og/eller personale til rådighed, så betaler speciallægen et aftalt omkostningsbidrag til regionen for dette.

Henvisning og visitation

- Almen praksis og patienterne i lokalområdet informeres om etableringen af et behandlingssted på den ekstra geografiske lokation.
- Henvisninger fra almen praksis lægges på henvisningshotellet.
- Patienterne kontakter den faste klinik, som visiterer patienten til en tid på den ekstra geografiske lokation.

Endvidere er der aftalt følgende ændringer:

Tidligere § 18 om kobling af ydernummer til en bestemt fysisk lokalitet er udgået, idet parterne har aftalt en ny tilføjelse til §7, stk. 4, hvorefter regionen altid i forbindelse med opslag af et nyt ydernummer, kan stille krav om at speciallægen etablerer sin klinik i et nærmere anvist geografisk område, eller eventuelt i et regionalt eller kommunalt sundhedshus.

Nedenstående bestemmelser i overenskomsten er justeret og indgår fremover i overenskomsten med følgende ordlyd:

KAPITEL IV. ANDRE TILKNYTNINGSFORMER

§ 16. Satellitpraksis

Stk. 1

Samarbejdsudvalget kan give speciallægen tilladelse til etablering af en satellitpraksis som supplement til det primære konsultationssted. Samarbejdsudvalget kan stille som betingelse, at satellitpraksis etableres på en bestemt geografisk lokalitet, eksempelvis i lokaler i et sundhedshus eller i lokaler, som tidligere er anvendt til sygehusbehandling.

Stk. 2

Satellitpraksis udgør alene et ekstra konsultationssted, og er ikke en selvstændig praksis i forhold til overenskomsten. Tildelingen er personlig og kan ikke overdrages.

Stk.3

Samarbejdsudvalget kan i særlige tilfælde aftale, at speciallægen alene leverer visse ydelser i ydelseskataloget i satellitpraksis.

Stk.4

Samarbejdsudvalget kan aftale, at en region og/eller en kommune stiller lokaler, udstyr og personale til rådighed for speciallægen. Speciallægen betaler et nærmere aftalt omkostningsbidrag til regionen for lokaler, udstyr og personale som stilles til rådighed.

Stk. 5

Side 15

De samlede vilkår for etablering og drift af en satellitpraksis fastlægges i en aftale mellem regionen, FAS-gruppens repræsentanter i det regionale samarbejdsudvalg og den/de omfattede speciallæger.

Stk. 6

Speciallægen kan opsige aftalen om satellitpraksis med 12 måneders varsel.

Stk. 7

Satellitpraksis kan etableres for en tidsbegrænset periode på maksimalt 10 år, med mulighed for forlængelse. Når den tidsbegrænsede periode udløber, eller speciallægen opsiger aftalen om satellitpraksis, skal der ikke ydes godtgørelse.

Stk. 8

Muligheden for at sikre speciallægedækning via tildeling af satellitpraksis kan indgå i praksisplanen, men dette er ikke en betingelse for at der kan etableres satellitpraksis.

§ 17. Tidsbegrænset ekstra kapacitet

Stk. 1

Samarbejdsudvalget kan give tilladelse til, at en speciallæge tildeles en tidsbegrænset ekstra kapacitet for maksimalt 10 år, eventuelt med en fast geografisk placering af den ekstra kapacitet.

Stk. 2

Den tidsbegrænsede ekstra kapacitet tilbydes speciallæger, som allerede har tiltrådt overenskomsten, og hvis praksis har den ønskede geografiske placering. Tildelingen er personlig og kan ikke overdrages.

Stk. 3

Speciallægen kan opsige den ekstra kapacitet med 12 måneders varsel.

Stk. 4

Ved udløbet af tidsbegrænsningen eller opsigelse af den ekstra kapacitet fra speciallægens side, skal der ikke ydes godtgørelse, og den ekstra kapacitet bortfalder.

Stk. 5

Muligheden for at sikre speciallægedækning via tidsbegrænset tildeling af ekstra kapacitet kan indgå i praksisplanen, men dette er ikke en betingelse for, at der kan tildeles en tidsbegrænset ekstra kapacitet.

§ 18. Ydernummer på licens

Stk. 1

Samarbejdsudvalget kan tildele en speciallæge et ydernummer personligt og tidsbegrænset uden mulighed for videresalg. Muligheden betegnes ”ydernummer på licens”. Samarbejdsudvalget kan kun gøre brug af muligheden, når en kommune og/eller region stiller klinik til rådighed for speciallægen.

Speciallægen driver praksis efter overenskomstens regler og honorering, men betaler til regionen et nærmere aftalt omkostningsbidrag for f.eks. lokaler, udstyr og personale som stilles til rådighed.

Stk. 2

Parterne kan opsig ydernummeret på licens med et varsel på mindst 12 måneder, hvorefter ydernummeret tilfalder samarbejdsudvalget til eventuel nybesættelse.

Stk. 3

Licensydernummeret kan drives for en tidsbegrænset periode på i alt maksimalt 10 år.

Stk. 4

Muligheden for at sikre speciallægedækning via tildeling af ydernummer på licens kan indgå i praksisplanen.”

1.3 Støttefunktion for almen praksis

Borgerne skal opleve et sundhedsvæsen, som også i fremtiden er i stand til at levere den relevante behandling, selvom efterspørgslen på sundhedsydelse stiger. Det kræver, at opgaverne bliver løst af sundhedsprofessionelle på det rette kompetenceniveau.

For borgerne er det deres egen læge, som er indgangen til sundhedsvæsenet, og som i fremtiden skal stå for en større del af deres behandling.

For at gøre det muligt for almen praksis at varetage en større del af patientbehandlingen, er parterne enige om, at det skal være en del af speciallægenes daglige praksis at stille sig til rådighed for at konferere med lægerne i almen praksis eller stille sig til rådighed for en vurdering af patienten, hvor patienten møder fysisk op hos speciallægen én gang. Det kan gøre det nemmere for patientens egen praktiserende læge hurtigt at iværksætte den rette behandling og i højere grad selv stå for undersøgelser og behandlinger.

For patienten kan det betyde, at man får et bedre og et kortere forløb.

Den faglig konferering kan foregå via telefon, edifact eller video, afhængig af hvad der er mest hensigtsmæssigt i den konkrete situation. Når det drejer sig om konferering via video skal det være en mulighed at patienten deltager, når det er relevant. Herudover kan den faglige konferering også bestå i, at patienten sendes til en *"vurdering ved enkeltstående konsultation"* i speciallægepraksis, dvs. med fysisk fremmøde én gang.

Parterne er enige om, at der skal ske en løbende erfaringsopsamling med den faglige konferering, herunder erfaringerne med *"vurdering ved enkeltstående konsultation"* i speciallægepraksis. I den løbende erfaringsopsamling vil parterne inddrage Praktiserende Lægers Organisation (PLO).

Vurdering af patient ved enkeltstående konsultation

Som et led i støttefunktionen for almen praksis er det aftalt, at de praktiserende speciallæger skal tilbyde almen praksis *"vurdering af patient ved enkeltstående konsultation"*. Herved forstås én konsultation med patienten, i modsætning til et fuldt udrednings- og behandlingsforløb. Patienter, der henvises til en vurdering ved enkeltstående konsultation, indgår ikke i speciallægens sædvanlige venteliste. Der må højst gå 30 dage fra patienten henvises fra almen praksis til patienten modtages i speciallægepraksis. Formålet med en vurdering ved enkeltstående konsultation er, at speciallægen anvender sin specialviden eller sit specialudstyr til én konsultation med patienten og derefter via korrespondancemeddelelse giver almen praksis en tilbagemelding med anbefaling om det videre forløb, som gør det muligt for almen praksis at fastlægge en behandlingsplan for patienten. Dermed kan patientens egen praktiserende læge hurtigere iværksætte den rette behandling.

"Vurdering af patient ved enkeltstående konsultation" træder i kraft 1. september 2022. Parterne er enige om at evaluere ordningen om *"vurdering ved enkeltstående konsultation"* efter et år. Formålet med evalueringen er blandt andet at finde en model for nedtrapning af antal dage fra henvisning fra almen praksis til modtagelse af patienten i speciallægepraksis fra 30 dage til maksimalt 14 dage.

Ydelsen *"vurdering ved en enkeltstående konsultation"* kan opsiges af hver af parterne i overenskomstperioden med et varsel på 3 måneder.

Implementering af støttefunktionen:

Faglig konferering med almen praksis (telefonisk, pr. edifact eller pr. video) skal være et tilbud hos alle speciallæger i det omfang, det er fagligt relevant. Vurdering ved enkeltstående konsultation skal ligeledes være et tilbud hos alle speciallæger, i det omfang, det er fagligt relevant. Parterne er enige om, at speciallæger så vidt muligt skal imødekomme forespørgsler fra almen praksis, men er opmærksomme på, at dette kan vanskeliggøres af den nuværende kapacitet inden for

speciallægepraksis. Fuld implementering af støttefunktionen for almen praksis skal således ses som en udviklingsopgave. Side 18

Klyngesamarbejde:

Med denne overenskomst iværksættes etablering af kvalitetsklynger i speciallægepraksis i lighed med almen praksis. Det er forventningen, at der på sigt vil blive tale om et vist samarbejde mellem klyngerne og at dette vil understøtte udveksling af viden og rådgivning. Parterne følger udviklingen i perioden og vurderer løbende om der er behov for tiltag til at understøtte udviklingen.

Der er aftalt følgende ændringer i overenskomsten:

§ 45 i overenskomsten konsekvensrettes:

§ 45 Faglig konferering med alment praktiserende læger vedrørende konkrete sygdomstilfælde hos patienter

Faglig konferering i forbindelse med henvendelse fra alment praktiserende læge vedrørende en konkret patient skal være et tilbud i alle speciallægepraksis i det omfang det er fagligt relevant for specialet. Den faglige konferering honoreres som ydelse 0205 med et beløb svarende til halvdelen af honoraret for 1. konsultation inden for det pågældende speciale. Faglig konferering kan ske pr. telefon, pr. edifact eller pr. video.

Anmærkning til § 45:

Det forudsættes, at henvendelsen er af et omfang, som medfører, at speciallægen journalfører den leverede rådgivning, og at den alment praktiserende læge ikke udsteder henvisning i umiddelbar tilknytning til det konkrete sygdomstilfælde. I visse specialer er der i forbindelse med moderniseringerne aftalt en fravigelse fra §45, som indebærer at ydelse 0205 honoreres med et andet beløb end halvt 1. konsultationshonorar.

Ny § 45a. Faglig konferering pr. video med praktiserende læger med deltagelse af patient

Faglig konferering med almen praksis pr. video og med deltagelse af en patient skal være et tilbud i alle speciallægepraksis i det omfang det er fagligt relevant for specialet. Initiativet til den konkrete faglige rådgivning skal komme fra den alment praktiserende læge. Den faglige konferering med almen praksis pr. video og med deltagelse af patient honoreres med ny ydelse XX, som i alle specialer skal udgøre et beløb svarende til halvdelen af honoraret for 1. konsultation inden for det pågældende speciale.

Anmærkning til § 45a:

Det forudsættes, at henvendelsen er af et omfang, som medfører, at speciallægen journalfører den leverede rådgivning, og at den alment praktiserende læge ikke udsteder henvisning i umiddelbar tilknytning til det konkrete sygdomstilfælde.

Ny § XX. Vurdering af patient ved enkeltstående konsultation

Vurdering af patient ved enkeltstående konsultation skal være et tilbud i alle speciallægepraksis i det omfang det er fagligt relevant for specialet. Patienter, der henvises til vurdering ved enkeltstående konsultation, indgår ikke i speciallægens sædvanlige venteliste, men skal modtages i praksis senest inden for 30 dage. Formålet er, at speciallægen anvender sin specialviden eller sit specialudstyr og derefter via korrespondancemeddelelse giver almen praksis en tilbagemelding med anbefaling om det videre forløb, som gør det muligt for almen praksis at fastlægge en behandlingsplan for patienten. Speciallægen skal indrette sit dagsprogram på en måde, så der skabes plads til vurderinger af patienter ved enkeltstående konsultationer.

Anmærkning til ny § XX

Vurdering af patient ved enkeltstående konsultation afregnes med ny ydelse XX, som honorarmæssigt svarer til en 1. konsultation i det pågældende speciale.

Ydelsen kan anvendes fra 1. september 2022.

FAPS udarbejder i fællesskab med PLO et sæt overordnede kriterier for, hvornår det vil være relevant for almen praksis at henvise til en vurdering ved enkeltstående konsultation inden for de enkelte specialer. Kriterierne, som skal godkendes af overenskomstens parter, skal være klar den 1. marts 2022.

Den eksisterende speciallægehenvielse udvides med en ny henvisningsmulighed "Vurdering ved enkeltstående konsultation", ud over de nuværende henvisningsmuligheder "diagnose og behandling" og "fortsat behandling" m.fl. Det skal være tydeligt for både den alment praktiserende læge og den praktiserende speciallæge, når der henvises til denne nye konsultationstype, da det bl.a. har afgørende betydning for, hvor hurtigt patienten skal ses i speciallægepraksis. Den ændrede speciallægehenvielse udarbejdes af MedCom og implementeres i alle lægesystemer inden 1. september 2022. Den nye henvisningstype har en limitering på én konsultation. Der kan sammen med den nye ydelse XX udføres og afregnes de til lægsydelser, som er relevante.

I de tilfælde, hvor der efterfølgende bliver behov for egentlig udredning og behandling hos praktiserende speciallæge, kræver dette en ny henvisning. Patienten har som altid ret til frit at vælge speciallæge.

1.4 Nye ydernumre og konvertering af deltidsydernumre

Det er i dag muligt for regionerne at udløse nye ydernumre eller tilbyde konvertering af deltidsydernumre, hvis regionsrådet finder behov for dette, også selvom om det ikke fremgår af praksisplanen. Overenskomsten er dog ikke helt tydelig omkring dette, hvorfor der er aftalt en præcisering i form af en ny anmærkning til §5. Resten af §5 er uændret.

Der er samtidig aftalt en præcisering af reglerne i §7, stk. 4 og sletning af §7, stk. 5 samt anmærkning til § 7, stk. 3, så det fremover er et tilstrækkeligt grundlag for et nyt ydernummer, at der efter regionens vurdering er behov for det.

Det er samtidig aftalt, at regionen i forbindelse med oprettelse af et nyt ydernummer, kan stille krav om, at speciallægen etablerer sin klinik i et nærmere anvist geografisk område, eller eventuelt i et regionalt eller kommunalt sundhedshus. I konsekvens af, at der ikke længere findes overlægedernumre, er henvisningen hertil slettet i §7, stk. 3.

Parterne er enige om at nedenstående tekst indgår i overenskomsten:

§5 Praksisplanens realisering

Stk. 1

Såfremt praksisplanen forudsætter nynedsættelse af yderligere et antal speciallæger, foretager regionen opslag af tilladelser til nynedsættelser i henhold til § 7.

Stk. 2

Såfremt praksisplanen forudsætter reduktion i antallet af speciallæger, skal dette ske i henhold til § 6.

Stk. 3

Såfremt praksisplanen forudsætter flytning af speciallægepraksis, skal dette ske i henhold til § 11.

Stk. 4

Såfremt praksisplanen forudsætter andre ændringer i speciallægebetjeningen i speciallægepraksis, foretages de nødvendige overenskomstmæssige foranstaltninger i henhold til de gældende overenskomstbestemmelser.

Stk. 5

Såfremt en praksisplans forudsætninger om oprettelse af nye ydernumre ikke kan opfyldes på grund af manglende ansøgninger til de opslåede nynedsættelser, er samarbejdsudvalget forpligtet til at drøfte mulige bidrag til en løsning af problemerne såvel i relation til opgavevaretagelsen som i relation til de øvrige praktiserende speciallæger i regionen. I disse drøftelser skal indgå overvejelser om mulige ændrede samarbejdsrelationer mellem sygehus- og praksissektor, afskaffelse eller forhøjelse af specialets knæk- og omsætningsgrænser samt mulighed for ansættelse af assisterende speciallæge i henhold til § 14.

Stk. 6

Såfremt det konstateres, at behovet for ambulant speciallægebetjening overstiger den samlede kapacitet inden for specialet, har samarbejdsudvalget samme forpligtelse til at drøfte mulige løsninger som anført i stk. 5.

Anmærkning til § 5

Regionsrådet kan løbende oprette nye ydernumre, hvis regionsrådet vurderer, at der er behov for det. Med henblik på at skabe mere behandlingskapacitet kan regionen tilbyde eksisterende deltidsydere at få konverteret deres deltidsydernummer til fuldtidsydernummer. Ligeledes kan regionen tilbyde speciallæger i delepraksis i stedet at få hver et fuldtidsydernummer. Sådanne ændringer i kapaciteten kan ske, selvom en sådan ændring ikke fremgår som en anbefaling i den aktuelle praksisplan.

§ 7. Tiltrædelse af overenskomsten

Stk. 1

Overenskomsten kan tiltrædes i forbindelse med nynedsættelse eller i forbindelse med overtagelse af praksis.

Stk. 2

En forudsætning for, at en speciallæge kan erhverve og have et ydernummer og praktisere efter overenskomsten er, at speciallægen forud for erhvervelsen kan fremvise børneattest uden alvorlige anmærkninger af relevans for at virke under overenskomsten. Er dette ikke tilfældet, kan speciallægen ikke opnå mulighed for at praktisere efter overenskomsten. Forud for praksiskøb eller tildeling af nyt ydernummer retter speciallægen henvendelse til regionen, som på speciallægens fuldmagt indhenter børneattest. Regionen træffer efter forudgående partshøring af speciallægen afgørelse om, hvorvidt en børneattest er påtegnet alvorlige anmærkninger af relevans for at virke under overenskomsten. Afgørelsen meddeles speciallægen, som ved regionens godkendelse nu kan erhverve klinik.

Stk. 3

Regionen godkender overtagelse af praksis, hvis dette ikke er i modstrid med den i regionen vedtagne praksisplan, jf. § 4, eller er i modstrid med en truffet beslutning om nedlæggelse af praksis, jf. § 6. Overtagelse af praksis kan ske med 1 måneds varsel til den 1. i en måned.

Stk. 4

Såfremt en vedtaget praksisplan tilsiger udvidelse af kapaciteten i speciallægepraksis, eller såfremt regionen har truffet beslutning om oprettelse af et nyt ydernummer i medfør af anmærkning til §5, kan regionen efter drøftelse i samarbejdsudvalget opslå tilladelse til nynedsættelse med angivelse af praksisform for den enkelte speciallæge. Regionen kan i forbindelse med opslag stille krav om, at speciallægen nedsætter sig i praksis, hvortil der er handicapvenlig adgang. Regionen kan ligeledes stille krav om, at speciallægen skal etablere sin klinik i et nærmere anvist geografisk område, eller eventuelt i et regionalt eller kommunalt sundhedshus.

Stk. 5

Side 22

Ansøgninger om tilladelse til nynedsættelse forelægges for samarbejdsudvalget med henblik på udarbejdelse af indstilling, hvorefter regionen træffer beslutning om godkendelse af tilladelse til nynedsættelse. Såfremt nynedsættelser sker gennem etablering eller udvidelse af eksisterende kompagniskabspraksis, beslutter den eller de allerede etablerede læger, hvem der skal have tilladelse til nynedsættelse.

Stk. 6

En speciallæges anmodning om overtagelse af praksis eller om nynedsættelse fremsendes til regionen gennem FAS, der påser, at vedkommende har autorisation som speciallæge samt påser, at speciallægen i øvrigt opfylder overenskomstens betingelser.

Stk. 7

Anmodning fra speciallægen om ændring af praksisform, jf. § 9, stk. 1 a) -c), afgøres af regionen efter indhentet udtalelse fra samarbejdsudvalget. Vedrørende tilladelse til delepraksis efter § 9, stk. 1 d) henvises til § 9a.

Stk. 8

En speciallæge, der tiltræder overenskomsten, har pligt til at udføre speciallægegering efter den i overenskomsten fastsatte betaling og på de ifølge overenskomsten i øvrigt gældende betingelser samt har pligt til at holde sig orienteret om bestemmelserne vedrørende overenskomstens administration. En speciallæge, der praktiserer i henhold til overenskomst om almen lægegering, har ikke ret til betaling efter overenskomst om speciallægehjælp.

Stk. 9

Fuldtidspraktiserende speciallæger skal som udgangspunkt levere en mængde og en bredde af ydelser for praksissektoren, der skal sikre optimal speciallægebetjening og lever op til normal omsætning defineret i relation til gennemsnittet inden for det pågældende speciale.

Anmærkning til § 7, stk. 2:

Der henvises til overenskomstens bilag A om "vejledning om procedure for indhentelse og vurdering af børneattester i forbindelse med erhvervelse af en praksis i henhold til overenskomst om speciallægehjælp".

Anmærkning til § 7, stk. 6:

FAS påser, at speciallæger, som har fået tilladelse til at etablere delepraksis, har indgået aftale om, hvorledes der skal forholdes ved opløsning af praksis, da en delepraksis ikke kan opsplittes.

1.5 Praksisophør uden overdragelse til anden speciallæge

For at understøtte at der kan være større sikkerhed for, at kapaciteterne i speciallægepraksis er i drift, er parterne enige om, at regionerne kan opslå ydernummeret til genbesættelse når en speciallæge har varslet ophør uden at praksis overtages af en anden speciallæge. Det betyder, at regionen hurtigere kan genopslå en kapacitet til besættelse end tidligere. Side 23

Parterne er enige om at nedenstående tekst indgår i overenskomsten:

§ 15. Praksisophør

Stk. 1

Såfremt en speciallæge ophører med at praktisere under overenskomsten om speciallægehjælp, uden at praksis overtages af en anden speciallæge, skal et sådant ophør meddeles regionen, hvori praksis er beliggende. Ophøret skal meddeles med 3 måneders varsel til udgangen af en måned. Regionen kan i varslingsperioden opslå ydernummeret med henblik på at sikre fortsat drift af kapaciteten efter speciallægens ophør. I 3 måneders varslingsperioden er speciallægen fortsat forpligtet til at opretholde driften af praksis.

1.6 Udlægning af sygehusbehandling

Udlægningsaftale

Danske Regioner og FAPS har i fællesskab lavet en vision for de praktiserende speciallægers rolle i et samlet sundhedsvæsen. Det er en målsætning i visionen, at patienter med mindre specialiserede sygdomme i højere grad skal behandles i speciallægepraksis i stedet for på sygehus for herved at aflaste sygehusene.

I 2020 indgik RLTN og FAPS en midlertidig aftale om mulighed for udlægning af sygehusbehandling til speciallægepraksis i forbindelse med Covid-19. Aftalen har været til gavn for patienter, regioner og praktiserende speciallæger og parterne ønsker at aftalen videreføres på en hensigtsmæssig måde i den nye overenskomstperiode.

Regionerne kan jf. SL § 75, stk. 2 indgå aftaler med de private herunder med de praktiserende speciallæger om varetagelse af nærmere fastsatte sygehusopgaver i speciallægepraksis.

Parterne er derfor enige om, at der indgås en permanent tillægsaftale om udlægning af sygehusbehandling til Overenskomsten om Speciallægehjælp. Regionerne kan gøre brug af tillægsaftalen efter behov.

Patienter som visiteres af almen praksis til sygehusbehandling og herfra tilbydes behandling i speciallægepraksis via tillægsaftalen har fortsat deres patientretigheder efter Sundhedsloven som f.eks. patienters ret til hurtig udredning, reglerne om frit og udvidet frit sygehusvalg, befordring mv.

2. Kvalitet

2.1 Ny kvalitetsmodel

Ny kvalitetsmodel i speciallægepraksis

Arbejdet med kvalitetsudvikling i speciallægepraksis har altid haft og har til stadsighed stort fokus.

Omdrejningspunktet er at etablere rammer omkring datadrevet kvalitet – herunder rapportering til relevante kliniske kvalitetsdatabaser og forsøg med speciale-specifikke kvalitetsrapporter til brug for kvalitetsudvikling i egen klinik. Desuden er diagnosekodning implementeret i specialerne som en væsentlig nøgle til data-drevet kvalitetsarbejde. Med etableringen af en "Sentinel-enhed" i Sundhed.dk i 2019, kan det datadrevne kvalitetsarbejde nu for alvor udfoldes i speciallægepraksis.

Der har siden 2015 været gennemført to survey-runder, og alle speciallægepraksis er akkrediteret. Der er mellem overenskomstens parter enighed om fremadrettet at forlade akkrediterings-konceptet, men også om at det bedste fra akkrediteringen skal bringes med ind i den nye kvalitetsmodel.

Sideløbende med akkrediteringen har der siden 2015 været arbejdet med udvikling og anvendelse af PRO til brug for patientinddragelse i speciallægepraksis. Speciallægepraksis står derfor på et godt fundament med høj kvalitet i udredning og behandling. Hensigten med en ny model er at fortsætte det gode arbejde og skabe rammerne for, at speciallægerne også fremadrettet udvikler, fastholder og dokumenterer den kliniske kvalitet.

Hovedelementerne i den nye kvalitetsmodel er:

- Datadrevet kvalitetsarbejde og rapportering til kliniske kvalitetsdatabaser
- Fortsat arbejde med PRO eller andre former for patientinddragelse i alle specialer
- Fortsat arbejde med elementer af organisatorisk kvalitet på baggrund af erfaringerne fra akkrediteringen
- Etablering af kvalitetsklynger for alle praktiserende speciallæger.

Modellen er ikke fastlagt én gang for alle, men er dynamisk og kan udvikles og tilpasses i forhold til ændrede behov.

Kvalitetsmodellen har til formål at:

- Understøtte den faglige udvikling i speciallægepraksis
- Sikre ensartet høj kvalitet og derigennem minimere uhensigtsmæssig variation
- Udvikle og dokumentere den kliniske kvalitet i udredning og behandling

- Skabe værdi for patienterne
- Bidrage til videndeling
- Udnytte ressourcerne i sundhedsvæsenet effektivt
- Understøtte dialogen mellem klinikker/klynger og regionerne i forhold til det regionale tværfaglige og tværsektorielle samarbejde.
- Sikre at kvalitetsarbejdet er i tråd med det overordnede nationale kvalitetsprogram og øvrige politiske ønsker og prioriteringer for arbejdet med kvalitet i sundhedsvæsenet.

Målsætninger og indhold i kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis er i tråd med intentionerne i det nationale kvalitetsprogram og de overordnede 8 nationale kvalitetsmål.

Parterne er enige om, at nedenstående tekst fremover indgår i overenskomsten:

§ 58a. eKVIS

Stk. 1

eKVIS er etableret pr. 01-12-2011 under Fonden for Faglig Udvikling af speciallægepraksis, og varetager udvikling, implementering og opfølgning i forbindelse med arbejdet med kvalitet i speciallægepraksis.

Stk. 2

eKVIS styregruppen består af 6 medlemmer, 3 udpeget af Danske Regioner og 3 udpeget af FAS samt en formand udpeget af Danske Regioner. eKVIS sekretariatet ligger i FAS.

Styregruppen og eKVIS sekretariatet har til opgave at udmønte og sikre fremdrift i de opgaver, som er beskrevet i denne overenskomst. Styregruppen orienterer Fonden for Faglig Udvikling om eKVIS' aktiviteter en gang årligt.

Stk. 3

eKVIS sekretariatet og styregruppens aktiviteter finansieres af Fonden for Faglig Udvikling i Speciallægepraksis.

§ 58b. Ny kvalitetsmodel i speciallægepraksis

Der er i overenskomsten pr. 1. april 2022 aftalt en ny kvalitetsmodel i speciallægepraksis, som i vidt omfang viderefører de eksisterende indsatsområder. Endvidere etableres som et nyt indsatsområde kvalitetsklynger for alle praktiserende speciallæger. Hovedelementerne i den nye kvalitetsmodel er:

- Datadrevet kvalitetsarbejde og rapportering til kliniske kvalitetsdatabaser
- Fortsat arbejde med PRO eller andre former for patientinddragelse i alle specialer

- Fortsat arbejde med elementer af organisatorisk kvalitet på baggrund af erfaringerne fra akkrediteringen Side 26
- Etablering af kvalitetsklynger for alle praktiserende speciallæger.

Modellen er ikke fastlagt én gang for alle, men er dynamisk og kan udvikles og tilpasses i forhold til ændrede behov, når der er enighed om det i eKVIS styregruppen eller blandt overenskomstens parter.

Anmærkning til §58b.

Modellen er nøjere beskrevet i Notat om ny kvalitetsmodel i speciallægepraksis af 29. september 2020, udarbejdet af repræsentanter fra Danske Regioner, regionerne, FAPS og eKVIS samt i protokollater om kvalitetsmodel.

§ 58c. Datadrevet kvalitet

Stk. 1

I speciallægepraksis sættes fokus på anvendelse af data som et væsentligt grundlag for kvalitetsarbejdet. Alle speciallæger er forpligtede til at arbejde med egne systematiserede data samt aggregerede, anonyme data i relation til egenkontrol og benchmark - dvs. sammenligning af egne resultater med anonyme resultater på aggregeret niveau fra andre speciallæger inden for samme speciale - med henblik på vurdering af behovet for kvalitetsforbedrende tiltag. Egne data og aggregerede, anonyme data, stilles til rådighed for den enkelte speciallæger gennem kvalitetsrapporter.

Stk. 2

Datadrevet kvalitet understøttes af et IT-redskab – Sentinel – som den enkelte speciallæge er forpligtet til at anvende. Sentinel installeres i eget lægesystem og understøtter systematisering af data til eget brug samt anvendelse af data i overensstemmelse med overenskomstens bestemmelser herom. Sentinel overholder alle GDPR-mæssige krav til sikkerhed, ligesom enhver anvendelse af data sker i overensstemmelse med lovgivningens krav i relation til anonymitet og personhenførbare. Udvikling og drift af Sentinel foregår i en enhed under sundhed.dk efter aftale med eKVIS styregruppen. Sundhed.dk er databehandler for de praktiserende speciallæger. Formål og instruks om databehandlingen fremgår af databehandleraftale mellem speciallægen og sundhed.dk.

Anmærkning til stk. 2: Der ydes et tilskud på 7.500 kr. ved tilmelding til Sentinel for de klinikker, der ikke tidligere har fået tilskud til datafangst. Tilskuddet udbetales via afregningen, efter at klinikken er begyndt at anvende Sentinel. Tilskuddet udbetales til klinikker, som er tilsluttet inden udgangen af 2022.

Stk. 3

eKVIS styregruppen arbejder for, at speciallægepraksis får mulighed for at indrapportere data til alle relevante godkendte kliniske kvalitetsdatabaser i henhold til

Side 27
nationale regler herom. Hvilke databaser, der er relevante, afgøres i dialog mellem eKVIS og Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram, RKKP. Speciallægen er forpligtet til at rapportere til relevante nationale kliniske kvalitetsdatabaser. Rapportering understøttes af Sentinel og følges op af elektronisk feedback med egne data og aggregerede data til benchmark.

§ 58d. Patientrapporterede data og anden patientinddragelse

Stk. 1

Der etableres i relevant omfang projekter om patientrapporteret outcome (PRO) i speciallægepraksis. Der arbejdes ud fra anbefalingerne i det nationale Program PRO. PRO projekter udvikles i samarbejde med speciallægeorganisationerne og andre relevante parter, herunder PRO sekretariatet.

Stk. 2

eKVIS styregruppen har til opgave at beslutte form og indhold i kommende PRO projekter eller undersøgelser af patientoplevelser i speciallægepraksis. eKVIS styregruppen kan endvidere beslutte at anvende andre redskaber til patientinddragelse. Den enkelte speciallæge er forpligtet til at deltage, når eKVIS styregruppe har besluttet at implementere et relevant projekt i det pågældende speciale.

§ 58e. Diagnosekodning

Stk. 1

Diagnosekoder er en forudsætning for det datadrevne kvalitetsarbejde og øget viden om patientbehandlingen i speciallægepraksis. Alle praktiserende speciallæger skal i eget journalsystem diagnosekode ud fra den til enhver tid gældende udgave af ICD-kodesystemet. I udgangspunktet kodes alle patienter. Kode skal angive sygdomskode (hovedsyngdomsgruppe) for slutdiagnose eller relevant sygdomskode for patientens forløb. Kodning med to eller tre tal.

Stk. 2

eKVIS understøtter diagnosekodning og kodepraksis inden for alle 15 praksisspecialer.

Stk. 3

Diagnosekoderne skal systematiseres via Sentinel.

Stk. 4

Regionerne får adgang til diagnosekoder fra den enkelte klinik. Diagnosekoderne leveres i anonymiseret form, sådan at regionerne ikke har mulighed for at identificere konkrete patienter eller deres cpr. numre, men den konkrete klinik vil fremgå.

Stk. 1

Indenfor alle specialer etableres kvalitetsklynger, hvis primære formål er at understøtte det kliniske kvalitetsarbejde gennem speciallægenes faglige sparring og fælles dialog. Det vil dog også være relevant at klyngerne arbejder med organisatorisk kvalitet herunder patientsikkerhed på baggrund af erfaringerne fra akkrediteringen. Desuden har kvalitetsklyngerne en rolle som dialogpartner for almen praksis, sygehuse og regioner.

Stk. 2

Alle praktiserende speciallæger skal være registreret i en klynge senest med udgangen af 2023. Alle praktiserende speciallæger skal deltage i klyngens aktiviteter. For at klyngearbejdet kan blive velfungerende stilles krav om jævnlig mødeaktivitet, svarende til 2-4 møder om året.

Stk. 3

For hver kvalitetsklynge udpeger FAPS en koordinator, der har det overordnede ansvar for afholdelsen af møderne, ligesom koordinator fungerer som kontaktperson i forhold til den tværsektorielle dialog med almen praksis, sygehuse og regioner. Koordinator er også kontaktperson i forhold til eKVIS.

Stk. 4

Klyngernes arbejde understøttes af eKVIS i form af såkaldte klyngepakker med skræddersyede data og materiale om relevante emner. Det er frivilligt for klyngerne, hvilke klyngepakker, der arbejdes med. Overenskomstparterne kan dog fastlægge obligatoriske pakker, fx i forbindelse med faglige moderniseringer eller andre aftaler for det enkelte speciale. Klyngerne kan desuden arbejde med selvvalgte emner.

Stk. 5

Arbejdet med udvikling og implementering af klyngepakker koordineres i eKVIS styregruppen. Forslag til klyngepakker og bidrag til indhold kan eksempelvis komme fra de enkelte specialer, regionerne, RKKP eller centrale sundhedsmyndigheder. De data, der stilles til rådighed for klyngerne, kan eksempelvis komme fra Sentinel, RKKP, LPR, FMK, regionerne eller andre myndigheder.

Stk. 6

Der stilles en elektronisk kommunikationsplatform til rådighed for klyngerne med henblik på klyngernes interne kommunikation og tilgængelighed for klyngepakker mv. I platformen registreres, hvilken klynge speciallægen er tilknyttet.

Ændret fra §58f, ordlyd uændret.”

Til overenskomstteksten om kvalitetsudvikling knytter sig nedenstående protokollater:

Protokollat om datadrevet kvalitet

Ved datadrevet kvalitet forstås, at arbejde og beslutninger i relation til kvalitet baseres på de data, der er til rådighed. Udover den enkelte speciallæges egne klinikdata skal data i speciallægepraksis forstås bredere og kan komme fra mange forskellige kilder fx patienter, journaler, klinikens egenkontrol og logs, centrale registre – herunder fx FMK og LPR, og data kan være både kvantitative og kvalitative. Den konkrete brug af data defineres og tilrettelægges i dataprojekter i eKVIS.

Dataprojekter i regi af eKVIS træder ikke i stedet for kliniske kvalitetsdatabaser, men skal ses som en mulighed for at samle og følge op på data om udvalgte patientgrupper, sygdomsområder eller andre veldefinerede emner i specialerne med henblik på benchmarking. Ideer til dataprojekter vil komme mange steder fra. Den primære kilde forventes at være specialeorganisationerne, men regioner, centrale sundhedsmyndigheder, overenskomstens parter eller andre skal også kunne komme med ønsker til etablering af dataprojekter i speciallægepraksis fx for at følge op på kvaliteten ved udlægning af opgaver fra sygehusene eller ved behov for opfølgning på fx moderniseringstiltag. Ideer til projekter koordineres (som hidtil) i eKVIS styregruppe og iværksættes inden for kvalitetsmodellens rammer.

Uanset hvorfra ideer kommer, etableres dataprojekter i tæt samarbejde mellem eKVIS og specialeorganisationerne med inddragelse af øvrige relevante samarbejdspartnere – herunder regioner, RKKP, videnskabelige selskaber og andre. Der skal være opmærksomhed på at sikre, at dataprojekter i speciallægepraksis koordineres med dataprojekter i det øvrige sundhedsvæsen, så parallelle tiltag og dobbeltregistrering undgås.

Når et dataprojekt implementeres i et speciale, forventes det, at alle praktiserende speciallæger inden for specialet deltager – det vil sige via Sentinel bidrager med data fra egen klinik og bruger data til benchmarking for at specialet samlet set kan fastholde og udvikle en høj kvalitet. Data fra implementerede dataprojekter kan indgå i drøftelser i kvalitetsklyngerne.

Kvalitetsdata fra speciallægepraksis skal formidles til omverden, fordi det er vigtigt, at data om sektoren i højere grad indgår i generel viden om kvaliteten i sundhedsvæsenet. Der skal dog være opmærksomhed på, at formidling forudsætter valide data, der præsenteres i den rette sammenhæng med relevant klinisk vurdering/tolkning. Offentliggørelse af data fra speciallægepraksis sker inden for gældende lov og GDPR-regulering – både af hensyn til patienterne og klinikernes speciallæger og personale.

Protokollat om fortsat arbejde med organisatorisk kvalitet

Side 30

For at videreføre de positive erfaringer fra akkrediteringen - og som en hjælp til etablering af en ny speciallægepraksis - understøttes adgang for alle nye klinikker til de udarbejdede akkrediteringsstandarder for 2. surveyrunde. Adgangen skal hjælpe nye klinikker til at skabe overblik og systematik i forhold til den organisatoriske kvalitet – fx med redskaber til brug for tilrettelæggelse af kvalitetsovervågning (årshjul) og journalaudit.

For fortsat at understøtte nye klinikkers arbejde med organisatorisk kvalitet vil eKVIS jævnligt udbyde kurser og evt. videoguides. Indholdet vil tage udgangspunkt i akkrediteringsstandarderne for 2. runde.

Desuden vil elementer fra akkrediteringen blive tænkt ind i de klyngepakker, som stilles til rådighed for kvalitetsklyngerne.

Protokollat om udmøntning af kvalitetsklynger

Etablering af klynger

Alle praktiserende speciallæger knyttes til en klynge. Klyngerne etableres som specialespecifikke og dannelsen sker i tæt dialog med speciallægeorganisationerne. Store klynger med mere end 15 deltagende speciallæger anbefales ikke, idet et alt for stort antal deltagere svækker ideen med personlig faglig sparring og videndeling. Alle praktiserende speciallæger skal være registreret i en klynge senest med udgangen af 2023. For at understøtte et godt flow og intentionen om kvalitetsklyngen som omdrejningspunkt for et forbedringsperspektiv forudsættes jævnlig og hyppig mødeaktivitet med dagsorden og opfølgning med henblik på at understøtte fremdrift.

Et af formålene med klyngerne er, at de skal kunne fungere som dialogpartner med udgangspunkt i det fælles faglige og i relation til det tværsektorielle samarbejde. Det vil alt andet lige være enklere, hvis klyngens speciallæger hører til i samme region. Men etablering af klynger må tage hensyn til specialets udbredelse og antallet af praksis i umiddelbar geografisk nærhed. I de store specialer vil det være hensigtsmæssigt med regionalt afgrænsede klynger, mens det i de mindre udbredte specialer kan være hensigtsmæssigt at samle i en stor eller fx i en øst- og en vestklynge.

Der er behov for at registrere kvalitetsklyngerne centralt, så der er viden om hvilke speciallæger, der indgår i hvilke klynger. Uden en sådan registrering er det ikke muligt at understøtte de enkelte klynger med data tilpasset deltagerne.

Hvis en speciallæge vælger at stå udenfor klyngerne, er det en overtrædelse af overenskomsten, som kan indbringes for SU og SSU.

Klyngekoordinator

FAPS udpeger for hver klynge en koordinator, der har til opgave at planlægge og indkalde klyngen til møder 2-4 gange årligt. Opgaven omfatter:

- Ansvar for dagsorden og et fælles mødegrundlag/materiale. Det kan fx Side 31 være med udgangspunkt i
 - Udbudte klyngepakker med data og refleksionsspørgsmål
 - Klinikernes egne data og benchmarking
 - Aftaler med eksterne oplægsholdere
 - Nye kliniske retningslinjer
 - Relevant faglig litteratur og ny forskning
 - Fokus på forskningspotentiale i speciallægepraksis
- Årsplan for klyngens aktiviteter
- Årlig status om klyngens aktiviteter til eKVIS styregruppe
- Deltagelse i et årligt koordinatormøde arrangeret af eKVIS mhp sparring og videndeling
- Derudover er koordinator klyngens kontaktperson udad til ift regioner, almen praksis og andre klynger
- Klyngekoordinator honoreres med et årligt beløb på kr. 50.000.

Pulje til aktiviteter i klyngerne (klyngeøkonomi)

Der etableres en aktivitetspulje til compensation af klyngernes udgifter i forbindelse med lokaleleje, mødeforplejning og til honorering af eksterne oplægsholdere og lignende aktiviteter. Hver klynge tildeles 2.000 kr. pr. speciallæge pr. år svarende til 500 kr. pr. klyngemøde, og 10.000 kr. pr. år pr. klynge til aktiviteter fx honorering af eksterne oplægsholdere.

Klyngeøkonomien administreres af eKVIS, og klyngekoordinatoren indsender til eKVIS regninger for lokaleleje, forplejning og aktiviteter.

Klyngeplatform

Klyngeplatformen er en elektronisk platform, der stilles til rådighed for klyngerne med henblik på let adgang til klyngepakker, intern dokumentdeling i klyngerne samt etablering af et elektronisk klyngekoordinatornetværk mv.

Klyngepakker

For at understøtte arbejdet i kvalitetsklyngerne udvikles der et idekatalog med en række definerede klyngepakker. Ved "klyngepakke" forstås en materialesamling eller lignende, som kan have forskelligt indhold afhængig af det konkrete emne, som skal behandles i klyngen.

Arbejdet med udvikling, implementering, evaluering og justering af klyngepakker koordineres i eKVIS styregruppen.

Speciallægeorganisationerne er centrale medspillere i udviklingen af især klyngepakkernes kliniske indhold ved fx at identificere og kvalificere emner samt udpege relevante fagpersoner med henblik på en konkret pakkes udformning. Men også

andre aktører fx regionerne kan bidrage med ideer til klyngepakker og deres indhold. Side 32

Klyngepakker kan have mange forskellige udgangspunkter fx elementer fra akkrediteringen i form af journalaudit og egenkontrol, men også konkrete kliniske data og input til fælles drøftelser om kvalitetsniveau og kriterier for god kvalitet. Via Sentinel vil der kunne udtrækkes relevante data til benchmark, opgjort anonymt på klyngeniveau, som grundlag for klyngens faglige drøftelser, men data kan også komme andre steder fra.

En klyngepakke er i udgangspunktet specialespecifik, men hvis indholdet er relevant for flere specialer eller har en mere generel karakter, kan den samme pakke anvendes af eller tilpasses flere specialer.

Klyngepakkerne stilles til rådighed for kvalitetsklyngerne som et tilbud, og der er derfor ikke krav om, at alle klynger inden for et speciale skal arbejde med alle pakker, samme pakke på samme tid eller pakker i en fast defineret rækkefølge. Overenskomstens parter kan beslutte, fx i relation til faglige moderniseringer, om der skal stilles krav til kvalitetsklyngerne om at arbejde med bestemte klyngepakker.

Såfremt en region gennemfører tværsektorielle kvalitetsprojekter, kan en speciallægeklynge tilbydes at deltage. En region kan stille relevant regionalt datamateriale til rådighed for klyngen, eksempelvis data om sygehusaktivitet eller laboratoriedata.

Klyngerne kan desuden arbejde med selvvalgte emner.”

Kompetencedage:

Parterne er enige om, at der i overenskomstperioden afsættes 2 kompetencedage, som er reserveret til kompetenceudvikling af speciallægerne i forbindelse med arbejdet med kvalitet inden for en række områder, og er knyttet til kvalitets tiltag iværksat i regi af eKVIS. Det kan eksempelvis dreje sig om introduktionsmøder eller møder til evaluering eller opfølgning på kvalitetstiltag. Kompetencedage kan afholdes som hele, halve eller kvarte dage.

Nedenstående tekst indgår i overenskomsten:

§ 57. Efteruddannelse

Stk. 1

Speciallægen skal gennem en kontinuerlig efteruddannelse fastholde sin kompetence på et højt fagligt niveau.

Stk. 2

Speciallægen har fra 2008 ret til tilskud til deltagelse i efteruddannelse i normalt 8 dage årligt. I perioden fra 01-04- 2022 til 31-03-2026 kan speciallægen deltage i

yderligere 2 kompetencedage. Kompetencedagene er reserveret til kompetenceudvikling af speciallægerne i forbindelse med arbejdet med kvalitet inden for en række områder, og er knyttet til kvalitetstiltag iværksat i regi af eKVIS. Det kan eksempelvis dreje sig om introduktionsmøder eller møder til evaluering eller opfølgning på kvalitetstiltag. Kompetencedage kan afholdes som hele, halve eller kvarte dage.

Tilskuddet dækkes af Fonden for Faglig Udvikling af Speciallægepraksis. Bestemmelser for udbetaling af tilskud samt eventuel ændring af antallet af efteruddannelsesdage med tilskud fastsættes af Fondens bestyrelse under hensyntagen til, at 1 procentpoint af de årlige indbetalinger til Fonden forudsættes anvendt til efteruddannelse.”

2.2 Elektronisk adgang til videnskabelig litteratur

Parterne har i forhandlingerne drøftet problemstillingen om de praktiserende speciallægers manglende adgang til elektronisk videnskabelig litteratur, som er opstået i forlængelse af, at der ikke længere findes den tværregionale licensaftale, som tidligere gav bl.a. praktiserende speciallæger adgang til elektroniske artikler via Sundhed.dk

FAPS har påpeget, at de praktiserende speciallæger har samme behov for adgang til faglig opdatering som kolleger på hospitalerne. Ud over behovet i det daglige virke, er den manglende adgang til videnskabelig litteratur et tiltagende problem, når praktiserende speciallæger deltager i udarbejdelsen af nationale behandlingsvejledninger (NBV), Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR) eller lignende i regi af Sundhedsstyrelsen. Ved udarbejdelsen af PRO-projekter og andre kvalitetsudviklingsprojekter er det ligeledes vigtigt at have adgang til den videnskabelige litteratur.

Parterne har aftalt, at Danske Regioner og Foreningen af Praktiserende Speciallæge i fællesskab vil gå i dialog med Det Kongelige Biblioteks Licenskonsortium med henblik på, at få afklaret om og hvordan praktiserende speciallæger evt. kan få elektronisk adgang til videnskabelig litteratur.

2.3 Anvendelse af økonomi til kvalitetsområdet

Parterne har estimeret de forventede udgifter til kvalitetsområdet, jfr. Bilag 3, og afsat midler således som det fremgår af økonomiopstillingen i nærværende aftale.

Inden for de afsatte midler prioriteres de budgetterede midler bedst muligt i perioden, således at kvalitetsarbejdet drives fremad i overensstemmelse med aftalens hensigter.

Parterne er enige om, at det i forbindelse med hver overenskomstfornyelse skal aftales, hvilke kvalitetsprojekter, der skal fokuseres på i den kommende periode. I den kommende periode er fokus på de kvalitetstiltag, som er beskrevet i denne forhandlingsaftale.

Estimaterne er behæftet med en vis usikkerhed, idet en række parametre endnu ikke kendes fuldt ud. Skulle de afsatte midler vise sig at være for begrænsede, skal parterne i fællesskab tage stilling til den fortsatte finansiering af kvalitetsområdet.

3. Modernisering

Side 35

3.1 Revision af gældende protokollater vedrørende modernisering samt skabelon for gennemførelse af modernisering

Der er mellem parterne enighed om, at arbejdet med modernisering af speciallægepraksis har vist sig at være velfungerende og derfor skal fortsætte. Der mangler to moderniseringer indenfor specialerne Neurologi og Plastikkirurgi og disse specialer gennemføres efter den i overenskomsten af 1. april 2018 gældende skabelon for gennemførelse af modernisering. For parterne er det vigtigt, at specialerne arbejder efter fagligt opdateret ydelsesbeskrivelser, hvorfor der er lavet en revideret skabelon for gennemførelse af moderniseringer, når der startes forfra med specialerne.

Der aftales 2 årlige moderniseringer, dog således at der som hovedregel ikke moderniseres i det år, hvor overenskomsten genforhandles. Parterne kan bede Moderniseringsudvalget om at forholde sig til fx implementering af nationale kliniske retningslinjer eller nedsætte en ad hoc arbejdsgruppe til at forholde sig til fx ændret og/eller nyt lovgrundlag. Herudover kan der opstå en situation, hvor parterne i fællesskab beslutter en anden prioritering af rækkefølgen, som specialerne bliver moderniseret i.

Parterne er enige om, at det i protokollatet præciseres, at der i moderniseringer skal tages højde for ydelser eller f.eks. rekvisitionsordninger, der går på tværs af specialer. Laves der f.eks. analyser/moderniseres allergiforløb, så skal samme ændringer gå igen i alle specialerne med allergiydelser, og alle specialer indgår i arbejdet, så ændringen slår igennem i alle specialer på en gang, hvis der er gennemgående ydelser i flere specialer, skal dette behandles for de relevante specialer i en økonomiforhandling.

Der udarbejdes et årshjul, hvor de 2 årlige aftalte moderniseringer indgår, herunder også evt. beslutning om nedsættelse af ad hoc arbejdsgrupper. Overenskomstens parter drøfter årligt det kommende års aktivitet. Kommissorium godkendes af Moderniseringsudvalget ved skriftlig votering.

Følgende specialer moderniseres i prioriteret rækkefølge:

Speciale (prioriteret rækkefølge ved en 4-årig overenskomstperiode)
1. Neurologi
2. Plastikkirurgi
3. Psykiatri

4. Børne- og Ungdomspsykiatri
5. Øjenlægehjælp
6. Gynækologi

*Specialerne neurologi og plastikkirurgi moderniseres efter protokollatet i overenskomsten om Speciallægehjælp af 1. april 2018. De øvrige specialer moderniseres efter nedenstående skabelon. Alle specialer tilføres moderniseringsmidler 1,5 procent og leverer effektivisering på 4 procent.

Parterne er enige om at nedenstående tekst indgår i overenskomsten:

Protokollater vedrørende kapitel XII

PROTOKOLLAT AF 18-09-2021 OM FAGLIG MODERNISERING

Parterne er enige om at prioritere det fortsatte arbejde med modernisering af speciallægepraksis. Den seneste revision fra OK2017 har vist sig relevant for den faglige modernisering af de specialer, som har været igennem en moderniseringsproces.

Parterne har i fællesskab aftalt, at når der startes forfra på moderniseringer lægges den seneste moderniseringsrapport til grund og der fokuseres på en revision af ydelsesbeskrivelserne, herunder f.eks. rekvisition og forløbsydelse. Parterne har på den baggrund aftalt en række justeringer med henblik på, at der fremover fortsat kan gennemføres en hurtig og smidig moderniseringsproces. Der er i processen mulighed for, at arbejdsgruppen reviderer og/eller supplerer den øvrige del af moderniseringsrapporten, hvis der er et fagligt behov herfor.

Formålet med modernisering

Generelt er det ønskeligt, at ydelsesbeskrivelserne afspejler den løbende, faglige udvikling, der sker på sundhedsområdet. Derudover skal speciallægepraksis kunne løse den opgave, der efterspørges af regionerne. Speciallægepraksis skal med andre ord ses i en sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen. Det er et led i en modernisering at gennemgå eksisterende faglige arbejdsgange og i muligt omfang tilvejebringe faglige og teknologiske effektiviseringer, herunder også om eksisterende ydelser er overflødige, om nye ydelser skal indføres, eller om størrelsen af honorarer er passende. Effektivisering anvendes som led i moderniseringen til nye tiltag inden for specialet og/eller behandling af flere patienter.

Parterne har aftalt, at der i overenskomstperioden årligt gennemføres 2 moderniseringer, dog således at der som hovedregel ikke moderniseres i året, hvor overenskomsten udløber. Det tilstræbes, at der færdigforhandles en modernisering pr løbende 5. måned. Der afsættes 2 måneder til arbejdsgruppens arbejde, og de efterfølgende 3 måneder anvendes herefter til færdiggørelse af udkast til moderni-

seringsrapport, at opnå godkendelse af moderniseringsrapporten i Moderniseringsudvalget og efterfølgende gennemføre økonomiforhandling mellem parterne. Side 37

Kommissorium

Det er vigtigt, at der allerede inden påbegyndelsen af en modernisering er klarhed over, hvilke ønsker regionerne og speciallægerne har til indholdet af den kommende modernisering, så der kan ske en forventningsafstemning og koordinering af de to parter ønsker til moderniseringen.

Dette skal konkret komme til udtryk i, at Moderniseringsudvalget før igangsætning af en modernisering udarbejder et kommissorium til arbejdsgruppen med tydelig målbeskrivelse og angivelse af konkrete behov, der skal opfyldes. Det vedtagne kommissorium skal opfattes som et mandat fra de respektive baglande til at arbejde videre med moderniseringen efter den angivne retning.

Den seneste moderniseringsrapport lægges til grund, og der fokuseres på en revision af ydelsesbeskrivelserne. Der er i processen mulighed for, at arbejdsgruppen reviderer og/eller supplerer den øvrige del af moderniseringsrapporten, hvis der er et fagligt behov herfor.

Arbejdsgruppens opgaver

Fra arbejdsgruppen starter sit arbejde er der 2 måneder til at udarbejde en rapport, der skal forelægges for Moderniseringsudvalget. Det er afgørende for parterne, at arbejdsgruppen overholder den fastsatte tidsramme, så alle igangsatte moderniseringer skal være økonomiforhandlet inden for 5 måneder fra arbejdsgruppen starter sit arbejde.

Arbejdsgruppen skal komme med forslag til, hvilke typer ydelser (tillægsydelser, forløbsydelser, særydelser, rammeydelser mm.), der følger af det faglige forslag til modernisering, herunder også evt. rekvisition. Arbejdsgruppen skal være sig bevidst, at ændring af eksisterende ydelser eller forslag om nye ydelser og eventuelle rekvisitionsordninger skal være realistiske under hensyn til de generelle økonomiske forhold, så der skabes en sammenhæng mellem faglighed og økonomi.

Arbejdsgruppen skal endvidere forholde sig til specialets andre ydelser med henblik på at vurdere, om de fortsat er relevante og/eller om der er sket en teknologisk eller faglig udvikling eller andre forhold, der medfører en økonomisk effektivisering.

Arbejdsgruppen skal desuden sikre, at der er sammenhæng mellem nationale kliniske retningslinjer og ydelserne i overenskomsten.

Derudover skal arbejdsgruppen udarbejde forslag til relevante valideringer for specialet, som ydelserne herefter vil blive omfattet af.

Side 38

Godkendelse af moderniseringsrapporten

Det er moderniseringsudvalget, som skal godkende arbejdsgruppens moderniseringsrapport, som forelægges udvalget umiddelbart efter periodens udløb. Ved behov for yderligere afklaring af faglige spørgsmål, kan Moderniseringsudvalget indhente input fra arbejdsgruppen. Parterne er enige om, at afklaringen skal være tilvejebragt inden for 4 uger fra tidspunktet for afholdelse af møde i Moderniseringsudvalget.

Økonomiforhandling

Når moderniseringsrapporten er godkendt af Moderniseringsudvalget, skal parterne forhandle økonomien for moderniseringen. Det er i den forbindelse væsentligt, at parterne får det bedst mulige overblik over økonomien for hele specialet. Herunder eksempelvis den økonomi, som indgår i alle de enkelte ydelser, der er i specialet. Herved sikres der mest mulig gennemsigtighed for økonomien for hele specialet og de bedst mulige forudsætninger for at gennemføre økonomiforhandlingen. Det vil ligeledes være en del af økonomiforhandlingen at forholde sig til specialets eventuelle rekvisitionsordning samt hvorvidt udgifter til lægemidler evt. kan indgå i relevante honorarer. Parterne er enige om, at der i moderniseringer skal tages højde for ydelser eller f.eks. rekvisitionsordninger der går på tværs af specialer. Laves der f.eks. analyser/moderniseres allergiforløb, så skal samme ændringer gå igen i alle specialerne med allergiydelser, og alle specialer indgår i arbejdet, så ændringen slår igennem i alle specialer på en gang. Det samme gør sig gældende for rekvisitionsordninger. Dette indgår for de relevante specialer i en konkret økonomiforhandling. Økonomiforhandlingen skal være tilendebragt senest 5 måneder fra arbejdsgruppens start.

Løbende implementering af nationale kliniske retningslinjer

Det er væsentligt at der sideløbende med moderniseringerne sættes fokus på løbende implementering af nationale kliniske retningslinjer. Det er derfor aftalt, at hvis speciallæger eller regioner vurderer, at der er behov for at ændre i de eksisterende ydelsesbeskrivelser for de enkelte specialer, fordi de nationale kliniske retningslinjer ikke er tilstrækkeligt afspejlet i ydelsesbeskrivelserne, henledes Moderniseringsudvalgets opmærksomhed herpå. Moderniseringsudvalget skal herefter, hvis det vurderes relevant, sørge for at tilrettelægge en proces, således at de nationale kliniske retningslinjer afspejles i ydelsesbeskrivelserne.

Der er udarbejdet et kommissorium for Moderniseringsudvalget og en skabelon for gennemførelse af moderniseringer.

Parterne er herudover enige om, at de specialer, der moderniseres i løbet af perioden, skal levere en effektivisering svarende til 4 procent af specialets samlede omsætning ekskl. § 64 og § 65 aftaler. Midlerne fra effektiviseringen forbliver i

specialets ramme og anvendes som led i moderniseringen til yderligere aktivitet inden for de pågældende specialer. Side 39

Det er forudsat, at effektiviseringerne ved moderniseringer frigøres i andet, tredje og fjerde overenskomstsår. Der er ikke krav om, at der frigøres effektivisering i det første overenskomstsår.

PROTOKOLLAT AF 18-09-2021 KOMMISSORIUM FOR MODERNISERINGSUDVALGET PÅ SPECIALLÆGEOMRÅDET

Moderniseringsudvalget er nedsat i henhold til Overenskomst om speciallægehjælp af 01-04-2022. Heraf fremgår det, at der med henblik på at understøtte den faglige udvikling, kvalitet og implementering af gældende regler herunder nationale kliniske retningslinjer i speciallægepraksis nedsættes et rådgivende udvalg kaldet "Moderniseringsudvalget på Speciallægeområdet".

Udvalget skal løbende analysere og belyse faglige områder inden for speciallægehjælp til brug for overenskomstens parter. Målet med faglig modernisering er at fremme faglig udvikling, kvalitetssikring samt holde specialerne ajour i forhold til gældende regler herunder nationale kliniske retningslinjer.

Udvalgets sammensætning

Udvalget består af 5 medlemmer udpeget af RLTN - heraf en formand samt 5 medlemmer udpeget af FAPS' bestyrelse - heraf en næstformand. Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen anmodes om at udpege 1 medlem hver til udvalget. Ved behandling af specialespecifikke spørgsmål kan der indkaldes eksperter til møderne. Udvalget betjenes af sekretariaterne for RLTN og FAS.

Udvalgets opgaver og kompetence

Moderniseringsudvalget udarbejder en plan for eget arbejde gældende for et år ad gangen. Planen indeholder dels aftalte møder og dels overvejelser om kommende moderniseringer. For at tilvejebringe de bedste betingelser for et vellykket moderniseringsforløb er det vigtigt, at der allokeres tilstrækkelige ressourcer, hvorfor der alene opstartes en modernisering ad gangen.

Moderniseringsudvalget kan på eget initiativ eller efter anmodning fra parterne analysere og belyse faglige områder med henblik på at levere ydelser af høj kvalitet i speciallægepraksis. Dette vil oftest ske ved moderniseringer af de enkelte specialer.

Moderniseringsudvalget kan komme med andre forslag til parterne om indsatsområder.

Udvalget nedsætter arbejdsgrupperne og skal til disse udarbejde et kommissorium, hvor rammerne skitseres i form af tydelig målbeskrivelse og angivelse af konkrete behov, der forsøges opfyldt. Side 40

Moderniseringsudvalget skal godkende rapporterne fra arbejdsgrupperne, og kan komme med bemærkninger, som indarbejdes, før rapporten økonomiforhandles mellem overenskomstens parter. Ved behov for yderligere afklaring af faglige spørgsmål, kan Moderniseringsudvalget indhente input fra arbejdsgruppen. Parterne er enige om, at afklaringen skal være tilvejebragt inden for 4 uger fra tidspunktet for afholdelse af møde i Moderniseringsudvalget.

Arbejdsgruppen

Deltagerne i arbejdsgruppen udpeges af henholdsvis Danske Regioner og FAS, og gruppen arbejder i henhold til skabelonen for moderniseringer. Alle moderniseringer skal gennemføres inden for en tidsramme på fem måneder. Arbejdsgruppen har to måneder til udarbejdelse af udkast til moderniseringsrapport. De efterfølgende tre måneder anvendes til at forelægge rapporten til godkendelse i Moderniseringsudvalget samt økonomiforhandling mellem parterne. Hvis rapporten ikke foreligger efter 3 måneder, forelægges dette parternes forhandlingsudvalg.

Arbejdsgruppen får af Moderniseringsudvalget et kommissorium, hvoraf det fremgår, hvilken type modernisering der er tale om, tydelig målbeskrivelse og angivelse af konkrete behov, der skal løses.

Ad-Hoc arbejdsgrupper

Andre arbejdsgrupper kan nedsættes fx på baggrund af ønsket om optagelse af nye ydelser, ændring af eksisterende ydelser eller bortfald af ydelser, fx som konsekvens af ny national klinisk retningslinje eller ændret/nyt lovgrundlag.

Arbejdsgruppen skal inddrage følgende i rapporten:

- Behov for ydelse(r).
- Udfyldelse af gældende ydelseskabelon.

Der er i processen mulighed for, at arbejdsgruppen reviderer og/eller supplerer den øvrige del af moderniseringsrapporten, hvis der er et fagligt behov herfor.

Bilag til protokollaterne vedrørende modernisering

Revideret skabelon for gennemførelse af modernisering

Der bliver nedsat en arbejdsgruppe med de ønskede repræsentanter fra regionerne samt de ønskede repræsentanter fra FAPS. Arbejdsgruppen betjenes af sekretariatene for RLTN og FAS. Arbejdsgruppen varsles med tre måneder inden første møde i arbejdsgruppen og oplyses samtidig om hvilken møderække, der er

for moderniseringen. Arbejdsgruppen har to måneder fra opstart til der skal foreligge et udkast til en rapport til Moderniseringsudvalget. De komprimerede forløb bevirker, at det tidsmæssigt er mere overskueligt og sikrer fremdrift i moderniseringsprocessen. Side 41

Herudover modtager arbejdsgruppen et kommissorium fra Moderniseringsudvalget med tydelig målbeskrivelse og konkrete behov, der forsøges opfyldt. En modernisering betyder, at et helt ydelseskatalog for et speciale gennemgås af arbejdsgruppen. Gennemgangen er en faglig opdatering af ydelsesbeskrivelserne. Arbejdsgruppen er forpligtet til at foreslå, hvilke typer ydelser, der følger af det faglige forslag til modernisering (eksempelvis forløbsydelser, konsultation eller til-lægsydelser). Det er ligeledes en opgave for arbejdsgruppen at overveje om det er relevant, at specialet anvender udstyr med henblik på at kunne behandle alle henviste patienter, f.eks. håndholdt udstyr og om det er relevant for alle special-læger i specialet. Derudover skal arbejdsgruppen vurdere eventuelle relevante forhold vedrørende anvendelse af videokonsultation. Desuden skal arbejdsgrup-pen vurdere muligheden for rekvisition for relevante ydelser og de økonomiske aspekter heri. Arbejdsgruppen skal være sig bevidst, at ændring af eksisterende ydelser eller forslag om nye ydelser samt evt. rekvisition skal være realistiske un-der hensyn til de generelle økonomiske forhold. Det er ikke arbejdsgruppens op-gave at fremkomme med forslag til honorarstørrelser. Honorarer fastsættes ved overenskomstparternes økonomiforhandling. Det er en del af arbejdsgruppens opgave at forholde sig til specialets andre ydelser med henblik på at vurdere, om de fortsat er relevante og/eller om der er sket en teknologisk eller faglig udvikling eller andre forhold, der medfører en økonomisk effektivisering. Effektivisering kan finansiere ønsker om nye tiltag inden for specialet og/eller behandling af flere patienter.

Skabelonen skal blandt andet sikre, at man opnår en nogenlunde sammenlignelig rapport af de enkelte specialer. Skabelonen er en vejledning til de elementer, der bør indgå i en modernisering. Arbejdsgruppen afslutter med en moderniserings-rapport, som forelægges Moderniseringsudvalget. Kun de relevante afsnit fra ska-belonen skal beskrives i den afsluttende rapport. Det kan eventuelt være hen-sigtsmæssigt at sammenskrive nogle af de nedenstående afsnit i skabelonen.

Arbejdsgruppens rapport skal omkring følgende emner:

- Indledning og baggrund
- Resumé af moderniseringen
- Ydelsesbeskrivelser
- Forslag til valideringer for ydelserne i specialet
- Afslutning
- Der er i processen mulighed for, at arbejdsgruppen reviderer og/eller supplerer den øvrige del af moderniseringsrapporten, hvis der er et fagligt behov herfor.

Indledning og baggrund

Side 42

Indledningen bør indeholde en kort beskrivelse af, hvorfor specialet moderniseres. Er der f.eks. sket en faglig udvikling, der nødvendiggør nye ydelser eller ændringer i de gældende ydelsesbeskrivelser? Er der forældede ydelser, der skal slettes eller lægges ind under andre ydelser? Er der en relevant teknologisk udvikling, der ændrer i omkostningerne til ydelserne? Andre forhold kan nævnes, hvis der er et fagligt behov herfor.

Resumé

- Det skal indeholde en kort gennemgang af rapporten og en opsamling af de nye tiltag, som arbejdsgruppen foreslår. Det kan for eksempel være tiltag, som ikke er direkte beskrevet i ydelseskataloget. For eksempel ændret henvisningsret, brug af anæstesiologisk bistand m.m. Desuden skal det konkret beskrives, hvis der er forslag til ændringer i sammensætningen af ydelser. Resuméet kan eventuelt skrives sammen med indledningen. Der er i processen mulighed for, at arbejdsgruppen reviderer og/eller supplerer den øvrige del af moderniseringsrapporten, hvis der er et fagligt behov herfor.

Ydelsesbeskrivelser

Efter indledning og baggrund samt resumé kommer alle ydelsesbeskrivelser i en skabelon. Se Bilag 1, som er en skabelon for de elementer en ydelsesbeskrivelse skal indeholde.

Alle eksisterende ydelser skal gennemgås for at sikre at beskrivelse af behandlingsmetode m.m. er opdateret i forhold til nationale kliniske vejledninger, nationale referenceprogrammer, nationale guidelines, nationale visitationsretningslinjer osv. Det skal ligeledes sikre, at ydelsen/behandlingen fortsat skal løses i praksis. Forslag til nye ydelser skal indeholde henvisninger til tiltag, der kan være nødvendige forud for behandling samt en gennemgang af, hvilke ydelser en given behandling i øvrigt er forbundet med (dvs. der kan være behov for at beskrive forløbet af en sammenhængende behandling, når det indebærer flere ydelser/behandlinger og udarbejde en forløbsydelse, hvor det er fagligt relevant). Arbejdsgruppen skal beskrive kvalitetskrav og kvalitetsmonitorering.

På alle ydelsesbeskrivelser skal der angives hvilken type ydelse der foreslås, fx konsultation, tillægsydelse eller forløbsydelse.

Rapporten, der sendes til Moderniseringsudvalget, bør være vedhæftet et økonomisk overblik over specialets aktivitet og bruttohonorar.

Der kan som beskrevet være forskel på, om det giver mest mening at beskrive forhold i indledningen til afsnittet om ydelsesbeskrivelser eller under hver enkelt ydelsesbeskrivelse. Hvis der er generelle forhold vedr. et emne, der gør sig gældende for alle ydelser, så kan det overvejes at beskrive dette i indledningen fremfor at gentage det i hver enkelt ydelsesbeskrivelse.

Valideringsskema for ydelserne i specialet

Arbejdsgruppen skal i forbindelse med moderniseringen have fokus på at komme med forslag til relevante valideringer for alle ydelserne i specialet. Der skal tages stilling til, hvilke ydelser der ikke kan kombineres med hinanden, og hvor mange gange en bestemt ydelse kan tages.

Afslutning af arbejdsgruppen

En modernisering indebærer, at et helt ydelseskatalog for et speciale gennemgås af arbejdsgruppen. Gennemgangen fører til et samlet forslag til specialets fremtidige ydelseskatalog, som indeholder en faglig opdatering af ydelsesbeskrivelserne.

Når arbejdsgruppen har afsluttet sit arbejde med en rapport, så deltager to lægefaglige repræsentanter – en fra FAPS og en sygehusrepræsentant fra arbejdsgruppen – i et møde i Moderniseringsudvalget. Det giver arbejdsgruppen mulighed for at præsentere moderniseringen overfor udvalget, og det giver udvalget mulighed for at stille opklarende spørgsmål inden rapporten godkendes.

Efter godkendelse i Moderniseringsudvalget sendes rapporten frem til overenskomstparterne med henblik på økonomiforhandling. Hvis overenskomstparternes behandling fører til ændringer – for eksempel afviste ydelsesbeskrivelser - skal rapporten tilrettes inden den offentliggøres.

Efter endt økonomiforhandling orienteres Moderniseringsudvalget på først kommende møde om den endelige moderniseringsrapport samt de fastsatte honorarer.

Såfremt parterne i forbindelse med løbende monitorering ændrer i ydelsesbeskrivelser eller honorar orienteres Moderniseringsudvalget herom.

BILAG 1**Skabelon for ydelsesbeskrivelse**

Ydelse	Navn på ydelse.
Ny/eksisterende	Ny/eksisterende og hvilken type.
Målgruppe/indikation	Beskrivelse af målgruppe og eventuel særlig indikation.
Undersøgelse/behandling	Undersøgelsen/behandlingen beskrives. Der redegøres for særlig patientinformation og eventuelle særlige opmærksomhedspunkter ved undersøgelsen/behandlingen.

Særlige forhold	<p>Fx ydelsen udføres og tolkes af speciallægen. Hvor det er fagligt relevant, kan det beskrives hvilke ydelser der kan kombineres med, eller som ydelsen ikke kan tages sammen med.</p> <p>For øvrige valideringsregler henvises til gældende valideringsskema for specialet.</p>
Apparatur	Oplyse om, hvilket apparatur der er nødvendigt.
Uddannelsesbehov	Oplyse om særligt uddannelsesbehov for speciallæge eller klinikpersonale.
Klinikpersonale	Om klinikpersonale er påkrævet og om klinikpersonalet vil kunne udføre ydelsen.
Utensilier	Oplys om utensiler fx antibiotika, sprøjter, kanyler, engangsmundstykke til lungefunktion. Herunder evt. rekvisitionsordninger som regionerne skal betale for. Desuden, skal produkterne angives detaljeret, dog uden angivelse af potentielt firma. Den detaljerede produktbeskrivelse vil fremgå af selvstændigt bilag.
Kvalitetssikring	<p>Henvise til nationale kliniske retningslinjer, guidelines, referenceprogrammer for specifikbehandling. Udtrykkeligt skrive, at behandlingen udføres i overensstemmelse med fx rekommandationer fra Danske allergologisk selskab og DPS, som foreligger i klinikken og er kendt af behandler og klinikpersonale.</p> <p>Når national database findes, indberettes der til denne.</p> <p>Der kan anføres et specifikt antal ydelser der skal udføres om året.</p>
Patientinformation	Relevant information.

”

4.1 Digitalisering og data i speciallægepraksis

Teknologi og digitale løsninger er en integreret del af hverdagen i speciallægepraksis, idet løsningerne dels understøtter deling af data til gavn for den kvalitet, som patienterne møder, og dels understøtter patientens oplevede sammenhæng i eget behandlingsforløb.

Desuden sikrer en aktiv digitaliseringsindsats fra speciallægepraksis og RLTN, at de praktiserende speciallæger indgår i væsentlige tværsektorielle dataprojekter.

Eksempelvis vil journaldata fra speciallægepraksis indgå i Sundhedsjournalen på lige fod med journaldata fra hospitalerne, når version Sundhedsjournal 3.0 sættes i drift. Det vil have stor betydning for gennemsigtigheden og for kvaliteten af den tværsektorielle behandlingsindsats, at data fra speciallægepraksis kan tilgås af patienter og andre klinikere, som har patienterne i behandling.

Sundhedsjournalen er i kraft af integration til sundhed.dk og MinSundhed et vigtigt redskab i et samlet overblik over sundhedsoplysninger til borgere og ligeledes for behandlere og sundhedsprofessionelle.

Som medlem af Sundhedsjournal styregruppen vil FAPS også fremadrettet bidrage til videreudviklingen af dette formål.

Data til Sundhedsjournalen vil blive leveret fra de praktiserende speciallæger ved hjælp af IT- programmet Sentinel, som ligeledes anvendes til speciallægenes datadrevne kvalitetsarbejde.

Parterne har et fælles ønske om yderligere at øge gennemsigtigheden omkring den patientbehandling, der foregår i speciallægepraksis.

Det handler bl.a. om let adgang til egne sundhedsdata. I *Strategi for digital sundhed 2018-2022* er et af indsatsområderne "Borgeren som aktiv partner". Det handler bl.a. om at understøtte borgeren i at tage øget del i deres eget forløb og give borgeren øget indsigt i egne sundhedsdata. Derfor er transparens hensigtsmæssig, eksempelvis ved at borgeren hurtigt får information og dokumentation for de handlinger, som sundhedsfaglige foretager, og at borgeren let kan få oversigt over modtagne ydelser.

Som en del af øget gennemsigtighed omkring den patientbehandling, der foregår i speciallægepraksis, vil parterne endvidere arbejde for, at data fra speciallægepraksis kommer til at indgå i Landspatientregistret (LPR3) og i alle relevante kliniske kvalitetsdatabaser under RKKP. IT- programmet Sentinel vil let kunne tilpasses til dette formål.

De praktiserende speciallæger er endvidere omfattet af det nationale data-projekt "Det samlede patientoverblik". Det indebærer, at patienterne inden udgangen af 2021 vil få et let overblik over alle de aftaler, de har med speciallægepraksis såvel som med det øvrige sundhedsvæsen. Dette vil ske via samme infrastrukturløsning, som anvendes af almen praksis, hvilket er hensigtsmæssigt, da de praktiserende speciallæger og de alment praktiserende læger anvender samme IT-leverandører (systemhuse).

I forbindelse med COVID-19 pandemien blev der hurtigt udviklet videofunktionsløsninger på flere praksisområder. Et eksempel på en sådan løsning er Min Læge appen. Appen blev først taget i brug af almen praksis og efter en nødvendig tilpasning kunne den kort tid efter tages i brug af speciallægepraksis. Dette har været med til at sikre, at de praktiserende speciallæger kan tilbyde patienterne virtuelle konsultationer, hvor dette er fagligt relevant.

Udviklingen på det digitale felt går stærkt, og samtidig er det vanskeligt at forudsige, hvordan teknologien vil udvikle sig – selv set over en kortere årrække. Parterne er derfor enige om, at udviklingen ikke må bremses eller begrænses af rytmen i overenskomstforhandlingerne, men at der skal skabes rum til løbende at udvikle og implementere nye innovative teknologiske og digitale løsninger i speciallægepraksis.

Det er som udgangspunkt sektorens eget ansvar at sikre en professionel og effektiv drift på digitaliseringsområdet og træffe beslutninger om organisering af denne. Det er klinikkerne selv, som indgår aftaler med den IT-leverandør (systemhus), de ønsker at benytte. Det generelle princip er, at speciallægepraksis som selvstændige virksomheder selv finansierer deres IT-drift.

Parterne er enige om, at det er vigtigt at støtte op om udviklingen på data- og digitaliseringsområdet i speciallægepraksis og igangsætte konkrete innovative tiltag. Fokus er særligt på nye løsninger, der kan understøtte sammenhængende patientforløb, høj kvalitet i behandlingen, det tværsektorielle samarbejde samt skabe en bedre service for borgerne.

Der er derfor enighed om, at begge parter ønsker at arbejde for samt bidrage til den teknologiske og digitale udvikling med innovative projekter i speciallægepraksis.

Parterne er enige om, at det gennem overenskomstperioden er op til parterne at drøfte, om der er teknologiske og digitale projekter, der vil være relevante at gennemføre. Parterne kan aftale, at i sådanne projekter finansieres af Fonden for faglig udvikling i Speciallægepraksis. Der tilføres Fonden for faglig udvikling 5 mio. kr. over overenskomstperioden for at skabe de økonomiske forudsætninger for, at Fonden kan finansiere digitale projekter, som parterne ønsker at gennemføre.

Der skal i relevant omfang være fokus på at koordinere med projekter, som iværksættes i Styregruppen for Digital Almen Praksis. Side 47

MinLæge-appen

Min Læge-appen blev lanceret i februar 2019 og er siden videreudviklet i et samarbejde mellem Sundheds- og Ældreministeriet, PLO og Danske Regioner. FAPS har haft indflydelse på videofunktionen i Min Læge appen, som tilbyder patienterne adgang til videokonsultation med praktiserende speciallæge. Oversigten over aftaler med speciallægepraksis ("Det samlede Patientoverblik") vil ligeledes være at finde i MinLæge appen. Min Læge appen vil blive videreudviklet i de kommende år i et tæt samarbejde mellem Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og øvrige parter. Et vigtigt fokusområde i den forbindelse er at få skabt endnu større integration til MinSundhed og sundhed.dk og mellem klinikernes IT-systemer og appen, så klinikkerne og systemhusene får øgede muligheder for at bidrage konstruktivt til appens fremtidige funktioner og så borgere, patienter og øvrige sundhedsprofessionelle får adgang til viden om fx journaldata, aftaler, tværgående behandlingsoversigt og til samlet overblik.

Forpligtelse til at anvende digital telefonbog

Foreningen af Speciallæger og Praktiserende Lægers Organisation indgår i et samarbejde om at lave en fælles digital telefonbog. De praktiserende speciallæger er forpligtet til at have et bagom-telefonnummer, samt indberette og ajourføre dette i den digitale telefonbog, når denne foreligger.

Der er enighed om, at denne tekst skal indgå i overenskomsten:

"§ X. Digital telefonbog

Det er vigtigt, at der let kan skabes telefonisk kontakt fra almen praksis til speciallægepraksis. Speciallægerne er derfor forpligtede til at oprette bagom telefonnumre, samt indberette og ajourføre disse i den digitale telefonbog, hvor speciallægerne ligeledes vil kunne se de alment praktiserende lægers bagom-telefonnumre.

Friholdelse for udgifter til VDX

For at understøtte speciallægepraksis' rolle i og bidrag til et sammenhængende og digitalt sundhedsvæsen er det aftalt, at RLTN friholder speciallægepraksis for udgifter til forbrug af MedComs videoinfrastruktur (VDX).

Cyber- og informationssikkerhed

Den digitale infrastruktur på sundhedsområdet bidrager til et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor relevante oplysninger om patientens forløb kan deles digitalt mellem de sundhedspersoner, der har patienten i behandling, fx

sygehuse, kommuner almen praksis og speciallægepraksis. Der er dermed tale om omfattende dataudveksling i hele sektoren.

Side 48

De praktiserende speciallæger er selvstændige erhvervsdrivende, der er underlagt gældende lovgivning og er ansvarlige for at leve op til relevante standarder og minimumskrav vedr. IT-sikkerhed.

Parterne anerkender, at det er en større opgave at sikre klinikkens cyber- og informationssikkerhed. Samtidig er det af meget stor betydning for det samlede sundhedsvæsen, at sikkerheden er til stede i alle led.

For at beskytte borgernes data, kritisk infrastruktur og fastholde tilliden til sundhedssektoren, er parterne derfor enige om at prioritere arbejdet med cyber- og informationssikkerhed.

Parterne er enige om, at der i overenskomstperioden skal arbejdes på, at speciallægepraksis kan blive omfattet af den kommende nationale organisering af it-sikkerhed, SAC (Security Analytics Center), som vil favne hele sundhedssektoren. Arbejdet forankres hos en relevant aktør, fx MEDCOM. Endvidere etableres i forbindelse med arbejdet en organisering eksempelvis med deltagelse af Danske Regioner, SDS, Regionerne, PLO og en række andre relevante parter.

Det er mellem RLTN og PLO aftalt at formulere en handlingsplan, som etablerer forudsætningskabende aktiviteter for almen praksis' tilslutning til SAC. FAPS inddrages i relevant omfang i dette arbejde med henblik på videndeling og med henblik på at skabe forudsætninger for speciallægenes tilslutning.

4.2 Fonden for faglig udvikling af speciallægepraksis

Med henblik på at understøtte den fortsatte digitalisering af speciallægepraksis har parterne aftalt, at Fonden for faglig udvikling af speciallægepraksis fremover skal kunne finansiere udvikling af digitale løsninger, når der mellem overenskomstens parter er enighed om, at udvikling af sådanne løsninger er hensigtsmæssige for at sikre at speciallægepraksis indgår på relevant måde i digitaliseringen af sundhedsvæsenet.

Der er enighed om, at nedenstående tekst fremover indgår i overenskomsten:

§ 58. Fonden for Faglig Udvikling af Speciallægepraksis

Stk. 1

Fonden for Faglig Udvikling af Speciallægepraksis er etableret med det formål at understøtte og finansiere forskning, kvalitetsudvikling og efteruddannelse i speciallægepraksis.

Stk. 2

Fonden har til opgave at fremme den faglige udvikling inden for speciallægepraksis ved at yde tilskud til:

- Speciallægers efteruddannelse, jf. § 57
- Kvalitetsudviklingsprojekter
- Forskningsprojekter efter ansøgning fra praktiserende speciallæger, regioner, forskere eller andre
- Andre projekter inden for fondens formål.

Stk. 3

Med henblik på at fremme kvalitetsudvikling i speciallægepraksis, har Fonden endvidere til opgave at finansiere de aktiviteter, som gennemføres i regi af eKVIS, jf. §58a.

Stk. 4

Fonden har yderligere til opgave at finansiere udvikling af digitale løsninger, når der mellem overenskomstens parter er enighed om, at udvikling af sådanne løsninger er hensigtsmæssige for at sikre at speciallægepraksis indgår på relevant måde i digitaliseringen af sundhedsvæsenet.

Stk. 5

I hele overenskomstperioden og i tilfælde af overenskomstens opsigelse, indbetaler regionerne midler til Fonden i det omfang dette er nødvendigt for, at Fonden kan overholde sine økonomiske forpligtelser

Stk. 6

Fondens midler kan endvidere anvendes til at yde refusion til regionen i forbindelse med reduktion i antallet af praksis, jf. § 6, stk. 6. Beslutning om udbetaling hertil træffes af SSU.

Stk. 7

Fonden ledes af en bestyrelse på 6 medlemmer, hvoraf 3 udpeges af RLTN, og 3 udpeges af FAS. Bestyrelsen konstituerer sig selv med en af de af FAS udpegede repræsentanter som formand samt en af de af RLTN udpegede repræsentanter som næstformand. Bestyrelsen fastsætter selv sin forretningsorden.

Stk. 8

Fondens bestyrelse:

- Drøfter de overordnede rammer for den faglige udvikling af speciallægepraksis, og hvordan finansieringen fra fonden bedst muligt fremmer kvalitetssikringen og kvalitetsudviklingen af det faglige tilbud i speciallægepraksis.
- Godkender udbetalingsbestemmelser for tilskud til praktiserende speciallægers efteruddannelse.

- Fastlægger retningslinjer for ansøgninger om tilskud til kvalitetssikrings- Side 50 projekter.
- Behandler ansøgninger om tilskud til kvalitetssikringsprojekter og forskningsprojekter.

Ansøgninger vedr. forsknings- og kvalitetsudviklingsprojekter forelægges for det af Fondens bestyrelse udpegede Fagligt udvalg med henblik på faglig vurdering, inden bestyrelsen tager stilling.

Beslutninger kan kun træffes i enighed. ”

4.3 Videokonsultation med patient

Under Covid-19 perioden er der gjort gode erfaringer med anvendelse af videokonsultationer som erstatning for fremmødekonsultationer. Det er derfor aftalt, at muligheden for videokonsultationer, når speciallægen vurderer at gennemførelse af konsultationen pr. video giver faglig mening, gøres til en fast del af overenskomsten. Indholdet i den midlertidige Covid-19 aftale om videokonsultation overføres derfor til overenskomsten. Videokonsultation skal være et tilbud til patienten, men hvis patienten foretrækker en fysisk konsultation, skal dette altid tilbydes. Videokonsultation skal være et tilbud hos alle praktiserende speciallæger i det omfang det er fagligt relevant for specialet. Det indskrives i protokollatet vedrørende faglig modernisering, at der ved de enkelte moderniseringer skal ses på, om anvendelsen af video kan konkretiseres yderligere.

Parterne er enige om at nedenstående tekst indgår i overenskomsten:

Ny §XX Videokonsultation mellem speciallæge og patient

Videokonsultation skal være et tilbud hos alle praktiserende speciallæger i det omfang det er fagligt relevant for specialet. Når speciallægen vurderer, at det er fagligt relevant, og patienten ønsker det, kan konsultation med patienten foregå via video i stedet for ved fremmøde. I de psykiatriske specialer er det også en mulighed at gennemføre 1. konsultation pr. video. Konsultation udført som videokonsultation afregnes med den eksisterende ydelseskode for den udførte konsultation samt registreringskode 1015.

Anmærkning

I moderniseringerne ses på, om det i andre specialer er relevant at anvende video til 1. konsultation.

4.4 Tolkning af video- og telefonkonsultationer

Regionerne har ansvaret for at stille tolk til rådighed for patienter, når der er behov i forbindelse med konsultation hos bl.a. praktiserende speciallæge.

Under Covid-19 perioden har store dele af sundhedsvæsenet gjort sig gode erfaringer med anvendelse af videoløsninger, som erstatning for fysisk fremmøde. Side 51

For at sprogbarrierer ikke skal være til hinder for gennemførelse af konsultationer via video eller telefon, kan det være nødvendigt at der er mulighed for at koble en tolk på video eller telefonkonsultationen. Parterne finder det relevant at regionerne når de indgår aftaler omkring brug af tolke, overvejer sådanne løsninger. Også i situationer, hvor konsultationen mellem patient og speciallæge foregår ved fysisk fremmøde, kan det være relevant, at tolken deltager på video. Det er i dag muligt at gøre brug af tolkning via video i sådanne situationer, men der er enighed mellem parterne om at der er fordele ved at speciallægerne anvender tolk via video i endnu højere grad fremadrettet.

Parterne opfordrer derfor til at tolkning af fysiske konsultationer finder sted via videoløsninger i de tilfælde, hvor speciallægerne vurderer, at det er fagligt relevant samt forudsat at patienten er indforstået med det. Hvis patienten foretrækker at en tolkning sker fysisk, skal dette altid tilbydes.

Parterne er enige om at se på om ydelsesbeskrivelsen mv. skal justeres på baggrund af ovenstående opfordring.

4.5 Støtte fra regionernes datakonsulenter

Med den hastige digitalisering af sundhedsvæsenet – og herunder speciallægepraksis – er parterne enige om, at det er hensigtsmæssigt at alle 5 regioner fremover stiller hjælp fra deres datakonsulenter til rådighed for speciallægepraksis.

Datakonsulenterne vil eksempelvis kunne understøtte at alle praktiserende speciallæger kommer godt i gang med at anvende video til konsultationer med patienter og til konferering med almen praksis. Datakonsulenterne vil også kunne bistå ved implementering af andre nye digitaliseringstiltag, fx levering af data til Aftalebogen eller ved anvendelse af IT-programmet Sentinel til benchmark.

Parterne har derfor aftalt, at hver region stiller en datakonsulentordning til rådighed for regionens praktiserende speciallæger.

5. Tilgængelighed

Side 52

5.1 Feriekoordinering

Fravær

Parterne er enige om, at det er god service for patienterne, almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen, at der er let adgang til oplysning om en speciallæges fravær samt til information om, hvilke andre speciallæger, man kan kontakte.

For specialerne ørelægehjælp, øjenlægehjælp, dermatologi og gynækologi er der aftalt en egentlig koordinationsforpligtelse, som skal gælde sommerferie (uge 28, 29, 30 og 31), juleferie (dagene mellem jul og nytår), vinterferie (uge 7 hhv. uge 8), efterårsferie (uge 42) og de tre dage op til påske. FAPS inddeler disse specialer i geografiske områder, benævnt feriering, og udpeger en lokal praktiserende speciallæge som tovholder for hver feriering. Der skal i forbindelse med koordinering af ferie ses på geografien ift. feriekoordination, herunder henset til antallet af speciallæger inden for de enkelte specialer i regionerne og den geografiske spredning i regionen. Ferieringene skal være mindre end den samlede region, evt. med mulighed for et område, der kan gå på tværs af regionerne.

Med henblik på at etablere et let overblik over, om en speciallægepraksis er tilgængelig, er det yderligere aftalt, at speciallæger i alle specialer skal registrere al kliniklukning af minimum 1 dags varighed i et nyt elektronisk system. Registreringen af, at klinikken er lukket en eller flere dage gælder uanset årsag – dvs. uanset om der er tale om ferie, kursus, sygdom eller andet lovligt fravær.

Der etableres derfor en elektronisk mulighed for at speciallægerne let kan indtaste deres fraværsoplysninger i et system, hvorfra oplysninger om tilstedeværelse i praksis på søgbar måde kan tilgås af almen praksis og af patienterne. Den elektroniske mulighed for indtastning kan ske via en app-løsning, som f.eks. Min Læge app.

Udarbejdelsen af den elektroniske mulighed finansieres af Fonden for Faglig udvikling. Der afsættes 1 mio.kr. til udviklingen af dette. Appen skal være færdigudviklet til brug pr. 1. januar 2023.

Parterne er enige om, at de praktiserende speciallæger ikke skal foretage dobbelt indtastning af fravær. Indtastning af oplysninger om alle klinikkens lukkedage i det nye system erstatter derfor den hidtidige pligt til at indtaste oplysning om fravær af mere end 3 dages varighed på sundhed.dk, når den nye løsning er på plads.

Der er enighed om, at de fraværsoplysninger, som speciallægerne indtaster i det nye elektroniske system, også skal kunne ses på sundhed.dk fra det tidspunkt,

Side 53
hvor patienterne kan se dem i appen. Dette kræver at den nye elektroniske løsning også anvender sundhedsdatanettet. Parterne er enige om at have et fælles ansvar for at indgå i dialog med sundhed.dk umiddelbart efter indgåelsen af denne aftale således at sundhed.dk får god tid til at udvikle den relevante funktionalitet til at modtage og vise de fraværsoplysninger, som speciallægerne indtaster i den nye elektroniske løsning.

Parterne er således enige om, at der pr. 1. januar 2023 gennemføres nedenstående ændringer i § 46 og § 39. Indtil da anvendes de nugældende bestemmelser i overenskomst om speciallægehjælp af 1. april 2018.

§46. Fravær

Stk. 1

Speciallæger inden for ørelægehjælp, øjenlægehjælp, dermatologi og gynækologi skal koordinere ferie. Alle øvrige specialer skal indberette ferie. FAPS inddeler landet i geografiske områder, benævnt ferieringe, for de 4 specialer der skal koordinere. Områderne skal være mindre end den samlede region, evt. med mulighed for et område der kan gå på tværs af regionerne.

Stk. 2

FAPS udpeger en lokal praktiserende speciallæge som tovholder for hver feriering. Tovholderen har ansvar for at etablere en ferieplan, for eksempel ved etablering af et rul for de omfattede speciallæger. Alle speciallæger er forpligtede til at efterkomme den af tovholder udmeldte ferieplan, enten selv eller ved vikar. Såfremt ændringer til ferieplanen kan aftales i mindelighed, er det en mulighed.

Stk. 3

Den enkelte speciallæge er pligtig til på dennes telefonsvarer at oplyse om ferie og andet fravær samt henvise til, at oplysning om andre speciallæger kan findes på sundhed.dk og via [xxx app]. Såfremt en speciallæge har en hjemmeside vedrørende den klinik, som speciallægen driver i henhold til overenskomsten, skal der på hjemmesiden henvises til, at man ved speciallægens fravær kan finde oplysning om andre speciallæger på sundhed.dk og via en app-løsning.

Anmærkning til § 46, stk.1:

Pligten til at koordinere og indberette ferie gælder for sommerferie (uge 28, 29, 30 og 31), efterårsferie (uge 42), juleferie (dagene mellem jul og nytår), vinterferie (uge 7, hhv. uge 8) og de 3 dage op til påske.

Som konsekvens af, at alle dage med kliniklukning fremover skal registreres i det ny elektroniske system og vises i appen, foretages nedenstående ændringer i §39.

Ændringerne træder i kraft på det tidspunkt, hvor den nye elektroniske løsning tages i brug.

Ny §39, stk. 5

For at skabe et let overblik over, om en speciallægepraksis er tilgængelig, skal speciallæger i alle specialer registrere al kliniklukning af minimum 1 dags varighed i et nyt elektronisk system. Registreringen af, at klinikken er lukket en eller flere dage gælder uanset årsag – dvs. uanset om der er tale om ferie, kursus, sygdom eller andet lovligt fravær. Fra det elektroniske system kan oplysninger om tilstedeværelse i praksis på søgbar måde tilgås af almen praksis og af patienterne via en app-løsning. Oplysningerne om klinikkernes lukkedage vises også på sundhed.dk.

5.2 Fleksible åbningstider

Alle borgere skal have let og lige adgang til et specialiseret behandlingstilbud. Der er i dag borgere som f.eks. har arbejde, der gør det vanskeligt at komme til en speciallæge mellem 8-16, hvor de fleste praksis har åben i klinikken. Det er derfor aftalt, at alle speciallæger én hverdag i løbet af ugen skal holde åbent uden for tidsrummet 8-16.

Parterne er enige om at nedenstående tekst indgår i overenskomsten:

§ 40, stk. 4

For øjen- og ørelægehjælp gælder det, at der på hverdage – undtagen lørdage – inden for tidsrummet fra kl. 8 til 16 afholdes konsultation med fast træffetid og/eller efter tidsbestilling.

Alle speciallæger er forpligtet til på én hverdag i løbet af ugen at udvise fleksibilitet i åbningstiden, således at konsultationen lægges med start før kl. 8.00 eller efter kl.16.00. Det normale ugentlige antal åbningstimer fastholdes. Konsultationer uden for tidsrummet 8.00-16.00 skal fortrinsvis forbeholdes patienter, hvis arbejde hindrer dem i at møde i konsultationen i dagtimerne.

5.3 Tilgængelighed til speciallægepraksis

Parterne finder det generelt væsentligt, at der er nem og lige adgang for alle borgere der har behov for at benytte speciallægepraksis. Det vil derfor være et fokusområde for parterne, at der løbende arbejdes med tilgængeligheden i speciallægepraksis, specielt med henblik på at skabe let og lige adgang for personer, der har et handicap. Som led heri vil FAPS sikre, at emnet handicapvenlighed vil indgå i undervisningen på dels de praksiskøbskurser og dels de administrationskurser, som FAPS afholder.

På grund af den eksisterende bygningsmasses karakter kan det være en udfordring at finde kliniklokaler, der fuldt ud lever op til bygningsreglementets krav, eller at foretage ændringer af eksisterende kliniklokaler, der fuldt ud lever op hertil. Men der er mange mindre ændringer, som kan foretages ret enkelt og som har en stor betydning for patienter med et handicap og sådanne ændringer skal gennemføres. Det er derfor væsentligt, at speciallæger får rådgivning om, hvilke tiltag man kan foretage for at gøre sin klinik mere handicapvenlig. Hindringer i form af lokalplaner, bygningsfredning, manglende tilladelse fra udlejer, økonomisk belastning og lignende kan dog medføre, at foreslåede ændringer ikke gennemføres.

Flere praktiserende speciallæger har et ønske om at flytte til lokaler med moderne faciliteter og god tilgængelighed. Det kan dog til tider være vanskeligt, specielt i større byer at finde sådanne lokaler.

Parterne er derfor enige om at opfordre regionerne til, når de etablerer eksempelvis sundhedshuse at være opmærksomme på og indtænke muligheden for at praktiserende speciallæger vil kunne leje sig ind/etablere sig her.

Parterne er endvidere enige om, at regionerne bør medvirke til at finde egnede lokaler i tilfælde, hvor lokalplanbestemmelser, fredninger mv. viser sig at være en hindring for, at en speciallæge kan finde anvendelige lokaler. Dette kan ske ved, at region og speciallæge i fællesskab retter henvendelse til de relevante myndigheder om problemstillingen.

Parterne er samtidig enige om, at det er væsentligt, at borgerne kan få et nemt og hurtigt overblik over adgangsforholdene i de enkelte speciallægepraksis. Der ved får borgere med funktionsnedsættelser mulighed for at vælge en klinik der opfylder deres behov, og de ved hvad de kan forvente når de møder op til konsultation eller behandling.

På baggrund af ovenstående er parterne enige om, at regionerne kan stille et tilbud til rådighed for speciallægepraksis om en rådgivningsordning, hvor praksis modtager gennemgang og rådgivning omkring, hvordan klinikken bedst sikrer handicapvenlig adgang. Regionen afholder udgifterne til tilbuddet. Speciallægen er forpligtet til at gennemføre mindre tiltag som tilgodeser hensigtsmæssige forhold for bevægelseshæmmede. Det kan f.eks. være at fjerne fodlister, aftage gulvtæppe, flytte knager m.m. for herved i videst muligt omfang at sikre bedre adgang gennem mindre ændringer.

Parterne er endvidere enige om, at ved nynedsættelse - dvs. når regionerne udløser nye ydernumre - skal de nye klinikker være i overensstemmelse med bygningsreglementet.

Parterne er enige om, at nedenstående tekst indgår i overenskomsten:

§ 42. Retningslinjer for handicapvenlig adgang

Side 56

Stk. 1

Ved nybygning, nynedsættelse, flytning, væsentlig ombygning af praksis eller væsentlig ændret benyttelse af lokalerne eller bebyggelsen skal lokalerne være i overensstemmelse med byggelovgivningens regler.

Stk. 2

Speciallægen skal på sin praksisdeklaration angive, hvorvidt nedenstående forhold er opfyldt

i henhold til Bygningsreglementet:

- 1) Niveaufri adgang/rampe til stueetage og til evt. elevator eller trappestol
- 2) Fast og plant areal foran ejendommens yderdør (min. 1,5m x 1,5m)
- 3) Elevator med angivet størrelse
- 4) Trappestol
- 5) Min. bredde på 0,77m på fælles adgangsveje (herunder indgangsparti)
- 6) Min. bredde på 0,77m på offentligt tilgængelige døre i klinikken, herunder dør til toilet
- 7) Toilet anvendeligt for kørestolsbrugere
- 8) Handicap p-plads i nærheden af klinikken

Såfremt der sker ændring i Bygningsreglementets mål vedrørende nr. 2, 5 og 6 vil ovenstående blive konsekvensrettet.

Stk. 3

Speciallægen er udover stk. 1 og stk. 2 forpligtet til at gennemføre mindre tiltag, som tilgodeser hensigtsmæssige forhold for bevægelseshæmmede. Det kan f.eks. være at fjerne fodlister, aftage gulvtæppe, flytte knager m.m. for herved i videst muligt omfang at sikre bedre adgang gennem mindre ændringer.

Stk. 4

Regionerne kan stille et tilbud til rådighed for speciallægepraksis om anvendelse af en rådgivningsordning, hvor praksis modtager gennemgang og rådgivning omkring, hvordan klinikken bedst sikrer handicapvenlig adgang. Speciallægen er forpligtet til at modtage et sådant tilbud. Regionen afholder udgifterne til tilbuddet.

Anmærkning I til § 42, stk. 1:

Byggelovgivningens tilgængelighedskrav er fastsat i bygningsreglementet, som løbende ændres. Byggelovgivningen stiller derfor forskellige tilgængelighedskrav til bebyggelser, f.eks. afhængig af hvornår bebyggelserne opføres. Byggeloven finder

anvendelse bl.a. ved ny bebyggelse og tilbygning, ombygning og andre forandringer i bebyggelse, som er væsentlige i forhold til loven, samt ændringer i benyttelse af bebyggelse, som er væsentlige i forhold til loven. Når loven finder anvendelse, skal kravene om indretning i den gældende udgave af bygningsreglementet være overholdt. Side 57

Ved flytning skal tilgængelighedskravene således være opfyldt, hvis der i tilknytning til flytningen sker en væsentlig ombygning af den bebyggelse, der flyttes til, eller hvis flytningen indebærer en ændring i benyttelsen af bebyggelsen, som er væsentlig. Hvis bebyggelsen benyttes uændret, stiller byggelovgivningen ikke krav om etablering af handicapvenlig indretning. I andre tilfælde må der foretages en vurdering af, om ændringen er væsentlig. Dette vil som hovedregel være tilfældet ved erhvervsmæssig benyttelse af bebyggelse, som hidtil har været benyttet til beboelse.

Anmærkning II til § 42 stk.1:

Regionen bør medvirke til at finde egnede lokaler i tilfælde, hvor lokalplanbestemmelser, fredninger mv. viser sig at være en hindring for at en speciallæge kan finde anvendelige lokaler. Dette kan ske ved, at region og speciallæge i fællesskab retter henvendelse til de relevante myndigheder om problemstillingen.

Regionen bør ligeledes være opmærksomme på og indtænke muligheden for at praktiserende speciallæger vil kunne leje sig ind i de sundhedshuse som regionen etablerer.

Anmærkning til § 42, stk. 2:

Trappestol er ikke omfattet af Bygningsreglementet, men kan være en relevant oplysning for patienten.

De af informationerne 1) til 8), der ikke har et felt i praksisdeklarationen pr. 01-04-2015 registreres i et af fritekstfelterne i praksisdeklarationen.

Når regionerne overgår til nyt administrationssystem LUNA, vil alle informationer 1) til 8) kunne registreres i et selvstændigt felt.

5.4 Elektronisk tilgængelighed

Parterne har aftalt en justering af 1. afsnit i Protokollat af den 31-03-2011 om elektronisk kommunikation (e-mail-konsultation, elektronisk receptfornyelse, elektronisk tidsbestilling, prøvesvar), som fremover har følgende ordlyd:

Der er enighed mellem parterne om, at elektronisk kommunikation med patienterne skal være en del af speciallægens tilbud til patienter, der allerede er i behandling hos speciallægen. Der kan dog være særlige patientgrupper eller behandlinger, hvor det ikke er muligt for speciallægen at tilbyde elektronisk kommunikation. Elektronisk kommunikation anvendes under nedenfor beskrevne forudsætninger.

Resten af protokollatet er uændret.

5.5 Telefonsystem med kø-funktion

Parterne er enige om, at det er god service for patienterne, at praktiserende speciallæger anvender et telefonsystem med kø-funktion. Det er derfor aftalt, at i det tidsrum, hvor klinikken har åbent for telefonisk tidsbestilling, skal der anvendes et telefonsystem med kø-funktion, der giver mulighed for, at flere opkald kan vente i kø på samme tid. Speciallægen er forpligtet til at afvikle den fulde telefonkø, der venter, når tidsrummet for telefonisk tidsbestilling er afsluttet.

Parterne er enige om at nedenstående tekst indgår i overenskomsten:

Anmærkning til §40, stk. 1

Speciallægen er, i det tidsrum klinikken har åbent for telefonisk tidsbestilling, forpligtet til at anvende et telefonsystem med en kø-funktion, der giver mulighed for, at flere opkald kan vente i kø på samme tid.

Speciallægen er samtidig forpligtet til at afvikle den fulde telefonkø, der venter, når tidsrummet for telefonisk tidsbestilling er afsluttet.

5.6 Påmindelse om konsultation via SMS

Det er væsentligt både for patienten og speciallægen, at patienten møder op til aftalt tid. Derfor gøres det i overenskomsten til et krav, at patienter der har tid hos en speciallæge, får en påmindelse herom på SMS, senest dagen inden undersøgelsen eller behandlingen. Herved kan patienten blive mindet om sin tidsbestilling og speciallægen vil kunne undgå tomme konsultationstider.

Parterne er enige om, at nedenstående tekst indgår i overenskomsten:

§ 41. SMS-påmindelse

Speciallægerne skal anvende SMS påmindelser til patienter, der har aftaler hos speciallægen. SMS-påmindelsen skal sendes til patienten senest dagen inden aftalt konsultation.

6. Gennemsigtighed og tillidsfuldt samarbejde

Side 59

6.1 Kendskab og relation

Parterne mener, at det er vigtigt, at der skabes et solidt kendskab speciallæger og regionen imellem, som kan være med til at styrke tilliden og samarbejdet, som i sidste ende kommer borgerne til gode. Det er derfor aftalt, at speciallæger der nedsætter sig i praksis, skal deltage i et introduktionsmøde arrangeret af regionen.

Herudover er det aftalt, at speciallæger der nedsætter sig i speciallægepraksis, er forpligtiget til at deltage i et Administrationskursus udbudt af FAPS.

Parterne er enige om at nedenstående tekst indgår i overenskomsten:

§7 i overenskomsten vedrører tiltrædelse af overenskomsten.
tilføjes følgende:

Speciallæger der tiltræder overenskomsten skal deltage i et af FAPS udbudt administrationskursus efter start i praksis og inden 3 år. Der opfordres til, at man lokalt ser på mulighederne for at regionerne kan deltage med et oplæg på de af FAPS udbudte administrationskurser.

Herudover tilføjes § 7 følgende:

Regionen har efter behandling af overdragelse af praksis mulighed for at tilbyde speciallægen deltagelse i et introduktionsmøde mellem speciallægen og regionen. Speciallægerne er forpligtet til at deltage i et introduktionsmøde arrangeret af regionen, hvis et sådan afholdes. Formålet med mødet vil være at øge kendskabet region og speciallæge imellem. Indhold og mødeform og tilrettelæggelsen heraf vil være op til den enkelte region. Det kan lokalt overvejes, om den regionale FAPS-formand skal deltage i et sådant møde.

6.2 Ethiske retningslinjer

Parterne er enige om, at det er vigtigt at få præciseret at der skal være en klar adskillelse af behandlingen under overenskomsten og privat behandling samt speciallægers pligt til at behandle alle patienter der henvender sig, hvis det er fagligt muligt. Der er derfor aftalt nedenstående reviderede etiske retningslinjer, hvor dette fremgår tydeligere end tidligere.

Parterne er enige om at nedenstående tekst indgår i overenskomsten:

§ 8 Ethiske retningslinjer

Speciallægers beskæftigelse ved siden af overenskomstopgaverne bør ikke have hverken tidsmæssige eller indholdsmæssige konsekvenser for udøvelsen af opgaver under overenskomsten. På den baggrund gælder følgende:

Side 60

- 1) Fuldtidspraktiserende speciallæger har deres primære beskæftigelse inden for den indgåede overenskomst med regionen hvilket betyder, at speciallægers evt. bibeskæftigelse ikke må have tidsmæssige eller indholdsmæssige konsekvenser for udøvelsen af opgaver efter overenskomsten.
- 2) Ingen speciallæger eller dennes personale må uopfordret tilbyde en patient at komme hurtigere til mod privat betaling, hverken telefonisk, på klinikens hjemmeside eller ved patientens fremmøde.
- 3) Der skal være en klar adskillelse af behandling under overenskomsten og i privat regi. Det betyder, at der ikke må reklameres på hjemmesiden vedrørende ydernummeret, om at der tilbydes privat behandling. Eventuel privat behandling kan fremgå af selvstændig hjemmeside.
- 4) Hvis en patient finder den oplyste ventetid til behandling for lang (dvs. både behandling omfattet af overenskomsten samt behandling der ikke er omfattet af overenskomsten), skal den praktiserende speciallæge oplyse patienten om andre behandlingsmuligheder i det offentlige sundhedsvæsen². I den forbindelse må speciallægen ikke udelukkende henlede patientens opmærksomhed på muligheden for at få en tid hos speciallægen selv som privat behandling eller på private hospitaler eller klinikker, hvor speciallægen udfører arbejde, eller hvor speciallægen på anden måde har økonomiske interesser.
- 5) Hvis en speciallæge udfører privat behandling, skal patienten altid forudgående oplyses om muligheden for evt. vederlagsfri behandling andet sted i sundhedsvæsenet (se note 2). Patienten skal skriftligt erklære sig indforstået med at betale, inden behandlingen iværksættes. Regionen skal ved forespørgsel kunne få kopi af patientens underskrevne erklæring, hvorved der sikres indsigt i, at oplysningspligten over for patienten er opfyldt, og at patienten har erklæret sig indforstået med selv at betale for behandlingen.
- 6) Alle speciallæger er forpligtet til at fordele deres omsætning jævnt over året. Der må ikke lukkes for behandling før årets udgang, fordi knækgrænse eller omsætningsloft er nået.
- 7) En specifik ydelse skal som udgangspunkt, hvis den findes inden for ydelsessortimentet i kontrakten med praksissektoren, leveres inden for denne.

² Her tænkes på, at patienten er gjort bekendt med reglerne om behandling uden egenbetaling og mulighederne for at benytte sig af udredningsretten og den differentierede behandlingsret samt det udvidede frie sygehusvalg.

- 8) I relation til serviceklager har speciallægen og patienten hver især ansvar Side 61 for at sikre, at kommunikationen forløber hensigtsmæssigt. Speciallægen har som den professionelle part dog et særligt ansvar for, at kommunikationen forløber hensigtsmæssigt.
- 9) Sundhedslovens regler om frit speciallægevalg og let og lige adgang betyder, at alle patienter ved henvendelse til en speciallægepraksis skal visiteres til en tid ud fra en lægefaglig instruks. Speciallæger kan således alene fraskrive sig en patient i de få særlige tilfælde, hvor kommunikationen mellem patient og speciallæge gør det umuligt for speciallægen at behandle patienten. Eller hvor den gode behandlerrelation og tillidsforholdet mellem læge og patient må anses for brudt, hvor patienten ikke følger lægens anvisninger, eller hvor det af anden grund er urimeligt, at lægen skal fortsætte samarbejdet med patienten. Speciallægen informerer med omhu om anden relevant behandlingsmulighed.

Anmærkning til § 8, stk. 4

Med "behandling der ikke er omfattet af overenskomsten" tænkes særligt på specialer uden krav om henvisning (øjen- og ørelæger), hvor patienten diagnosticeres i speciallægepraksis, men hvor den efterfølgende behandling ikke er omfattet af overenskomsten (fx gråstæroperation). I sådanne situationer gælder samme etiske oplysningsforpligtigelser som for behandlinger omfattet af overenskomsten.

6.3 Det tillidsfulde samarbejde

Parterne er enige om, at der i den kommende overenskomstperiode afholdes en workshop arrangeret af RLTN og FAPS med deltagelse af RLTN's og FAPS' sekretariater, regionerne samt de lokale FAPS-formænd. Workshopen vil have til hensigt at skabe forudsætningerne for, at der kan skabes bedre og mere smidige sagsgange regionalt og centralt i eksempelvis sager om fratagelse af ydernumre. Tanken er, at dette kan ske ved at skabe indsigt i hinandens sagsgange samt læring fra tidligere sager. Dette i en fælles og åben dialog.

6.4 Ligestilling af adgang til værnemidler og vaccinationer og lignende relevante forhold

Under COVID-19 pandemien har de praktiserende speciallæger oplevet store vanskeligheder med at få adgang til værnemidler og vaccination på samme måde som deres kolleger i hospitalsvæsenet, der udfører samme opgaver.

På den baggrund har parterne drøftet behovet for en anderledes håndtering ved fremtidige pandemier eller andre særlige situationer. For så vidt angår vaccinationer er dette et anliggende for Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut. Dan-

ske Regioner anerkender den vigtige indsats, der leveres af de praktiserende speciallæger som en del af det integrerede sundhedsvæsen og vil gerne medvirke til at henlede sundhedsmyndighedernes opmærksomhed på dette. Side 62

Værnemidler, håndsprit og lign: Praktiserende speciallæger er som selvstændige erhvervsdrivende generelt ansvarlige for indkøb af håndsprit, værnemidler m.m. til egen praksis. Ved en eventuel pandemisituation eller anden særlig situation er det væsentligt, at de praktiserende speciallæger ligestilles med speciallæger i samme specialer og med samme funktioner på hospitalet for så vidt, angår adgang til værnemidler, håndsprit og lignende. Hvis indkøb er vanskeliggjort, skal de praktiserende speciallæger have del i værnemidler, som indkøbes regionalt. Der vil dog kunne opstå et særligt behov for prioritering.

6.5 Nemt og hurtigt overblik for borger over modtagne ydelser (kvitteringsfunktion)

RLTN har udtrykt ønske om at skabe større åbenhed og gennemsigtighed for både patient, region og praktiserende speciallæge om, hvilken undersøgelse og behandling der udføres i speciallægepraksis. RLTN har en tilsvarende drøftelse med PLO. Ved igangsætning af et udredningsarbejde om etablering af en elektronisk løsning, som kan give borgeren et hurtigt overblik over den modtagne behandling, er der enighed om, at FAPS indgår sammen med RLTN og PLO. Udredningsarbejdet opstartes inden udgangen af første halvår 2022. Parterne er enige om, at en elektronisk løsning, eksempelvis via MinLæge-appen, bør være fælles for almen praksis og speciallægepraksis. Løsningen skal være kompatibel, således at data også bliver vist på sundhed.dk.

6.6 Ydelser på sundhed.dk

Parterne er enige om, at i udgangspunktet er praktiserende speciallæger, der har tiltrådt overenskomsten forpligtet til at levere alle ydelser i overenskomstens ydelseskatalog. Dette udgangspunkt modificeres dog i tilfælde, hvor parterne f.eks. i en faglig modernisering har vurderet, at der inden for et specifikt speciale er visse behandlinger/ydelser som forudsætter særlige kompetencer.

For at sikre patienten og den almen praktiserende læge har de bedste forudsætninger for valg af speciallæge, som passer til patientens behandlingsbehov, har parterne aftalt, at praktiserende gynækologer skal oplyse på sundhed.dk, om og i givet fald hvilke fertilitetsydelser, de udfører under overenskomsten samt om de udfører medicinsk abort. Der udvikles på sundhed.dk et afkrydsningsfelt, som kan anvendes af gynækologerne. FAPS inddrages ved sundhed.dks arbejde i forhold til faglig bistand.

Parterne er enige om at nedenstående tekst indgår i overenskomsten:

stk. 5.

Praktiserende speciallæger i Gynækologi og obstetrik er forpligtede til, via afkrydsningsfelt, at oplyse på deres praksisdeklaration:

1. Udfører udredning og behandling af fertilitetsproblemer, eller
2. Udfører udredning, behandling og insemination, eller
3. Udfører ikke fertilitetsbehandling
samt
4. Udfører medicinsk abort, eller
5. Udfører ikke medicinsk abort

Stk. 6.

Praktiserende speciallæger i Anæstesiologi er forpligtede til, via afkrydsningsfelt, at oplyse på deres praksisdeklaration:

1. Udfører udelukkende smertebehandling, eller
2. Udfører udelukkende bedøvelse for andre speciallæger, eller
3. Udfører både smertebehandling i egen klinik og bedøvelse for andre speciallæger.

Stk. 7.

Praktiserende speciallæger i Intern medicin er forpligtede til, via afkrydsningsfelt, at oplyse på deres praksisdeklaration:

1. Kardiologi, eller
2. Gastroenterologi, eller
3. Lungemedicin.”

7. Økonomi og styring

Side 64

7.1 Økonomiprotokollat

Parterne er enige om følgende justerede protokollattekst:

”PROTOKOLLAT AF DEN 18-09-2021 OM ØKONOMISK RAMME

Nærværende protokollat træder i kraft d. 01-04-2022 og indgår i den samlede protokollatopgørelse for perioden 01-01-2022 til 31-12-2022.³

Principperne fra det hidtidige økonomiprotokollat videreføres med nedenstående ændringer.

Den økonomiske ramme inden for speciallægehjælp er kr. 3.428.901.376 (niveau 1. oktober 2021). Der er heraf reserveret 10 mio. kr., som FAPS kan vælge at udløse til brug for modernisering.

Rammen tillægges endvidere (oktober 2021 niveau):

- 22,6 mio. kr. pr. 1. april 2022 til anvendelse i forbindelse med moderniseringer.
- 20 mio. kr. pr. 1. april 2022, 25 mio. kr. pr. 1. april 2023, 32 mio. kr. pr. 1. april 2024 og 42,6 mio. kr. pr. 1. april 2025 som følge af den demografiske udvikling.
- 5,9 mio. kr. pr. 1. april 2022 som følge af de opdaterede nedre omsætningsgrænser.

Endvidere udløses decentrale midler 55,4 mio. kr. jvf protokollat af 18-09-2021 om demografimidler.

FAPS beslutter, hvordan moderniseringsmidlerne anvendes inden for de enkelte moderniseringer, og herunder fordeling på de enkelte specialer.

Rammen omfatter alle overenskomstrelaterede ydelser. Udgifter vedr. §§ 64 og 65 er ikke inkluderet i rammen. Rammen tillægges løn- og prisregulering af honorarerne i henhold til overenskomstens bestemmelser herom.

³ I protokollatopgørelsen for kalenderåret 2022 indgår perioden 1. januar – 31. marts 2022, jf. overenskomst af 1. april 2018, samt perioden 1. april – 31. december 2022, jf. overenskomst af 1. april 2022. Der laves en samlet opgørelse for kalenderåret 2022.

Den fremadrettede regulering af rammen sker fortsat efter de hidtidige principper, der løbende er fastlagt ved aftale mellem parterne. Side 65

I helt særlige tilfælde kan der mellem de centrale parter aftales en korrektion af rammen. Det kan eksempelvis skyldes større strukturelle beslutninger samt ændringer som følge af lovgivningen.

Udgiftsudviklingen inden for overenskomstens område følges af parterne gennem kvartalsvise opgørelser.

Hvis de årlige udgifter til speciallægehjælp overstiger den aftalte ramme, er parterne enige om, at der med virkning fra den førstkommande regulering efter opgørelsen foreligger, sker en nedsættelse af honorarerne. Nedsættelse af honorarerne skal svare til forskellen mellem den aftalte økonomiske ramme og de faktiske udgifter men kan dog højst udgøre 2,5 procent.

Første mulige modregning kan ske i reguleringen den 01-04-2023.

Honorarnedsættelsen skal ske for det speciale eller de specialer, som har overskredet rammen for de specifikke specialer. Specialernes ramme er fastsat efter de samme principper, som den samlede økonomiske ramme.

Når rammeoverskridelsen er indhentet, tilbageføres det eller de pågældende specialer til det honorar, som de ville have opnået, hvis der ikke var blevet foretaget en nedsættelse af honorarerne.

I en situation hvor den økonomiske ramme er overskredet, og psykiatrispecialet samtidig i protokollatåret har leveret mere end 22.200 1. konsultationer, inklusive antallet af afregnede patienter via § 66-aftaler, vil den samlede ramme blive tilført merøkonomi svarende til værdien af den konstaterede meraktivitet ud over dette antal 1. konsultationer.

Der er ikke fastsat nogen økonomisk ramme efter 31.marts 2026.

Nedre omsætningsgrænse og knækgrænser reguleres fortsat efter den gældende reguleringsordning i § 50.”

7.2 Protokollat om demografimidler

Parterne er enige om følgende protokollattekst:

Protokollat af 18-09-2021 om demografimidler

Parterne er enige om at afsætte i alt 98 mio. kr. (okt. 2021-niveau) i perioden til at håndtere det øgede udgiftstryk, som de forventede ændringer i demografien vil medføre i den kommende overenskomstperiode.

Central udmøntning

Parterne er enige om, at den nuværende økonomiske ramme udvides med 42,6 mio. kr. Midlerne skal være med til at imødegå en del af det øgede demografitryk, hvor der særligt på øjenområdet ses et større træk.

Decentral udmøntning af midler

Tidligere har en stor del af de demografiske udfordringer været håndteret centralt hos regionerne med bl.a. oprettelse af nye ydernumre, indgåelse af lokale aftaler om individuelle knækgrænser m.m. For også fremadrettet at kunne understøtte tiltag, der kan imødegå de lokale demografiske udfordringer i de enkelte regioner, er parterne enige om at 55,4 mio. kr., afsættes til regionernes lokale håndtering af de fremtidige lokale demografiske udfordringer.

Parterne er enige om, at regionerne råder over midlerne, men forpligter sig til at sætte midlerne i anvendelse til initiativer, der understøtter den fælles vision for speciallægepraksis om mere nære tilbud og lettere adgang til speciallægehjælp og samtidig bidrager til en øget tilgængelighed især på øjenområdet. Midlerne anvendes til nye ydernumre, konvertering af deltidsydere til fuldtidsydere og omsætning i satellitklinikker. Hvis der udløses nye ydernumre eller der sker en konvertering af deltidsydernumre til fuldtidsydernumre, så håndteres disse som hidtil i henhold til den centralt fastsatte økonomiske ramme.

Parterne opgør årligt hvor stor en del af midlerne, som er anvendt i regionerne. Midlerne skal finde anvendelse blandt regionerne efter den årlige bloktilskuds-nøgle.

Hvis alle midler ikke er disponeret i regionerne inden udgangen af overenskomstens 4. år, tillægges evt. restmidler den samlede økonomiske ramme.

7.3 Opfølgning på økonomi

Parterne har drøftet det nugældende protokollat om opfølgning på økonomipro-tokollatet og har aftalt følgende justerede tekst:

”PROTOKOLLAT AF DEN **18-09-2021** OM OPFØLGNING PÅ ØKONOMIPROTOKOL-LATET

Råderummet i den offentlige økonomi er begrænset. Det er derfor afgørende, at aftalen understøtter styring af økonomien på området, og giver den enkelte re-gion sikkerhed for den årlige aftaleøkonomi. Derfor er der aftalt en fast økono-misk ramme for speciallægesektoren, jf. ”Protokollat af den 18-09-2021 om øko-nomisk ramme”, som gælder kollektivt for praktiserende speciallæger og indehol-

der automatiske mekanismer til sikring af, at rammen overholdes. De praktiserende speciallæger vil inden for denne ramme skulle varetage deres opgaver og prioritere deres indsatser, således at ressourcerne udnyttes bedst muligt til at sikre borgerne lægeydelse af høj kvalitet. Side 67

RLTN foretager månedsvise opgørelser⁴ af det aktuelle udgiftsniveau for de praktiserende speciallæger set i forhold til den aftalte økonomiske ramme, såvel samlet som fordelt på de enkelte specialer. Både regionerne som myndighed og FAPS som organisation kan give løbende information og vejledning til de praktiserende speciallæger om det aktuelle udgiftsniveau set i forhold til den økonomiske ramme, såvel samlet som fordelt på de enkelte specialer, samt i forhold til økonomien knyttet til moderniseringer. Parterne er enige om, at både regioner og FAPS har et aktivt medansvar for at levere information og vejledning med henblik på at bistå med at sikre, at aktiviteten holder sig indenfor det fastlagte loft.

Der er i økonomiprokollatet taget højde for den ekstraordinære situation, at den aftalte økonomiske ramme overskrides. I dette tilfælde vil overskridelsen blive modregnet i speciallægenes honorar, jfr. protokollatets nærmere bestemmelser. Modregningsadgangen er en sekundær mekanisme, der anvendes i den situation, hvor regionernes udgifter til speciallægehjælp i aftaleperioden ellers ville overstige den aftalte økonomiske ramme.”

⁴ De løbende opgørelser foretages efter samme metode, som er anvendt i forbindelse med udmelding af status på økonomirammen i FAPS-nyt i perioden 2018-2021.

8. Tekniske justeringer

Side 68

8.1 Afgangsføring ved. deltidsydernummer

Der findes i dag ikke en klar definition for, hvordan deltidsydernumre skal afsluttes med beregning af loft ved afgangsføring midt på året. Der er således et behov for en definition af, hvordan dette beregningsmæssigt skal foregå.

I dag har deltidsydere lov til at låne af et kommende års omsætningsloft, hvis de overskrider omsætningsloftet i november eller december og beløbet skal fratrækkes i omsætningsloftet året efter.

Det skal præciseres, at ubrugte midler af lånet, jfr. § 52 stk. 5 ikke overføres til næste års loft og det nye loft skal nedsættes med de lånte midler (1-2 måneder).

Overenskomstens § 52 regulerer omsætning i deltidspraksis (mindsteomsætning og omsætningsloft)

Parterne er enige om at nedenstående tekst indgår i overenskomsten:

§ 52, Stk. 5

Deltidspraktiserende speciallæger skal tilstræbe en jævn fordeling af aktiviteterne ud over året. Såfremt det fastlagte omsætningsloft overskrides med afregningen for november eller december måned, kan overføres 1/12 pr. måned, svarende til 2/12 af næste års omsætningsloft. Det fulde beløb for de overførte midler fratrækkes i omsætningsloftet for det kommende år uanset om der skulle være ubrugte midler ift. det overførte beløb. Såfremt omsætningsloftet overskrides inden afregningen for november måned, kan der ikke overføres midler fra det kommende års omsætningsloft.

Og nyt

stk. 7

Ved afgangsføring i løbet af året opgøres deltidsydernummerets omsætningsloft som en forholdsmæssig andel af omsætningen af den i § 52 stk. 1 og stk. 2, fastlagte omsætningsloft opgjort pr. måned.

Der er aftalt følgende konsekvensrettelser i § 15, stk. 6:

Anmærkning til § 15, stk. 6

Eksempelvis vil en speciallæge, som sælger sin praksis til udgangen af måned 7 få beregnet eventuel honorarreduktion svarende til omsætning, der overstiger 7/12 af den fastsatte knækgrænse eller omsætningsloft, mens den speciallæge, som køber denne praksis, eventuelt vil få honorarreduktion svarende til den del af omsætningen, der overstiger 5/12 af den fastsatte knækgrænse eller omsætningsloft.

Som følge af, at Praksys.dk ikke blev sat i drift, men at regionerne derimod har taget det nye administrationssystem LUNA i brug, er der konsekvensrettet i overenskomsten de tre steder, hvor praksys.dk er nævnt (Anmærkning til § 42 stk. 2 samt indledning til § 53 samt protokollat om ny model for kontrolstatistik) og herudover er datoen for igangsættelsen af den nye kontrolstatistik også tilrettet.

På den baggrund er det aftalt, at protokollatet om ny model for kontrolstatistik har følgende ordlyd:

Protokollater vedrørende kapitel XI

Protokollat om ny model for kontrolstatistik

Der er aftalt en ny model for kontrolstatistik. Formålet med dette protokollat er at forklare baggrunden for ændringerne og hvordan de nye regler er tænkt administreret. Det fulde regelsæt findes i overenskomstens bestemmelser i kapitlet "Kontrolbestemmelser."

De nye regler for behandling af kontrolstatistik vil blive taget i brug når regionernes nye administrationssystem LUNA er rullet ud i regionerne. Dog tidligst første gang i forbindelse med opfølgning for kalenderåret 2021.

Modellen for den nye kontrolstatistik på speciallægeområdet kommer bl.a. til at ændre sig ved, at det overordnede udvælgelseskriterie fremadrettet vil være den gennemsnitlige udgift pr. patient med et procenttillæg.

Det betyder, at de speciallæger, der afviger med 25 procent eller mere i udgift pr. patient i forhold til samtlige speciallæger under ét inden for samme praksistype og speciale i regionen eller på landsplan i forhold til gennemsnittet, skal udvælges til kontrol, medmindre regionen ved, at der er nogle forhold for speciallægen som gør det velbegrundet, at speciallægen afviger.

Modellen, der i det overordnede udvælgelseskriterie tager udgangspunkt i udgiften pr. patient, skal som hidtil følges op af en kvalificering af årsagen til afvigelsen og om denne er acceptabel eller ikke. Denne kvalificering forudsætter, at speciallægen og regionen har det bedst mulige materiale at kvalificere årsagen ud fra og at dette er så gennemsigtigt for begge parter som muligt. Derfor leveres der elektronisk, sammen med den nye kontrolstatistik, opgørelser vedr. frekvens 1 og 2. Opgørelserne kan også hjælpe samarbejdsudvalget med at vurdere speciallægens høringsvar.

Disse opgørelser vil være bilag i forlængelse af den nye kontrolstatistik, hvor Side 70
udtagelseskriteriet er den samlede udgift pr. patient i praksis. Det, der tæller
i forhold til udtagelse til kontrol, vil som nævnt være den gennemsnitlige udgift
pr. patient i praksis.

Frekvens 1 tager udgangspunkt i "ydelsen". Der foretages således en måling base-
ret på, hvor mange gange en specifik ydelse er givet i en speciallægepraksis inden
for kontrolåret, sammenholdt med den pågældende speciallæges samlede antal
patienter. Dette sammenlignes med antallet af gange ydelsen er brugt i specialet
sammenholdt med det totale antal patienter inden for specialet. Ved brug af fre-
kvens 1-kontrol gives der således et billede af, hvor benyttet en given ydelse er
hos en speciallæge, og om speciallægen generelt benytter ydelsen i et væsentligt
højere omfang end lands- og regionsgennemsnittet.

Frekvens 2 tager udgangspunkt i "patienten". Her ses på, hvor mange gange en
specifik ydelse gennemsnitligt gives til samme patient. Ved brug af frekvens 2 kan
det således konstateres, om der – for de patienter, der modtager en given ydelse
– forefindes et højt forbrug af ydelsen sammenlignet med lands- og regionsgen-
nemsnittet. Et udsving i kontrolstatistikken vil således vise sig, såfremt en eller få
patienter modtager et meget stort antal af én og samme ydelse, hvorimod der
ikke vil kunne ses et udsving, hvis et stort antal patienter modtager en ydelse,
hvis ydelsen blot ikke gives adskillige gange til samme patient.

Der ændres ikke ved den eksisterende undersøgelsesproces, der fortsætter som
hidtil. Dette indebærer, at der skal foretages en konkret vurdering af de enkelte
speciallæger.

Overenskomstens bestemmelser kombineret med den proces, der allerede i dag
er i regionerne, sikrer at relevante forhold inddrages i beslutningen om, hvorvidt
der skal føres en kontrolstatistik. Drøftelserne vedr. forskellige forklaringer og
forholds betydning vil fortsat foregå med inddragelse af de eksisterende fælles
kontrolstatistikudvalg.

Der kan som led i undersøgelsesprocessen indhentes en faglig vurdering fra for-
manden for speciallægeorganisationen inden for det pågældende speciale⁵ og/el-
ler fagligt råd. Følgende materiale i anonymiseret stand kan af regionen fremsen-
des til brug for afgivelsen af vurdering: regionens høringsbrev, speciallægens hør-
ringsvar samt speciallægens kontrolstatistik inkl. bilag.

Hvis undersøgelsesprocessen fører frem til, at samarbejdsudvalget ikke finder det
afvigende ydelsesmønster rimeligt begrundet, skal speciallægen gøres bekendt
med forholdet, og samarbejdsudvalget har adgang til:

⁵ I tilfælde af grenspecialisering indhentes den faglige vurdering fra et medlem af speciallægeorga-
nisationens bestyrelse, som tilhører det relevante grenspeciale

- A. at tildele en speciallæge en advarsel eller udtale misbilligelse, eller
- B. at fastsætte en højstegrænse for den gennemsnitlige udgift pr. patient i praksis eller den gennemsnitlige udgift for en eller flere ydelser, i forhold til lands- eller regionsgennemsnittet inden for samme speciale, med et procenttillæg.

Ved fastsættelse af procenttillæggets størrelse i forbindelse med en højstegrænse inddrager samarbejdsudvalget relevante forhold⁶. Der skal som minimum tildeles en margin til afvigelse på 25 procent i forhold til lands- eller regionsgennemsnittet. Hvis der pålægges en højstegrænse på den gennemsnitlige udgift pr. patient i praksis, må dette ikke være til hinder for, at guidelines og nationale kliniske retningslinjer kan overholdes.

Pålagte højstegrænser administreres årligt. Der udarbejdes årligt fra højstegrænsens ikrafttrædelse en årsopgørelse for de ydelser, der er omfattet af speciallægens højstegrænse, sammenholdt med lands- eller regionsgennemsnittet⁷ for samme ydelser i samme år. Hvis det på baggrund af årsopgørelsen kan konstateres, at højstegrænsen er overskredet, orienteres speciallægen herom, og regionen modregner differencen i speciallægens sædvanlige honorartilgodehavende.

8.3 Præcisering af tekst vedr. SU-indstilling om tilbagebetaling

I den indeværende overenskomstperiode har der været flere tilfælde, hvor advokater for indklagede speciallæger, i forbindelse med behandling af tilbagebetalingsager i SSU, har gjort indsigelse over SUs indstillinger til SSU. Baggrunden for indsigelserne er, at advokaterne ikke mener, at SU har beføjelse til at indstille at SSU træffer beslutning om tilbagebetaling, uden at SU har indstillet et konkret beløb.

Baggrunden for denne indsigelse findes i formuleringen af § 69, stk.2, b, første dot. SSU har imidlertid fastslået, at det ikke er et krav for at SSU kan behandle et tilbagebetalingskrav, at SU har foreslået et beløb.

Af SSU-bestemmelsen § 71, stk. 2. d) fremgår det "SSU har adgang til at pålægge speciallægen – på nærmere vilkår – at tilbagebetale et af udvalget fastsat beløb til

⁶ Relevante forhold kan eksempelvis være, om der er tale om et speciale med få speciallæger, om speciallægen har særlige kompetencer, om der eksisterer en grenopdeling inden for specialet eller om speciallægen varetager subspecialiserede behandlinger inden for specialet eller om geografiske forhold medfører at speciallægen varetager flere typer behandlinger end gennemsnittet. Populationerne inden for de enkelte specialer på speciallægeområdet er små sammenlignet med andre praksisområder, hvilket kan indebære at regionale og nationale gennemsnitsudgifter varierer mere fra år til år. Subspecialisering kan indebære, at kun en andel af speciallægerne varetager omkostningstunge behandlinger. Flere specialer er grenopdelte.

⁷ Afhængig af, hvilket gennemsnit højstegrænsen er fastsat i forhold til.

regionen i de tilfælde, hvor speciallægen ikke er enig i tilbagebetalingskravet og dets opgørelse". Det er altså SSU, der fastsætter det beløb, der skal betales tilbage til regionen. Side 72

Overenskomstteksten præciseres, så teksten "et af samarbejdsudvalget foreslået beløb" slettes.

Parterne er enige om at nedenstående tekst indgår i overenskomsten:

§ 69, stk. 2, b)

At indstille til SSU:

- At speciallægen – på nærmere vilkår – pålægges at tilbagebetale regionen i de tilfælde, hvor speciallægen ikke er enig i tilbagebetalingskravet og dets opgørelse.

9.1 Akutforpligtelsen for øjen- og ørelæger

Parterne er enige om at nedenstående tekst indgår som bilag til overenskomsten:

Akutforpligtelsen for øjen- og ørelæger

I overenskomst om speciallægehjælp er det beskrevet, at der gælder en forpligtelse til at varetage patienter med akut behandlingsbehov for speciallæger i øjenlægehjælp samt ørelægehjælp, jf. overenskomstens specielle del kap. 16 § 6 stk. 4 og kap. 15 § 6 stk. 4.

RLTN og FAPS er enige om, at den aftalte akutforpligtelse, som gælder for øre- og øjenlæger, omfatter følgende:

- Alle speciallæger i øjenlægehjælp og ørelægehjælp varetager akut patientbehandling af patienter, som vurderes at have et akut behandlingsbehov. Dette gælder ikke kun patienter, som allerede er i forløb hos speciallægen, men også andre patienter.
- Det er speciallægens afgørelse, om der er et lægefagligt behov for en akut tid.
- Alle speciallæger i øjenlægehjælp og ørelægehjælp sikrer, at der på alle konsultationsdage er et tilfredsstillende antal tider til rådighed til varetagelse af patienter med akut behandlingsbehov, uanset om der er tale om direkte patienthenvendelser eller henvendelser fra alment praktiserende læge.
- Hvis henvendelse angående en akut tid kommer fra en alment praktiserende læge, skal denne som udgangspunkt have telefonisk adgang til en faglig vurdering hos en praktiserende speciallæge, hvis ikke klinikpersonalet umiddelbart kan tildele patienten en akut tid. På baggrund af den faglige dialog afgør speciallægen, om der er behov for at tildele patienten en akut tid eller om speciallægen kan rådgive om igangsættelse af relevant behandling hos egen læge.
- Der kan være konkrete grunde til at en praktiserende speciallæge ikke er i stand til at modtage en akut patient, eksempelvis antallet af andre akutte patienter.
- Speciallægen er, ved afvisning af en akut patient med begrundelse i mangel på tidsmæssige ressourcer, forpligtet til at gøre opmærksom på, hvor den sikrede videre kan søge øjen- eller ørelægehjælp.

10. Ikrafttrædelse

Overenskomsten, med de ændringer, der følger af nærværende aftale, træder i kraft den 1. april 2022.

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

København den 18. september 2021

For
Regionernes
Lønnings- og Takstnævn

For
Foreningen af Praktiserende
Speciallæger

Anders Kühnau

Ann-Louise Reventlow-Mourier

/

/

Rikke Margrethe Friis

Helle Bjørnstad

Bilag 1: Aftalens økonomi

Rammeudgangspunkt pr. 1. okt. 2021 3.428.901.376

Oktober 2021-niveau (mio. kr.)	År 1	År 2	År 3	År 4	Perma- nent
Midler til meraktivitet					
- Rammeløft	20,0	25,0	32,0	42,6	42,6
- Decentral udmøntning	6,3	26,3	43,2	55,4	55,4
Demografi i alt	26,3	51,3	75,2	98,0	98,0
Moderniseringsmidler	22,6	22,6	22,6	22,6	22,6
Forøgelse af minimumsomsætning	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9
Rammeløft udover demografi	28,5	28,5	28,5	28,5	28,5
Midler til digitalisering					
VDX	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0
Regional finansiering af udviklingsomkostninger	1,25	1,25	1,25	1,25	0,0
Samlet	2,25	2,25	2,25	2,25	0,0
Samlet merøkonomi	57,1	82,1	106,0	128,8	126,5

Samlet økonomi

	År 1	År 2	År 3	År 4	Perma- nent
Rammeløft	48,5	53,5	60,5	71,1	71,1
Decentral udmøntning	6,3	26,3	43,2	55,4	55,4
Digitalisering	2,25	2,25	2,25	2,25	0,0
Samlet merøkonomi	57,1	82,1	106,0	128,8	126,5

Derudover er der for perioden afsat i alt **84,7 mio. kr.** til finansiering af de aftalte aktiviteter på kvalitetsområdet. Finansieringen findes via regionernes fortsatte årlige indbetalingsprocent (pt. 1,41 procent), suppleret af regionernes årlige indbetaling af ekstra 2,2 mio. kr. samt midler fra Fonden for Faglig Udvikling af Speciallægepraksis.

Parterne er enige om, at de nuværende nedre omsætningsgrænser for fuldtidspraksis jf. overenskomstens § 51 stk. 2 ændres, så de svarer til mindst halvdelen af gennemsnitsomsætningen for fuldtidspraksis i det pågældende speciale i 2019. Den økonomiske ramme øges med 5,9 mio. kr. (oktober 21-niveau) svarende til den forventede meromsætning ved de nye nedre omsætningsgrænser.

Tabel: Nye nedre omsætningsgrænser pr. 1. april 2022 (oktober 21-niveau)

Speciale	Ny nedre omsætningsgrænse
Anæstesiologi	1.517.134
Dermatologi	2.355.733
Reumatologi	1.305.207
Gynækologi-obstetrik	2.333.389
Intern medicin	3.081.767
Kirurgi	2.938.427
Neuromedicin	1.207.595
Øjenlægehjælp	2.159.485
Ortopædisk kirurgi	2.442.168
Ørelægehjælp	2.081.734
Plastikkirurgi	2.281.470
Psykatri	1.269.358
Pædiatri	1.721.107
Børnepsykatri	1.201.228

Kvalitetsøkonomi OK21						
	2022	2023	2024	2025	Total	Note
eKVIS sekretariatet inkl. moms	4.000.000	4.000.000	4.000.000	4.000.000	16.000.000	1
Styregruppe	80.000	80.000	80.000	80.000	320.000	2
Formidling	50.000	50.000	50.000	50.000	200.000	3
Dataprojekter og PRO						
Driftsaftale med Sundhed.dk - Sentinel	6.500.000	6.500.000	6.500.000	6.500.000	26.000.000	4
Udvikling af Sentinel, snitflader mv (IT-udvikling)	300.000	300.000	300.000	300.000	1.200.000	5
Driftsaftale med Synlab - web-patient	525.000	725.000	825.000	925.000	3.000.000	6
Udvikling af PROredskaber (IT-udvikling)	200.000	700.000	700.000	700.000	2.300.000	7
Udviklingsgrupper - honorering + møder	364.375	540.625	540.625	540.625	1.986.250	8
Testhonorar for deltagelse i pilottest	240.000	400.000	400.000	400.000	1.440.000	9
Intromøder - intromateriale - evaluering	250.000	350.000	350.000	350.000	1.300.000	10
Lægefaglig/epidemiologisk konsulentbistand	300.000	300.000	300.000	300.000	1.200.000	11
Kvalitetsklynger						
Kurser og temadage for klyngekoordinatorer	500.000	500.000	500.000	500.000	2.000.000	12
Speciallægers deltagelse i udvikling af klyngepakker	500.000	500.000	500.000	500.000	2.000.000	13
Klyngeplatform drift og vedligehold	500.000	500.000	500.000	500.000	2.000.000	14
Honorering af klyngekoordinatorer	1.875.000	3.750.000	3.750.000	3.750.000	13.125.000	15
Klyngeøkonomi	1.375.000	2.750.000	2.750.000	2.750.000	9.625.000	16
Udvikling af ferie-App	1.000.000				1.000.000	
	18.559.375	21.945.625	22.045.625	22.145.625	84.696.250	

Noter:

- Som nu tre fuldtidsansatte og derudover som noget nyt honorering af student 10t/uge i 40 uger/år til at varetage det administrative omkring klyngerne.

2. Dækker udgifter til 4 årlige møder.
3. eKVIS.dk er sammen med FAPS-nyt den primære kilde til formidling, men der opstår indimellem formidlingsopgaver, der ligger uden for konkrete projekter som eksempel kan nævnes Sentinel-tegnefilmen.
4. Udgift bygger på budget for 2021 og dækker ifølge Sentinel-enhedens chef årlig drift af enheden og løbende udvikling af projekter.
5. Dækker udvikling af snitflade, grundprogrammering mv. i Sentinel, der ikke er relateret til specifikke projekter.
6. Dækker udgifter til at anvende systemet og koble klinikkerne på (ca. 100.000 kr. pr. speciale) + 200.000 kr. årligt til videreudvikling. Hertil løbende forsendelse (estimeret 25.000 kr. i alt pr. år). To af de igangværende 4 pilotprojekter implementeres i hhv år 1 og 2. Der implementeres 1 nyt projekt i hhv år 3 og 4. Kontrakten giver mulighed for en årlig prisregulering med op til 3%.
7. Økonomien er baseret på 1 nyt PRO-projekt i år 2, 3 og 4 i perioden sammen med Synlab (web-patient) á ½ mio. kr. Derudover er afsat 200.000 kr. pr. år til arbejde med andre patientinddragende redskaber – ikke nødvendigvis i samarbejde med Synlab.
8. 18 projektgrupper (3+5+5+5) i perioden á 3 læger x 25 timer til eKVIS-takst (p.t. 1.175 kr.) og mødeudgifter og transport (100.000 kr. pr år.) Honorering i projektgrupperne er uafhængigt af, om det er dataprojekter eller PRO/patientinddragelse, der arbejdes med. Udgifter til transport refunderes efter bilag eller med statens km-takst.
9. Fast honorar 10.000 kr. pr. læge – op til 8 pilotlæger i et projekt.
10. Dækker mødeudgifter – forplejning, lokaleleje mv. Speciallægers deltagelse kompenseres via kompetencetimer (punkt 19). Dækker også undervisning i organisatorisk kvalitet til nye klinikker.
11. Dækker lægefaglig bistand (ekstern) mhp at understøtte en videnskabelig tilgang til projekterne (se uddybende notat). Der forudsættes honorering iht overenskomst for speciallægekonsulent i regionerne svarende til 12 t/uge: https://www.laeger.dk/sites/default/files/endelig_underskrevet_og_dateret_overenskomst_for_speciallaegkonsulenter.pdf
12. Kurser og temadage for klyngekoordinatorer mhp videndeling og fælles opdatering på metoder til facilitering af klyngerne og kvalitetsarbejdet.
13. Honorering af praktiserende speciallæger, der er udpeget af specialeorganisationen til at give faglig sparring ifm udvikling af klyngepakker. Der honoreres med eKVIS-takst. Det foreslåede beløb svarer til ca. 425 sparringstimer pr. år.
14. Dækker udgift til drift og vedligehold af klyngeplatform. (Udviklingen finansieres af midler i OK17).
15. Dækker honorering af klyngekoordinatorer for det arbejde, der ligger i at facilitere klyngemøder. Økonomien dækker 50 timer (eKVIS-takst) pr. år til 75 klyngetovholdere. Indfases med 50 procent i år 1.
16. Beløb til understøtning af klyngernes arbejde. 2.000 kr. pr. speciallæge pr. år. (4 årlige møder) til mødeudgifter og forplejning samt 10.000 kr. pr. klynge pr. år til honorering af fx eksterne oplægsholdere eller lignende. Indfases med 50 procent i år 1.