

PROTOKOL

Aftale om fornyelse af Overenskomst om speciallægehjælp mellem RLTN og FAS

Tid	København, den 26. september 2014 kl. 13.45
Sted	Danske Regioner
Deltagere	Repræsentanter for Foreningen af Speciallæger og Regionernes Lønnings- og Takstnævn
Emne	Aftale om overenskomst om speciallægehjælp

Indholdsfortegnelse

1.	Faglig modernisering.....	4
2.	Udnyttelse af kapaciteten i speciallægepraksis	7
3.	Kapaciteten i psykiatri og revision af specialet psykiatri i speciallægepraksis 10	
4.	Kvalitet og sammenhæng	15
4.1.	<i>Kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis.....</i>	<i>15</i>
4.2.	<i>Udvikling af sektoren i overensstemmelse med kliniske retningslinjer, forløbsprogrammer og sundhedsaftaler.....</i>	<i>19</i>
5.	Efteruddannelse.....	20
6.	Kontrol og opfølgning.....	21
6.1.	<i>Overenskomstens kontrolbestemmelser</i>	<i>21</i>
6.2.	<i>Regionernes muligheder for controlling.....</i>	<i>25</i>
6.3.	<i>Vandelsbestemmelse</i>	<i>26</i>
6.4.	<i>Præcisering af analogiseringsbestemmelser.....</i>	<i>27</i>
7.	Tilgængelighed	29

7.1.	<i>Speciallægens deklaration om handicaptilgængelighed</i>	29
7.2.	<i>Telefonisk tilgængelighed til speciallægen</i>	31
8.	Økonomi	32
8.1.	<i>Knækgrænser for alle ydelser</i>	32
8.2.	<i>Protokollater om økonomisk ramme og opfølgning herpå</i>	33
8.2.1.	Økonomiprotokollat	33
8.2.2.	Protokollat om opfølgning på økonomiprotokollatet	35
8.3.	<i>Aftalens økonomi</i>	36
8.4.	<i>Ny model for reguleringsordning</i>	37
9.	Øvrige temaer	39
9.1.	<i>Henvisningsregler</i>	39
9.1.1.	Direkte henvisning til ambulatorium inden for eget speciale	39
9.1.2.	Harmonisering af henvisningsregler	39
9.2.	<i>Dialogforum om IT i speciallægepraksis</i>	40
9.3.	<i>Adgang til speciallægehjælp i udkantsområder</i>	41
9.4.	<i>Grenopdeling af specialet kirurgi</i>	42
9.5.	<i>Dispensation for åbningstider for øjen- og ørelægehjælp ved lokal aftale</i>	43
9.6.	<i>Præcisering af § 6 om reduktion i antallet af praksis</i>	44
9.7.	<i>Forvaltningsretlige principper</i>	45
9.8.	<i>Parternes henstilling om 1. konsultation</i>	46
9.9.	<i>Adgang til vikardækning og assisterende speciallæge</i>	47
9.10.	<i>Præcisering af de etiske retningslinjer</i>	48
9.11.	<i>Protokollat vedr. rekvisition af lægemidler</i>	49
9.12.	<i>Gennemgang af eksisterende protokollater</i>	50
10.	Ikrafttrædelse	51
11.	Bilag	52
11.1.	<i>Nyt kommissorium for Moderniseringsudvalget</i>	52
11.2.	<i>Revideret skabelon for gennemførelse af modernisering</i>	54
11.3.	<i>Oversigt over økonomien i kvalitetstiltag</i>	62
11.4.	<i>Protokollat om implementering af akkreditering i speciallægepraksis</i>	64
11.5.	<i>Teknisk bilag vedr. ny reguleringsordning</i>	67

Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Foreningen af Speciallæger (FAS) har indgået aftale om fornyelse af Overenskomst for speciallægehjælp.

Side 3

Parterne er enige om at indstille følgende til godkendelse.

1. Faglig modernisering

Parterne er enige om, at det har været en udfordring ved det hidtidige moderniseringsarbejde, at det er skredet for langsomt frem. 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 vil være et led i en modernisering at tilvejebringe effektiviseringer, herunder også om eksisterende ydelser er overflødige, eller om størrelsen af honorarer er passende.

Parterne har i fællesskab analyseret årsagerne til den hidtidige træghed i moderniseringsarbejdet og har på den baggrund aftalt en række ændringer med henblik på, at der fremover kan gennemføres en hurtig og smidig moderniseringsproces:

- *Tidsperspektivet:*

Moderniseringer skal kunne gennemføres inden for en tidsramme på 3 måneder. Fra arbejdsgruppens start er der 3 måneder til at færdiggøre en rapport, der skal forelægges for Moderniseringsudvalget. Det vil medføre mere fokuserede forløb. Endvidere vil det være lettere at rekruttere deltagere, fordi perioden er overskuelig. Samtidig kan der, fordi det er en kort periode, bedre stilles krav om stor og fleksibel deltagelse fra medlemmerne af arbejdsgruppen.

- *Afklarende kurs for moderniseringen fra start:*

Parterne finder, at det vil minimere de faglige diskussioner i arbejdsgruppen, hvis der allerede inden påbegyndelsen af en modernisering er klarhed over, hvilke ønsker regionerne og speciallægerne har til indholdet af den kommende modernisering, således at 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 man-

dat fra de respektive baglande til at arbejde videre med moderniseringen efter den angivne retning.

Side 5

- *Sammenhængen mellem faglighed og økonomi:*

Den nuværende model, hvor arbejdsgruppen foreslår indholdsmæssige, faglige ændringer uden at forholde sig til de økonomiske konsekvenser har vist sin begrænsning. Fremover vil det blive en forpligtelse for arbejdsgruppen samtidig at foreslå, hvilke typer ydelser, der følger af det faglige forslag til modernisering, og samtidig estimere de økonomiske konsekvenser. Herved sikres større sammenhæng mellem sundhedsfaglige overvejelser og økonomiske/administrative overvejelser, hvilket vil give et bedre grundlag for overenskomstparternes økonomiforhandling.

Det vil være 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 effektiviseringsgevinst.

- *Løbende implementering af nationale kliniske retningslinjer*

Det er væsentligt at sætte fokus på løbende implementering af nationale kliniske retningslinjer. Det er derfor aftalt, at hvis speciallæger eller regioner vurderer, at der er behov for at foretage ændringer i de eksisterende ydelsesbeskrivelser for de enkelte specialer, fordi de kliniske retningslinjer ikke er tilstrækkeligt afspejlet i ydelsesbeskrivelserne, henledes Moderniseringsudvalgets opmærksomhed herpå.

De aftalte ændringer er konkret indarbejdet dels i et nyt kommissorium for Moderniseringsudvalget, dels i en revideret skabelon for gennemførelse af moderniseringer. Begge dokumenter er bilag til forhandlingsaftalen.

Parterne er herudover enige om, at speciallægerne forpligter sig til, at de moderniseringer der gennemføres i løbet af et år samlet set frigiver permanent en produktivitetsevinst på 1 pct. af den samlede omsætning ekskl. § 64 og 65 aftaler (ca. 30 mio. kr.). Gevinsten anvendes som led i moderniseringen til yderligere aktivitet inden for de pågældende specialer.

Hvis moderniseringerne mod forventning ikke skulle frigive dette, vil der – medmindre andet aftales – ske en reduktion af alle honorarer på tværs af specialer, som modsvarer den manglende realisering af produktivitetskravet. Rammen berøres ikke heraf.

Det er forudsat, at produktivetsgevinsterne ved moderniseringer frigøres i andet og tredje overenskomstår, dvs. at gevinsten i andet år skal håndteres i de moderniseringer, som sker i perioden frem til 1. april 2016 (voksenpsykiatri undtaget). Der er ikke krav om, at der frigøres produktivetsgevinst i det første overenskomstår. For de moderniseringer, der aftales i tredje overenskomstår med produktivetsvirkning for perioden efter 31-03-2018, skal produktivetsgevinsten overføres til Fonden for Faglig Udvikling, medmindre andet aftales.

2. Udnyttelse af kapaciteten i speciallægepraksis

Parterne er enige om, at speciallægepraksis udgør en vigtig del af det specialiserede sundhedsvæsen og har et fælles ønske om, at den samlede kapacitet kan udnyttes mest hensigtsmæssigt på tværs af sygehuse og speciallægepraksis. Samtidig stiller udredningsretten krav til fleksibel tilrettelæggelse af forløb på tværs af sektorer. Speciallægepraksis skal være tættere på sygehusvæsenet for i endnu højere grad at sikre sammenhæng og hensigtsmæssige patientforløb.

§ 66, som blev aftalt ved de sidste overenskomstforhandlinger med netop dette formål, har ikke fungeret efter hensigten.

FAPS har i forhandlingerne udtrykt forståelse for, at regionerne har behov for mere fleksibelt at kunne planlægge efter ændrede behov og regionale forhold, og FAPS ønsker at medvirke konstruktivt til, at regionerne kan anvende op til 20 % af kapaciteten i speciallægepraksis til de af regionerne konkret definerede behov.

Der er aftalt nedenstående protokollat. Endvidere er der aftalt en konsekvensrettelse af § 66, stk. 2.

De passager fra Protokollat af 31-03-2011 om anbefalinger i forhold til fremtidens speciallægepraksis, som fortsat er relevante, er indarbejdet i teksten, hvorfor det tidligere protokollat udgår i sin helhed. Ligeledes er de passager fra de tidligere aftalte ”Principper og skabelon for § 66-aftaler i speciallægepraksis”, som fortsat er relevante, indarbejdet.

”Protokollat om udnyttelse af kapaciteten i speciallægepraksis

Parterne er enige om at skabe en lettere adgang til at indgå lokale aftaler om regionernes råderet over kapacitet i speciallægepraksis – de såkaldte § 66-aftaler. I dette protokollat præciseres hvilke forhold, der skal være til stede, før råderetten kan effektueres, således at § 66-aftaler fremover kan indgås og iværksættes hurtigt og smidigt.

Det faglige indhold i § 66-aftalen defineres af regionen med konsultation af grupper af praktiserende speciallæger inden for samme speciale. Undtagelsesvis – hvor eksempelvis faglige eller geografiske årsager begrunder

dette – kan en § 66-aftale omfatte én enkelt speciallæge. En § 66 aftale kan benyttes til såvel eksisterende overenskomsttydelser samt andre, nye ydelser. Nuværende § 64- og § 65 aftaler kan ikke konverteres til § 66-aftaler.

Regionen indestår for, at den enkelte speciallæge sikres uændret omsætning inden for den friholdte kapacitet. Der påhviler både speciallæge og region en initiativpligt, såfremt den aftalte friholdte kapacitet ikke benyttes i henhold til aftalen.

FAPS har i forhandlingerne udtrykt forståelse for, at der kan være situationer, hvor en region i forbindelse med en § 66-aftale må adskille udredning og behandling. FAPS gør dog opmærksom på, at speciallægeopgaver, der omfatter hele forløbet, normalt giver den bedste kvalitet og de bedste patientforløb.

En § 66-aftale skal i relevant omfang omfatte følgende:

- Stillingtagen til, hvilke speciallægeopgaver¹, der skal løses. Det skal fremgå, om de praktiserende speciallæger alene får udlagt udrednings- og diagnosticeringsopgaven, henholdsvis alene behandlingsopgaven - eller om opgaven omfatter både udredning, diagnosticering og behandling.²
- En beskrivelse af, hvad speciallægen skal levere, fx svarende til den skabelon for ydelsesbeskrivelser, der benyttes ved moderniseringer. Herunder kan regionen stille krav til dokumentation og kvalitet i lighed med § 64- og 65-aftaler.
- Hvilke patientdata (operationelle og komprimerede faglige informationer), der skal følge med patienten ved sektorovergange, dvs. til og fra speciallægepraksis. Det forudsættes, at al kommunikation foregår elektronisk.

¹Fx ikke sygeplejerskeopgaver. Disse kan eventuelt aftales i en § 64-aftale.

² I tilfælde, hvor de praktiserende speciallæger alene får udlagt behandlingsopgaven, skal en speciallæge i sygehusregi, inden for det givne speciale, have stillet diagnosen. Den udredning og diagnosticering, der er sket i sygehusregi, lægges til grund for behandlingen i speciallægens praksis. Dog skal den praktiserende speciallæge altid, inden behandling påbegyndes, have mulighed for at sikre sig, at diagnosen er korrekt og at den foreslåede behandling er relevant

- Regionen indestår for, at den enkelte speciallæge sikres uændret omsætning inden for den friholdte kapacitet. Der påhviler både speciallæge og region en initiativpligt, såfremt den aftalt friholdte kapacitet ikke benyttes i henhold til aftalen.
- En rimelig frist for ikrafttræden, som gør det muligt for speciallægen at indpasse de patienter, der omfattes af § 66-aftalen, i sin kalender.
- Honorering for de af § 66-aftalen omfattede opgaver aftales mellem regionen og FAPS-regionalt.

Henviſning af patienter under § 66:

Der er mellem parterne enighed om, at det er op til den enkelte region at planlægge visitation af de patienter, der omfattes af råderetten. Det er vigtigt, at visitation ikke er tidskrævende eller bureaukratiske for speciallægerne.”

Det er aftalt, at § 66, stk. 2 ændres til følgende:

”§ 66. Friholdelse af kapacitet i speciallægepraksis

....

Stk. 2

Der fastsættes en rimelig frist for ikrafttræden, som gør det muligt for speciallægen at indpasse de patienter, der omfattes af § 66-aftalen, i sin kalender.”

3. Kapaciteten i psykiatri og revision af specialet psykiatri i speciallægepraksis

Parterne er enige om, at der skal skabes rum for i højere grad at inddrage speciallægepraksis til at imødegå udfordringer inden for psykiatrien, hvor regionerne specielt er pressede på udrednings- og behandlingskapaciteten. I den forbindelse er de praktiserende speciallæger en hjørnesten i at imødegå denne udfordring. Den kapacitet, der i dag findes i speciallægepraksis skal således i langt højere grad tænkes sammen med den samlede indsats over for patienter med psykiatriske lidelser.

Parterne nedsætter, straks efter overenskomstfornyelsen, en hurtigt arbejdende arbejdsgruppe, der har til opgave at gennemføre en faglig og strukturel revision af psykiatrispecialet ud fra nedenstående målsætninger.

Arbejdsgruppen refererer direkte til de centrale forhandlingsparter og bemandes således som det fremgår af nedenstående kommissorium.

Arbejdsgruppens arbejde skal være tilendebragt senest 3 måneder fra det første møde i arbejdsgruppen. Der skal ved fristens udløb foreligge et endeligt forslag til revision af specialet, som forelægges for overenskomstens parter til godkendelse.

Parterne er enige om, at arbejdsgruppens hovedsigte skal være:

1. Der indføres sammenhængende og afsluttede³ patient-, udrednings- og behandlingsforløb.
2. Som følge af ovenstående frigøres 10 procent ekstra kapacitet inden for det voksenpsykiatriske speciale, som i tilsvarende omfang skal bruges til at behandle yderligere patienter. Ved opgørelsen tages der udgangspunkt i antal 1. konsultationer i 2013.

De psykiatriske specialer tilføres 33 mio. kr., hvilket finansieres via reguleringsordningen. FAPS anviser udmøntningen af dette beløb. Efter en implementeringsperiode på 2 år i psykiatrisk speciallægepraksis skal der

³ Jf. Sundhedsstyrelsens vejledning vil dog ikke alle patientforløb kunne afsluttes.

ske en opfølgning, som sammen med patientforløb, nye ydelsesbeskrivelser mv., skal give en større indsigt i specialet.

Side 11

Denne opfølgning kan i det omfang, der er belæg for det, føre til en justering af specialet, som kan munde ud i endnu mere målrettede patientforløb og endnu bedre kapacitetsudnyttelse på tværs af sektorer. I forbindelse med opfølgningen skal der endvidere måles på omfanget af frigiven kapacitet.

Ud fra ovenstående faglige, strukturelle og økonomiske målsætninger er der aftalt nedenstående kommissorium for den hurtigt arbejdende arbejdsgruppe:

Kommissorium:

Arbejdsgruppens opgaver:

Arbejdsgruppen har til opgave at udarbejde et konkret forslag til en ny ydelsesstruktur for specialet psykiatri.

Der tages udgangspunkt i nedenstående målsætninger:

Faglige målsætninger:

- Der skal indføres patientforløb på tilsvarende vis som hos de praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatrien⁴, og der kan hentes inspiration fra erfaringerne med anvendelse af regionernes pakkeforløb på sygehusene og under udvidet frit sygehusvalg.
- Der skal indføres både udrednings- og behandlingsforløb.
- Der indføres afsluttede forløb, som forventes at skabe patientflow og dermed frigive kapacitet i speciallægepraksis.

⁴ I Børne- og Ungdomspsykiatrien er beskrevet en basis udredning eller standard udredning med mulighed for at afslutte patienten til andet sted i sundhedsvæsenet. Såfremt et behandlingsforløb opstartes, tages der stilling til, hvilket primært behandlingsforløb, der behandles efter, fx medicinsk, psykoterapi eller psykoedukation. Herudover kan der hentes inspiration fra pakkeforløbene på sygehusene samt pakkeforløb under udvidet frit sygehusvalg.

- Der skal indføres faseopdelte forløb. Det skal være muligt for regionerne at kunne henvise⁵ patienter alt efter, hvordan deres udrednings/behandlingsforløb udvikler sig, frem og tilbage mellem sygehussektor og speciallægepraksis uanset, hvor de i første omgang er henvist til. Dette afgøres ud fra en samlet vurdering af spørgsmålet om hensyn til patienten, faglighed, kontinuitet, kapacitet og effektivitet.
- Der skal ske en grundig gennemgang af ydelseskataloget og ydelsesbeskrivelserne, og ydelserne skal afspejle det behov, der gør sig gældende i psykiatrien i dag.
- Parterne ønsker, at der skal gennemføres en undersøgelse af den patientoplevede kvalitet vedr. den nye struktur. Denne undersøgelse kan eventuelt tilrettelægges sammen med den generelle undersøgelse af patientoplevet kvalitet, der gennemføres i den kommende overenskomstperiode.

Strukturelle målsætninger:

- Arbejdsgruppen skal komme med konkrete forslag, der kan medvirke til, at der i højere grad sikres samarbejde og koordinering mellem sygehuspsykiatrien og speciallægerne om hhv. faglig kvalitet og sammenhængende patientforløb/organisering af patientforløb.
- Det skal være muligt for regionerne lokalt at kunne planlægge, hvordan henvisning til psykiatrisk speciallægepraksis bedst varetages, således at der eksempelvis også vil kunne henvises fra sygehus til psykiatrisk speciallægepraksis, hvis det skønnes nødvendigt af regionen. Sygehusvisitationen kan dog alene anvendes for de patienter, der er omfattet af regionernes råderet på op til 20 procent af speciallægepraksis' kapacitet.
- Gennemførelsen af den faglige revision skal frigive 10 procent kapacitet i psykiatrisk speciallægepraksis til behandling af flere patienter i specialet.

⁵ Ved henvisning fra sygehus til speciallægepraksis bibeholder patienten sygehuslovgivningens rettigheder om hurtig udredning og behandling.

Følgende konkrete opgaver skal løses af arbejdsgruppen:

Side 13

- Udarbejdelse af flowchart for patienthåndtering i speciallægepraksis
- Udarbejdelse af visitationsforløb
- Udarbejdelse af udredningsforløb
- Udarbejdelse af behandlingsforløb
 - Behandlingsforløbene skal som minimum indeholde medicinsk behandlingsforløb, primært psykoterapeutisk behandlingsforløb, primært psykoedukativt behandlingsforløb og afsluttende patientforløb
 - For alle forløb gælder det, at der skal udarbejdes udførlige ydelsesbeskrivelser, jf. aftalt skabelon
 - Rating-materiale i form af elektronisk version

Arbejdsgruppen skal lægge til grund, at målgruppen af patienter, der kan behandles i speciallægepraksis, omfatter:

- Affektive sindslidelser (mani - depression).
- Nervøse og stress-relaterede tilstande eller lidelser.
- Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd.
- Psykiske udviklingsforstyrrelser (herunder autisme).
- Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller opvækst
- Derudover kan der være patienter, der relaterer sig særligt til en speciallæges kompetencer fx gennemgribende udviklingsforstyrrelser

Målgruppen, der skal behandles i speciallægepraksis, defineres primært som patienter med psykiske sygdomme af moderat grad, hvor der ikke er behov for bred tværfaglig indsats involverende flere faggrupper.⁶

Arbejdsgruppens sammensætning samt tidshorisont for arbejdet

Arbejdsgruppens arbejde skal være tilendebragt senest 3 måneder fra det første møde i arbejdsgruppen. Der skal ved fristens udløb foreligge et en-

⁶ Primært Sundhedsstyrelsens specialevejledning af 15. juni 2011

deligt forslag til revision af specialet, som forelægges for overenskomstens parter til godkendelse.

Side 14

FAPS udpeger følgende personer til arbejdsgruppen:

- Formanden for speciallægeorganisationen: Jette LaBianca
- 2 medlemmer fra speciallægeorganisationen
- 2 bestyrelsesmedlemmer fra FAPS: Niels Henrik Nielsen og Kirsten Ilkjær
- Lægefaglig ressourceperson: Niels Siebuhr

RLTN udpeger følgende personer til arbejdsgruppen:

- X administrative personer på direktør/ledelsesniveau
- X fagpersoner, fx cheflæger inden for psykiatrien

Arbejdsgruppen sekretariatsbetjenes af RLTN's og FAS' sekretariater i fællesskab.

4. Kvalitet og sammenhæng

4.1. *Kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis*

Parterne er enige om fortsat at prioritere arbejdet med kvalitet i speciallægepraksis med henblik på at understøtte de praktiserende speciallægers dokumentation af kvalitet i udredning og behandling samt at sikre en kontinuerlig kvalitetsudvikling i sektoren.

Dette indebærer konkret følgende:

- Den fælles eKVIS-enhed, som hidtil har været etableret som midlertidig ordning, gøres permanent. Enheden ledes fortsat af en paritetisk sammensat styregruppe, hvor Danske Regioner har formandskabet, mens enhedens medarbejdere er ansat i FAS. eKVIS sekretariatet oprustes med henblik på at kunne varetage aktiviteter, der vil understøtte implementering af akkrediteringsordningen.
- På baggrund af en gennemført pilottest indføres der en akkrediteringsordning for alle praktiserende speciallæger. Akkrediteringsarbejdet igangsættes hurtigst muligt, og alle praksis er akkrediteret første gang inden udgangen af 2018.
- Det er forudsat, at IKAS står for uddannelse og drift af et surveyor-korps med deltagelse af speciallæger. Endvidere at IKAS står for aflæggelse af survey-besøg hos de enkelte praktiserende speciallæger og understøtter de praktiserende speciallæger i akkrediteringsnævnet.
- Der er i 2013/2014 gennemført en undersøgelse af den patientoplevede kvalitet hos praktiserende speciallæger. I fortsættelse heraf er der enighed om, at der i løbet af overenskomstperioden gennemføres en eller flere undersøgelser af patientoplevet kvalitet. Mulighederne for, at undersøgelsen gennemføres efter et nyt koncept, undersøges.

Der indsættes følgende nye bestemmelser i overenskomsten:

§ xx Enheden for kvalitet i speciallægepraksis – eKVIS

Stk. 1

eKVIS er etableret pr. 01-12-2011, og varetager udvikling, implementering og opfølgning i forbindelse med arbejdet med kvalitet i speciallægepraksis. Arbejdet med kvalitet i speciallægepraksis omfatter:

- Akkreditering
- Diagnosekodning og datafangst
- Patientoplevelt kvalitet
- Faglige indikatorer til brug for kvalitetsmonitorering

Endvidere understøtter eKVIS implementering og anvendelse af kliniske retningslinjer.

Stk. 2

eKVIS finansieres af Fonden for Faglig Udvikling i Speciallægepraksis, og der er knyttet et sekretariat til enheden.

Stk. 3

Beslutninger vedrørende aktiviteter i eKVIS træffes af en styregruppe bestående af 6 medlemmer, 3 udpeget af Danske Regioner og 3 udpeget af FAPS samt en formand udpeget af Danske Regioner. Styregruppen afholder 4 årlige møder og refererer til Fonden for Faglig udvikling i Speciallægepraksis.

§ xx Datafangst og diagnosekodning

Alle praktiserende speciallæger tager diagnosekodning og datafangst i brug specialevis i takt med, at der er udviklet relevante indikatorsæt, eller der eksisterer relevante kliniske kvalitetsdatabaser. Beslutning om rækkefølge for dette arbejde aftales i Styregruppen for Kvalitetsudvikling.

Stk. 2. Som leverandør af datafangst anvendes DAK-E. Diagnosekoder opsamles via datafangst i DAMD (Den AlmenMedicinske Database). Der ydes et tilskud på 7.500 kr. ved speciallægens tilmelding til datafangst. Tilskuddet udbetales ved førstkommende afregning, efter at klinikken er begyndt at sende data.

Stk. 3. Diagnosekoderne leveres via DAMD til regionerne uden navn, adresse eller cpr.nr. på patienterne.

Anmærkning til stk. 3: Regionerne behandler alle data i overensstemmelse med gældende regler i Persondatalov med tilhørende sikkerhedsbekendtgørelse og sikkerhedsvejledning.

Side 17

§ xx Akkreditering i speciallægepraksis

Stk. 1

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) skal udbredes i speciallægepraksis med henblik på at understøtte den organisatoriske, den kliniske og den patientoplevede kvalitet. Alle speciallæger, der praktiserer i henhold til Overenskomst om speciallægehjælp, skal derfor løbende akkrediteres efter særlige standarder udviklet til brug i speciallægepraksis i forhold til DDKM. Akkrediteringen gælder for en 3-årig periode, og det forudsættes, at alle praksis er akkrediteret første gang inden udgangen af 2018.

Stk. 2

Med henblik på at understøtte faglig sparring blandt speciallægerne etableres faglige netværk. Endvidere stilles et fælles dokumenthåndteringssystem til rådighed med henblik på let adgang til standarder, vejledninger, skabeloner og værktøjer til brug for arbejdet. eKVIS sekretariatet yder rådgivning og øvrig bistand for at understøtte speciallægerne i akkrediteringsprocessen. Alle aktiviteter foregår i tæt konneks og koordineret med IKAS.

Stk. 3

Der ydes et akkrediteringshonorar på 10.000 kr. pr. ydernummer i forbindelse med opstart samt en akkrediteringspræmie på 10.000 kr. pr. ydernummer, når praksis er akkrediteret første gang. Beløbene betales kun ved første akkreditering. Efterfølgende akkrediteringer honoreres ikke.

Stk. 4

Parterne er enige om, at der skal følges op på såvel implementeringen som effekterne af DDKM. Parterne vil derfor opfordre eKVIS styregruppen til at beslutte, om der skal igangsættes et evalueringsprojekt desangående.

§ xx Patientoplevelt kvalitet

I løbet af overenskomstperioden 01-04-2015 til 31-03-2018 gennemføres en eller flere undersøgelser af den patientoplevede kvalitet.

eKVIS styregruppen får til opgave at beslutte form og gennemførelse af en kommende undersøgelse. Der skal afprøves et nyt koncept i forhold til den i 2013/14 gennemførte undersøgelse. Ved fastlæggelsen af konceptet kan styregruppen bl.a. tage hensyn til:

- allerede eksisterende koncepter i andre dele af sundhedsvæsenet med henblik på mulig sammenligning og anvendelse af resultater
- muligheden for fokus på effektmål, f.eks. PROM (patient reported outcome measures)
- resultaterne fra evalueringen af den gennemførte undersøgelse, som bl.a. viste, at speciallægerne ønsker mere fokus på speciale-specifikke forhold
- fordele og ulemper ved én landsdækkende undersøgelse set i forhold til flere mindre undersøgelser.

§ xx Rapportering til nationale kliniske kvalitetsdatabaser

Stk. 1

Speciallægen er forpligtet til at rapportere til relevante nationale kliniske kvalitetsdatabaser. Hvilke databaser, der er relevante, afgøres i dialog mellem eKVIS og Regionernes Kliniske Kvalitets Program (RKKP).

Stk. 2

Rapportering jf. stk. 1 understøttes af elektronisk datafangst og følges op af elektronisk feedback med egne data. Feedback sker med henblik på at speciallægen løbende kan følge op på kvaliteten i eget arbejde og kan handle på relevante anbefalinger i årsrapporterne fra de nationale kliniske kvalitetsdatabaser.

4.2. Udvikling af sektoren i overensstemmelse med kliniske retningslinjer, forløbsprogrammer og sundhedsaftaler

Kvalitet og sammenhæng i behandlingen er afgørende for at sikre mest mulig sundhed for pengene og effektive behandlingsforløb, hvor patienten får den rette behandling på det rette sted. Derfor er det vigtigt at der også fremover er stort fokus på, at der i speciallægepraksis løbende udvikles og implementeres nødvendige retningslinjer og aftaler om arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen (eks. sundhedsaftaler).

Parterne er enige om, at nedenstående tekst tilføjes den nye overenskomst:

§ y

Speciallægerne skal følge og holde sig opdaterede på nationale kliniske retningslinjer. Endvidere er speciallægerne forpligtet til at følge nationale og regionale aftaler om arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, som involverer og har relevans for speciallægepraksis.

Samarbejdsudvalget drøfter implementeringen af sådanne regionale aftaler, dels med henblik på at understøtte speciallægernes kendskab til og efterlevelse heraf generelt, dels med henblik på om de opgaver, der følger af aftalerne, er dækket af overenskomsten, eller der er behov for at indgå særskilte aftaler herom, jfr. overenskomsten §§ 64 og 66.

5. Efteruddannelse

§ 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 01-01-2015 til 31-03-2018 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, blandt andet datafangst, akkreditering og diagnosekodning. Speciallægen er forpligtet til at anvende de to kompetencedage regionalt, hvis der udbydes et kursus. 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.

6. Kontrol og opfølgning

6.1. Overenskomstens kontrolbestemmelser

Der er - som også påpeget af Rigsrevisionen - et behov for hurtigere og smidigere processer for opfølgning og eksekvering af eventuelle højstegrænser.

Med det formål at sikre, at kontrolstatistikarbejdet foregår hurtigt og smidigt er parterne enige om, at overenskomstens kontrolbestemmelser udformes, som det fremgår nedenfor.

Det er endvidere regionernes oplevelse, at overenskomstens nuværende kontrolbestemmelser ikke fungerer tilfredsstillende, herunder finder regionerne det ikke hensigtsmæssigt at bruge antal ydelser pr. patient som måleenhed ved vurderingen af, hvilke praksis, der skal høres om årsagen til et afvigende ydelsesmønster. Det er derfor aftalt, at overenskomstparterne efter indgåelse af forhandlingsaftalen vil gennemføre en analyse med henblik på at få fastlagt et nyt set-up for kontrolstatistikker og opfølgning herpå. Det nye set-up skal være klar til implementering ved starten af kalenderåret 2016, således, at det kan anvendes for kontrolstatistikkerne for 2016. Ændringer vil blive indarbejdet i § 53 og § 54.

§ 53. Udarbejdelse af årsopgørelser

Stk. 1

Regionen har adgang til at foretage nærmere undersøgelser af speciallægers behandlingsmønster, herunder at indhente nødvendige oplysninger fra speciallæger med henblik på en belysning af baggrunden for et afvigende behandlingsmønster. Udvælgelsen af speciallæger med et afvigende behandlingsmønster finder sted på grundlag af de i stk. 2 og eventuelt stk. 4 nævnte opgørelser.

Stk. 2

Opgørelserne foretages hvert år pr. 01-01 og udarbejdes for henholdsvis fuldtidspraktiserende speciallæger, deltidspraktiserende speciallæger og overlæger med praksis på sygehus. Opgørelserne skal inden for disse praksisformer udarbejdes dels for samtlige speciallæger i regionen under ét, dels fordelt på de enkelte speciallæger.

Opgørelserne skal indeholde oplysninger om:

- 1) Antal speciallæger.
- 2) Antal behandlede patienter opdelt på enkeltydelser inden for henholdsvis sikringsgruppe 1 og 2.
- 3) Antal ydelser opdelt på enkeltydelser inden for henholdsvis sikringsgruppe 1 og 2.
- 4) Antal ydelser pr. enkeltydelse og i alt inden for henholdsvis sikringsgruppe 1 og 2 divideret med det samlede antal patienter inden for henholdsvis sikringsgruppe 1 og 2 (frekvens 1).
- 5) Antal ydelser pr. enkeltydelse og i alt inden for henholdsvis sikringsgruppe 1 og 2 divideret med det samlede antal patienter inden for henholdsvis sikringsgruppe 1 og 2, der har modtaget ydelsen (frekvens 2).

Stk. 3

SSU kan fastsætte nærmere regler for udarbejdelse m.v. af årsopgørelsen nævnt i stk. 2.

Stk. 4

Årsopgørelsen ifølge stk. 2 afsluttes hurtigst muligt og inden 01-04. RLTN og FAS har online adgang til data vedrørende omsætningen i speciallægepraksis med henblik på udarbejdelse af landsdækkende statistik, økonomiopfølgning og analyse af udviklingen inden for de enkelte specialer.

Stk. 5

Kontrolstatistikken vedrørende hver enkelt klinik stilles fra 1. april 2015 til rådighed for speciallægen på Praksis- og afregningsportalen på sundhed.dk.

ANMÆRKNING TIL § 53, STK.5

Indtil 1. april 2015 fremsendes kontrolstatistikken vedrørende den enkelte speciallægepraksis til vedkommende.

§ 54. Anvendelse af årsopgørelser

Stk. 1

Regionen sammenholder den enkelte speciallæges gennemsnitlige ydelsestal pr. patient inden for henholdsvis sikringsgruppe 1 og 2 med det gennemsnitlige antal ydelser pr. patient for samtlige speciallæger under ét inden for samme praksistype i regionen eller på landsplan på grundlag af

de i stk. 6 nævnte oversigter. Sammenligningen sker dels for samtlige ydelser under ét, dels for enkeltydelser.

Side 23

Stk. 2

Såfremt det ved sammenligningerne i henhold til stk. 1 viser sig, at det gennemsnitlige antal ydelser pr. patient i en praksis i et år afviger væsentligt fra gennemsnittet i regionen eller på landsplan, eller hvor der er forhold i speciallægens ydelsesmønster, der virker påfaldende, skal der foretages en undersøgelse af årsagen til det afvigende ydelsesmønster.

Stk. 3

Hvis undersøgelsen umiddelbart kan foretages og afsluttes på grundlag af foreliggende oplysninger og materiale, og hvis der herved findes en tilfredsstillende forklaring på det afvigende behandlingsmønster, foretages ikke yderligere i sagen. Ved vurderingen af, om der foreligger en tilfredsstillende forklaring på et afvigende ydelsesmønster, inddrager regionen FAPS-regionalt.

Stk. 4

For de øvrige praksis, der omfattes af stk. 2, gennemfører regionen en høring af praksis om årsagen til det afvigende ydelsesmønster.

Til brug ved høringen anvender regionen de i § 53, stk. 2 og eventuelt § 54, stk. 1 nævnte opgørelser.

Stk. 5

Resultatet af regionens undersøgelse og høring af speciallægen forelægges for samarbejdsudvalget.

Stk. 6

Såfremt samarbejdsudvalget efter den foretagne undersøgelse ikke finder det afvigende ydelsesmønster rimeligt begrundet, skal speciallægen gøres bekendt med forholdet, og samarbejdsudvalget har adgang til:

- a) At tildele en speciallæge en advarsel eller udtale misbilligelse, eller
- b) At fastsætte en højstegrænse for praksis vedrørende en eller flere ydelser.

Stk. 7

Såfremt samarbejdsudvalget fastsætter en højstegrænse for en speciallæges praksis for en eller flere ydelser, skal samarbejdsudvalget desuden angive:

- Hvornår højstegrænsen har virkning fra.
- Om overvågningen af, om speciallægen overholder den tildelte højstegrænse, sker månedsvis, kvartalsvis eller på årsbasis.
- Hvilket grundlag højstegrænsen skal udmåles i forhold til. En højstegrænse, som løber over flere år, skal altid administreres i forhold til et tidligere års kontrolstatistik, og der bør som et minimum tildeles en margin til afvigelse svarende til landsgennemsnittet plus 25 procent eller det regionale gennemsnit plus 25 procent.
- Hvornår højstegrænsen bortfalder, eller hvilke kriterier, der skal være opfyldt, for at højstegrænsen bortfalder. Typisk bortfalder højstegrænsen, når speciallægens ydelsesmønster har været 'normaliseret' i to på hinanden følgende år efter tildeling af højstegrænse.

Speciallægelandsamarbejdsudvalget orienteres om samarbejdsudvalgets beslutning om at pålægge højstegrænser

Stk. 8

De i stk. 1 og 2 nævnte opgørelser kan i øvrigt iværksættes på ethvert tidspunkt, hvis regionen finder det nødvendigt.

Anmærkning til § 54:

Der er enighed om, at regionen med denne bestemmelse ikke er afskåret fra en løbende kontrol og kritisk vurdering af speciallægenes regningsmateriale.

6.2. Regionernes muligheder for controlling

Med henblik på at smidiggøre sagsgangen i forbindelse med regionernes controlling, er parterne enige om, at regionerne fremover skal have mulighed for at foretage korrektioner i afregninger i sager, hvor speciallægen har erklæret sig enig i regionens afgørelse. Øvrige sager om tilbagebetaling behandles som hidtil.

Der er således aftalt nedenstående tilføjelser til § 69, stk. 2, nr. 1, litra b) og § 71, stk. 2, litra d) (ændring anført med kursiv).

§ 69, stk. 2, nr. 1:

Samarbejdsudvalget har ved en speciallæges misligholdelse eller overtrædelse af overenskomsten adgang til:

b) At indstille til SSU:

- At speciallægen – på nærmere vilkår - pålægges at tilbagebetale et af samarbejdsudvalget foreslået beløb til regionen *i de tilfælde, hvor speciallægen ikke er enig i tilbagebetalingskravet og dets opgørelse.*

§ 71, stk. 2:

SSU har adgang til at:

d) Pålægge speciallægen – på nærmere vilkår – at tilbagebetale et af udvalget fastsat beløb til regionen *i de tilfælde, hvor speciallægen ikke er enig i tilbagebetalingskravet og dets opgørelse.*

6.3. Vandelsbestemmelse

Kammeradvokaten er anmodet om at udarbejde et juridisk responsum, som har til formål at udrede og vurdere mulighederne for at indføre en vandelsbestemmelse i overenskomsten og dermed muligheden for overenskomstmæssig sanktionering ved strafbare forhold, som anses for at være af væsentlig betydning for en yders virke under overenskomsten.

Parterne er enige om at drøfte ændringer i overenskomsten, når Kammeradvokatens vurdering foreligger, med henblik på indførelse af en bestemmelse i overenskomstperioden.

6.4. Præcisering af analogiseringsbestemmelser

Da de gældende regler om analogisering har været uklare og givet anledning til en række sager i SU-systemet, har parterne aftalt en opstramning af reglerne, således at det bliver klart at analogisering kun kan anvendes rent undtagelsesvist. Endvidere skal speciallægen fremover i forbindelse med afregningen give regionen nærmere information om den analogisering, der er foretaget.

Der er mellem parterne enighed om, at det kun er ydelser, der fremgår af ydelseskataloget inden for de enkelte specialer, der kan anvendes af speciallægen, medmindre der kan analogiseres efter bestemmelserne herom eller der er indgået aftale med regionen herom i henhold til § 64.

Det er aftalt, at parterne følger op på udviklingen i anvendelsen af analogiseringsbestemmelserne, herunder om ændringerne har virket efter hensigten.

§ 5 i overenskomstens specielle del, kapitlerne 6 (gynækologi og obstetrik), 8 (kirurgi), 10 (ortopædisk kirurgi), 12 (plastikkirurgi), 16 (øjelægehjælp) og 17 (ørelægehjælp) ændres til følgende formulering:

§ 5. Analogisering

Stk. 1

Speciallægen kan for operationer, der ikke er anført i ydelseslisten, jf. § x (operationsydelser), beregne sig honorar ved analogisering af den pågældende operations omfang med de i listen anførte. Der kan alene analogiseres i situationer, hvor det ikke på forhånd kan vides eller planlægges, at det bliver nødvendigt at udføre en operation, som ikke er omfattet af § x (operationsydelser). Hvis det på forhånd kan vides, at operationen ikke er omfattet af § x (operationsydelse) og dermed ikke kan analogiseres, skal speciallægen i stedet indgå en aftale i henhold til § 64 med regionen.

Stk. 2

En speciallæge kan maksimalt honoreres for analogiseringer svarende til et antal på 0,5 procent af det årlige antal operationer den pågældende speciallæge har foretaget det foregående år. Beregningen af antallet af analogiseringer bygger på det samlede antal operationer foretaget det foregående år. Således vil antallet af analogiseringer, der kan laves af en speciallæge i eksempelvis 2015, være 0,5 procent af de operationer, speciallægen foretog i 2014

Stk. 3

Speciallægen skal i forbindelse med afregningen til regionen angive, hvilken operation, der er udført, samt hvilken operation, der jf. § x (operationsydelse), er analogiseret til. Ved analogisering anvendes ydelsesnumre med henholdsvis 41xx til 1. operationer og 42xx til følgende operationer, hvor de to sidste cifre angiver, hvilken ydelse, der analogiseres til. I de tilfælde, hvor en operationsydelse har en særlig limitering, indgår analogiseringsydelsen i denne optælling.

Stk. 4

Analogiseringen kan af regionen forelægges til drøftelse i samarbejdsudvalget med henblik på vurdering og eventuel afgørelse heraf, jf. § 69 i overenskomstens generelle del.

Stk. 5

Samarbejdsudvalget kan i tvivlstilfælde forelægge sager vedrørende analogiseringen for SSU.

Anmærkning til § 5, stk.3:

Når et nyt elektronisk afregningssystem indføres, skal denne redegørelse ske i et særligt tekstfelt i forbindelse med afregningen.

7. Tilgængelighed

7.1. *Speciallægens deklaration om handicaptilgængelighed*

Med de nuværende angivelser af handicapvenlighed på praksisdeklarationerne kan det være vanskeligt for den enkelte bevægelseshæmmede patient at vurdere, om forholdene hos den enkelte speciallæge konkret er af en sådan karakter, at de vil være anvendelige for patienten. For nogle patienter er det eksempelvis en relevant oplysning, om der forefindes trappestol hos speciallægen, og denne oplysning fremgår ikke i dag. For andre patienter kan det være andre parametre, der afgør, om den pågældende kliniks adgangsforhold og indretning er egnet.

Parterne har derfor aftalt, hvilke konkrete parametre speciallægen skal oplyse på sin praksisdeklaration. Samtidig er det som noget nyt angivet, at speciallægen skal oplyse, om nærmere angivne mål for adgangsveje og døre er til stede. Dette findes at være en bedre løsning for både patienten og speciallægen, end den nuværende ordning, hvor det pålægges speciallægen selv at vurdere, om adgangsforholdene er handicapvenlige. De angivne mål hidrører fra Bygningsreglementet. Hvis målene i Bygningsreglementet ændres i overenskomstperioden, vil § 42, stk. 2 blive konsekvensrettet.

Der er alene tale om en præcisering af, hvilke oplysninger, der skal fremgå af praksisdeklarationen. Der er ikke ændret ved § 42, stk. 1, hvoraf det fremgår, at lokalerne ved nybygning, flytning og væsentlig ombygning af praksis skal være i overensstemmelse med byggelovgivningens regler.

På denne baggrund er der aftalt følgende ændring:

”Ny formulering af § 42, 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.

Ny anmærkning til § 42, stk. 2:

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

§ 42, stk. 1, med tilhørende anmærkning fastholdes uændret.

7.2. Telefonisk tilgængelighed til speciallægen

Det kan i visse tilfælde være vanskeligt for patienterne at opnå kontakt med speciallægepraksis med henblik på tidsbestilling. Årsagen synes især at være, at der er en tendens til at en stor del af patienterne ringer på det tidspunkt, hvor telefontiden starter. Med henblik på at opnå en udjævning af henvendelserne, så alle kan komme til, er parterne enige om, at det skal gøres nemmere for patienterne at vide, i hvilke tidsrum, det sædvanligvis er henholdsvis svært eller let at opnå telefonisk kontakt med en speciallægeklinik. Disse oplysninger skal speciallægen angive i sin praksisdeklaration.

På den baggrund er der aftalt følgende tilføjelse til bestemmelsen i § 39 om praksisdeklarationer (under ”skal”-bestemmelser):

Tilføjelse til § 39, stk. 3:

”i hvilke tidsrum, det er henholdsvis svært eller let at opnå telefonisk kontakt med klinikken”

8. Økonomi

8.1. Knækgrænser for alle ydelser

Parterne er enige om, at alle de ydelser, der i dag er friholdt for knækgrænser, underlægges knækgrænser. Begrundelsen for, at disse ydelser er friholdt af knækgrænser, er primært historisk betinget, ligesom det giver en skævvridning mellem specialerne.

Knækgrænserne udfases over en periode på 3 år. Det sker konkret som følger:

År 1: (01-04-2015) – for ydelser, der hidtil har været friholdt for knæk, indføres en knækgrænse på 10%.

År 2: (01-04-2016) - for ydelser, der hidtil har været friholdt for knæk, indføres en knækgrænse på 25%.

År 3: (01-04-2017) - for ydelser, der hidtil har været friholdt for knæk, indføres en knækgrænse på 40%.

8.2. Protokollater om økonomisk ramme og opfølgning herpå

8.2.1. Økonomiprotokollat

Nærværende protokollat træder i kraft d. 01-10-2014 og er gældende til udløbet af den aftalte overenskomstperiode, dvs. til d. 31-03-2018. Første protokollatår gælder perioden 01-10-2014 til 30-09-2015.

Principperne fra det hidtidige økonomi protokollat videreføres med nedenstående ændringer.

Den økonomiske ramme inden for speciallægehjælp er kr. 2.970.000.000. (niveau 1. oktober 2014). Der er heraf reserveret 10 mio. kr., som FAPS kan vælge at udløse til brug for modernisering. Rammen tillægges endvidere moderniseringsmidler (niveau 01. oktober 2014) som følger:

Pr. 01-10-2014 kr. 12 mio. kr.

Pr. 01-10-2015 kr. 16 mio. kr.

pr. 01-10-2016 kr. 20 mio. kr.

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.

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

Herefter tillægges der økonomirammen yderligere råderum til aktivitetsvækst på (oktober 2014-niveau):

Pr. 01-10-2014 – 18,0 mio. kr.

Pr. 01-10-2015 - 27,7 mio. kr.
Pr. 01-10-2016 - 36,6 mio. kr.
Pr. 01-10-2017 til 30-03-2018 - 40,9 mio. kr.⁷

(dog maksimalt svarende til udviklingen i antallet af førstekon-sultationer i forhold til det forudgående protokollatår).

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 førstkommende 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%.

1. protokollatår dækker perioden 01-10-2014 til 30-09-2015. Første mulige modregning sker i reguleringen den 1. april 2016.

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.

Der er ikke fastsat nogen økonomisk ramme efter 31-03-2018.

⁷ Til grund for disse rammetillæg ligger en skønnet årlig befolkningstilvækst på henholdsvis 0,6%, 0,32%, 0,29% og 0,28%. Der sker ikke efterregulering, hvis den reelle tilvækst afviger herfra.

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

Side 35

8.2.2. Protokollat om opfølgning på økonomiprotokollatet

Der er som del af overenskomst om speciallægehjælp indgået et økonomiprotokollat med en økonomisk ramme, som gælder kollektivt for speciallægesektoren. Formålet med økonomiprotokollatet er at sikre kollektiv udgiftsstyring på speciallægeområdet, således at de regionale budgetter kan overholdes.

Som overenskomstpart har FAPS som organisation - herunder også den regionale del af FAPS' organisation - et aktivt medansvar for at sikre overholdelse af den økonomiske ramme. Heri ligger, at FAPS f.eks. kan:

- give løbende information til medlemmerne, herunder om det aktuelle udgiftsniveau set i forhold til den økonomiske ramme, såvel samlet som fordelt på de enkelte specialer
- stille redskaber (eksempelvis regneark) til rådighed for medlemmerne, så den enkelte speciallæge kan følge med i egen og fælles økonomisk udvikling set i forhold til økonomirammen
- understøtte tiltag, der retter sig mod effektive forløb og en samlet udgiftsudvikling, der flugter med den aftalte ramme, herunder opfordre speciallægerne til at indrette deres aktivitet og aktivitetsmønstre på en måde, så de samlet set overholder den økonomiske ramme.
- rette henvendelse til de enkelte speciallæger med konkrete forespørgsler, rådgivning, ikke-bindende henstillinger og information om overenskomstens konsekvenser/forståelse mv.

Der er i økonomiprotokollatet taget højde for den ekstraordinære situation, at den aftalte økonomiske ramme overskrides. I dette tilfælde vil overskridelsen blive modregnet i speciallægernes 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.

8.3. Aftalens økonomi

Emne	År 1	År 2	År 3
Rammen			
Aktivitetsvækst	18,0	27,7	36,6
Årlig ramme forbedring	18,0	27,7	36,6
Nye tiltag, varige			
Ekvis' sekretariat, driftsaftale m. DAK-E og projekter (permanent gjort)	4,3	4,3	4,3
Kurser, netværk, rådgivning og dokumenthåndtering (akkreditering)	1,5	1,5	1,5
Undersøgelser af patientoplevelse kvalitet	0,5	0,5	0,5
Moderniseringsmidler	12,0	16,0	20,0
Nye varige tiltag, i alt	18,3	22,3	26,3
Nye tiltag, engangsudgifter			
Arbejde med DDKM for speciallægepraksis (10.000 kr. pr. ydernr.)	3,2	3,2	3,2
Opnåelse af akkreditering (10.000 kr. pr. ydernr.)	3,2	3,2	3,2
Fortsat adgang til 2 ekstra kompetencedage i ok-perioden	3,4	3,4	3,4
Nye tiltag, engangsudgifter, i alt	9,8	9,8	9,8
Varige tiltag og engangsudgifter, i alt	28,1	32,1	36,1
Finansieringsbidrag			
Knækgrænser på alle ydelser	7,9	19,7	31,5

8.4. Ny model for reguleringsordning

Parterne er enige om at ændre den tekniske beregning af reguleringsordningen i overensstemmelse med vedlagte bilag 11.5.

Derudover er parterne enige om, at det ved aftalens udløb er muligt at aftale, at den økonomi, der genereres af reguleringsordningen, kan anvendes til for eksempel:

- Regulering af alle honorarer
- Særlige stigninger på udvalgte honorarer
- Indbetalinger til fonden
- Finansiering af aktivitetsstigninger

For den kommende aftaleperiode er parterne enige om, at den økonomi, der genereres af reguleringsordningen, anvendes til regulering af alle honorarer samt særlige stigninger på udvalgte honorarer til de psykiatriske specialer.

Følgelig foretages nedenstående ændringer i de angivne bestemmelser i overenskomsten:

§ 50. Reguleringsordning

Stk. 1

De i overenskomstens generelle og specielle del nævnte honorarer er grundhonorarer – med mindre andet nævnes – og reguleres som anført i stk. 2–5.

Stk. 2

Omkostningsandelen af honorarerne reguleres

- pr. 1. april med 25 % af den procentvise stigning, der har været i nettoprisindekset fra juli året før til januar samme år og
- pr. 1. oktober med 25 % af den procentvise stigning der har været i nettoprisindekset fra januar til juli samme år.

Nettoandelen af honorarerne og tilskud reguleres

- pr. 1. april med 75 % af den procentvise stigning, der har været i den særlige reguleringsprocent for regioner fra oktober året før til april samme år og

- pr. 1. oktober med 75 % af den procentvise stigning der har været i den særlige reguleringsprocent for regioner fra april til oktober samme år.

Stk. 3

Den samlede reguleringsprocent beregnes således, at procentpointene beregnet efter stk. 2 og 3 sammenlægges. Reguleringsprocenten angives med 1 decimal.

Stk. 4

Reguleringerne efter stk. 2 og 3 finder sted pr. 01-04 og 01-10 og sker første gang 1. april 2015.

Anmærkning til § 50, stk. 2:

I de tilfælde, hvor der ved overenskomstfornyelse for de ansatte i regioner og kommuner aftales løntrinsprojekter eller lignende for samtlige ansatte, som træder i stedet for en stigning i den særlige reguleringsprocent, skal overenskomstens honorarer reguleres tilsvarende.

9. Øvrige temaer

9.1. Henvisningsregler

9.1.1. Direkte henvisning til ambulatorium inden for eget speciale

Parterne er enige om, at det er u hensigtsmæssigt, at en praktiserende speciallæge ikke har mulighed for selv at henvise en patient til fortsat behandling på sygehusambulatorium inden for eget speciale, men må sende patienten tilbage til den alment praktiserende læge for at blive viderehenvist.

Der er derfor enighed om følgende ændring af overenskomstens § 28, stk. 1 (ændringer anført med kursiv):

Speciallægen har ret til at henvise direkte til sygehusenes ambulatorier inden for eget speciale, i tilfælde hvor speciallægen vurderer, at fortsat behandling bedst sker på sygehusambulatorium. Speciallægen har endvidere ret til at henvise direkte til røntgenafdelinger, patologiske institutter og laboratorier. Regionen kan fastsætte regler om henvisning til laboratorier, hvormed regionen har indgået særlig overenskomst.

9.1.2. Harmonisering af henvisningsregler

Parterne er enige om, at der inden for områderne:

- Neurologi
- Øjenlægehjælp og ørelægehjælp
- Gynækologi

i forbindelse med kommende moderniseringer skal ses på en mulig ensretning af reglerne om henvisning til fortsat behandling.

9.2. Dialogforum om IT i speciallægepraksis

Med henblik på en tættere dialog mellem parterne om den fortsatte udvikling og anvendelse af IT i speciallægepraksis er det aftalt at etablere et dialogforum, der løbende drøfter tiltag på området.

I overenskomstens § 36, indsættes nedenstående som bemærkningstekst:

”Anvendelse af digitale løsninger er et naturligt led i at drive speciallægevirkksomhed. Med henblik på en tættere dialog mellem parterne om den fortsatte udvikling og anvendelse af IT i speciallægepraksis etableres et dialogforum, der løbende drøfter tiltag på området. Dialogen skal understøtte, at speciallægepraksis styrker overblikket over igangværende og kommende it-initiativer og dermed mulighed for øget indflydelse på generelle IT-tiltag i sundhedsvæsenet med betydning for arbejdet i speciallægepraksis med øget fokus på koordinering og prioritering. Endvidere kan der i gruppen løbende være fokus på muligheden for at anvende telemedicinske løsninger i speciallægepraksis.”

9.3. Adgang til speciallægehjælp i udkantsområder

Der er områder af landet, hvor der er mangel på praktiserende speciallæger, hvorfor der kan være behov for at tænke i alternative løsninger for at sikre borgerne adgang til speciallægehjælp.

Med henblik på gensidig erfaringsudveksling og idéudvikling afholdes et møde mellem regioner og praktiserende speciallæger hvor der kan drøftes mulige tiltag, som kan være elementer i, at der kan sikres adgang til speciallægehjælp.

9.4. Grenopdeling af specialet kirurgi

Efter at speciallægeuddannelsen i kirurgi er blevet grenopdelt, har den kommende generation af kirurger ikke kompetencerne til at overtage en speciallægepraksis i kirurgi, som dette speciale er beskrevet i overenskomsten, da de alene har kompetence til at udføre en del af ydelsessortimentet. Dette forhold virker bremsende på generationsskiftet i kirurgispecialet.

Der er enighed mellem parterne om, at der senest den 1. april 2015 i Moderniseringsudvalgets regi skal være opnået en afklaring af grenopdelingen af specialet kirurgi, der gør det muligt for praktiserende kirurger at afhænde deres praksis til kirurger uden den brede speciallægeuddannelse i kirurgi.

Hvis der ikke inden 1. april 2015 er opnået en sådan afklaring, har den enkelte kirurg, der ønsker at afhænde sin speciallægepraksis, valgfrihed i forhold til, hvilken grenspecialisering kirurgen ønsker at sælge sin praksis til. Der skal i forbindelse med et salg til en grenspecialiseret kirurg indgås en regional § 64, stk. 2-aftale, hvor der gives køber dispensation fra at udføre ydelser i hele det nuværende kapitels ydelsessortiment. Modellen gælder indtil en grenopdeling af specialet kirurgi er trådt i kraft.

9.5. Dispensation for åbningstider for øjen- og ørelægehjælp ved lokal aftale

I konsekvens af en praksis, der er fastlagt af Speciallægelands samarbejdsudvalget, finder parterne det hensigtsmæssigt at skabe direkte hjemmel i overenskomsten for, at der ved lokal aftale kan dispenseres fra åbningstider for øjen- og øre, næse- og halslæger.

Der er derfor enighed om følgende ændringer af overenskomstens § 40, stk. 4, og § 64, stk. 1:

§ 40, stk. 4

Medmindre der er indgået aftale i medfør af § 64, stk. 1, om andet gælder det for øjen- og ørelægehjælp, at der på hverdage – undtagen lørdage – inden for tidsrummet fra kl. 8 til 16 afholdes konsultation med fast træffetid og/eller efter tidsbestilling. Endvidere afholder øjen- og ørelæger ud over den daglige konsultation en af dagene mandag til fredag konsultation efter kl. 16.00. Denne konsultation skal fortrinsvis forbeholdes patienter, hvis arbejde forhindrer dem i at søge øjen, eller ørelæge i konsultationen i dagtimerne.

§ 64, stk. 1

Der kan lokalt indgås aftaler vedrørende ændring af overenskomsten for så vidt angår:

- a) *Omsætningsforhold, jf. kapitel X*
- b) *...*
- c) *...*
- d) *...*
- e) *...*
- f) *...*
- g) *...*
- h) *...*
- i) ***Konsultationstid for øjen- og ørelægehjælp, jf. § 40, stk. 4.***

Sådanne aftaler skal fremsendes til overenskomstens parter til orientering.

9.6. Præcisering af § 6 om reduktion i antallet af praksis

På baggrund af en konkret sag er det blevet afdækket, at overenskomstens § 6, stk. 2 om aldersreduktion af godtgørelse ikke er i overensstemmelse med lov om forskelsbehandling, hvorfor bestemmelsen konsekvensrettes.

Herefter formuleres § 6, stk. 2 således:

Reduktion af antallet af praksis, jf. stk. 1, kan ske ved en speciallæges naturlige afgang eller efter nærmere aftale mellem regionen og speciallægen.

9.7. Forvaltningsretlige principper

Parterne er enige om, at det af overenskomsten af ordensmæssige hensyn bør præciseres, at der ved sagsbehandling i forbindelse med administration af overenskomsten følges sædvanlige forvaltningsretlige principper.

Der er derfor enighed om følgende ændringer:

Nedenstående formuleringer indføres som anmærkningstekst til overenskomstens kapitel 15 og 16.

Anmærkning til kapitel 15

I forbindelse med behandling af sager efter dette kapitel XV finder principperne om partshøring, begrundelse og klagevejledning i forvaltningsloven tilsvarende anvendelse.

Anmærkning til kapitel 16

I forbindelse med behandling af sager efter dette kapitel XVI finder principperne om partshøring, begrundelse og klagevejledning i forvaltningsloven tilsvarende anvendelse.

9.8. Parternes henstilling om 1. konsultation

Parterne henstiller til speciallægen om, at det forventes, at der i en 1. konsultation ydes tilstrækkelig forståelse for, at flere problemstillinger varetages når patienten er mødt.

9.9. Adgang til vikardækning og assisterende speciallæge

De gældende regler for anvendelse af vikar og assisterende speciallæge er i nogle tilfælde er for snævre. Der er aftalt få ændringer.

Ændringerne (angivet med kursiv) er således:

Formulering af § 47, stk. 1:

”Der kan alene anvendes vikar ved midlertidigt fravær, hvilket skal forstås som fravær omfattet af reglerne i FAS’ Fond (Sygefonden). Speciallægen kan endvidere anvende vikar i forbindelse med efteruddannelse, sammenhængende ferie, *undervisning eller censorfunktion ved uddannelse af læger på universitetsniveau, undervisning og efteruddannelse af speciallæger arrangeret af de videnskabelige selskaber eller ved fravær som følge af surveyor-funktion i forbindelse med akkreditering.*”

Formulering af anmærkningen til § 14:

Anmærkning til § 14:

”Tilladelse til ansættelse af assisterende speciallæge meddeles, hvor speciallægen på grund af kronisk sygdom, fagpolitisk arbejde eller alder (den til enhver tid gældende folkepensionsalder) har brug for aflastning. Endvidere kan tilladelse meddeles, når speciallægen deltager i forskningsarbejde støttet af Fonden for Faglig Udvikling, undervisningsarbejde som følge af ansættelse efter stillingsstrukturen ved danske universiteter eller i forbindelse med vakanceperioder mellem to uddannelseslæger efter aftale om tutorlæger.

For så vidt angår assisterende speciallæge har parterne præciseret, at også tilladelser, der er givet før 1. oktober 2011 er personlige ordninger, der bortfalder i forbindelse med salg. Dette sker ved, at følgende passus udgår af den gældende anmærkning til § 14:

”Ovenstående er gældende for nye tilladelser givet fra 01-10-2011.”

9.10. Præcisering af de etiske retningslinjer

Den nuværende § 8, punkt 6 ændres til:

”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 sundhedsvæsen herunder om udredningsretten og den differentierede behandlingsret samt det udvidede frie sygehusvalg. 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.”

Den nuværende § 8, punkt 8 ændres til:

”Såfremt en gruppe 1-sikret patient møder til behandling hos en speciallæge med henvisning og efter at være 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, insisterer på at være egenbetaler, skal patienten 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 overfor patienten er opfyldt, og at patienten har erklæret sig indforstået med selv at betale for behandlingen.”

Anmærkning til § 8 stk. 6.

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 grå stær operation) I sådanne situationer gælder samme etiske oplysningsforpligtigelser som for handlinger omfattet af overenskomsten.

9.11. Protokollat vedr. rekvisition af lægemidler

For at afklare, hvilke lægemiddelgrupper/lægemiddelstoffer, der kan rekvireres på regionernes regning, således at overenskomsten tekst (§33) tolkes ens blandt apoteker, speciallæger og regionerne, nedsættes en arbejdsgruppe.

Arbejdsgruppen har til formål at definere, hvilke ATC-grupper de enkelte specialer kan rekvirere lægemidler inden for. Det skal afklares hvilke ATC-grupper (lægemiddelgrupper/lægemiddelstoffer), der fx defineres som anæstetika. Herefter vil overenskomstens tekst tolkes ens blandt apoteker, speciallæger og regionerne, og apotekerne kan håndtere lægemidler under rekvisitionsordningen korrekt.

Følgende specialer er berørt:

Anæstesiologi
Dermato-venerologi
Gynækologi og obstetrik
Intern Medicin
Kirurgi
Ortopædisk kirurgi
Plastikkirurgi
Pædiatri
Reumatologi
Otologi

Arbejdsgruppen skal bestå af repræsentanter for både regionerne og FAPS.

Arbejdet afsluttes med udgangen af 2015 og forelægges på først kommende forhandlingsmøde mellem parterne til godkendelse.

9.12. Gennemgang af eksisterende protokollater

Det er mellem parterne aftalt, at sekretariaterne i redigeringsfasen gennemgår relevansen af de eksisterende protokollater i overenskomsten.

10. Ikrafttrædelse

Overenskomsten med de ændringer, der følger af nærværende aftale, træder i kraft d. 1. april 2015, dog med følgende modifikationer:

- Protokollater om økonomisk ramme og opfølgning herpå (forhandlingsaftalens afsnit 8) har virkning fra 1. oktober 2014.
- Parterne nedsætter straks efter forhandlingsaftalens godkendelse en hurtigt arbejdende arbejdsgruppe med henblik på revision af specialet psykiatri i speciallægepraksis (forhandlingsaftalens afsnit 3).
- Implementeringsprocessen vedrørende akkreditering igangsættes 1. januar 2015, jf. Protokollat om implementering af akkreditering i speciallægepraksis (forhandlingsaftalens bilag 11.4).

Parterne er enige om, at næste forhandling af aftalen på uopsagt grundlag bør være gennemført til ikrafttræden den 01-04-2018.

København, den 26. september 2014

11. Bilag

11.1. Nyt kommissorium for Moderniseringsudvalget

Kommissorium for Moderniseringsudvalget

Moderniseringsudvalget er nedsat i henhold til Overenskomst om speciallægehjælp af 1. april 2015. 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. Disse tiltag understøtter efterfølgende akkreditering i henhold til Den Danske Kvalitetsmodel.

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 hver 1 medlem 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 det anbefales, at 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 ofte ske ved fulde eller delvise 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.

Moderniseringsudvalget skal godkende rapporterne fra arbejdsgrupperne, før disse kan offentliggøres. Moderniseringsudvalget kan vælge at sende en rap-

port til videre bearbejdning i arbejdsgruppen, hvis denne ikke umiddelbart kan godkendes.

Side 53

Moderniseringsudvalget skal i forbindelse med færdiggørelsen af moderniseringsrapporten indstille til overenskomstens parter, hvordan de foreslåede ændringer bør prioriteres ved den efterfølgende økonomiforhandling mellem parterne.

Arbejdsgruppen

Deltagerne i arbejdsgruppen udpeges af henholdsvis Danske Regioner og FAS, og arbejder i henhold til skabelonerne for såvel fulde som delvise moderniseringer. Alle moderniseringer skal gennemføres inden for en tidsramme på tre måneder – regnet fra arbejdsgruppens opstart. Såfremt rapporten ikke foreligger efter 3 måneder forelægges dette parternes forhandlingsudvalg. (Bilag)

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.

Øvrige 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:

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

Organisatoriske aspekter, herunder arbejdsdeling og opgavefordeling mellem praksissektor og sygehussektoren samt mellem speciallægepraksis og almen praksis

11.2. Revideret skabelon for gennemførelse af modernisering

En modernisering af et speciale i speciallægepraksis bliver sat i gang efter ønske fra FAPS eller regionerne. 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 tre måneder fra opstart til der skal foreligge en rapport til Moderniseringsudvalget. De mere komprimerede forløb bevirker, det tidsmæssigt er mere overskueligt og sikre fremdrift i moderniseringsprocessen.

Herudover modtager arbejdsgruppen et kommissorium fra Moderniseringsudvalget med tydelig målbeskrivelse og konkrete behov, der forsøges opfyldt.

En såkaldt fuld modernisering betyder, at et helt ydelseskatalog for et speciale gennemgås af arbejdsgruppen. Gennemgangen er en faglig opdatering af ydelsesbeskrivelserne, samt en beskrivelse af specialets udvikling.

Skabelonen skal blandt andet sikre, at alle relevante emner drøftes i forbindelse med den faglige gennemgang af et speciale, samt at man opnår en nogenlunde sammenlignelig analyse af de enkelte specialer. Skabelonen er en vejledning til de elementer, der bør indgå i en modernisering. Arbejdsgruppen afslutter med en moderniseringsrapport, som forelægges Moderniseringsudvalget. Kun de relevante afsnit fra skabelonen skal beskrives i den afsluttende rapport. Det kan eventuelt være hensigtsmæssigt at sammenskrive nogle af de nedenstående afsnit i skabelonen.

Arbejdsgruppens rapport skal omkring følgende emner:

1. Indledning og baggrund
2. Resumé af moderniseringen
3. Beskrivelse af specialet
4. Uddannelse
5. Kvalitet
6. Overenskomstmæssige forhold
7. Ydelsesbeskrivelser
8. Afslutning

1. Indledning og baggrund

Indledningen bør indeholde en beskrivelse af, hvorfor specialet moderniseres. Er der f.eks. sket relevant teknologisk udvikling, der ændrer i omkostningerne til ydelserne? Er der ændringer i opgavefordelingen, opgaveglidning fra/til speciallægepraksis/sygehusene/almen praksis – eller til hjælpepersonale? Er der sket lovændringer, der har betydning for specialet? Nye udmeldinger/retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen. Er der forældede ydelser, der skal slettes eller lægges ind under andre ydelser?

Indledningen bør ligeledes nævne, hvem der har deltaget i arbejdsgruppen, og i hvilken periode den har arbejdet.

2. 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.

3. Beskrivelse af specialet

I afsnittet beskrives specialets historik samt den faglige og teknologiske udvikling. Det skal beskrives, hvordan specialet har udviklet sig i sammenhæng med det øvrige sundhedsområde. Det kan for eksempel være en beskrivelse af henvisningsmønstre og opgaveglidning til og fra speciallægepraksis. Det bør ligeledes beskrives, hvis der er nogle særlige udviklingstendenser, der gør sig gældende. Hvor bevæger specialet sig hen og, hvordan er rekrutteringsmulighederne?

Afsnittet redegør for kapaciteten i specialet og fordelingen i de enkelte regioner.

Afsnittet kan eventuelt indeholde en beskrivelse af den fysiske og organisatoriske struktur i praksis, hvis der er særlige forhold, der gør sig gældende for specialet. Det kan for eksempel være en overordnet arbejdsgangsbeskrivelse samt beskrivelse af brugen af klinikpersonale. Desuden kan der være en beskrivelse af det standardudstyr, der anses som minimum i en praksis i det pågældende speciale og eventuelle krav til arbejdsmiljø.

Der kan ligeledes indgå en beskrivelse af de fremtidige behov for nyt apparatur. Desuden kan der indgå en beskrivelse af tiltag, der teknologisk kan øge samarbejds muligheden med det øvrige sundhedsvæsen eller effektivisere disse samarbejdsflader/arbejds gange. Som en fast del af moderniseringen skal det undersøges, om der er sundhedsopgaver, hvor telemedicinske løsninger eventuelt kan anvendes, herunder om en telemedi-

cinsk løsning eventuelt kan indhente effektiviseringsgevinster, og om det vil medføre bedre tilbud til patienterne.

Side 56

Det skal ligeledes indgå, hvis den teknologiske udvikling gør visse ydelser overflødige, billigere eller nemmere. Et andet vigtigt element i moderniseringsarbejdet er, at alle ydelser i specialet skal gennemgås med henblik på, at finde effektiviseringsgevinster.

Afsnittet skal indeholde en beskrivelse af, hvordan det pågældende speciale arbejder sammen med det øvrige sundhedsvæsen (almen praksis, sygehuse, ambulatorier, andre praksisområder og specialer, det kommunale område osv.) Speciallægepraksis har flere berøringsflader med det øvrige sundhedsvæsen. Beskrivelsen kan for eksempel tage udgangspunkt i sammenhængende patientforløb og det øgede behov for samarbejde, som det medfører. Det kan også beskrives, hvis der er mulighed for mere effektivt samarbejde eller, hvis der er mulighed for at undgå dobbeltundersøgelser og lignende. Arbejdsgruppens anbefalinger skal være relevante og ønskelige i forhold til den generelle udvikling af speciallægepraksis og i forhold til specialets samarbejde med resten af sundhedsvæsenet.

Dette afsnit kan evt. også indeholde overvejelser om patientens rolle og ressourcer i en behandling eller et forløb.

Moderniseringen skal medtage anbefalinger fra Sundhedsstyrelsens specialevejledning samt implementere gældende nationale kliniske retningslinjer, såfremt det ikke er sket.

4. Efter- og videreuddannelse

Afsnittet bør beskrive den faglige uddannelsesprofil, som speciallæger inden for specialet gennemgår og de efter- og videreuddannelsesområder, som er relevante for specialets udvikling. Desuden kan det være relevant at overveje, om speciallægepraksis indgår/vil kunne indgå i speciallægeuddannelsen.

5. Kvalitet og service i praksis

Af **Bilag 1** fremgår de elementer, som er af generisk karakter for kvalitet og service i speciallægepraksis. Bilagets tekst skal være dynamisk. Teksten skal revideres, når det er relevant og indgå i den afsluttende rapport. Øvrige elementer vedr. kvalitet og services, som er specifikke for det pågældende speciale, der moderniseres skal ligeledes fremgå af rapporten. Der kan være forskel på, om det giver mest mening at beskrive forhold i indledningen eller i de enkelte ydelsesbeskrivelser.

Arbejdet med kvalitetsudvikling i speciallægepraksis er vigtigt for at sikre, at patienterne modtager relevant og sikker udredning og behandling af

høj kvalitet. Målet er at give patienten den rigtige behandling første gang og dermed undgå reoperationer, fejlmedicinering og genindlæggelser.

Side 57

Kvaliteten i speciallægepraksis skal ses i sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen, og kvalitetsarbejdet skal derfor afspejle de rammer og temaer, der arbejdes med inden for Den Danske Kvalitetsmodel og i sundhedsvæsenet i øvrigt.

6. Overenskomstmæssige forhold inden for specialet

Der er flere forhold i overenskomsten, som spiller ind på speciallægepraksis ud over honorering. Disse forhold skal beskrives i dette afsnit, hvis der er særlige forhold, der gør sig gældende for specialet. Det kan for eksempel være forhold vedrørende anvendelsen af § 64-, §65-, og/eller §66-aftaler, honorarstrukturer, rekvisition eller andet.

I forbindelse med modernisering er det også muligt at stille forslag om ændret henvisningsret for speciallæger.

7. Sammenhængen mellem faglighed og økonomi

Arbejdsgruppen er fremover forpligtet til at foreslå, hvilke typer ydelser, der følger af det faglige forslag til modernisering, og samtidig estimere de økonomiske konsekvenser. Herved sikres større sammenhæng mellem sundhedsfaglige overvejelser og økonomiske/administrative overvejelser, hvilket vil give et bedre grundlag for overenskomstparternes økonomiforhandling. Det vil være 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 effektiviseringsgevinst. Effektiviseringsgevinster kan finansiere ønsker om nye tiltag inden for specialet

8. Ydelsesbeskrivelse

Efter de indledende tekstafsnit kommer alle ydelsesbeskrivelser i en skabelon. Se **Bilag 2**, 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, referenceprogrammer, guidelines 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). Arbejdsgruppen skal beskrive kvalitetskrav og kvalitetsmonitorering.

På alle ydelsesbeskrivelser skal der angives et økonomiestimat, forventede antal ydelser samt hvilken type ydelse der foreslås, fx konsultation eller tillægsydelse.

Der kan som beskrevet være forskel på, om det giver mest mening at beskrive forhold i indledningen til moderniseringsrapporten 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.

9. Afslutning af arbejdsgruppen

En fuld modernisering er altså en grundig faglig udredning, hvor der altid indgår økonomiske overvejelser jf. afsnittet ovenfor. Moderniseringsudvalget skal på baggrund af arbejdsgruppens moderniseringsrapport indstille til parterne, hvordan de foreslåede ydelser bør prioriteres ved den efterfølgende økonomiforhandling mellem parterne.

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 og endelige økonomiforhandlinger skal rapporten tilrettes, hvis der er sket ændringer – for eksempel afviste ydelsesbeskrivelser - inden den offentliggøres.

Teksten fra dette bilag skal indgå i den afsluttende moderniseringsrapport. Teksten skal opdateres, når det er relevant.

Kvalitet og service i speciallægepraksis

Arbejdet med kvalitetsudvikling i speciallægepraksis er vigtigt for at sikre, at patienterne modtager relevant og sikker udredning og behandling af høj kvalitet. Målet er at give patienten den rigtige behandling første gang og dermed undgå re-operationer, fejlmedicinering og genindlæggelser.

Kvalitetsarbejdet skal understøtte en kontinuerlig og hensigtsmæssig faglig udvikling i speciallægepraksis. Det sker med henblik på at fastholde høj kvalitet i de enkelte ydelser og sikre, at anvendelse af nye udrednings- og behandlingsmetoder samt ny teknologi løbende implementeres i speciallægepraksis. Det indebærer, at der er fokus på de praktiserende speciallægers muligheder for at tilegne sig nye kompetencer gennem efter- og videreuddannelse. Hertil kommer, at der i forbindelse med at implementere nye metoder og teknologi skal være en faglig afklaring af, om der skal stilles særlige krav og i givet fald hvilke. Det vil være specifikt for hvert enkelt speciale.

Kvaliteten i speciallægepraksis skal ses i sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen, og kvalitetsarbejdet skal derfor afspejle de rammer og temaer, der arbejdes med inden for Den Danske Kvalitetsmodel og i sundhedsvæsenet i øvrigt.

Der er i overenskomsten pr. 01-04-2015 aftalt, at speciallæger i speciallægepraksis akkrediteres i henhold til Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). Endvidere er det som led i den nye overenskomst aftalt, at der gennemføres en patientoplevet kvalitets undersøgelse.

DDKM sætter fokus på, at udredning og behandling så vidt muligt skal bygge på evidens. Derfor arbejder speciallægepraksis ud fra den til enhver tid eksisterende relevante evidens, og praktiserende speciallæger er således forpligtet til at følge relevante nationale kliniske retningslinjer, referenceprogrammer, faglige guidelines etc. Det indebærer, at praktiserende speciallæger også skal rapportere til relevante godkendte nationale kliniske databaser.

Hvor der ikke er evidens, kan der skabes en fælles best practice (faglig konsensus) for speciallægepraksis. Dette skabes eksempelvis via udvikling af kliniske indikatorer og faglig monitorering, der medvirker til at skabe evidens for sygdomsområder og patientgrupper, som i særlig grad er dominerende i speciallægepraksis inden for de enkelte specialer. I udarbejdelsen af de kliniske indikatorer vil relevante videnskabelige selskaber, faglige organisationer og regionerne medvirke i det omfang, de ønsker.

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	Fx ydelsen udføres og tolkes af speciallægen.
Apparatur	Oplyse om, hvilket apparatur der er nødvendigt.
Uddannelsesbehov	Oplyse om særligt uddannelsesbehov for speciallæge eller klinikpersonale.
Klinikpersonale	Om klinikpersonale er påkrævet.
Ustensiler	Oplys om utensiler fx antibiotika, sprøjter, kanyler, engangsmundstykke til lungefunktion.
Kvalitetssikring	Henvise til nationale kliniske retningslinier, 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. Når national database findes indberettes der til denne. Der kan anføres et specifikt antal ydelser der <u>skal</u> udføres om året.
Antal Ydelser	Oplyse, hvor mange ydelser man forventer der kommer og/eller eventuelt har været seneste år.
Honorar	

11.3. Oversigt over økonomien i kvalitetstiltag

	Engangs- udgifter	År 1 (15)	År 2 (16)	År 3 (17)	Permanente udgifter pr. år
VIDEREFØRELSE FRA OK11					
Forventede årlige udgifter til eKVIS					
Sekretariat		2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000
Driftsaftale med DAK-E		1.400.000	1.400.000	1.400.000	1.400.000
Projekter - datafangst		900.000	900.000	900.000	900.000
Kommunikation		40.000	40.000	40.000	40.000
I alt		4.340.000	4.340.000	4.340.000	4.340.000
NYE TILTAG					
Finansiering af implemente- ring af akkreditering					
Opstartsmøder 1)		560.000			
System til dokumenthåndtering 2)		300.000	300.000	300.000	
Facilitering af netværk og cen- tral rådgivningsfunktion 3)		600.000	1.200.000	1200.000	
Informationsmateriale 4)		25.000	25.000	25.000	
Beløb til arbejde med DDKM for speciallægepraksis	9.510.000				
Beløb for opnåelse af akkredi- tering	9.510.000				
I alt	19.020.000	1.460.000	1.500.000	1.500.000	
Undersøgelse af patien- toplevelser		500.000	500.000	500.000	500.000
Samlede engangsudgifter i ok-perioden	19.020.000				
Drift og projektudgifter i hvert ok-år		6.325.000	6.365.000	6.365.000	
Forventede permanente år- lige udgifter					4.840.000

Finansieringsbehov i overenskomstperioden: 38.075.000
 Årligt finansieringsbehov efterfølgende: 4.840.000

Noter:

- 1) Opstartsmøder forventes afholdt i perioden 1/1 – 30/9 2015. Det forudsættes, at tabt arbejdsfortjeneste kompenseres efter reglerne om kompetencedage, og at regionerne står for lokaler og forplejning.
- 2) Det er forudsat at speciallægerne med få justeringer kan anvende det system, som udvikles af DAK-E til brug i almen praksis.
- 3) Det afsatte beløb knytter sig til protokollat om akkreditering. Det skal bemærkes, at en del af klinikkerne først akkrediteres efter overenskomstperiodens udløb, hvorfor en del af de afsatte midler først anvendes efter oktoberperiodens udløb.
- 4) Der arbejdes så vidt muligt med elektronisk kommunikation og formidling, men der forventes udgifter i mindre omfang til f.eks. kopieret materiale ifm. netværksmøder.

11.4. Protokollat om implementering af akkreditering i speciallægepraksis

Protokollat om implementering af akkreditering i speciallægepraksis

Ved implementeringen anvendes erfaringerne fra den gennemførte pilot-test af akkreditering i speciallægepraksis.

Der introduceres til akkreditering som metode, til de konkrete standarder og til de redskaber, der stilles til rådighed for arbejdet med at omsætte akkrediteringsstandarderne til retningsgivende dokumenter i den enkelte klinik.

Akkrediteringsstandarderne gælder fra 1. januar 2015. Det forventes, at de første klinikker kan akkrediteres i løbet af 4. kvartal 2015, og at der i en periode på 3 år efterfølgende akkrediteres 1/3 speciallægepraksis pr. år. Det er målet, at alle klinikker inden for samme speciale bliver akkrediteret inden for samme år.

Uanset om klinikken skal akkrediteres først eller sidst, indledes akkrediteringsprocessen med en række opstartsmøder for alle speciallægepraksis, så de er introduceret til akkreditering og det forestående arbejde i egen klinik inden 30. september 2015. Opstartsmøderne omfatter generel introduktion og en workshop, hvor speciallægerne får mulighed for aktivt at arbejde med metoder og redskaber under vejledning efter behov. Regionerne stiller lokaler og forplejning til rådighed for møderne, og der gives mulighed for at hver klinik kan invitere en repræsentant for praksispersonalet med. Opstartsmøderne afholdes som et heldagsarrangement, og speciallægernes deltagelse kompenseres efter reglerne om kompetencedage, endvidere ydes refusion for udgifter til transport.

Der udarbejdes en introduktionsmappe med materiale til brug for klinikernes iværksættelse af arbejdet. Mappen udleveres på opstartsmøderne sammen med akkrediteringshåndbogen fra IKAS. Forventningen er ca. 100 deltagere pr. møde, dvs. ca. 20 opstartsmøder geografisk spredt, under hensyntagen til antallet af praktiserende speciallæger i hver region.

Den enkelte klinik påbegynder forberedelsen til akkreditering umiddelbart efter deltagelse i opstartsmødet. De klinikker, der akkrediteres først, vil således have færre målinger og dokumentation til rådighed for survey end de klinikker, der akkrediteres som de sidste, men alle klinikker vurderes efter det samme standardsæt i den 3-årige akkrediteringsperiode.

IKAS står for ansættelse, uddannelse og drift af surveyorkorps. Der ansættes så vidt muligt et tilstrækkeligt antal surveyors blandt praktiserende

speciallæger, men surveys vil også ske ved, at andre end praktiserende speciallæger deltager i surveys i speciallægeklinikker - mest hensigtsmæssigt trækkes på PLOs surveyors. IKAS tilrettelægger surveybesøg i de enkelte speciallægeklinikker, og IKAS honorerer og uddanner repræsentanter fra FAPS til akkrediteringsnævnet.

Med henblik på rådgivning af speciallægepraksis undervejs etableres en central rådgivningsfunktion ved en midlertidig opnormering i eKVIS med en akkrediteringskonsulent i ca. 25 timer pr. uge. Akkrediteringskonsulenten skal gennemgå surveyuddannelsen, men skal ikke være en del af surveykorpset. Via uddannelse og supervision fra IKAS, yder konsulenten faglig sparring og besvarer spørgsmål fra speciallægerne i akkrediteringsperioden.

For at sikre fremdrift i klinikkernes arbejde etableres endvidere en række mindre, så vidt muligt specialebaserede, netværk, som supporteres af akkrediteringskonsulenten. Deltagelse i netværk er frivilligt for speciallægen, men i introduktionen til akkreditering opfordres til deltagelse på grund af de gode erfaringer med netværksorganiseringen i pilottesten. Der ydes ikke compensation for tabt arbejdsfortjeneste ved deltagelse i netværksmøder, men transportudgifter refunderes. Såfremt en klinik lægger lokaler til, ydes et bidrag på 300 kr. til forplejning under mødet.

Hver netværksgruppe forventes at bestå af 8 – 10 speciallæger. Der afholdes et møde med deltagelse af akkrediteringskonsulenten i hver netværksgruppe i løbet af akkrediteringsperioden. Mødet afholdes som et fyraftensmøde ca. et halvt år inden medlemmerne i netværksgruppen forventes at skulle akkrediteres. På mødet er der mulighed for, at klinikkerne for eksempel kan drøfte konkret implementering af standarder, kvalitetsmålinger, fremlægge retningsgivende dokumenter med henblik på faglig sparring med kolleger og rådgivning fra akkrediteringskonsulenten og tilsvarende emner.

Efter godkendelse i eKVIS styregruppe kan der ske honorering af speciallæger for at løse opgaver af koordinerende eller understøttende karakter i forbindelse med akkreditering, eksempelvis superbrugerfunktion eller ved særligt aftalte opgaver i forbindelse med evaluering. Honorering sker i henhold til den øvrige honorering aftalt i eKVIS.

Der afsættes midler til evaluering af første akkrediteringsrunde. Det kan være hensigtsmæssigt at foretage en løbende evaluering af netværk således, at erfaringer fra de første akkrediterede klinikker kan anvendes i forhold til de sidst akkrediterede klinikker. Der må også forventes at være behov for en evaluering af den samlede akkrediteringsrunde, blandt andet med henblik på at vurdere information og rådgivning og med henblik på at justere akkrediteringsstandarderne inden 2. akkrediteringsrunde, hvis der er behov for det.

Der er afsat midler til akkreditering i henhold til forhandlingsaftalen mellem parterne. Der skal dog være en særlig opmærksomhed på, at akkrediteringsperioden ikke følger overenskomstperioden. Der er således nogle klinikker, der først akkrediteres efter overenskomstperiodens udløb.

Side 66

For at de klinikker, der akkrediteres sidst, ikke stilles ringere end de klinikker, der akkrediteres inden for overenskomstperioden, vil rådgivningsfunktion og netværk blive understøttet i hele akkrediteringsperioden.

Parterne noterer sig, at der med regeringens sundhedsstrategi fra august 2014 er udmeldt en nytænkning af DDKM. Der er mellem parterne enighed om, at FAPS vil blive inddraget i processen, såfremt dette omfatter en nytænkning af DDKM på speciallægeområdet. Eventuelle ændringer vil ikke påvirke den akkrediteringsproces, som iværksættes nu og afsluttes ultimo 2018.

11.5 Teknisk bilag vedr. ny reguleringsordning

Omkostningsandelen af honorarerne og tilskud reguleres

- pr. 1. april med 25 % af den procentvise stigning, der har været i nettoprisindekset fra juli året før til januar samme år og
- pr. 1. oktober med 25 % af den procentvise stigning der har været i nettoprisindekset fra januar til juli samme år.

Nettoandelen af honorarerne og tilskud reguleres

- pr. 1. april med 75 % af den procentvise stigning, der har været i den særlige reguleringsprocent for regioner fra oktober året før til april samme år og
- pr. 1. oktober med 75 % af den procentvise stigning der har været i den særlige reguleringsprocent for regioner fra april til oktober samme år.

Definition

a = nettoprisindekset pr. 1. januar/1. juli i år 1

c = nettoprisindekset ½ år før a

x = det regionale lønindeks pr. 1. april/1. oktober år 1

y = det regionale lønindeks ½ år før x

E = stigningen i honoraret siden sidste regulering

F = honoraret ved sidste regulering

Reguleringen fra og med april 2015 bliver beregnet på følgende måde

$(a-c)/c*25 \% + (x-y)/y*75 \% = E \%$ (afrundes til 2 decimaler)

$F+(F*E \%) = \underline{\text{honoraret}}$

Eksempel beregning af regulering

$a = 131,0$

$c = 131,2$

$x = 128,4442$

$y = 127,8092$

$F = 268,30 \text{ kr. (ydelse XXXX)}$

$(131,0-131,2)/131,2*25 \% + (128,4442-127,8092)/127,8092 * 75 \% = 0,33 \%$

$268,30 \text{ kr.} + (268,30 \text{ kr.} * 0,33 \%) = \underline{\underline{269,19 \text{ kr.}}}$

Såfremt honorarerne har været nedsat i en periode (som følge af en overskridelse af den økonomiske ramme, jf. overenskomstens økonomiprokollat) beregnes de nye honorarer (når modregningsperioden er færdig) på baggrund af honorarerne, som de ville have været, hvis de ikke havde været sat ned.

