

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

02-10-2017

EMN-2017-00040

1087224

Cecilie Heerdegen Leth

Aftale om fornyelse af overenskomst mellem RLTN og Foreningen af Speciallæger

Tid	København, den 2. oktober 2017
Sted	Danske Regioner
Deltagere	Repræsentanter for Foreningen af Speciallæger og Regionernes Lønnings- og Takstnævn
Emne	Aftale om overenskomst om speciallægehjælp

Kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis.....	4
Enheden for kvalitet i speciallægepraksis – eKVIS	4
Anvendelse af data på speciallægeområdet	5
Diagnosekodning	6
Akkreditering	7
Patientrapporterede data.....	9
Datadrevet kvalitet	10
Udvikling af ny kvalitetsmodel i speciallægepraksis.....	10
Videreførelse af kompetencedage	11
Fonden for Faglig udvikling i speciallægepraksis.....	12
Værdibaseret styring	12
Det sammenhængende sundhedsvæsen	12
Fleksibel kapacitet	12
Flytning af opgaver fra sygehuse til speciallægepraksis.....	12
Justering af rammer for § 66 aftaler.....	15
Opgaveglidning mellem sygehuse og speciallægepraksis	17
Elektronisk kommunikation og udveksling af billeddiagnostik	17
Læringsbesøg på sygehusafdelinger samt adgang til at deltage i de kurser, som sygehuse udbyder til overlæger og fastansatte speciallæger.	17
Ophold i speciallægepraksis for speciallæger under uddannelse	18
Genopslag af tutorlægektrakter	18
Tilretning af præambel	18
Faglig modernisering	19
Revision af gældende protokollater vedrørende modernisering samt skabelon for gennemførelse af modernisering	19
Lægedækning.....	30
Mulighed for delepraksis af rekrutteringshensyn	30
Elektronisk kommunikation i sundhedsvæsenet mv.....	30
Tværsektoriel kommunikation	30
Elektronisk kommunikation til patienter via e-Boks.....	31
Økonomi og styring	31

Aftalens økonomi.....	31	Side 3
Økonomiprotokollat	32	
Opfølgning på økonomi	33	
Økonomi til kvalitetsområdet.....	34	
Praksisregulering	34	
Præcisering af bestemmelse om flytning af praksis samt understøttelse af muligheden for flytning til lokaler med moderne faciliteter, god tilgængelighed eller etablering af praksisfællesskaber	34	
Samarbejdsbestemmelser	35	
Forpligtelse til at svare på partshøring.....	35	
Tilgængelighed og service	36	
Retningslinjer for handicapvenlig adgang	36	
Fravær.....	37	
Tilføjelser til præamblen	37	
Forsendelsesordning vedrørende prøver fra speciallægepraksis	38	
Justering vedrørende ferie for øjenlæger og øre-, næse- og halslæger.....	38	
Henvisning	38	
Justering af regler om henvisningsret	38	
Øvrige emner	39	
Frasigelse af patienter / serviceklager.....	39	
Aftaler omkring specialet Diagnostisk Radiologi	40	
Kontrolstatistik	41	
Vandelsbestemmelse.....	47	
Overenskomstmæssige konsekvenser som følge af visse ændringer i en speciallæges autorisation	50	
Tilretning af § 49 om journalaudit.....	57	
Arbejdsgruppe vedrørende øjenspecialet.....	57	
Ikrafttrædelse	58	
Bilag A: Oversigt over økonomi til kvalitetstiltag	59	

Parterne indstiller følgende til godkendelse:

Parterne er enige om, at den fortsatte kvalitetsudvikling i speciallægepraksis er et relevant og vigtigt fokusområde. Arbejdet med data er et væsentligt element i kvalitetsarbejdet generelt. Det er derfor vigtigt, at der i den kommende periode arbejdes videre med datadrevet kvalitet i speciallægepraksis, hvilket forudsætter adgang til at sammenligne egne resultater med resultater på aggregeret niveau fra andre speciallæger inden for samme speciale. Dataprojekter med automatiseret dataopsamling, indsamling af diagnoser og elektronisk feedback med egne data og aggregerede data til benchmark udgør således en vigtig krumtap i det datadrevne kvalitetsarbejde.

Parterne har nedenfor aftalt, hvordan det datadrevne kvalitetsarbejde fremadrettet skal foregå. Der er samtidig enighed om, at der er en række forudsætninger, som skal være på plads før det aftalte kan effektueres. Parterne er enige om, at det fortsat bør være IT-programmet Sentinel, der anvendes som grundlag for det datadrevne kvalitetsarbejde, og hensigten er, at RLTN stiller Sentinel til rådighed for de praktiserende speciallæger i en tidssvarende form. Dette skal ses som en udviklingsopgave, der ikke kan forventes at være på plads ved overenskomstens ikrafttræden, bl.a. fordi der skal etableres en ny og fremtidssikret organisering til erstatning for den nuværende, som i vid udstrækning er knyttet op på almen praksis.

Enheden for kvalitet i speciallægepraksis – eKVIS

Parterne er enige om, at Enheden for kvalitet i speciallægepraksis – eKVIS – fortsat skal løfte opgaven med at koordinere og sikre fremdrift i kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis. For at sikre sammenhæng til det beskrevne indhold på kvalitetsområdet i den kommende overenskomst justeres paragraf 58 a om eKVIS arbejde:

”§ 58 a. 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
- Patientrapporterede data
- Datadrevet 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.”

Anvendelse af data på speciallægeområdet

Parterne er enige om, at det fortsat bør være IT-programmet Sentinel, der anvendes til dataopsamling, indsamling af diagnoser, elektronisk feedback med egne data og aggregerede data til benchmark og arbejdet med datadrevet kvalitet i øvrigt. Sentinel er allerede i dag knyttet op på speciallægenes journalsystem, hvilket gør det let for speciallægen at samle data og skabe overblik via kvalitetsrapporter over egen performance og data i aggregeret form til brug for benchmark.

Den konkrete model for placering og drift af Sentinel afklares hurtigst muligt. Hensigten er, at RLTN stiller Sentinel til rådighed for de praktiserende speciallæger i en tidssvarende form. I den forbindelse tages hensyn til hvilke behov, der fremadrettet vil være i hhv. speciallægepraksis samt regionerne i forhold til arbejde med diagnosekodning, elektronisk feedback og datadrevet kvalitet, jf. nedenfor, herunder i forhold til funktionaliteter mv. i systemet. FAPS inddrages ved behovsafdækning med henblik på, at Sentinel kan blive et fremtidssikret redskab til arbejdet med datadrevet kvalitet.

Det er ambitionen, at følgende fortsat skal være gældende:

- der skal være integration med speciallægenes journalsystemer, således at indsamling af data bliver let og med så begrænsede ekstra registreringer som muligt.
- rapportering til kliniske kvalitetsdatabaser og andre registre foregår i videst muligt omfang automatisk.
- der sikres løbende feedback til speciallægerne på egne data med mulighed for benchmark til kollegaer, idet det er lokalt den bedste opfølgning på resultater foregår.

I det løbende arbejde med datadrevet kvalitet skal der være et tæt samarbejde mellem den nye organisering og eKVIS. eKVIS styregruppe tager fortsat beslutning om hvilke projekter, der skal igangsættes i speciallægepraksis og disse projekter udvikles og drives i et samarbejde mellem den nye organisering og eKVIS sekretariatet.

Den anvendelse af Sentinel, som finder sted i dag, herunder ved indberetning Side 6
til nationale kliniske kvalitetsdatabaser, fortsætter.

Der er aftalt nedenstående vedrørende diagnosekodning, akkreditering, arbejdet
med datadrevet kvalitet og PRO-projekter.

§ 58 b, stk. 3 og 4, og § 58 e kan først finde anvendelse, når afklaring af fremtidig
organisering omkring Sentinel er på plads.

Diagnosekodning

Et vigtigt element i arbejdet med datadrevet kvalitet er diagnosekoder, der kan
bruges som grundlag for det videre kvalitetsarbejde, både i relation til PRO-pro-
jekter, kliniske kvalitetsdatabaser mv. Diagnoser kan også være udgangspunkt for
særlige fokusområder, hvor andre typer af kvalitetsdata for en udvalgt patient-
gruppe samles og bruges til benchmark og i vurdering af implementering af klini-
ske retningslinjer.

Speciallægenes diagnosekodning kan også give regionerne en øget viden om pa-
tientsammensætningen i speciallægesektoren, hvilket kan bruges i forhold til
overordnet planlægning i sundhedsvæsenet og specifikt i forhold til speciallæge-
praksis som sektor. Der er enighed om, at der skal være opmærksomhed omkring
anvendelse og fortolkning af data fra diagnosekodning, således at dette sker ud
fra en forståelse af virkeligheden i speciallægepraksis.

Diagnosekoderne skal, i den enkelte kliniks lægesystem, systematiseres, så speci-
allægen får mulighed for benchmark, dvs. sammenligning af egne resultater med
resultater på aggregeret niveau fra andre speciallæger inden for samme speciale,
uden mulighed for at henføre de aggregerede oplysninger til en konkret patient
eller cpr.nr.

Fra det tidspunkt, hvor speciallægerne får adgang til benchmark-oplysninger, får
regionerne adgang til diagnosekoder fra den enkelte klinik.

Parterne er enige om, at § 58 b i overenskomsten formuleres således:

”§58 b Diagnosekodning

Stk. 1

Alle praktiserende speciallæger skal i eget journalsystem diagnosekode ud fra den
til enhver tid gældende udgave af ICD-kodesystemet. I udgangspunktet kodes alle
patienter. Kode skal angive sygdomskode (hovedsydomsgruppe) for slutdiag-
nose eller relevant sygdomskode for patientens forløb. Kodning med to eller tre
tal.

Stk. 2

eKVIS understøtter implementering af diagnosekodning og kodepraksis indenfor alle 15 praksisspecialer.

Side 7

Stk. 3

Diagnosekoderne skal, i den enkelte kliniks lægesystem, systematiseres via system for dataopsamling, og der leveres til speciallægen elektronisk feedback med egne data og aggregerede data til benchmark, dvs. sammenligning af egne resultater med resultater på aggregeret niveau fra andre speciallæger inden for samme speciale, uden mulighed for at henføre de aggregerede oplysninger til en konkret patient eller cpr.nr.

Stk. 4

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

Anmærkning til stk. 4:

Data til regionerne og regionernes behandling af data foregår i overensstemmelse med gældende lovgivning, herunder Persondataforordningen og Persondataloven med tilhørende sikkerhedsbekendtgørelse og sikkerhedsvejledning.”

Akkreditering

Med 1. runde af akkrediteringen er indført en række værktøjer og metoder til brug for arbejdet med kvalitetsudvikling, hvor fokus er på systematik, refleksion, egenkontrol og kontinuerlig forbedring. Det er f.eks. journalaudit, kvalitetsovervågningsplan og systematisk log. For at sikre forankring af værktøjer og metoder, er parterne enige om, at akkrediteringen fortsætter i speciallægepraksis i en 2. akkrediteringsrunde.

Standarderne og konceptet for surveybesøg revideres ud fra de erfaringer, der er opnået i 1. runde af akkrediteringen. Der nedsættes en arbejdsgruppe til dette formål.

I lighed med første akkrediteringsrunde står IKAS for ansættelse, uddannelse og drift af surveyorkorps. Surveyor i speciallægepraksis rekrutteres så vidt muligt blandt praktiserende speciallæger.

Parterne er enige om nedenstående protokollat om 2. runde af akkrediteringen:

”Protokollat om 2. runde af akkreditering i speciallægepraksis

Arbejdsgruppe

Der nedsættes en arbejdsgruppe, der skal revidere Den Danske Kvalitetsmodel for speciallægepraksis. Gruppen består af repræsentanter fra FAPS, Danske Regi-

oner, regionerne, IKAS og eKVIS. Gruppen skal revidere standardsættet samt konceptet for surveybesøg. Udgangspunktet er, at der kun er behov for mindre justeringer i selve standardsættet. Side 8

Arbejdsgruppen skal endvidere vurdere varigheden af surveybesøgene. I det nuværende koncept er afsat fire timer, men et kortere besøg kan, efter en nærmere vurdering, være tilstrækkeligt.

Endelig skal det beskrives, hvordan akkreditering af anæstesiologer, der ikke har egen klinik, kan foregå på en hensigtsmæssig måde.

Arbejdsgruppen nedsættes, så arbejdet kan påbegyndes i januar 2018. Gruppen skal have færdiggjort arbejdet inden 1. juli 2018, så det kan godkendes af parterne og være klar til implementering pr. 1. oktober 2018.

Surveybesøg gennemføres af IKAS i perioden fra 1. april 2019 til 31. oktober 2021.

Introduktion, vejledning og erfagrunder

eKVIS understøtter introduktion og vejledning i akkrediteringen til de praktiserende speciallæger. Alle nynedsatte speciallæger skal tilbydes kursus i akkrediteringen.

Information samles på eKVIS hjemmeside og på akkrediteringssitet, som stilles til rådighed som dokumenthåndteringssystem for de praktiserende speciallæger i lighed med tidligere.

Der opfordres til, at de praktiserende speciallæger deltager i erfagrunder, som udgangspunkt for en faglig dialog om kvalitetsarbejdet. Der tilbydes vejledning ved eKVIS i erfagrunder etableret i de forskellige specialer.”

Endvidere er parterne enige om nedenstående opdatering af §58 c:

”Opdateret § 58 c Akkreditering i speciallægepraksis

Stk. 1 (Nyt)

Der gennemføres en 2. runde af akkreditering efter Den Danske Kvalitetsmodel i speciallægepraksis med henblik på at forankre og styrke metoder til akkreditering samt selve arbejdet i praksis med den organisatoriske, den kliniske og den patientoplevede kvalitet. Akkrediteringen foregår efter et opdateret standardsæt målrettet speciallægepraksis. Alle praktiserende speciallæger, der praktiserer i henhold til Overenskomsten, skal akkrediteres efter det opdaterede standardsæt. Surveybesøgene udføres af IKAS og gennemføres i perioden fra 1. april 2019 til 31. oktober 2021.

Det eksisterende akkrediteringssite føres videre som et fælles dokumenthåndteringssystem, der stilles til rådighed for speciallægerne med henblik på let adgang til standarder, vejledninger, skabeloner og værktøjer til brug for arbejdet samt mulighed for deling af dokumenter med IKAS. eKVIS sekretariatet yder rådgivning og øvrig bistand for at understøtte speciallægerne i akkrediteringsprocessen. Alle aktiviteter foregår i tæt kontakt til og koordineret med IKAS.”

Patientrapporterede data

I den seneste overenskomstperiode er gennemført en landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser i speciallægepraksis. Resultaterne af undersøgelsen viste i lighed med en lignende undersøgelse i 2013, at patienterne i meget høj grad er tilfredse med speciallægepraksis.

Parterne er enige om, at der i den kommende overenskomstperiode, i stedet for en landsdækkende undersøgelse, skal søges igangsat PRO-projekter, der giver mere klinisknære, sygdomsspecifikke data rapporteret fra patienterne. Dette ligger i forlængelse af, at det i overenskomsten allerede er beskrevet, at der skal ses på muligheden for fokus på effektmål, fx PROM.

I speciallægepraksis kan der være tale om forskellige typer af PRO projekter. Det kan handle om aktiv PRO, hvor patienter udfylder skemaer, som speciallægen efterfølgende bruger i den direkte kontakt med patienten i forbindelse med en konsultation. Der kan også være tale om passiv / organisatorisk PRO, hvor PRO fx bruges til kvalitetsudvikling og i monitorering af implementering af kliniske retningslinjer. I tilrettelæggelse af PRO projekter bør der tages hensyn til:

- arbejdet med PRO i andre dele af sundhedsvæsenet med henblik på mulig sammenligning og anvendelse af resultater
- at IT-systemer, der anvendes til PRO, så vidt muligt skal være integreret med patientjournalssystemet. Integrationen skal sikre, at PRO bliver let at anvende, idet speciallægen ikke skal logge på andre systemer for at arbejde med PRO.
- Hvor det er relevant, skal aggregerede data sendes retur til speciallægen (uden mulighed for at henføre oplysninger til en konkret patient eller cpr.nr.) så egen performance kan benchmarkes i forhold til kollegaers.

Parterne er enige om at nedenstående erstatter den nuværende § 58 d.

”Ny § 58 d Patientrapporterede data

Stk. 1

Der etableres i relevant omfang projekter om patientrapporteret outcome (PRO) i speciallægepraksis.

Stk. 2

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

Datadrevet kvalitet

Parterne er enige om, at der er behov for at sætte mere fokus på metoder til at belyse den kliniske kvalitet i speciallægepraksis. En bedre anvendelse af data skal understøtte klinikkernes egenkontrol og vurderingen af behovet for kvalitetsforbedrende tiltag. Dette skal ses i sammenhæng med den ovenfor aftalte diagnosekodning samt levering af elektronisk feedback til speciallægerne med egne data og aggregerede data, der gør det muligt for en speciallæge at foretage benchmark.

Eventuel feedback til speciallægen sker med henblik på, at speciallægen løbende kan følge op på kvaliteten i eget arbejde og kan handle på afvigende resultater.

Parterne er enige om, at § 58 e i overenskomsten opdateres med nedenstående:

”§ 58. e Datadrevet kvalitet**Stk. 1**

Speciallægen er forpligtet til at arbejde med egne data samt aggregerede data til benchmark i relation til egenkontrol og vurdering af behovet for kvalitetsforbedrende tiltag.

Stk. 2

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). Rapportering understøttes af et system til dataopsamling og følges op af elektronisk feedback med egne data og aggregerede data til benchmark.

Stk. 3

Der ydes et tilskud på 7.500 kr. til tilmelding til dataopsamling for de klinikker, der ikke tidligere har fået tilskud til datafangst. Tilskuddet udbetales via afregningen, efter at klinikken er begyndt at anvende systemet til dataopsamling. ”

(§ 58 f er uændret.)

Udvikling af ny kvalitetsmodel i speciallægepraksis

Parterne er enige om, at der i perioden skal arbejdes med at udvikle en ny model for kvalitetsarbejde i speciallægepraksis, som kan afløse akkrediteringen, og som

peger frem mod de 8 nationale mål. Der skal tages udgangspunkt i det eksisterende arbejde og erfaringerne herfra, og der skal sikres en glidende overgang fra det eksisterende over til en ny model.

Side 11

Der er derfor aftalt følgende protokollat:

”Protokollat om udvikling af ny kvalitetsmodel i speciallægepraksis

Der nedsættes i perioden en arbejdsgruppe, der skal udvikle den fremtidige model for kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis under hensyntagen til, at der er en glidende overgang fra det eksisterende til en ny model uden slip i grundlaget for kvalitetsarbejdet. Arbejdsgruppen skal være sammensat af repræsentanter fra Danske Regioner, regionerne, FAPS og eKVIS.

Arbejdet i gruppen påbegyndes i perioden, formentlig når arbejdet i gruppen omkring revidering af standarder til 2. akkrediteringsrunde er afsluttet. Arbejdsgruppen skal have afsluttet arbejdet således, at godkendelse af parterne og efterfølgende forberedelse af implementering kan ske inden næste runde af overenskomstforhandlinger.

I gruppens arbejde kan bl.a. indgå overvejelser om, hvordan erfaringerne fra det hidtidige arbejde kan nyttiggøres og videreføres i relevant omfang. Endvidere hvordan speciallægepraksis fremadrettet kan bidrage til opfyldelse af de 8 nationale kvalitetsmål.”

Videreførelse af kompetencedage

Der er i de seneste 2 overenskomstperioder afsat kompetencedage til at understøtte kvalitetsarbejdet. Parterne er enige om, at dette fastholdes.

Der er således aftalt følgende opdatering af § 57:

”§ 57. Efteruddannelse

Stk. 1

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

Stk. 2

Speciallægen har fra 2008 ret til tilskud til deltagelse i efteruddannelse i normalt 8 dage årligt. I perioden fra 01-04-2018 til 31-03-2022 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 *datadrevet kvalitet*, akkreditering og diagnosekodning. 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.”

Side 12

(Ændringer til § 57, stk. 2, er anført med kursiv).

Fonden for Faglig udvikling i speciallægepraksis

Parterne er enige om at tilføje følgende nye stk. 3 i § 58:

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

Bestemmelsens nuværende stk. 3-5 fortsætter uændret, men rykkes til stk. 4-6.

Værdibaseret styring

Parterne er enige om, at eKVIS i den kommende overenskomstperiode arbejder med værdibaseret styring i speciallægesektoren med fokus på PRO som et redskab til at vurdere, hvad der giver værdi for patienterne. Det vil i den forbindelse være naturligt i videst muligt omfang at inddrage erfaringer fra de nuværende og kommende PRO-projekter.

Det sammenhængende sundhedsvæsen

Fleksibel kapacitet

Flytning af opgaver fra sygehuse til speciallægepraksis

Parterne har drøftet Danske Regioners politikpapir ”Sundhed for alle”, hvor regionerne lægger op til et paradigmeskift i sundhedsvæsenet og til at se bort fra sektorgrænser og hvor opgaver traditionelt løses. FAPS mener, at speciallægesektoren kan bidrage til det beskrevne formål om, at opgaverne i sundhedsvæsenet skal løses der, hvor det giver mest værdi for borgeren og for samfundet.

Den nuværende udvikling medfører stadig færre sygehuse til fordel for supersygehuse. Patienter skal derfor rejse længere for ambulant undersøgelse og behandling. Det øger behovet for et mere borgernært speciallægetilbud til de patienter, som ikke har behov for behandling i sygehusregi.

FAPS anerkender, at det er regionerne, der har plankompetencen. Det er op til den enkelte region, hvilket speciallægetilbud man ønsker at tilbyde borgerne, og regionerne har valgt at indrette sig forskelligt.

Med henblik på at give et overblik over de fleksible muligheder, som overenskomsten indeholder, er parterne enige om følgende nye protokollat:

”Protokollat om regionernes mulighed for at bruge speciallægepraksis i den samlede opgaveløsning

Overenskomsten om speciallægehjælp rummer flere muligheder for at kunne indtænke og bruge speciallægepraksis i den samlede regionale opgaveløsning ved behandling af patienter på hovedfunktionsniveau.

Formålet med dette protokollat er at præsentere overenskomstens muligheder, som kan anvendes af regioner, der ønsker at udlægge sygehusbehandlinger på hovedfunktionsniveau til speciallægepraksis.

Aftaleformer

Nedenstående aftaleformer kan anvendes, hvis det drejer sig om udlægning af opgaver, som vil kunne løses inden for den eksisterende speciallægekapacitet. Dette kan ske enten varigt eller midlertidigt.

- 1) Overenskomstaftale, herunder moderniseringer
Ydelser, der er aftalt i overenskomsten, gælder landsdækkende inden for det pågældende speciale. Der foreligger ydelsesbeskrivelser, udarbejdet af fagpersoner fra sygehus- og speciallægeside og der er aftalt honorar. Nye ydelser kommer ind i sortimentet, når de enkelte specialer løbende moderniseres. Med modernisering menes, at et speciale gennemgås både fagligt, økonomisk og organisatorisk, herunder specialets samspil med resten af sundhedssektoren, og hvilke opgaver det skal varetage.
- 2) § 65 aftale (rammeaftale)
Det karakteristiske ved en § 65 aftale (også kaldet rammeaftale) er, at aftalen først kommer til at gælde efter beslutning i den enkelte region, men rammeaftalen er indgået centralt. På samme måde som for overenskomstdelene, foreligger der ydelsesbeskrivelser, udarbejdet af fagpersoner fra sygehus- og speciallægeside og der er aftalt honorar. Nye rammeydelser kommer traditionelt ind i sortimentet, når de enkelte specialer løbende moderniseres, men der er principielt intet til hinder for at indgå en rammeaftale løst fra moderniseringsprocessen. Den økonomi, der udløses af en rammeaftale, ligger uden for speciallægesektorens økonomiramme.
- 3) § 66 aftale
En § 66 aftale (også kaldet en råderumsaftale eller 80/20 aftale) indgås mellem den enkelte region og FAPS-regionalt. § 66 aftaler giver regionen mulighed for at udnytte op til 20 procent af speciallægenes kapacitet til af regionen definerede opgaver. Regionen indestår for, at den enkelte speciallæge sikres uændret omsætning inden for den friholdte kapacitet.

Den økonomi, der udløses af en § 66 aftale, ligger inden for speciallægesektorens økonomiramme. Side 14

- 4) § 64 aftale
En § 64 aftale indgås regionalt, i visse tilfælde suppleret med central godkendelse. Den økonomi, der udløses af en § 64 aftale, ligger uden for speciallægesektorens økonomiramme.
- 5) Protokollat af 11-10-2001 vedrørende udførelse af sygehusopgaver i speciallægepraksis
Regionen kan indgå aftaler med speciallæger om behandling af patienter, hvor behandlingen midlertidigt af kapacitetsmæssige grunde udlægges til speciallægepraksis. Aktiviteten ligger uden for overenskomst om speciallægehjælp.

Udvidelse af speciallægekapaciteten

Hvis der er behov for at udvide kapaciteten inden for et speciale kan dette ske enten varigt eller midlertidigt.

En varig udvidelse af antallet af speciallæger sker ved at regionen udløser et eller flere nye ydernumre efter den fremgangsmåde, som er beskrevet i overenskomsten.

Herudover indeholder overenskomsten flere muligheder for en midlertidig udvidelse af speciallægekapaciteten:

1. Tidsbegrænset ekstra kapacitet
Samarbejdsudvalget kan for en periode på maksimalt 10 år tildele en eksisterende speciallæge en ekstra kapacitet. Ved udløbet af tidsbegrænsningen bortfalder den ekstra kapacitet uden godtgørelse. Betingelserne er i deres helhed beskrevet i §16.
2. Satellitpraksis
Samarbejdsudvalget kan for en periode på maksimalt 10 år give en speciallæge tilladelse til at etablere en satellitpraksis. Ved udløbet af tidsbegrænsningen bortfalder satellitpraksis uden godtgørelse. Betingelserne er i deres helhed beskrevet i §17.
3. Ydernummer på licens
Der er i visse tilfælde mulighed for i en periode på maksimalt 10 år at udstede et ydernummer på licens, dvs. uden mulighed for videresalg. Muligheden kan anvendes, når kommune og/eller region stiller klinik til rådighed for speciallægen. Speciallægen driver praksis efter overenskomstens

regler og honorering, men betaler til regionen et nærmere aftalt administrationsbidrag efter de konkrete omstændigheder. Ved udløbet af tidsbegrænsningen bortfalder satellitpraksis uden godtgørelse Betingelserne er i deres helhed beskrevet i § 19.” Side 15

Justering af rammer for § 66 aftaler

Der blev i overenskomsten fra 2014 aftalt et protokollat, som præciserede rammerne for indgåelsen af § 66 aftaler. Det har ført til, at der efterfølgende er indgået og iværksat en række § 66 aftaler, hvor de praktiserende speciallæger aflaster sygehusene på særlige områder, som er udvalgt af regionerne.

Med henblik på yderligere at facilitere indgåelsen af § 66 aftaler er parterne enige om følgende justering af det eksisterende protokollat (justering anført med *kursiv*):

”PROTOKOLLAT OM UDNYTTELSE AF KAPACITETEN I SPECIALLÆGEPRAKSIS OG INDGÅELSE AF § 66 AFTALER

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. *Det vil ofte være en fordel, hvis der på møder mellem regionen og FAPS-regionalt deltager fagpersoner fra såvel sygehusside som fra speciallægepraksis.*

Det kan endvidere være en fordel, hvis der fra start fastlægges en tidsplan, fx 3 måneder, som skal have til formål at fremme en hurtig aftaleindgåelse, eller der forsøges udarbejdet en plan for arbejdsgangen ved udarbejdelse af en § 66-aftale. Her kunne nedenstående elementer overvejes.

Forslag til arbejdsgang ved udarbejdelse af § 66-aftaler:

- *Parterne udpeger faglige ressourcepersoner, der deltager i møderne*
- *Parterne fastlægger en mødekadence*
- *Parterne aftaler en deadline for færdiggørelse af forhandlingsaftalen*

Undtagelsesvis – hvor eksempelvis faglige eller geografiske årsager begrundes Side 16
dette – kan en § 66-aftale omfatte én enkelt speciallæge. En § 66 aftale kan benyttes til såvel eksisterende overenskomstydelse samt andre, nye ydelser. Nu-værende § 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 speciallægeopgaver, 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.
- 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.
- Regionens 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.
- 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 bureaukratisk for speciallægerne.”

Opgaveglidning mellem sygehuse og speciallægepraksis

Parterne kan konstatere, at der sker en opgaveglidning mellem sygehuse og speciallægepraksis. En sådan opgaveglidning sker hele tiden og skal kunne finde sted.

Parterne er samtidig enige om væsentligheden af, at udlægning af større opgaver til speciallægepraksis fra sygehuse bør ske som følge af en politisk beslutning, ligesom der med en beslutning om udlægning af opgaver også skal følge midler med.

Parterne er enige om, at regionerne skal informere deres sygehuse om eksisterende aftaleformer i speciallægenes overenskomst, herunder §§ 64-66-aftaler.

Elektronisk kommunikation og udveksling af billeddiagnostik

Parterne er enige om vigtigheden af elektronisk kommunikation på tværs af sundhedsvæsenet med det formål at undgå dobbeltundersøgelser og smidiggøre eksisterende arbejdsgange på området.

Danske Regioner tilkendegiver derfor i perioden at ville undersøge muligheden for at speciallægerne, på linje med andre relevante aktører uden for det regionale sygehusvæsen, får mulighed for at blive koblet på Det Interregionale Billedindeks. Parterne opfordrer derudover regionerne til at tydeliggøre processerne vedrørende henvendelser omkring konkrete udfordringer med IT-systemer.

Læringsbesøg på sygehusafdelinger samt adgang til at deltage i de kurser, som sygehuse udbyder til overlæger og fastansatte speciallæger.

Parterne finder, at et element i at kunne bidrage positivt til en bedre sammenhæng mellem sektorerne eksempelvis kan være fælles læring og efteruddannelse mellem praktiserende speciallæger og sygehusansatte overlæger og speciallæger.

Parterne er derfor enige om, at der tilføjes følgende nye afsnit til præamblen i speciallægeoverenskomsten¹:

”Parterne er enige om, at en tættere dialog mellem sektorerne – eksempelvis gennem læringsbesøg og kurser – kan bidrage positivt til det tværsektorielle samarbejde og medvirke til at sikre et sammenhængende sundhedsvæsen. Vilklarene for sådanne læringsbesøg eller kurser vil skulle aftales lokalt.”

¹ Indsættes som nyt afsluttende afsnit under delafsnittet ”Indledning” i præambelens afsnit om ”Den udviklingsorienterede del af kontrakten om speciallægehjælp”.

FAPS har ønsket, at overenskomsten skal understøtte muligheden for et fokuseret ophold i speciallægepraksis for uddannelseslæger i flere specialer end i dag. Emnet har været drøftet af parterne i forhandlingerne, og både FAPS og RLTN har i drøftelserne kunnet notere sig, at Danske Regioner – som opfølgning på rapport fra regeringens lægedækningsudvalg "Lægedækning i hele Danmark" – har opfordret videreuddannelsesregionerne til fremover at inddrage opmærksomhedspunktet om speciallægepraksis som uddannelseskapacitet i forhold til uddannelse af speciallæger i deres arbejde med at fordele hoveduddannelsesstillinger.

Genopslag af tutorlægekontrakter

Parterne er enige om at ændre i protokollat af 31-03-2011 om tutorlægeordning, således at de 5-årige uddannelseskontrakter skal genopslås ved udløb eller salg af praksis. Herved undgås, at uddannelseskontrakterne ikke bliver genopslået ved deres udløb, og at der ikke skabes mulighed for, at nye og egnede speciallæger kan virke som tutorlæger.

§ 2, stk. 3 i protokollat af 31-03-2011 om tutorlægeordning ændres herefter som følger:

"Der indgås en individuel aftale mellem det regionale råd for lægers videreuddannelse, tutorlægen og den region, hvori tutorlægens praksis er beliggende. RLTN og FAPS udarbejder en standard herfor baseret på nærværende aftale. Den individuelle aftale løber i maksimalt 5 år og skal indeholde et minimum for antallet af uddannelsespladser i perioden. Aftalen er personlig og kan ikke overdrages ved salg af praksis. Ved aftalens udløb efter 5 år, skal hvervet som tutorlæge genopslås.

Et salg af praksis med tutorlægekontrakt skal som udgangspunkt varsles med 6 måneder til det regionale råd for lægers videreuddannelse, således at tutorlægekontrakter kan genopslås".

Tilretning af præambel

For i endnu større grad at understrege, at speciallægepraksis er en del af det sammenhængende sundhedsvæsen er parterne enige om at tilrette præambelen i overenskomst om speciallægehjælp, således at første afsnit under indledningen affattes som følger:

"Speciallægepraksis er en integreret del af det offentlige sundhedsvæsen og indgår som det borgernære specialiserede sundhedstilbud i et forpligtende samarbejde

med resten af sundhedsvæsenet. Speciallægepraksis fungerer desuden som et attraktivt og tilgængeligt sundhedstilbud på hovedfunktionsniveau i lokalmiljøet.” Side 19

Faglig modernisering

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

Der er mellem parterne enighed om, at arbejdet med modernisering af speciallægepraksis har vist sig at være velfungerende og derfor skal fortsætte. Arbejdet med moderniseringerne i den seneste overenskomstperiode har medført nogle erfaringer som parterne har ønsket at implementere. For parterne har det været vigtigt at videreføre hurtigheden og effektiviteten i moderniseringsarbejdet.

Der aftales 2 årlige moderniseringer, dog således at der som hovedregel ikke moderniseres i det år, hvor overenskomsten genforhandles.

Parterne er enige om, at det i protokollatet præciseres, at parterne ved økonomiforhandlingen af hver modernisering skal tages stilling til specialets rekvisitionsordning samt hvorvidt udgifter til lægemidler evt. kan indgå i relevante honorarer.

Følgende specialer moderniseres i prioriteret rækkefølge:

Speciale (prioriteret rækkefølge)
1. Diagnostisk radiologi
2. Ørelægehjælp
3. Anæstesiologi
4. Reumatologi
5. Kirurgi
6. Ortopædkirurgi

På baggrund af de erfaringer, der er gjort med moderniseringsarbejdet i den forløbne overenskomstperiode, aftales følgende justering og præcisering af det gældende regelsæt.

”Protokollater vedrørende kapitel XII

PROTOKOLLAT AF 02-10-2017 OM FAGLIG MODERNISERING

Parterne er enige om at prioritere det fortsatte arbejde med modernisering af speciallægepraksis. Den seneste revision fra OK2014 har vist sig relevant for den faglige modernisering af de specialer, som har været igennem en moderniseringsproces. Side 20

Parterne har i fællesskab evalueret på konceptet fra gennemførelse af moderniseringer ved OK2014, og har på den baggrund aftalt en række justeringer med henblik på, at der fremover fortsat kan gennemføres en hurtig og smidig moderniseringsproces.

Formålet med modernisering

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

Parterne har aftalt, at der i overenskomstperioden årligt gennemføres 2 moderniseringer, dog således at der som hovedregel ikke moderniseres i året, hvor overenskomsten udløber. Det tilstræbes, at der færdigforhandles en modernisering pr løbende 6. måned. Der afsættes 3 måneder til arbejdsgruppens arbejde, og de efterfølgende 3 måneder anvendes herefter til at opnå godkendelse af moderniseringsrapporten i Moderniseringsudvalget og efterfølgende gennemføre økonomiforhandling mellem parterne.

Kommissorium

Det er vigtigt, at der allerede inden påbegyndelsen af en modernisering er klarhed over, hvilke ønsker regionerne og speciallægerne har til indholdet af den kommende modernisering, 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 mandat fra de respektive baglande til at arbejde videre med moderniseringen efter den angivne retning.

Arbejdsgruppens opgaver

Fra arbejdsgruppen starter sit arbejde er der 3 måneder til at færdiggøre en rapport, der skal forelægges for Moderniseringsudvalget. Det er afgørende for parterne, at arbejdsgruppen overholder den fastsatte tidsramme, således at alle

igangsatte moderniseringer skal være økonomiforhandlet inden for 6 måneder fra arbejdsgruppen starter sit arbejde. Side 21

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

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

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

Godkendelse af moderniseringsrapporten

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

Økonomiforhandling

Når moderniseringsrapporten er godkendt af Moderniseringsudvalget, skal parterne forhandle økonomien for moderniseringen. Det er i den forbindelse væsentligt, at parterne får det bedst mulige overblik over økonomien for hele specialet. Herunder eksempelvis den økonomi, som indgår i alle de enkelte ydelser, der er i specialet. Herved sikres der mest mulig gennemsigtighed for økonomien for hele specialet og de bedst mulige forudsætninger for at gennemføre økonomiforhandlingen. Det vil ligeledes være en del af økonomiforhandlingen at forholde sig til specialets eventuelle rekvisitionsordning samt hvorvidt udgifter til lægemidler evt. kan indgå i relevante honorarer. Økonomiforhandlingen skal være tilendebragt senest 6 måneder fra arbejdsgruppens start.

Løbende implementering af nationale kliniske retningslinjer:

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

Der er udarbejdet et kommissorium for Moderniseringsudvalget og en skabelon for gennemførelse af moderniseringer. Side 22

Parterne er herudover enige om, at de specialer, der moderniseres i løbet af perioden, hver frigiver permanent en produktivitetsevinst på 4 pct. af speciallets samlede omsætning ekskl. § 64 og § 65 aftaler. Gevinsten anvendes som led i moderniseringen til yderligere aktivitet inden for de pågældende specialer.

Hvis moderniseringer mod forventning ikke skulle frigive dette, vil der – medmindre andet aftales – ske en reduktion af pågældende specialers honorarer, som modsvare den manglende realisering af produktivitetsskrevet. Rammen berøres ikke heraf.

Det er forudsat, at produktivitetsevinstene ved moderniseringer frigøres i andet, tredje og fjerde overenskomstår. Der er ikke krav om, at der frigøres produktivitetsevinst i det første overenskomstår.

”PROTOKOLLAT AF 02-10-2017 KOMMISSORIUM FOR

MODERNISERINGSUDVALGET PÅ SPECIALLÆGEOMRÅDET

Moderniseringsudvalget er nedsat i henhold til Overenskomst om speciallægehjælp af 01-04-2018. 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 gældende 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 1 medlem hver til udvalget. Ved behandling af specialespecifikke spørgsmål kan der indkaldes eksperter til møderne. Udvalget betjenes af sekretariatene for RLTN og FAS.

Udvalgets opgaver og kompetence

Moderniseringsudvalget udarbejder en plan for eget arbejde gældende for et år ad gangen. Planen indeholder dels aftalte møder og dels overvejelser om kommende

moderniseringer. For at tilvejebringe de bedste betingelser for et vellykket moderniseringsforløb er det vigtigt, at der allokeres tilstrækkelige ressourcer, hvorfor der alene opstartes en modernisering ad gangen. Side 23

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

Moderniseringsudvalget kan komme med andre forslag til parterne om indsatsområder.

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

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

Arbejdsgruppen

Deltagerne i arbejdsgruppen udpeges af henholdsvis Danske Regioner og FAS, og gruppen arbejder i henhold til skabelonen for moderniseringer. Alle moderniseringer skal gennemføres inden for en tidsramme på tre måneder – regnet fra arbejdsgruppens start. Såfremt rapporten ikke foreligger efter 3 måneder, forelægges dette parternes forhandlingsudvalg.

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

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:

- Behov for ydelse(r).
- Udfyldelse af gældende ydelsesskabelon.
- Organisatoriske aspekter, herunder arbejdsdeling og opgavefordeling mellem praksissektor og sygehussektoren samt mellem speciallægepraksis og almen praksis.”

Bilag til protokollaterne vedrørende modernisering:

Revideret skabelon for gennemførelse af modernisering

Der bliver nedsat en arbejdsgruppe med de ønskede repræsentanter fra regionerne samt de ønskede repræsentanter fra FAPS. Arbejdsgruppen betjenes af sekretariatene for RLTN og FAS. Arbejdsgruppen varsles med tre måneder inden første møde i arbejdsgruppen og oplyses samtidig om hvilken møderække, der er for moderniseringen. Arbejdsgruppen har tre måneder fra opstart til der skal foreligge en rapport til Moderniseringsudvalget. De komprimerede forløb bevirker, at det tidsmæssigt er mere overskueligt og sikrer fremdrift i moderniseringsprocessen.

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

En modernisering betyder, at et helt ydelseskatalog for et speciale gennemgås af arbejdsgruppen. Gennemgangen er en faglig opdatering af ydelsesbeskrivelserne, 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:

Indledning og baggrund

Resumé af moderniseringen

Beskrivelse af specialet

Uddannelse

Kvalitet

Overenskomstmæssige forhold

Ydelsesbeskrivelser

Forslag til valideringer for ydelserne i specialet

Afslutning

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 ydel-

serne? 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?

Side 25

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.

Beskrivelse af specialet

Det skal kort 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/arbejdsgange. Som en fast del af moderniseringen skal det undersøges, om der er sundhedsopgaver, hvor telemedicinske løsninger eventuelt kan anvendes, herunder om en telemedicinsk løsning eventuelt kan indhente effektiviseringsgevinster, og om det vil medføre bedre tilbud til patienterne.

Det skal ligeledes indgå, hvis den teknologiske udvikling gør visse ydelser overflødig, 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 Side 26 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.

Efteruddannelse

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

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 re-operationer, fejlmedicinering og genindlæggelser.

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 sundhedsvæsenet i øvrigt.

Overenskomstmæssige forhold inden for specialet

Der er flere forhold i overenskomsten, som spiller ind på speciallægepraksis ud over ydelser. 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 Side 27 eller andet.

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

Sammenhængen mellem faglighed og økonomi

Arbejdsgruppen er forpligtet til at foreslå, hvilke typer ydelser, der følger af det faglige forslag til modernisering (eksempelvis konsultation eller tillægsydelser). Arbejdsgruppen skal være sig bevidst, at ændring af eksisterende ydelser eller forslag om nye ydelse skal være realistiske under hensyn til de generelle økonomiske forhold. Det er ikke arbejdsgruppens opgave at fremkomme med forslag til honorarstørrelser. Honorarer fastsættes ved overenskomstparternes økonomiforhandling. Det er en del af arbejdsgruppens opgave at forholde sig til specialets andre ydelser med henblik på at vurdere, om de fortsat er relevante og/eller om der er sket en teknologisk eller faglig udvikling eller andre forhold, der medfører en økonomisk effektiviseringsgevinst. Effektiviseringsgevinster kan finansiere ønsker om nye tiltag inden for specialet

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 hvilken type ydelse der foreslås, fx konsultation eller tillægsydelse.

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

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.

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

Afslutning af arbejdsgruppen

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

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

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

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

BILAG 1:

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 Side 29 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 i sundhedsvæsenet i øvrigt.

Speciallæger i speciallægepraksis er i henhold til overenskomsten pr. 01-04-2015 akkrediteret efter den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). Formålet hermed er blandt andet, at speciallægepraksis arbejder systematisk og udviklingsorienteret med metoder til egenkontrol og vurdering af behov for kvalitetsforbedrende tiltag. Endvidere arbejdes med inddragelse af patienternes oplevelser ved brug af patientrapporterede oplysninger (PRO).

Kvalitetsarbejdet 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. ”

BILAG 2:

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.
Utensiler	Oplys om utensiler fx antibiotika, sprøjter, kanyler, engangsmundstykke til lungefunktion.
Kvalitetssikring	Henvise til nationale kliniske retningslinjer, guidelines, referenceprogrammer for specifikbehandling. Udtrykkeligt skrive, at behandlingen udføres i overensstemmelse med fx rekommandationer fra Danske allergologisk selskab og DPS, som foreligger i klinikken og er kendt af behandler og klinikpersonale. Når national database findes indberettes der til denne. Der kan anføres et specifikt antal ydelser der <u>skal</u> udføres om året.

Lægedækning

Mulighed for delepraksis af rekrutteringshensyn

Overgangen til praksisdrift kan være mindre krævende i tilfælde, hvor speciallægen kan dele praksis med en anden speciallæge og evt. have en deltidsbeskæftigelse ved siden af. Kravene til investering er tilsvarende mindsket ved oprettelse af en delepraksis.

Parterne er derfor enige om nedenstående ændringer til overenskomsten:

Nyt § 9a, stk. 3:

”Tilladelse til delepraksis efter § 9, stk. 1 d) kan meddeles i henhold til § 64, stk. 1, litra j), hvor dette er hensigtsmæssigt af hensyn til muligheden for rekruttering af speciallæger til speciallægepraksis”.

Den nuværende § 9a, stk. 3 med tilhørende anmærkning, ændres herefter § 9a, stk. 4.

§ 64, stk. 1 tilføjes et litra j): ”Tilladelse til delepraksis, jf. § 9a, stk. 3, hvor dette er hensigtsmæssigt af hensyn til muligheden for rekruttering af speciallæger til speciallægepraksis.”

Elektronisk kommunikation i sundhedsvæsenet mv.

Tværasektoriel kommunikation

For at styrke den tværasektorielle kommunikation er parterne enige om, at der i overenskomstperioden nedsættes en arbejdsgruppe, som skal se på mulighederne for at skabe de mest optimale rammer for at tilgå data i konkrete behandlingsforløb. Det er arbejdsgruppens opgave at se på, hvorvidt de praktiserende speciallæ-

ger kan få adgang til direkte opkobling på de regionale elektroniske patient- Side 31
journaler (EPJ) eller på anden vis at tilgå data af hensyn til at sikre sammen-
hængende patientforløb og for at sikre faglige forbedringer og effektiviseringsge-
vinster i patientbehandlingen. Ligeledes skal der arbejdes for, at det bliver muligt
for sygehusene at kunne tilgå data fra speciallægepraksis, hvis det har relevans for
et aktuelt behandlingsforløb.

Elektronisk kommunikation til patienter via e-Boks

Parterne er enige om, at digital kommunikation mellem behandlere og borgere er af høj relevans i det moderne sundhedsvæsen. Behovet herfor er forstærket efter omlægningen af den offentlige postordning. RLTN tilkendegiver i aftaleperioden at ville undersøge mulighederne for speciallægenes anvendelse af e-Boks til kommunikation med patienterne.

Økonomi og styring

Aftalens økonomi

Emne	År 1	År 2	År 3	År 4
Aftalt ramme	3200	3200	3200	3200
Varige udgifter				
eKVIS sekretariat	3,0	3,0	3,0	3,0
Drift i ny organisering		1,5	4,0	4,0
Midler til modernisering	19,3	19,3	19,3	19,3
Sum; varige	22,3	23,8	26,3	26,3
Midlertidige udgifter for perioden				
Driftsaftale med DAK-E	1,4	1,4		
Fortsat adgang til 2 ekstra kompetencedage i ok-perioden	2,5	2,5	2,5	2,5
PRO projekter (ortobase, DØNHObasen, udvikling og drift af nye PRO-projekter)	1,3	2,3	4,0	4,0
Udviklingsgrupper samt implementering af dataprojekter		0,5	1,0	1,0
Fremtidssikring af sentinel	1,0	1,5		
Akkreditering	1,7	3,6	5,1	4,0
Sum; midlertidige udgifter for perioden	7,9	11,8	12,6	11,5
Sum af varige og midlertidige udgifter	30,2	35,6	38,9	37,8
Finansieringsbidrag				
Restmidler fra tidligere finansieringsbidrag	6,9	6,9	6,9	6,9
Finansiering via. Fonden for Faglig Udvikling i speciallægepraksis	9,4	9,4	9,4	9,4
Finansiering i alt	16,3	16,3	16,3	16,3

Note: Rammen udgør pr. 1. april 2018 3.200.915.189 (i 1. oktober 2017-niveau)

Note: Rammen reguleres i henhold til § 50

Økonomiprotokollat

Parterne er enige om følgende justerede protokollattekst:

”PROTOKOLLAT AF DEN 01-04-2018 OM ØKONOMISK RAMME

Nærværende protokollat træder i kraft d. 01-04-2018. Første protokollatår gælder for perioden 01-04-2018 til 31-03-2019.

Principperne fra det hidtidige økonomi protokollat videreføres med nedenstående ændringer.

Den økonomiske ramme inden for speciallægehjælp er kr. 3.200.915.189. (niveau 1. oktober 2017). Der er heraf reserveret 10 mio. kr., som FAPS kan vælge at udløse til brug for modernisering. Rammen tillægges endvidere den 1. april 2018 19,3 millioner kroner til anvendelse i forbindelse med moderniseringer (niveau 1. oktober 2017).

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.

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

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

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

1. protokollatår dækker perioden 01-04-2018 til 31-03-2019. Første mulige modregning kan ske i reguleringen den 01-10-2019.

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.

Side 33

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

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

Der er ikke fastsat nogen økonomisk ramme efter 31.marts 2022.

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

Opfølgning på økonomi

Parterne har drøftet det nugældende protokollat om opfølgning på økonomiprotokollatet og har aftalt følgende justerede tekst:

”PROTOKOLLAT AF DEN 02-10-2017 OM OPFØLGNING PÅ ØKONOMIPROTOKOLLATET

Råderummet i den offentlige økonomi er begrænset. Det er derfor afgørende, at aftalen understøtter styring af økonomien på området, og giver den enkelte region sikkerhed for den årlige aftaleøkonomi. Derfor er der aftalt en fast økonomisk ramme for speciallægesektoren, jf. ”Protokollat af den 02-10-2017 om økonomisk ramme”, som gælder kollektivt for praktiserende speciallæger og indeholder automatiske mekanismer til sikring af, at rammen overholdes. De praktiserende speciallæger vil inden for denne ramme skulle varetage deres opgaver og prioritere deres indsatser, således at ressourcerne udnyttes bedst muligt til at sikre borgerne lægeydelser af høj kvalitet.

RLTN foretager månedsvise opgørelser² af det aktuelle udgiftsniveau for de praktiserende speciallæger set i forhold til den aftalte økonomiske ramme, såvel samlet som fordelt på de enkelte specialer. Både regionerne som myndighed og FAPS som organisation kan give løbende information og vejledning til de praktiserende

² De løbende opgørelser foretages efter samme metode, som er anvendt i forbindelse med udmelding af status på økonomirammen i FAPS-nyt i perioden 2015-2017.

speciallæger om det aktuelle udgiftsniveau set i forhold til den økonomiske ramme, såvel samlet som fordelt på de enkelte specialer, samt i forhold til økonomien knyttet til moderniseringer. Parterne er enige om, at både regioner og FAPS har et aktivt medansvar for at levere information og vejledning med henblik på at bistå med at sikre, at aktiviteten holder sig indenfor det fastlagte loft. Side 34

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

Økonomi til kvalitetsområdet

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

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

Parterne er enige om, at det i forbindelse med hver overenskomstfornyelse skal aftales, hvilke kvalitetsprojekter, der skal fokuseres på i den kommende periode. I den kommende periode er fokus på de kvalitetstiltag, som er beskrevet i denne forhandlingsaftales afsnit om Kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis, dvs. diagnostik, dataprojekter, PRO-projekter og 2. akkrediteringsrunde.

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

Praksisregulering

Præcisering af bestemmelse om flytning af praksis samt understøttelse af muligheden for flytning til lokaler med moderne faciliteter, god tilgængelighed eller etablering af praksisfællesskaber

Der er enighed mellem parterne om at præcisere formuleringen af overenskomstens § 11, stk. 1, således at parternes eksisterende opfattelse af bestemmelsen

tydeliggøres. Efter denne opfattelse kan speciallægen ikke uden tilladelse fra regionen flytte praksis, men skal derimod anmode regionen om tilladelse til flytning, hvis flytning ønskes. Side 35

Overenskomstens § 11, stk. 1, ændres derfor til følgende (ændringen er anført med kursiv):

”Speciallægen skal forud for eventuel flytning af praksis anmode regionen om tilladelse hertil. Godkendelse skal meddeles, medmindre flytningen ud fra en konkret vurdering:

- a) Ændrer væsentligt ved praksisforholdene i regionen
- b) Er i modstrid med en af regionen foretaget inddeling af regionen i områder, inden for hvilke flytning umiddelbart kan finde sted, eller
- c) Flytningen er i modstrid med en vedtaget praksisplan”.

Mange speciallæger har behov for at flytte til mere moderne lokaler, som er patientvenlige, giver mulighed for dels en mere effektiv klinikdrift via ansættelse af mere klinikpersonale og dels etablering af fagligt fællesskab med andre praktiserende speciallæger, samt bedre beliggenhed i forhold til offentlig transport samt handicapvenlig adgang.

Der er derfor endvidere enighed mellem parterne om at tilføje følgende anmærkning til overenskomstens § 11, stk. 1:

”Det er væsentligt, at praktiserende speciallæger så vidt muligt gives mulighed for at flytte til lokaler med moderne faciliteter eller god tilgængelighed, og at der gives mulighed for etablering af praksisfællesskaber. Overenskomstens § 42, stk. 1, skal dog være opfyldt.”

Samarbejdsbestemmelser

Forpligtelse til at svare på partshøring

Der er enighed mellem parterne om, at speciallæger skal medvirke til at afgive fuld oplysning om sagen i alle sager, der omfatter overenskomstforhold og behandles i det paritetiske system.

Der indsættes derfor til overenskomstens kapitel XV en anmærkning med følgende tekst:

”I forbindelse med behandling af sager efter dette kapitel XV er en speciallæge som part forpligtet til at give fuld oplysning om alle sagen vedrørende forhold til den, der har sagen til behandling”.

Tilgængelighed og service

Retningslinjer for handicapvenlig adgang

Parterne er enige om, at det er vigtigt at sikre god tilgængelighed til speciallægepraksis. Parterne er derfor enige om, at overenskomsten tilrettes som følger:

§ 42, Stk. 1

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

Parterne har desuden i en ny *anmærkning I til § 42, stk.1*, indføjet gældende fortolkning af § 42, stk. 1:

"Anmærkning I til § 42, stk.1:

Byggelovgivningens tilgængelighedskrav er fastsat i bygningsreglementet, som løbende ændres. Byggelovgivningen stiller derfor forskellige tilgængelighedskrav til bebyggelser, f.eks. afhængig af hvornår bebyggelserne opføres. Byggeloven finder anvendelse bl.a. ved ny bebyggelse og tilbygning, ombygning og andre forandringer i bebyggelse, som er væsentlige i forhold til loven, samt ændringer i benyttelse af bebyggelse, som er væsentlige i forhold til loven. Når loven finder anvendelse, skal kravene om indretning i den gældende udgave af bygningsreglementet være overholdt. Ved flytning skal tilgængelighedskravene således være opfyldt, hvis der i tilknytning til flytningen sker en væsentlig ombygning af den bebyggelse, der flyttes til, eller hvis flytningen indebærer en ændring i benyttelsen af bebyggelsen, som er væsentlig. Hvis bebyggelsen benyttes uændret, stiller byggelovgivningen ikke krav om etablering af handicapvenlig indretning. I andre tilfælde må der foretages en vurdering af, om ændringen er væsentlig. Dette vil som hovedregel være tilfældet ved erhvervsmæssig benyttelse af bebyggelse, som hidtil har været benyttet til beboelse."

(Resten af § 42 er uændret)

Den nuværende *anmærkning* til bestemmelsen bliver herefter *anmærkning II til § 42, stk. 1*.

Ændringer er angivet med kursiv.

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

Parterne er derfor enige om, at § 46, stk. 1 og stk. 2 affattes som følger:

§ 46. Fravær

Stk. 1

Speciallæger inden for ørelægehjælp, øjenlægehjælp og dermatologi i samme region skal koordinere sommerferie således, at alle speciallæger inden for samme speciale ikke er fraværende samtidig. For øvrige specialer skal koordinering så vidt muligt finde sted, dog under hensyn til antallet af speciallæger indenfor specialet.

Stk. 2

Den enkelte speciallæge er pligtig til på dennes telefonsvarer at oplyse om ferie og andet fravær samt henvise til, at oplysning om andre speciallæger kan findes på sundhed.dk. For de specialer, hvor der er lavet feriekoordinering, offentliggør den enkelte region ferieplanen for disse specialer på sin hjemmeside efter indberetning fra FAPS-regionalt. Såfremt en speciallæge har en hjemmeside vedrørende den klinik, som speciallægen driver i henhold til overenskomsten, skal der på hjemmesiden henvises til, at man ved speciallægens fravær kan finde oplysning om andre speciallæger på sundhed.dk.

Tilføjelser til præamblen

Præamblen, dvs. den udviklingsorienterede del af kontrakten om speciallægehjælp, beskriver roller og opgaver i speciallægepraksis. Parterne finder det naturligt, at det herunder fremgår, at speciallægen i udgangspunktet leverer alle de ydelser, der er aftalt i overenskomsten. Dette udgangspunkt fraviges i en række situationer, eksempelvis hvor der foreligger grenspecialisering eller subspecialisering. Endvidere kan fravigelse fra udgangspunktet følge af de ydelsesbeskrivelser mv., der udarbejdes i forbindelse med moderniseringer af de enkelte specialer. Parterne er opmærksomme på, at ikke alle speciallæger inden for samme speciale er uddannet på samme måde.

Som sidste punktum i afsnittet om "Roller og opgaver i speciallægepraksis" i den udviklingsorienterede del indsættes (ny tekst anført med *kursiv*):

"Speciallægen leverer i udgangspunktet alle de ydelser, der er aftalt i overenskomsten."

Det fremgår derudover ikke i dag tydeligt af præamblen, at sektoren også modtager akutte patienter efter henvisning fra alment praktiserende læge. Parterne er i den forbindelse opmærksomme på, at alle klinikker som led i akkrediteringen har

Side 38
udarbejdet retningslinjer for visitation af patienter med akutte eller alvorlige tilstande. Der kan være konkrete grunde til at en praktiserende speciallæge ikke er i stand til at modtage en akut patient, eksempelvis antallet af andre akutte patienter. Der er enighed om, at det er den praktiserende speciallæge, som afgør hvorvidt en patient er akut.

I afsnittet om "Roller og opgaver i speciallægepraksis" i den udviklingsorienterede del indsættes (ny tekst anført med *kursiv*):

"Speciallægepraksis' grundlæggende funktion er også i fremtiden selvstændig varetagelse af undersøgelse, vurdering og afsluttende behandling af de symptomer, sygdomme og helbredsproblemer, som *henviste borgere præsenterer. Herunder modtages henviste akutte patienter til konsultation.*

Note: Der er ikke henvisningspligt til øjen- og ørespecialisten."

Forsendelsesordning vedrørende prøver fra speciallægepraksis

Parterne er enige om, at den nye postlovgivning har medført komplikationer i forhold til rettidig levering af prøver, hvilket kan afføde behov for gentagne prøver, ligesom der kan blive tale om senere svar til patienterne. Parterne ønsker med denne tekst at henlede regionernes opmærksomhed på området og de udfordringer, der kan være omkring forsendelse af prøver.

Justering vedrørende ferie for øjenlæger og øre-, næse- og halslæger

Parterne er enige om, at den nuværende regel for øjenlæger og øre-, næse- og halslæger om begrænsning af ferie på 7 uger ophæves, således at der ikke er et maksimum på, hvor meget ferie, man kan afholde (i lighed med de øvrige specialer).

På baggrund af ovenstående tilrettes overenskomsten som følger:

I overenskomstens specielle del, kapitel 16 og 17 slettes § 7, 1. punktum om ferie.

Henvisning

Justering af regler om henvisningsret

Parterne er enige om, at det præciseres, at der skal indhentes samtykke fra patienten, inden epikrise sendes til henvisende læge i de tilfælde, hvor henvisende læge ikke skal følge op på en konkret undersøgelse eller behandling, der er fore-

taget hos speciallægen. På denne måde bringes overenskomsten i overensstemmelse med sundhedslovens bestemmelser om videregivelse af oplysninger om patienten.

§ 27, stk. 1, affattes herefter som følger:

"Når patienten er færdigundersøgt, og/ eller færdigbehandlet sendes epikrise til henvisende læge efter indhentet samtykke fra patienten.

I tilfælde, hvor henvisende læge skal følge op på en konkret undersøgelse eller behandling, kan epikrise afsendes til henvisende læge uden forudgående indhentelse af samtykke fra patienten, jf. gældende sundhedslovs § 42, stk. 2, nr. 1."

Parterne er endvidere enige om at bringe overenskomstens generelle del § 28, stk. 1, i overensstemmelse med sundhedslovens § 79, stk. 1, vedr. henvisning til sygehusbehandling, således at det også af overenskomsten fremgår, at speciallægerne kan henvise til behandling på sygehus også uden for eget speciale. Samtidig er parterne enige om at revidere § 29, stk. 1, således at bestemmelsen mere generelt fokuserer på henvisning til sygehus fremfor indlæggelse på sygehus, som bestemmelsen er udformet i dag.

På den baggrund tilrettes § 28, stk. 1 som følger:

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

§ 29, stk. 1 tilrettes således:

"Speciallægen kan henvise patienter til offentligt sygehus efter patientens eget valg. Patientens valg skal fremgå af henvisningen."

Øvrige emner

Frasigelse af patienter / serviceklager

Parterne er enige om, at de etiske retningslinjer præciseres og udbygges med henblik på at favne tilfælde, hvor patienter klager over speciallægers opførsel samt de få tilfælde, hvor det kan blive nødvendigt, at patienten skal søge en anden speciallæge.

Derfor tilføjes der til overenskomstens § 8 vedrørende etiske retningslinjer følgende:

”9. I relation til serviceklager har speciallægen og patienten hver især ansvar for at sikre, at kommunikationen forløber hensigtsmæssigt. Speciallægen har som den professionelle part dog et særligt ansvar for, at kommunikationen forløber hensigtsmæssigt.

10. I de få særlige tilfælde, hvor kommunikationen mellem patient og speciallæge gør det umuligt for speciallægen at behandle patienten, eller hvor den gode behandler relation og tillidsforholdet mellem læge og patient må anses for brudt, hvor patienten ikke følger lægens anvisninger, eller hvor det af anden grund er urimeligt, at lægen skal fortsætte samarbejdet med patienten kan speciallægen frasi sig en patient. Speciallægen informerer med omhu om anden relevant behandlingsmulighed”.

Aftaler omkring specialet Diagnostisk Radiologi

Det nuværende kapitel 5 vedr. specialet Diagnostisk Radiologi i den specielle del af overenskomsten er som udgangspunkt alene gældende for patienter i Københavns, Frederiksberg, Tårnby og Dragør kommuner jf. § 6, stk. 1.

På nuværende tidspunkt er der én radiolog i Region Midtjylland, som arbejder under samme kapitel som radiologerne i Region Hovedstaden.

Parterne er enige om at ændre kapitel 5 vedr. specialet diagnostisk radiologi i overenskomstens specielle del, således at det kommer til at gælde for egne borgere som er bosiddende i henholdsvis Region Hovedstaden og Region Midtjylland. Samtidig lægges økonomien fra den eksisterende § 64 aftale i Region Hovedstaden ind i den økonomiske ramme.

Der er herudover enighed om, at der skal ske en faglig revision af specialet Diagnostisk Radiologi som det første speciale efter overenskomstfornyelsen. Ud over gennemførelse af en faglig opdatering af ydelsessortimentet, jf. protokollat og skabelon for modernisering, skal der som led i økonomiforhandlingen af moderniseringen fastlægges en permanent knækgrænse for specialet.

Der aftales følgende ændring af overenskomsten:

§ 6, stk. 1 og 2 ændres til nedenstående:

”Stk. 1

Bestemmelserne i dette kapitel gælder kun for egne borgere som er bosiddende i henholdsvis i Region Hovedstaden samt Region Midtjylland. Regionerne kan beslutte at indføre radiologi i speciallægepraksis også for borgere som er bosiddende uden for de nævnte regioner, jfr. stk. 2.

Stk. 2

Såfremt andre regioner ønsker at indføre radiologi i speciallægepraksis for egne borgere som er bosiddende i regionen, skal der udarbejdes et beslutningsgrundlag vedrørende en samlet planlægning for tilrettelæggelsen af den ambulante del af det radiologiske speciale, jf. § 4 i overenskomstens generelle del.

Ny anmærkning til § 6, stk. 1 og 2:

Borgere, der er bosiddende i en region, som er omfattet af § 6, stk. 1 eller 2, kan alene modtage overenskomstmæssige ydelser fra en praktiserende radiolog, der har ydernummer i borgerens bopælsregion.”

(Resten af § 6 er uændret).

Kontrolstatistik

Parterne har aftalt en ny model for kontrolstatistik.

De nye regler for behandling af kontrolstatistik vil blive taget i brug når praksys.dk er taget i brug i regionerne, dog tidligst første gang i forbindelse med opfølgning for kalenderåret 2018.

Modellen for den nye kontrolstatistik på speciallægeområdet ændres især i forhold til det overordnede udvælgelseskriterie. Fremadrettet vil speciallæger, der afviger med 25 procent eller mere i udgift pr. patient i forhold til gennemsnittet, blive udvalgt til kontrol, medmindre regionen ved, at der er nogle forhold for speciallægen, der gør det velbegrundet, at speciallægen afviger. Reglerne ændres endvidere sådan, at det fremadrettet er muligt at fastsætte en højstegrænse for den gennemsnitlige udgift pr. patient i praksis eller den gennemsnitlige udgift for en eller flere ydelser, med et procenttillæg.

De nye regler fremgår af nedenstående overenskomsttekst samt Protokollat om ny model for kontrolstatistik, som har til formål at forklare baggrunden for ændringerne samt hvordan de nye regler tænkes administreret.

”§ 53. Udarbejdelse af årsopgørelser

Stk. 1

Regionen har adgang til at foretage nærmere undersøgelser af speciallægers behandlings- og ydelsesmønster, herunder at indhente nødvendige oplysninger fra speciallæger med henblik på en belysning af baggrunden for et afvigende behandlings- og ydelsesmønster. Udvælgelsen af speciallæger med et afvigende behandlings- og ydelsesmønster sker som beskrevet i § 54 og finder sted på grundlag af de i § 53, stk. 2 og eventuelt stk. 4 nævnte opgørelser med bilag.

Stk. 2

Regionen foretager hvert år pr. 1. januar en opgørelse over udgifter, antal ydelser og patienter for hvert speciale i det foregående regnskabsår. § 64- og § 65 ydelser er ikke omfattet.

Opgørelserne udarbejdes for henholdsvis fuldtidspraktiserende speciallæger, Side 42
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 svarende til besat kapacitet i perioden.
- 2) De absolutte udgifts-, ydelses- og patienttal.
- 3) Oplysninger om den gennemsnitlige udgift pr. patient for yderen, regionen og landet som helhed. Gennemsnittet findes ved at dividere den samlede udgift med det samlede antal patienter, som er behandlet det pågældende år.
- 4) Oplysning om yderens procentvise afvigelse fra regionens og landets gennemsnitlige udgift pr. patient.
- 5) Oplysningerne om den gennemsnitlige udgift pr. patient for yderen, regionen og landet samt den procentvise afvigelse fordeles på enkeltydelser og summeres på henholdsvis ydelsesundergruppe, ydelseshovedgruppe og hele specialet.
- 6) Oplysninger om patienters alder og køn.
- 7) Tilgangsdato og evt. afgangsdato for klinikken
- 8) Oplysningerne præsenteres for henholdsvis grupper 1 og gruppe 2 sikrede.

Som bilag til opgørelsen skal fremgå en oversigt over antal ydelser pr. patient i klinikken (frekvens 1) og antal ydelser pr. patient, som har modtaget ydelsen (frekvens 2). Oversigten skal være opdelt på enkeltydelser og skal indeholde en sammenligning med henholdsvis regionsgennemsnittet og landsgennemsnittet.

Opgørelserne laves for hver speciallæge for henholdsvis gruppe 1 og gruppe 2 patienter.

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 (årsopgørelsen) vedrørende hver enkelt klinik stilles til rådighed for speciallægen på Praksis- og afregningsportalen på sundhed.dk. Side 43

§ 54. Anvendelse af årsopgørelser

Stk. 1

På baggrund af de i § 53 nævnte årsopgørelser sammenholder regionen for hvert speciale den enkelte speciallæges gennemsnitlige udgift pr. patient med den gennemsnitlige udgift pr. patient for samtlige speciallæger under ét inden for samme praksistype i regionen eller på landsplan.

Stk. 2

Såfremt det ved sammenligningerne i henhold til stk. 1 viser sig, at den gennemsnitlige udgift pr. patient i en praksis i et år afviger med 25 procent eller mere fra gennemsnittet i regionen eller på landsplan, skal der foretages en undersøgelse af årsagen til det afvigende behandlings- og ydelsesmønster, medmindre regionen ved, at der er nogle forhold for speciallægen, der gør det velbegrundet, at speciallægen afviger. Der kan også foretages en undersøgelse, hvor der er forhold i speciallægens behandlings- og ydelsesmønster, herunder for enkelttydelser, som virker påfaldende, dette også uden at grænsen på 25 procent er nået.

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

Stk. 5

Der kan som led i undersøgelsesprocessen indhentes en faglig vurdering fra formanden for speciallægeorganisationen inden for det pågældende speciale og/eller fagligt råd. I tilfælde af grenspecialisering indhentes den faglige vurdering fra et medlem af speciallægeorganisationens bestyrelse, som tilhører det relevante grenspeciale. Følgende materiale i anonymiseret stand kan af regionen fremsendes til brug for afgivelsen af vurdering: regionens høringsbrev, speciallægens hørings svar samt speciallægens kontrolstatistik inkl. bilag.

Stk. 6

Resultatet af regionens undersøgelse og høring af speciallægen forelægges for samarbejdsudvalget, der skal drøfte dette, herunder om der er belæg for speciallægens behandlings- og ydelsesmønster.

Stk. 7

Såfremt samarbejdsudvalget på denne baggrund 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 den gennemsnitlige udgift pr. patient i praksis eller den gennemsnitlige udgift for en eller flere ydelser, i forhold til lands- eller regionsgennemsnittet inden for samme speciale, med et procenttillæg.

Ved fastsættelse af procenttillæggets størrelse i forbindelse med en højstegrænse inddrager samarbejdsudvalget relevante forhold. Der skal som minimum tildeles en margin til afvigelse på 25 procent i forhold til lands- eller regionsgennemsnittet.

Stk. 8

Såfremt samarbejdsudvalget fastsætter en højstegrænse for en speciallæges praksis, gælder følgende:

1. Højstegrænsen har virkning fra den 1. i måneden efter at speciallægen har modtaget meddelelse om den pålagte højstegrænse.
2. Højstegrænser administreres årligt.
3. Der udarbejdes årligt fra højstegrænsens ikrafttrædelse en årsopgørelse for de ydelser, der er omfattet af speciallægens højstegrænse, sammenholdt med lands- eller regionsgennemsnittet for samme ydelser i samme år.
4. Hvis det på baggrund af den under pkt. 3 nævnte årsopgørelse kan konstateres, at højstegrænsen er overskredet, orienteres speciallægen herom, og regionen modregner differencen i speciallægens sædvanlige honorartilgodehavende.
5. Højstegrænsen bortfalder, når speciallægens gennemsnitlige udgift pr. patient i praksis eller den gennemsnitlige udgift for en eller flere ydelser 2 år i træk har ligget under den pålagte højstegrænse, men kan af det udvalg, der har fastsat højstegrænsen, forlænges for et år ad gangen.

Speciallægelandsarbejdsudvalget orienteres om samarbejdsudvalgets beslutning om at pålægge højstegrænser. Side 45

Stk. 9

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

Anmærkning I til § 54:

Protokollat om ny model for kontrolstatistik indeholder en yderligere beskrivelse af fremgangsmåden i forbindelse med håndtering af kontrolstatistikker og højstegrænser.

Anmærkning II til § 54:

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

” Protokollat om ny model for kontrolstatistik

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

De nye regler for behandling af kontrolstatistik vil blive taget i brug når praksys.dk er rullet ud i regionerne. Dog tidligst første gang i forbindelse med opfølgning for kalenderåret 2018.

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

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

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

Disse opgørelser vil være bilag i forlængelse af den nye kontrolstatistik, hvor Side 46
udtagelseskriteriet er den samlede udgift pr. patient i praksis. Det, der tæller
i forhold til udtagelse til kontrol, vil som nævnt være den gennemsnitlige udgift
pr. patient i praksis.

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

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

Der ændres ikke ved den eksisterende undersøgelsesproces, der fortsætter som
hidtil. Dette indebærer, at der skal foretages en konkret vurdering af de enkelte
speciallæger. Overenskomstens bestemmelser kombineret med den proces, der
allerede i dag er i regionerne, sikrer at relevante forhold inddrages i beslutningen
om, hvorvidt der skal føres en kontrolstatistik. Drøftelserne vedr. forskellige
forklaringer og forholds betydning vil fortsat foregå med inddragelse af de eksis-
terende fælles kontrolstatistikudvalg.

Der kan som led i undersøgelsesprocessen indhentes en faglig vurdering fra for-
manden for speciallægeorganisationen inden for det pågældende speciale³ og/el-
ler fagligt råd. Følgende materiale i anonymiseret stand kan af regionen fremsen-
des til brug for afgivelsen af vurdering: regionens høringsbrev, speciallægens hør-
ings svar samt speciallægens kontrolstatistik inkl. bilag.

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

- A. at tildele en speciallæge en advarsel eller udtale misbilligelse, eller

³ I tilfælde af grenspecialisering indhentes den faglige vurdering fra et medlem af speciallægeorganisati-
onens bestyrelse, som tilhører det relevante grenspeciale.

- B. at fastsætte en højstegrænse for den gennemsnitlige udgift pr. patient i praksis eller den gennemsnitlige udgift for en eller flere ydelser, i forhold til lands- eller regionsgennemsnittet inden for samme speciale, med et procenttillæg. Side 47

Ved fastsættelse af procenttillæggets størrelse i forbindelse med en højstegrænse inddrager samarbejdsudvalget relevante forhold⁴. Der skal som minimum tildeles en margin til afvigelse på 25% i forhold til lands- eller regionsgennemsnittet. Hvis der pålægges en højstegrænse på den gennemsnitlige udgift pr. patient i praksis, må dette ikke være til hinder for, at guidelines og nationale kliniske retningslinjer kan overholdes.

Pålagte højstegrænser administreres årligt. Der udarbejdes årligt fra højstegrænsens ikrafttrædelse en årsopgørelse for de ydelser, der er omfattet af speciallægens højstegrænse, sammenholdt med lands- eller regionsgennemsnittet⁵ for samme ydelser i samme år. Hvis det på baggrund af årsopgørelsen kan konstateres, at højstegrænsen er overskredet, orienteres speciallægen herom, og regionen modregner differencen i speciallægens sædvanlige honorartilgodehavende.”

Vandelsbestemmelse

Parterne er enige om at skabe mulighed for via det paritetiske system at kunne fratage en speciallæge retten til at praktisere efter overenskomsten, hvis speciallægen er dømt for strafbart forhold, og således har overtrådt andre regelsæt end overenskomsten. Der er enighed om, at der skal være tale om strafbart forhold af særlig alvorlig karakter, der anses for uforeneligt med speciallægens virke under overenskomsten. Ligeledes kan en speciallæge suspenderes midlertidigt, hvis vedkommende er sigtet eller tiltalt for strafbart forhold af særlig alvorlig karakter, der anses for uforeneligt med speciallægens virke under overenskomsten. Speciallægen har mulighed for at ansætte vikar i suspensionsperioden. Speciallægen modtager under suspension økonomisk kompensation fra regionen.

Det er endvidere aftalt, at en speciallæge forud for erhvervelse af ydernummer efter overenskomst om speciallægehjælp skal kunne fremvise børneattest uden alvorlige anmærkninger af relevans for at virke under overenskomsten. Er dette ikke tilfældet, kan speciallægen ikke erhverve ydernummeret.

⁴ Relevante forhold kan eksempelvis være, om der er tale om et speciale med få speciallæger, om speciallægen har særlige kompetencer, om der eksisterer en grenopdeling inden for specialet eller om speciallægen varetager subspecialiserede behandlinger inden for specialet eller om geografiske forhold medfører at speciallægen varetager flere typer behandlinger end gennemsnittet.

Populationerne inden for de enkelte specialer på speciallægeområdet er små sammenlignet med andre praksisområder, hvilket kan indebære at regionale og nationale gennemsnitsudgifter varierer mere fra år til år. Subspecialisering kan indebære, at kun en andel af speciallægerne varetager omkostningstunge behandlinger. Flere specialer er grenopdelte.

⁵ Afhængig af, hvilket gennemsnit højstegrænsen er fastsat i forhold til.

Der er derfor enighed om, at overenskomstens bestemmelser tilføjes nedenstående:

Der tilføjes et nyt stk. 2 til overenskomstens § 7:

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

Der tilføjes en anmærkning til § 7, stk. 2:

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

(Vejledningen fremgår nedenfor. Vejledningen optages som et bilag til overenskomsten).

Bestemmelsens nuværende stk. 2-8 med tilhørende anmærkninger fortsætter uændret, men nummereringen forskydes til stk. 3-9.

Der tilføjes et nyt stk. 3 og stk. 4 til overenskomstens § 69:

"Stk. 3. Samarbejdsudvalget har i tilfælde, hvor en speciallæge er sigtet eller tiltalt for strafbart forhold af særlig alvorlig karakter, der anses for uforeneligt med speciallægens virke under overenskomsten, adgang til at indstille til SSU, at speciallægen suspenderes midlertidigt fra at praktisere efter overenskomsten."

"Stk. 4. Samarbejdsudvalget har ved en speciallæges domfældelse for strafbart forhold af særlig alvorlig karakter, der anses for uforeneligt med speciallægens virke under overenskomsten, adgang til at indstille til SSU, at speciallægen midlertidigt eller permanent udelukkes fra at praktisere efter overenskomsten."

Bestemmelsens nuværende stk. 3 ændres til stk. 7.

Der tilføjes et nyt litra h) til overenskomstens § 71, stk. 2:

"h) Suspendere speciallægen midlertidigt fra at praktisere efter overenskomsten, hvis speciallægen er sigtet eller tiltalt for et strafbart forhold af særlig alvorlig karakter, der anses for uforeneligt med speciallægens virke under overenskomsten. Regionen skal i suspensionsperioden betale en økonomisk kompensation til speciallægen svarende til 85 % af speciallægens sygesikringsomsætning i det seneste

kalenderår. Speciallægen har i suspensionsperioden ret til at ansætte en vikar. Suspensionen ophører uden videre, når den tilgrundliggende sigtelse eller tiltale frafalder, eller der sker frifindelse.”

Bestemmelsens nuværende litra h) - j) fortsætter uændret, men litreringen forskydes til litra l) - n).

Der tilføjes et nyt litra i) til § 71, stk. 2

”i) Udelukke speciallægen – midlertidigt eller permanent – fra at praktisere efter overenskomsten, hvis speciallægen er dømt for strafbart forhold af særlig alvorlig karakter, der anses for uforeneligt med speciallægens virke under overenskomsten. Speciallægen gives en frist på 6 måneder regnet fra meddelelsen af SSUs afgørelse til at forsøge at afhænde sin praksis. Speciallægen har i denne periode ret til at ansætte en vikar. Efter de 6 måneder vil ydernummeret gå tilbage til regionen uden yderligere, hvis der ikke er indgået aftale om overdragelse af ydernummeret forinden.”

Der tilføjes følgende til § 47, stk. 1

”Der er endvidere ret til at ansætte en vikar i de i § 71, stk. 2, litra h) – i) nævnte situationer samt i de i §§ 15 a, 15 b, 15 c, 15 e, 15 f og 15 g nævnte situationer.”

”Vejledning om procedure for indhentelse og vurdering af børneattester i forbindelse med erhvervelse af en praksis i henhold til overenskomst om speciallægehjælp

1. Når regionen modtager en henvendelse om erhvervelse af ydernummer eller køb af en praksis indhentes der en børneattest⁶.
2. Regionen sender samtykkeerklæringen til speciallægens e-boks med anmodning om godkendelse til at indhente børneattesten.

⁶ En børneattest indeholder oplysning om domme, bøder og tiltalefrafald med vilkår for overtrædelse af straffelovens regler om seksuelle krænkelser af børn under 15 år og børnepornografi, herunder:

- incest, samleje eller anden kønslig omgang med et barn under 15 år
- blufærdighedskrænkelser af et barn under 15 år
- udbredelse eller besiddelse af børnepornografi.

Vilkår kan f.eks. være om tilsyn, gennemførelse af en uddannelse eller betaling af en bøde. Udenlandske afgørelser for tilsvarende lovovertrædelser vil også fremgå af børneattesten, hvis de er registreret i Kriminalregisteret. Børneattesten adskiller sig fra den private og offentlige straffeattest ved, at oplysningerne typisk fremgår i længere – men aldrig kortere – tid. Hvor længe oplysningerne fremgår, afhænger af den begåede lovovertrædelse og straffen herfor. Oplysningerne om en begået lovovertrædelse vil fremgå af børneattesten i mindst 10 år regnet fra f.eks. dommen, løsladelsen eller bødens betaling. Domme for visse sædelighedsforbrydelser slettes tidligst efter 20 år regnet fra f.eks. dommen eller løsladelsen, mens domme for grove sædelighedsforbrydelser vil fremgå mindst til den registrerede fylder 80 år, i nogle tilfælde til den registrerede dør.

3. Speciallægen godkender anmodningen med NemID.
4. Anmodningen sendes derefter automatisk til Rigspolitiet, der fremsender attesten med sikker post til den person i regionen, der er udpeget som modtager. Der skal udpeges én person i regionen, der altid modtager børneattesterne. Børneattesterne skal journaliseres på en lukket sag, hvortil kun de få medarbejdere, der behandler sagen, har adgang⁷.
5. Børneattesten vurderes af den eller de medarbejdere, der er udpeget til at behandle sådanne sager. Giver børneattesten ikke anledning til bemærkninger, giver regionen lægen skriftlig besked om, at den pågældende speciallæge kan få ydernummer/erhverve praksis.
6. Er der anmærkninger på børneattesten, der giver regionen anledning til at overveje, at der ikke skal gives ydernummer eller godkendelse til praksiskøb, partshører regionen speciallægen herover. Efter partshøringsfristens udløb træffer regionen afgørelse i sagen⁸."

Overenskomstmæssige konsekvenser som følge af visse ændringer i en speciallæges autorisation

I situationer, hvor der sker ændringer i en speciallæges autorisation, vil speciallægen ikke kunne udføre lægeligt arbejde helt eller delvist, så længe ændringen står på. Dette gælder midlertidig eller permanent autorisationsfratagelse, midlertidig eller permanent virksomhedsindskrænkning, speciallægens fraskrivelse af autorisation, frakendelse af retten til at udøve virksomhed som læge ved dom for strafbart forhold samt bortfald af ret til selvstændigt virke efter det fyldte 75 år.

Parterne er enige om, at der i disse situationer er behov for et regelsæt der fastslår, hvorledes der skal forholdes i forhold til speciallægens ydernummer. Der er i disse situationer dels et stort behov for at tage hensyn til patienterne, således at disse fortsat kan regne med at modtage den optimale behandling, dels et behov for at regionerne kan planlægge kapaciteten på området, og dels et behov for at sikre speciallægens retssikkerhed.

Parterne er derfor enige om at skabe mulighed for at kunne drage overenskomst-mæssige konsekvenser over for en speciallæge som følge af ovennævnte ændrin-

⁷ Der er nødt til at være mere end én medarbejder af hensyn til sygdom og fravær, således at sagsbehandlingen ikke stranded ved ferie osv.

⁸ Det er udgangspunktet, at en sådan afgørelse træffes på praksischefniveau eller tilsvarende.

ger i speciallægens autorisation. Fælles for de forskellige situationer er, at speciallægen i et varierende omfang har ret til at ansætte vikar i en vis periode samt ret til at afhænde sin praksis inden for en vis frist under forudsætning af, at ændringen i autorisationen fortsat er aktuel på tidspunktet for afgørelsen.

Side 51

Følgende nye bestemmelser indsættes derfor i overenskomsten:

”§ 15 a. Midlertidig autorisationsfratagelse

I tilfælde af, at en speciallæge fratages sin autorisation midlertidigt af Styrelsen for Patientsikkerhed, skal følgende procedure følges:

1. Fra tidspunktet for midlertidig autorisationsfratagelse gives speciallægen 1 år til at drive sin praksis videre ved vikar, før der sker eventuelle konsekvenser ift. fratagelse af ydernummeret.
2. Regionen underretter overenskomstens parter om afgørelsen om den midlertidige autorisationsfratagelse, så snart regionen modtager underretning fra myndighederne.
3. Speciallægen har ret til at ansætte en vikar i perioden, som har speciallægeanerkendelse inden for det pågældende speciale.
4. Hvis speciallægen ansætter en vikar, er speciallægen forpligtet til at underrette regionen om navn og autorisationsnummer på denne, ligesom vikar også skal fremgå af sundhed.dk.
5. Såfremt autorisationen fortsat er midlertidigt frataget ved udløbet af 1-årsperioden, partshører regionen speciallægen om påtænkt fratagelse af ydernummeret.
6. Regionen træffer afgørelse om fratagelse af ydernummer efter udløbet af partshøringsfristen. Regionen påser i den forbindelse, at autorisationen fortsat er frataget. Der er tale om en helt objektiv prøvelse, og regionen tager ikke stilling til grundlaget for autorisationsfratagelsen.
7. Fra tidspunktet for regionens afgørelse om fratagelse af ydernummer gives speciallægen 6 måneder til at forsøge at afhænde sin praksis. Afhændelsesfristen angives i afgørelsen om fratagelse af ydernummer. Efter de 6 måneder vil ydernummeret gå tilbage til regionen uden yderligere, hvis der ikke er indgået aftale om overdragelse af ydernummeret forinden, og hvis autorisationen ikke er tilbagegivet af Styrelsen for Patientsikkerhed forinden.
8. Speciallægen har ret til på et hvilket som helst tidspunkt at afhænde sin praksis indtil udløbet af afhændelsesfristen.
9. Speciallægen har ret til at have vikar ansat indtil udløbet af afhændelsesfristen.”

”§ 15 b. Permanent autorisationsfratagelse

Side 52

I tilfælde af, at en speciallæge fratages sin autorisation permanent ved dom, skal følgende procedure følges, med mindre ydernummeret allerede er frataget efter proceduren i § 15 a om midlertidig autorisationsfratagelse:

1. Regionen underretter overenskomstens parter om autorisationsfratagelsen ved dom, så snart regionen modtager underretning herom fra myndighederne.
2. Fra tidspunktet for endelig dom, der fratager autorisationen, gives speciallægen 6 måneder af regionen til at forsøge at afhænde sin praksis.
3. 6 måneder efter endelig dom vil ydernummeret gå tilbage til regionen uden yderligere, hvis der ikke er indgået aftale om overdragelse af ydernummeret til en anden speciallæge forinden.
4. Hvor dommen er anket, men hvor anken ikke er tillagt opsættende virkning, regnes tidspunktet i pkt. 1-2 fra tidspunktet for domsafsigelsen i 1. instans.
5. Speciallægen har ret til at ansætte en vikar, som har speciallægeanerkendelse inden for det pågældende speciale. Hvis speciallægen ansætter en vikar, er speciallægen forpligtet til at underrette regionen om navn og autorisationsnummer på denne, ligesom vikar også skal fremgå af sundhed.dk.
6. Speciallægen har ret til på et hvilket som helst tidspunkt at afhænde sin praksis indtil udløbet af afhændelsesfristen.
7. Speciallægen har ret til at have vikar ansat indtil udløbet af afhændelsesfristen.”

”§ 15 c. Midlertidig virksomhedsindskrænkning

I tilfælde af, at en speciallæge pålægges en midlertidig virksomhedsindskrænkning af Styrelsen for Patientsikkerhed, skal følgende procedure følges:

1. Fra tidspunktet for midlertidig virksomhedsindskrænkning gives speciallægen 1 år til at drive sin praksis videre ved vikar, før der sker eventuelle konsekvenser i forhold til fratagelse af ydernummeret.
2. Hvis virksomhedsindskrænkningen er til hinder for, at speciallægen kan opfylde sine overenskomstmæssige forpligtelser, har speciallægen ret til at ansætte vikar i perioden, som har speciallægeanerkendelse inden for det pågældende speciale.
3. Hvis speciallægen ansætter en vikar, er speciallægen forpligtet til at underrette regionen om navn og autorisationsnummer på denne, ligesom vikar også skal fremgå af sundhed.dk.

4. Såfremt virksomhedsindskrænkningen fortsat er i kraft ved udløbet af 1-årsperioden, partshører regionen speciallægen om påtænkt fratagelse af ydernummeret, såfremt virksomhedsindskrænkningen vurderes at være en hindring for, at speciallægen kan opfylde sine overenskomstmæssige forpligtelser. Side 53
5. Herefter forelægges sagen for samarbejdsudvalget.
6. Samarbejdsudvalget skal vurdere, om det er muligt for speciallægen at opfylde sine forpligtelser efter overenskomsten.
7. Hvis dette vurderes ikke at være tilfældet, kan samarbejdsudvalget indstille til SSU at udelukke speciallægen fra at praktisere efter overenskomsten.
8. SSU træffer afgørelse om, hvorvidt speciallægen skal udelukkes fra at praktisere efter overenskomsten.
9. Fra tidspunktet for SSUs afgørelse om fratagelse af ydernummer, gives speciallægen 6 måneder til at forsøge at afhænde sin praksis. Afhændelsesfristen angives i afgørelsen om fratagelse af ydernummer. Efter de 6 måneder vil ydernummeret gå tilbage til regionen uden yderligere, hvis der ikke er indgået aftale om overdragelse af ydernummeret forinden, og hvis virksomhedsindskrænkningen ikke er ophævet af Styrelsen for Patientsikkerhed forinden.
10. Speciallægen har ret til på et hvilket som helst tidspunkt at afhænde sin praksis indtil udløbet af afhændelsesfristen.
11. Speciallægen har ret til at have vikar ansat indtil udløbet af afhændelsesfristen.”

”§ 15 d. Permanent virksomhedsindskrænkning

I tilfælde af, at en speciallæge ved dom pålægges en permanent virksomhedsindskrænkning, skal følgende procedure følges, med mindre ydernummeret allerede er frataget efter proceduren i § 15 c om midlertidig virksomhedsindskrænkning:

1. Regionen forelægger sagen for samarbejdsudvalget, når regionen modtager oplysning om virksomhedsindskrænkning af en speciallæge ved endelig dom.
2. Hvor dommen er anket, men hvor anken ikke er tillagt opsættende virkning, forelægger regionen sagen for samarbejdsudvalget, når der er sket domsafsigelse i 1. instans.
3. Samarbejdsudvalget skal vurdere, om det er muligt for speciallægen at opfylde sine forpligtelser efter overenskomsten.

4. Hvis dette vurderes ikke at være tilfældet, kan samarbejdsudvalget indstille til SSU at udelukke speciallægen fra at praktisere efter overenskomsten.
5. SSU træffer afgørelse om, hvorvidt speciallægen skal udelukkes fra at praktisere efter overenskomsten.
6. Fra tidspunktet for SSUs afgørelse om fratagelse af ydernummer, gives speciallægen 6 måneder til at forsøge at afhænde sin praksis. Afhændelsesfristen angives i afgørelsen om fratagelse af ydernummer. Efter de 6 måneder vil ydernummeret gå tilbage til regionen uden yderligere, hvis der ikke er indgået aftale om overdragelse af ydernummeret forinden, og hvis virksomhedsindskrænkningen ikke måtte være ophævet forinden.
7. Speciallægen har ret til på et hvilket som helst tidspunkt at afhænde sin praksis indtil udløbet af afhændelsesfristen.
8. Speciallægen har ret til at have vikar ansat indtil udløbet af afhændelsesfristen.”

”§ 15 e. Fratagelse af ydernummer i tilfælde af henholdsvis fraskrivelse af autorisation eller frakendelse af retten til at udøve virksomhed som læge ved dom for strafbart forhold

I tilfælde af, at en speciallæge fraskriver sig sin autorisation eller, at en speciallæge frakendes retten til at udøve virksomhed som læge ved dom for strafbart forhold, skal følgende procedure følges:

1. Så snart regionen modtager underretning fra Styrelsen for Patientsikkerhed om fraskrivelse af autorisationen, orienterer regionen overenskomstens parter om fraskrivelsen. Det samme gælder underretning fra offentlig myndighed om frakendelse af retten til at udøve virksomhed som læge ved dom for strafbart forhold.
2. Fra tidspunktet for, at en speciallæge har fraskrevet sig sin autorisation eller, at en speciallæge ved dom for strafbart forhold er blevet frakendt retten til at udøve virksomhed som læge, gives speciallægen 6 måneder til at drive sin praksis videre ved vikar, før der sker eventuelle konsekvenser ift. fratagelse af ydernummeret.
3. Speciallægen har i perioden ret til at ansætte en vikar, som har speciallægeanerkendelse inden for det pågældende speciale. Hvis speciallægen ansætter en vikar, er speciallægen forpligtet til at underrette regionen om navn og autorisationsnummer på denne, ligesom vikar også skal fremgå af sundhed.dk.
4. Såfremt speciallægen fortsat har fraskrevet sig sin autorisation, eller speciallægen fortsat er frakendt retten til at udøve virksomhed som læge ved

dom for strafbart forhold ved udløbet af 6-månedersperioden, parts- Side 55
hører regionen speciallægen om påtænkt fratagelse af ydernummer.

5. I tilfælde af generhvervelse af autorisationen er speciallægen forpligtet til selv at orientere regionen herom.
6. Regionen træffer afgørelse om fratagelse af ydernummer efter udløbet af partshøringsfristen. Regionen påser i den forbindelse, at autorisationen fortsat er fraskrevet, eller at retten til at udøve virksomhed som læge fortsat er frakendt ved dom for strafbart forhold. Der er tale om en helt objektiv prøvelse, og regionen tager ikke stilling til grundlaget for autorisationsfraskrivelsen eller rettighedsfrakendelsen.
7. Fra tidspunktet for regionens afgørelse om fratagelse af ydernummer, gives speciallægen 6 måneder til at forsøge at afhænde sin praksis. Afhændelsesfristen angives i afgørelsen om fratagelse af ydernummer. Efter de 6 måneder vil ydernummeret gå tilbage til regionen uden yderligere, hvis der ikke er indgået aftale om overdragelse af ydernummeret forinden, og hvis autorisationen eller retten til at udøve virksomhed som læge ikke er tilbagegivet forinden.
8. Speciallægen har ret til på et hvilket som helst tidspunkt at afhænde sin praksis indtil udløbet af afhændelsesfristen.
9. Speciallægen har ret til at have vikar ansat indtil udløbet af afhændelsesfristen.”

”§ 15 f. Forbud

Hvis en speciallæge gives forbud mod helt eller delvist at udøve sin faglige virksomhed, har speciallægen ret til at ansætte en vikar med speciallægeanerkendelse inden for det pågældende speciale. Hvis speciallægen ansætter en vikar, er speciallægen forpligtet til at underrette regionen om navn og autorisationsnummer på denne, ligesom vikar også skal fremgå af sundhed.dk.”

”§ 15 g. Bortfald af ret til selvstændigt virke efter det fyldte 75. år

Hvis en speciallæge ikke af Styrelsen for Patientsikkerhed gives tilladelse til fortsat udøvelse af selvstændig faglig virksomhed helt eller delvis, når speciallægen er fyldt 75 år, følges proceduren vedrørende permanent autorisationsfratagelse jf. § 15 b:

1. Regionen underretter overenskomstens parter om bortfaldet af retten til selvstændigt virke efter det fyldte 75. år, så snart regionen modtager underretning herom fra myndighederne.
2. Fra tidspunktet for bortfaldet af retten til selvstændigt virke, gives speciallægen 6 måneder af regionen til at forsøge at afhænde sin praksis.

3. 6 måneder efter bortfald af retten til selvstændigt virke vil ydernummeret gå tilbage til regionen uden yderligere, hvis der ikke er indgået aftale om overdragelse af ydernummeret til en anden speciallæge forinden.
4. Speciallægen har ret til at ansætte en vikar, som har speciallægeanerkendelse inden for det pågældende speciale. Hvis speciallægen ansætter en vikar, er speciallægen forpligtet til at underrette regionen om navn og autorisationsnummer på denne, ligesom vikar også skal fremgå af sundhed.dk.
5. Speciallægen har ret til på et hvilket som helst tidspunkt at afhænde sin praksis indtil udløbet af afhændelsesfristen.
6. Speciallægen har ret til at have vikar ansat indtil udløbet af afhændelsesfristen.”

Side 56

Der tilføjes et nyt stk. 5 og stk. 6 til overenskomstens § 69:

”Stk. 5. Samarbejdsudvalget har i tilfælde af en speciallæges midlertidige virksomhedsindskrænkning adgang til at indstille til SSU, at speciallægen midlertidigt eller permanent udelukkes fra at praktisere efter overenskomsten. Proceduren i § 15 c følges.”

”Stk. 6. Samarbejdsudvalget har i tilfælde af en speciallæges permanente virksomhedsindskrænkning adgang til at indstille til SSU, at speciallægen midlertidigt eller permanent udelukkes fra at praktisere efter overenskomsten. Proceduren i § 15 d følges.”

Bestemmelsens nuværende stk. 3 ændres til stk. 7.

Der tilføjes et nyt litra j) og litra k) til § 71, stk. 2:

” j) Udelukke speciallægen – midlertidigt eller permanent - fra at praktisere efter overenskomsten, hvis speciallægen er pålagt en midlertidig virksomhedsindskrænkning. Proceduren i § 15 c følges.”

”k) Udelukke speciallægen – midlertidigt eller permanent – fra at praktisere efter overenskomsten, hvis speciallægen er pålagt en permanent virksomhedsindskrænkning. Proceduren i § 15 d følges.”

Bestemmelsens nuværende litra h) - j) fortsætter uændret, men litreringen forskydes til litra l) - n).

Der tilføjes følgende til § 47, stk. 1:

”Der er endvidere ret til at ansætte en vikar i de i § 71, stk. 2, litra h) – i) nævnte situationer samt i de i §§ 15 a, 15 b, 15 c, 15 e, 15 f og 15 g nævnte situationer.”

Side 57

Tilretning af § 49 om journalaudit

Parterne er enige om at foretage en mindre tilpasning af § 49, vedrørende adgangen til at foretage journalaudit. § 49, stk. 8, affattes derfor som nedenfor:

§ 49, stk. 8.

Når særlige forhold gør sig gældende har regionen adgang til at sammenholde det til regionen fremsendte regningsmateriale med det materiale hos speciallægen, der har dannet grundlag for regningskravet. Gennemgangen foretages af et af de speciallægelige medlemmer af samarbejdsudvalget i samarbejde med regionen. Hvis regionen finder, der er behov for det, kan regionen anmode et medlem af bestyrelsen for den relevante speciallægeorganisation om at deltage. Samarbejdsudvalget orienteres.

Arbejdsgruppe vedrørende øjenspecialet

Parterne har i forbindelse med modernisering af specialet øjenlægehjælp aftalt en rammevilkår vedrørende kontrol af anti-VEGF behandlede patienter. FAPS har via sine medlemmer konstateret, at øjenafdelinger landet over sender patienterne ud i praksis uden at der er sket en aktivering af rammeaftalen. Flere regioner har meddelt, at de finder rammeaftalens ydelsesbeskrivelse uklar. For at rette op på eventuelle uklarheder i ydelsesbeskrivelsen, har parterne aftalt at nedsætte en hurtigt arbejdende arbejdsgruppe

Arbejdsgruppen skal gennemgå og foretage klarificering af eventuelle uklarheder i ydelsesbeskrivelsen for Kontrol af anti-VEGF behandlede patienter (ydelse 5000).

Arbejdsgruppen afholder 1 møde. Mødet afholdes primo november 2017. Arbejdsgruppen afslutter sit arbejde med en evt. revideret ydelsesbeskrivelse, der godkendes af overenskomstparterne på skriftligt grundlag, eller senest på forhandlingsudvalgsmødet i december 2017.

Parterne udpeger hver især relevante deltagere i arbejdsgruppen.

Arbejdsgruppen sekretariatsbetjenes af det fællesregionale sekretariat og FAS' sekretariat i fællesskab.

Eventuelle honorarmæssige konsekvenser som følge af præciseringen af ydelsesbeskrivelsen aftales mellem parterne efterfølgende.

Ikrafttrædelse

Side 58

Overenskomsten, med de ændringer, der følger af nærværende aftale, træder i kraft den 1. april 2018.

Parterne er enige om, at næste forhandling af overenskomsten på uopsagt grundlag bør være gennemført til ikrafttræden den 1. april 2022.

København den 2. oktober 2017

For
Regionernes
Lønnings- og Takstnævn




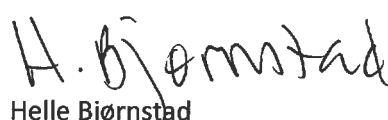
Anders Kühnau

For
Foreningen af Praktiserende
Speciallæger



Niels Henrik Nielsen

/

Signe Friberg

/

Helle Bjørnstad

Bilag A: Oversigt over økonomi til kvalitetstiltag

Side 59

	År 1 (18)	År 2 (19)	År 3 (20)	År 4 (21)	Noter
eKVIS sekretariat	3.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000	1
Datadrevet kvalitet					
Driftsaftale med DAK-E	1.400.000	1.400.000			2
Fremtidssikring af Sentinel	1.000.000	1.500.000			3
Drift i ny organisering		1.500.000	4.000.000	4.000.000	4
Udviklingsgrupper samt implementering af data-projekter		500.000	1.000.000	1.000.000	5
PRO projekter					
Drift af Ortobase	117.000	117.000	350.000	350.000	6
Drift af DØNHODatabasen	170.000	170.000	650.000	650.000	7
Udvikling af nye PRO-projekter	1.000.000	1.500.000	1.500.000	1.500.000	8
Drift af PRO-projekter		500.000	1.500.000	1.500.000	9
Akkreditering					
Akkrediteringssite			800.000	800.000	10
Udvikling af 2. version og implementering	600.000				11
IKAS - surveybesøg	110.000	3.460.000	4.220.000	3.230.000	12
Arbejdsgruppe om fremtidig model for kvalitetsarbejde		100.000	100.000		13
Implementering af diagnosekodning	1.000.000				14
Kompetencedage	2.500.000	2.500.000	2.500.000	2.500.000	
I alt	10.897.000	16.247.000	19.620.000	18.530.000	

Noter til økonomioversigt 2017

1. Sekretariatet udvides permanent fra 2 til 3 medarbejdere. Udgiften bliver således fremadrettet på 3 mio. kr. årligt. Udgiften dækker kontorhold, løn, transportudgifter til møder med samarbejdspartnere, i organisationer og netværk, forplejning til møder i styregruppen og med samarbejdspartnere, introduktion af nye ydere mv., der ikke er relateret til specifikke data- eller PRO-projekter.
2. eKVIS har en driftsaftale med DAK-E, der dækker brug af Sentinel og akkrediteringssite. Dette skal fortsætte indtil ny organisering er på plads.
3. Midler til dokumentation af Sentinel samt midler til analyse med henblik på fremtidssikring af Sentinel mv.
4. Midler afsat til ny organisering af datadrevet kvalitet. I år 2 er forudsat indfasning af den nye organisering, samtidig med fortsat drift og afvikling af aftalen med DAK-E (note 2). Den nye organisering skal varetage opgaver med indsamling, udvikling, opbevaring og videregivelse af data til kvalitetsudvikling i speciallægepraksis. Det handler blandt andet om den tekniske udvikling af popupper, drift af servere til opbevaring, udvikling af kvalitetsrapporter til speciallægerne samt sikring af videregivelse af data til nationale registre og databaser samt regioner.
5. Dataprojekter indebærer, at der skal udvælges nogle faglige forhold inden for de enkelte specialer, som det er relevant at monitorere på, samt at der udvælges indikatorer, der kan belyse dette. Udviklingen af dataprojekter sker i projektgrupper bestående af 4 speciallæger inden for pågældende speciale, bistået af eKVIS. Projektgruppen skal også levere det faglige indhold til implementeringsfasen. Udgifterne under denne post dækker: Honorering af speciallæger for deltagelse i projektgrupper. Der forventes afholdt i gennemsnit 5 møder i en udviklingsgruppe. Endvidere lokaler og forplejning til afholdelse af introduktionsmøder og workshops mv., når et dataprojekt skal igangsættes i hele specialet. Yderligere vil der blive udgifter til evaluering og opfølgning på dataprojekter.

Speciallægenes deltagelse i introduktion og workshops mv. finansieres efter reglerne om efteruddannelse/kompetencedage.

6. Drift af eksisterende database, Ortobase, og forventet udrulning til alle ortopædkirurger fra år 3, under forudsætning af, at der træffes beslutning om udrulning.
7. Drift af eksisterende database, DØNHO databasen, og forventet udrulning til alle ørelæger fra år 3, under forudsætning af, at der træffes beslutning om udrulning.
8. Midler til at udvikle og implementere nye specialespecifikke PRO projekter. Projekterne kan have forskellige karakter, men målrettet de enkelte specialer. Udgiften forventes at være stigende, da der i starten skal bruges tid til at få tilrettelagt koncept. Der vil desuden være mere kapacitet i eKVIS til at prioritere arbejdet med PRO projekter i år 2 og 3, når opgaverne med revision af standarder til akkreditering og samt igangsætning af diagnosekodning er afsluttet. Udgiften dækker:
 - Kontrakter med leverandører, betaling af licenser og for brug af validerede spørgeskemaer m.v.
 - Honorering af speciallæger for deltagelse i projektgrupper, der skal levere det faglige indhold i såvel udviklings- som implementeringsfasen. Implementeringsudgifter: lokaler og forplejning til afholdelse af introduktionsmøder og workshops mv.
 - Speciallægenes deltagelse i introduktion, workshops mv finansieres efter reglerne om efteruddannelse/kompetencedage
9. Der forventes udgift til drift af IT-løsning i forbindelse med PRO. Driftsudgiften vil være stigende i perioden efterhånden som flere PRO projekter igangsættes. Størrelsen af udgiften vil afhænge af setup.
10. Denne udgiftspost afhænger af om DAK-E fortsat kan varetage drift og support af akkrediteringssitet, som i dag er en del af driftsaftalen med DAK-E. Hvis DAK-E ikke kan varetage denne funktion, skal der findes ekstern leverandør. I forbindelse med flytning af akkrediteringssitet vil der endvidere være udgifter til dokumentation og overdragelse. Det er forudsat at DAK-E varetager funktionen i år 1 og 2, hvilket er omfattet af den gældende driftsaftale. Det kan være hensigtsmæssigt, at DAK-E varetager funktionen også i 2020 og 2021, da DAK-E forventeligt også skal drive akkrediteringssite for de medlemmer af PLO, der vælger akkreditering.
11. Honorering af en udviklingsgruppe, der skal opdatere standarder og survey-koncept. Det forventes, at der skal deltage ca. 5 speciallæger i arbejdet. Der forventes afholdt 5 møder. Udgiften dækker:

Udvikling af specialeguides målrettet de 15 specialer. Afholdelse af møder med speciallægeorganisationer, honorering, mødelokale og forplejning. Implementering: evt. fyraftensmøder. Side 62

12. Der foreligger selvstændigt budget fra IKAS, fremsendt til FAPS d. 20. september.
13. Der er regnet med honorering af 5 speciallægers deltagelse i arbejdet med fremtidig model for kvalitetsarbejdet. Endvidere midler til mødelokaler og forplejning.
14. For at sikre, at diagnosekodning bliver et anvendeligt redskab for regionerne og i forbindelse med speciallægenes benchmark vil det være nødvendigt, at man inden for et givet speciale anvender en ensartet kodepraksis. Post 14 dækker udgift til møder mellem eKVIS og repræsentanter fra de 15 specialer vedrørende kodepraksis. Efterfølgende skal specialets øvrige praktiserende speciallæger introduceres til kodepraksis på workshops/møder i specialerne. Det vil også være relevant med vejledninger og andet materiale.

Speciallægenes deltagelse i introduktion, workshops mv. finansieres som kompetencedage.