

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

14-08-2025

EMN-2024-00974

1797203

Tina Vester Jensen

Aftale om fornyelse af overenskomst om speciallægehjælp mellem
Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN)
og Foreningen af Speciallæger (FAS)

Tid	København, den 14. august 2025
Sted	Danske Regioner
Deltagere	Repræsentanter for Foreningen af Speciallæger og Regionernes Lønnings- og Takstnævn
Emne	Aftale om overenskomst om speciallægehjælp

Indholdsfortegnelse

1. KVALITET	3
1.1. AMBITIONER FOR KVALITETSARBEJDET I SPECIALLÆGEPRAKSIS	3
1.2. YDERLIGERE UNDERSTØTTELSE AF KLYNGERNE I SPECIALLÆGEPRAKSIS	3
1.3. STRATEGIPLAN FOR 2026 OG 2027	4
1.4 ØKONOMI I KVALITETSKLYNGERNE	7
1.4.1. Anvendelse af økonomi til kvalitetsområdet	8
1.5. KLYNGEMEDLEMMERNES AKTIVITET I KLYNGEARBEJDET	9
1.6. RAPPORTERING TIL REGIONERNE	9
1.7. MULIGHED FOR VIKAR FOR MEDLEMMER AF STYREGRUPPER FOR KLINISKE KVALITETSDATABASER	10
1.9. OPDATERING AF GÆLDENDE OVERENSKOMST FOR KVALITETSOMRÅDET	11
1.10. PROTOKOLLAT AF 18-09-2021 OM DATADREVET KVALITET	15
1.11. PROTOKOLLAT AF 14-08-2025 OM KVALITETSKLYNGER	16
2. FAGLIG MODERNISERING	19
2.1. REVISION AF GÆLDENDE PROTOKOLLATER VEDRØRENDE MODERNISERING SAMT SKABELON FOR GENNEMFØRSEL AF MODERNISERING	19
2.1.1. Protokollat af 14-08-2025 om faglig modernisering	19
2.1.2. Protokollat af 14-08-2025 kommissorium for moderniseringsudvalget på speciallægeområdet	22
2.2. OPGAFLYTNING	29
3. DIGITALISERING	30
3.1. DIGITAL SUNDHED DANMARK INDSKRIVES I DIALOGFORUM	30
3.2. ANALYSE AF KOMMUNIKATION MED PATIENTERNE	30
3.3. UDARBEJDELSE AF ANALYSE OVER DIGITALISERING AF SPECIALLÆGEPRAKSIS	31
3.3.1. Kommissorium for fælles analyse af behov og muligheder for digitalisering i speciallægepraksis	32
3.4 ØKONOMI TIL DIGITALE TILTAG	33
4. ØKONOMI OG STYRING	35
4.1. ØKONOMIPROTOKOLLAT	35
4.2. PROTOKOLLAT OM DEMOGRAFIMIDLER	37
4.3. OPFØLGNING PÅ ØKONOMI	37
4.3.1. PROTOKOLLAT AF DEN 18-09-2021 OM OPFØLGNING PÅ ØKONOMIPROTOKOLLATET	37
4.4. YDERLIGERE PATIENTBEHANDLING MED EKSISTERENDE KAPACITET	37
4.4.1 Hæve nedre omsætningsgrænser for fuldtid	37
4.4.2 Forhøjelse af knækgrænser i psykiatri samt børne- og ungdomspsykiatri	39
5. ØVRIGE EMNER	41
5.1. TEKNISKE JUSTERINGER, FX I FORHOLD TIL KONTROLSTATISTIK, TIL OVERENSKOMSTENS TEKST SAMT TILPASNINGER SOM KONSEKVENS AF SUNDHEDSREFORMEN	41
5.2. GENBEKRÆFTELSE AF TIDLIGERE AFTALER OM BILLEDDDELING OG BRUG AF SENTINEL	42
6. IKRAFTTRÆDELSE	43
Bilag 1 Økonomioverblik kvalitet	44
Bilag 2 Økonomiopstilling	47

Parterne indstiller følgende til godkendelse:

1. Kvalitet

1.1. Ambitioner for kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis

I forbindelse med sidste overenskomst blev der aftalt en ny model for kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis. Modellen er blevet udrullet, og arbejdet med de beskrevne elementer; datadrevet kvalitet, patientrapporterede data, diagnosekodning og kvalitetsklynger er alle igangsat og godt i gang. Samtlige af disse elementer er fortsat omdrejningspunktet for kvalitetsarbejdet og arbejdet i eKVIS.

Kvalitetsklyngerne er et bærende element i kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis, hvor der gennem faglige drøftelser og kollegial sparring arbejdes med kvalitet. Drøftelserne skal være understøttet af nyeste viden og så vidt muligt data, så der sikres systematik og fokus på udvikling af kvaliteten i praksis.

Klyngerne blev etableret hurtigere end forventet, og alle er kommet godt fra start med afholdelse af klynagemøder. I de første to år har der været særligt fokus på at lade klyngerne få fodfæste og få dannet relationer og et godt fagligt netværk. Efter endt udrulning af kvalitetsklyngerne er det nødvendigt, at der sættes fokus på, hvordan de næste skridt kan tages for at fortsætte den gode retning i arbejdet med kvalitetsudvikling i speciallægepraksis til gavn for patienterne.

Det er derfor væsentlig for parterne at sikre de rette og nødvendige ressourcer til kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis.

1.2. Yderligere understøttelse af klyngerne i speciallægepraksis

For at sikre kontinuitet i kvalitetsarbejdet og yderligere understøttelse af kvalitetsudviklingen i speciallægepraksis ønskes det, at klyngerne i stedet for de nuværende 2-4 årlige møder forpligtes til at afholde 3-4 møder årligt. Det er vigtigt, at klyngerne understøttes med klyngepakker og dertilhørende data og vejledning, hvilket vil kræve udvikling af flere klyngepakker hurtigere, end eKVIS har ressourcer til i dag.

Den nødvendige understøttelse af klyngerne skal ske gennem udvikling af faglig relevante klyngepakker og datagrundlag for alle 15 specialer. Materialerne skal være lette at anvende, og de skal understøtte den kliniske faglighed og kvalitetsudviklingen – også i den enkelte klinik. I udviklingen af klyngepakkerne vil der være fokus på:

- Brug af forskellige medier og formidlingsværktøjer for at gøre klyngepakkerne mere intuitive i brugen og for at gøre det så let som muligt for klyngekoordinatoren og medlemmerne at arbejde med dem
- Mere vejledning og værktøjer til facilitering af klyngernes arbejde
- Mere data til at understøtte drøftelserne i klyngerne. Dette vil have sammenhæng med arbejdet med de kliniske databaser og patientrapporterede data
- Supplerende materialer og inspiration til at fortsætte kvalitetsarbejdet i egen praksis efter klyngemødet.

1.3. Strategiplan for 2026 og 2027

Tildeling af ressourcer samt prioritering af indsatser og aktiviteter, der understøtter kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis fra 2026 og 2027 og fremad:

Strategiplan fra 2026
Tildeling af flere ressourcer og kompetencer til eKVIS eKVIS sekretariatet udvides i løbet af første halvår af 2026 med en fastansat lægefaglig medarbejder (15 timer ugentlig), en fastansat HK'er (20 timer ugentlig) samt en konsulent (37 timer). Den lægefaglige medarbejder kan eksempelvis være fra et kirurgisk eller dialogbaseret speciale. - Lægefaglig medarbejder: Skal arbejde med klyngepakker og datavisninger ud fra et lægefagligt perspektiv. Sikre større opbakning til arbejdet i organisationerne, så udviklingen af klyngepakker kan gå hurtigere. - HK'er: Skal stå for administration af klyngernes økonomi, opfølgning på tilmeldinger til Sentinel, kliniske databaser og forskellige specialeprojekter samt understøtte praktisk drift i eKVIS som indkaldelse til møder og praktisk planlægning af klyngekoordinatortræf. - Konsulent: Skal indgå i et samarbejde med de øvrige konsulenter med særligt fokus på udvikling af klyngepakker. Ved fastansættelse af en lægefaglig medarbejder vil eKVIS opnå nogle lægefaglige kompetencer, som kan være til gavn i udviklingen af klyngepakkerne. Det vil dog fortsat være nødvendigt at inddrage speciallæger gennem de praksisrelevante speciallægeorganisationer for at sikre den specialefaglige relevans samt opbakningen til de enkelte klyngepakker.

Udvikling af relevante klyngepakker for alle 15 specialer

Der skal udvikles flere klyngepakker, end det er muligt med de nuværende ressourcer. Det kan både være specialespecifikke og generelle. I løbet af 2026 skal der være relevante klyngepakker til alle specialer. Det er forventningen, at der udvikles minimum seks klyngepakker i 2026.

Emnevalg besluttet i dialog med de praksisrelevante speciallægeorganisationer.

Understøttelse af klyngekoordinatorerne

Klyngekoordinatoren har en vigtig rolle i afholdelse af klyngemøder, og det er derfor vigtigt at engagere koordinatoren i deres rolle. Det handler både om forberedelse, facilitering af møderne og opfølgning efter møderne.

Klyngekoordinatorerne skal understøttes bedst muligt i de funktioner, så der kommer udbytte ud af arbejdet i klyngerne. Der holdes årligt koordinatortræf, men også en tættere og mere løbende understøttelse og uddannelse i form af fx webinarer om udvalgte emner og præsentation og vejledning i brug af nye klyngepakker.

Kliniske kvalitetsdatabaser

I takt med, at mere behandling foregår i det nære sundhedsvæsen, kan endnu flere databaser blive relevante for speciallægepraksis. Der er udviklet flere løsninger til rapportering til kliniske databaser og data retur fra databaser, og dette arbejde skal fortsætte, så returdata bliver et fast redskab til at monitorere og fastholde eller udvikle den kliniske kvalitet.

Patientinddragelse – spørgeskemaer til patienterne

Patientinddragelsen skal ske via spørgeskemaer til patienterne med fokus på screening, hjemmemåling, udvikling i symptomer/funktionsniveau og behandlingseffekt. Patientrapporterede data kan understøtte patientforløb ved at sikre bedre visitation og dialog. Målet er at få flere af de eksisterende patientskemaer overført til en elektronisk form, der er lettilgængelig for både patienter og speciallæge.

Strategiplan fra 2027**Tildeling af ressourcer og kompetencer i eKVIS**

eKVIS sekretariatet udvides yderligere i løbet af 2027 med en konsulent med fokus på kommunikation (37 timer ugentligt). Der er desuden mulighed for ansættelse af en lægefaglig medarbejder ved behov (15 timer ugentlig). Det tilstræbes, at den lægefaglige medarbejder supplerer den allerede ansatte lægefaglige medarbejder.

- Konsulent med fokus på kommunikation: Skal have fokus på formidling af data og resultater af kvalitetsarbejdet både til speciallægerne, men også eksternt til omverdenen. Sikre opdatering af hjemmeside og klyngeplatform, samt udvikle hvordan resultater kan kommunikeres på bl.a. disse kanaler.
- Lægefaglig medarbejder: Flere ressourcer i eKVIS til sikring af lægefagligt perspektiv i arbejdet med klyngepakker og forståelse og analyse af data.

Forpligtelsen til at afholde 3-4 møder årligt i klyngerne implementeres

For at opnå større kontinuitet i kvalitetsarbejdet – både i klyngerne og i speciallægenes egen klinik - øges antallet af klyngemøder, så der skal holdes 3-4 møder årligt. Møderne understøttes af det større udbud af klyngepakker, hvor der også lægges op til et mere kontinuerligt arbejde med emnet og opfølgning i egen klinik.

Tværsektorielt arbejde

Der sættes et større fokus på det tværsektorielle samarbejde med regioner og kvalitetsenhederne for andre praksisområder, fx KiAP. Det kan for eksempel handle om emner med mulighed for at udvikle fælles klyngepakker.

De nye data i Sundhedsdatastyrelsen fra det nære sundhedsvæsen kan derudover give anledning til samarbejde omkring kvalitet på tværs af sektorer – sygehuse, speciallægepraksis, almen praksis og kommunerne.

Sundhedsreformen giver ligeledes anledning til nye opgaver og samarbejdsrelationer.

Formidling af kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis

I takt med, at der er mere og mere data omkring speciallægepraksis tilgængeligt, er der i højere grad mulighed for at synliggøre resultater af kvalitetsarbejdet og kvaliteten i sektoren, end det gøres i dag.

Der vil være et betydeligt arbejde med at finde modeller for, hvordan data formidles og kommunikeres, så det er korrekt og lettilgængeligt. Der kræves desuden en tættere opfølgning på fx resultater i årsrapporter fra kliniske databaser og et tættere samarbejde med praktiserende speciallæger i styregrupperne for databaserne. Derudover skal der udvikles de rette værktøjer til formidlingen på eKVIS' webside og på andre medier.

Større datatilgængelighed til brug i klyngearbejdet

Udvikling af platformen 'Mine kvalitetsdata', hvor kvalitetsdata samles et sted – uanset om det er fra en klinisk database, PRO-data eller spørgeskemadata.

Der ønskes en yderligere udbygning af de rapporter, der laves i Sentinel, så flere filtrerings- og sorteringsfunktioner samt et BI-lignende system udvikles.

Mere ensartet systemunderstøttelse af diagnosekodning

Etablering af et projekt i regi af MedCom, så diagnosekodning kan systemunderstøttes mere ensartet på tværs af lægepraksissystemer. Det kan bl.a. handle om behov for anvendelse af flere diagnosetyper fx foreløbig/tentativ diagnose.

1.4 Økonomi i kvalitetsklyngerne

Klyngekoordinatorerne skal fortsat honoreres som hidtil med 50.000 kr. årligt, ligesom der fortsat skal være en aktivitetsspulje til dækning af klyngernes udgifter i forbindelse med lokaleleje, mødeforplejning og til honorering af eksterne oplægsholdere og lignende aktiviteter. Der afsættes 500 kr. pr. speciallæge pr. møde, dog 750 kr. pr. speciallæge pr. møde såfremt mødet afholdes i et lejet mødelokale. Der afsættes fortsat 10.000 kr. pr. år. pr. klynge til aktiviteter, fx honorering af eksterne oplægsholdere.

Transportgodtgørelse ved deltagelse i klyngemøder

Kvalitetsklyngerne er geografisk opdelt inden for de enkelte specialer. Alt efter antallet af speciallæger inden for specialet og deres geografiske spredning kan der være store forskelle på de afstande, klyngemedlemmerne skal tilbagelægge for at deltage i klyngemøderne. Nogle praktiserende speciallæger vil skulle benytte fly, færge og/eller bro for at kunne deltage i klyngemødet. Uanset, at det tilstræbes, at klyngemøderne geografisk afholdes, så de deltagende praktiserende speciallæger har nogenlunde ens afstand til klyngemøderne, vil det ikke altid kunne lykkes, og nogle praktiserende speciallæger vil på grund af deres praksis' geografiske placering som udgangspunkt altid have mere transport end andre. Det gælder fx de praktiserende speciallæger på Bornholm, ligesom der for de landsdækkende kvalitetsklynger alt andet lige også altid vil være forholdsvis lang transport for en del af de deltagende praktiserende speciallæger.

For at sikre, at transport til klyngemøderne ikke bliver en større byrde for særligt de praktiserende speciallæger, der praktiserer længst fra de store byer, er parterne enige om, at udgifter til bro, færge, fly og kollektiv transport refunderes som udlæg, og at praktiserende speciallæger, der kører 75 km eller mere hver vej til og fra et klyngemøde, modtager kørselsgodtgørelse for alle kilometerne svarende til de til enhver tid gældende takster for skattefri kørselsgodtgørelse. Ved benyttelse af fly, tog og bus mv. tilstræbes billigste rejseform, dog med forståelse for rimelig anvendt tidsforbrug.

Der er i alt 77 klynger og 1.032 speciallæger/klyngemedlemmer.

Ud fra klyngemedlemmernes geografiske placering (klinikadresse) er der cirka 150 klyngemedlemmer, der har 75 km eller mere til klyngemøder. Det må forventes, at klyngemøderne holdes på lokationer, som giver mindst mulig transport for flertallet i klyngerne.

Beregning af udgifter til kilometergodtgørelse: 100 km x 2 (tur/retur) x 3,5 årlige møder x 3,81 kr. pr. km x 150 klyngemedlemmer.

Beregning af udgifter til bro/færge/fly: Udgift er beregnet ud fra 34* klyngemedlemmer x udgift på 1.000 kr. pr. møde x 3,5 årlige møder.

* kun det potentielle antal klyngemedlemmer, der geografisk er placeret på Bornholm eller i en anden landsdel end flertallet i klyngen.

Parterne er enige om at anvende cirka 520.000 kr. i transportgodtgørelse.

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

"Anmærkning til §58f, stk. 2:

Praktiserende speciallæger, der kører 75 km eller mere hver vej til og fra et klyngemøde, kan søge om kørselsgodtgørelse for alle kilometerne svarende til de til enhver tid gældende takster for skattefri kørselsgodtgørelse. Benyttes fly, tog og bus mv. tilstræbes billigste rejseform, dog med forståelse for rimelig anvendt tidsforbrug. Udgifter til bro, færge, fly og kollektiv transport dækkes ligeledes."

1.4.1. Anvendelse af økonomi til kvalitetsområdet

Parterne har estimeret de forventede udgifter til kvalitetsområdet, jf. bilag 1, og afsat midler, som det fremgår af økonomiopstillingen i nærværende aftale.

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

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

Estimaterne er behæftet med en vis usikkerhed, da udvikling af fx klyngepakker kan vise sig at gå hurtigere end forudsat, og hvis det er tilfældet, vil det være muligt at få udarbejdet fx flere klyngepakker end først antaget. Skulle de afsatte midler vise sig at være for begrænsede, vil parterne i fællesskab tage stilling til den fortsatte finansiering af kvalitetsområdet.

1.5. Klyngemedlemmernes aktivitet i klyngearbejdet

Klyngemedlemmernes aktivitet i klyngearbejdet

Parterne finder, at det er vigtigt, at alle praktiserende speciallæger deltager i kvalitetsarbejdet i regi af kvalitetsklyngerne, hvorfor parterne er enige om, at det indskrives i overenskomstens § 58f, at regionerne én gang årligt skal modtage information via eKVIS om speciallæger, der har været fraværende fra samtlige klyngemøder i det foregående kalenderår.

Parterne er enige om, at nedenstående tekst indgår i overenskomsten i § 58f, stk. 2.:

”Fra 1. april 2026 skal klyngekoordinatorerne en gang årligt indberette de enkelte speciallægers fremmøde i de enkelte kvalitetsklynger til eKVIS. Såfremt der er speciallæger, der har været fraværende fra samtlige klyngemøder i det foregående kalenderår, videreformidler eKVIS informationen til relevant region. På baggrund af informationen fra eKVIS tager regionen en dialog med den/de enkelte speciallæge(r), der har været fraværende fra samtlige klyngemøder i det foregående kalenderår for at få viden om baggrunden for den manglende deltagelse. Regionen vil i samarbejde med speciallægen lægge en plan for, at speciallægen hurtigst muligt deltager i kvalitetsklyngens møder og arbejde. Ved fortsat manglende deltagelse vil der være tale om et brud på overenskomsten, der behandles i Samarbejdsudvalget, jf. § 69, stk. 2.

Anmærkning til § 58f, stk. 2:

Parterne er enige om, at første afrapportering fra klyngekoordinatorerne dækker perioden april-december 2026, da overenskomsten træder i kraft den 1. april 2026, og afrapportering for et helt år derfor ikke er mulig. Fra og med 2027 er der tale om en årlig afrapportering. Klyngekoordinatorerne indsender senest den årlige afrapportering til eKVIS ultimo januar måned det følgende år.”

Speciallægenes deltagelse i kvalitetsarbejdet

Parterne er enige om, at speciallægenes deltagelse i kvalitetsarbejdet følges via de obligatoriske projekttilmeldinger i Sentinel til blandt andet nationale initiativer og kliniske kvalitetsdatabaser. eKVIS følger løbende op i forhold til at få alle klinikker med på de projekter, der er relevante og obligatoriske at deltage i. Regionerne kan spille en rolle i opfølgningen i forhold til de klinikker, der fortsat ikke er med trods løbende information og opfølgning fra eKVIS.

Parterne er enige om, at nedenstående tekst indgår i overenskomsten i nyt stk. 3 i § 58c:

”De praktiserende speciallægers deltagelse i kvalitetsarbejdet følges via de obligatoriske projekttilmeldinger i Sentinel. Regionerne orienteres af eKVIS, hvis der er klinikker, der trods løbende informationer og opfølgninger ikke har tilmeldt sig de obligatoriske projekter.”

1.6. Rapportering til regionerne

Det er væsentligt, at klyngerne og regionerne arbejder sammen om at sikre patienterne den bedst mulige kvalitet.

eKVIS fremsender årligt en rapport til regionerne vedr. arbejdet i de enkelte kvalitetsklynger på specialniveau. Opgørelsen vil indeholde informationer om mødeaktivitet, emner og tværsektorielle samarbejder. Ved klynger, der går på tværs af regionsgrænser, vil data fra disse klynger være tilgængelig for de regioner, der har kapaciteter i klyngen. Rapporteringen til regionerne skal tilskynde en fælles dialog om relevante emner til drøftelse i de enkelte klynger. Dialog og bedre indsigt vil overordnet set også kunne bruges i regionernes overvejelser om udflytning af opgaver til speciallægepraksis.

1.7. Mulighed for vikar for medlemmer af styregrupper for kliniske kvalitetsdatabaser

I forbindelse med kvalitetsarbejdet deltager en række praktiserende speciallæger i styregruppearbejdet i de nationale kliniske kvalitetsdatabaser. Dette arbejde kan i perioder kræve, at de praktiserende speciallæger er meget væk fra praksis, hvilket kan medføre, at praksis er lukket.

Parterne er enige om, at praktiserende speciallæger, der er medlemmer af styregrupper i nationale kliniske kvalitetsdatabaser, skal have mulighed for at ansætte vikar, når de er fraværende fra praksis i forbindelse med arbejdet i styregrupperne.

Dette tilføjes til overenskomstens bestemmelse om vikar i § 47, stk. 1, der fremover får følgende ordlyd og et nyt stykke 5:

§ 47 stk. 1 Der kan alene anvendes vikar ved speciallægens midlertidige fravær, hvilket skal forstås som:

- a) fravær omfattet af reglerne i FAS' Fond (Sygefonden)
- b) efteruddannelse
- c) sammenhængende ferie (ud over tre på hinanden følgende hverdage)
- d) undervisning eller censorfunktion ved uddannelse af læger på universitetsniveau
- e) undervisning og efteruddannelse af speciallæger arrangeret af de videnskabelige selskaber
- f) deltagelse i regionale sundhedsfaglige råd/tværfaglige specialeråd
- g) deltagelse i styregruppearbejdet i en national klinisk kvalitetsdatabase.

Nyt stk. 5 Der er desuden ret til at ansætte en vikar i de i § 71, stk. 2, litra h) - i) nævnte situationer samt i de i §§ 15a, 15b, 15c, 15d, 15e, 15f og 15g nævnte situationer.

Den nuværende ordlyd af § 47, stk. 2-4 forbliver uændret.

1.8. Kompetencedage for deltagelse i kvalitetsarbejdet

Som led i fortsat at styrke kvalitetsarbejdet er parterne enige om at udvide muligheden for brug af kompetencedage for de praktiserende speciallæger, der varetager kvalitetsopgaver af mere generel karakter på vegne af sektoren.

Det er derfor aftalt, at alle praktiserende speciallæger fortsat har mulighed for at afholde 2 kompetencedage pr. overenskomstperiode og at de praktiserende speciallæger, der varetager kvalitetsopgaver af mere generel karakter på vegne af sektoren, gives mulighed for kontinuerligt at kunne deltage i kvalitetsarbejdet. Det sker ved, at klyngekoordinatorer for kvalitetsklyngerne, styregruppemedlemmer i de nationale kliniske kvalitetsdatabaser samt praktiserende speciallæger der sidder i eKVIS' styregruppe, udover det faste antal kompetencedage kan afholde kompetencedage efter en aftalt positivliste.

1.9. Opdatering af gældende overenskomst for kvalitetsområdet

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

”§ 58b. Kvalitetsmodel i speciallægepraksis

Der er i overenskomsten pr. 1. april 2022 aftalt en model for arbejdet med kvalitet i speciallægepraksis med følgende hovedelementer:

- Datadrevet kvalitetsarbejde og rapportering til kliniske kvalitetsdatabaser
- Arbejde med PRO eller andre former for patientinddragelse
- Arbejde med elementer af organisatorisk kvalitet på baggrund af erfaringerne fra akkrediteringen

Det kliniknære kvalitetsarbejde organiseres i specialespecifikke klynger for alle praktiserende speciallæger.

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

§ 58c. Datadrevet kvalitet

Stk. 1

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

Stk. 2

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

Stk. 3

De praktiserende speciallægers deltagelse i kvalitetsarbejdet følges via de obligatoriske projekttilmeldinger i Sentinel. Regionerne orienteres af eKVIS, hvis der er klinikker, der trods løbende informationer og opfølgninger ikke har tilmeldt sig de obligatoriske projekter.

Stk. 4

eKVIS styregruppen arbejder for, at speciallægepraksis får mulighed for at indrapportere data til alle relevante godkendte kliniske kvalitetsdatabaser i henhold til nationale regler herom. Hvilke databaser, der er relevante, afgøres i dialog mellem eKVIS og Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, SundK. Speciallægen er forpligtet til at rapportere til relevante nationale kliniske kvalitetsdatabaser. Rapportering understøttes af Sentinel og følges op af elektronisk feedback med egne data og aggregerede data til benchmark.

Anmærkning til § 58c, stk. 2:

Data til den enkelte speciallæges kvalitetsarbejde omfatter alle patienter, der behandles i speciallægens praksis, herunder også selvbetalere mv. Det samme gælder indberetning til kliniske kvalitetsdatabaser.

§ 58d. Patientrapporterede data

Stk. 1

Der etableres i relevant omfang projekter om patientrapporteret outcome (PRO) i speciallægepraksis. PRO projekter udvikles i samarbejde med speciallægeorganisationerne og andre relevante parter, herunder PRO sekretariatet.

Stk. 2

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

§ 58e. Diagnosekodning

Stk. 1

Diagnosekoder er en forudsætning for det datadrevne kvalitetsarbejde og øget viden om patientbehandlingen i speciallægepraksis. Alle praktiserende speciallæger skal i eget journalsystem diagnosekode ud fra den til enhver tid gældende udgave af ICD-kodesystemet. I udgangspunktet kodes alle patienter. Der kodes som minimum aktionsdiagnoser og i relevant omfang bi-diagnoser. Der findes anbefalinger og vejledning på eKVIS hjemmeside, som løbende justeres.

Stk. 3

Diagnosekoderne skal systematiseres via Sentinel.

Stk. 4

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

§ 58f. Kvalitetsklynger

Stk. 1

Der er inden for alle specialer etableret kvalitetsklynger, hvis primære formål er at understøtte det kliniske kvalitetsarbejde, den organisatoriske kvalitet og den patientoplevede kvalitet gennem speciallægenes faglige sparring og fælles dialog. Desuden har kvalitetsklyngerne en rolle som dialogpartner for almen praksis, sygehuse og regioner. eKVIS fremsender årligt en rapport vedrørende arbejdet i de enkelte kvalitetsklynger på specialniveau til regionerne. Ved kvalitetsklynger, der går på tværs af regionsgrænser, vil data fra disse klynger være tilgængelig for de regioner, der har kapaciteter i klyngen.

Stk. 2

Alle praktiserende speciallæger skal deltage i klyngens aktiviteter.

Fra 1. april 2026 skal klyngekoordinatorerne en gang årligt indberette de enkelte speciallægers fremmøde i de enkelte kvalitetsklynger til eKVIS. Såfremt der er speciallæger, der har været fraværende fra samtlige klyngemøder i foregående kalenderår, videreformidler eKVIS informationen til relevant region. På baggrund af informationen fra eKVIS tager regionen en dialog med den/de enkelte speciallæge(r), der har været fraværende fra samtlige klyngemøder i det foregående kalenderår for at få viden om baggrunden for den manglende deltagelse. Regionen vil i samarbejde med speciallægen lægge en plan for, at speciallægen hurtigst muligt deltager i kvalitetsklyngens møder og arbejde. Ved fortsat manglende deltagelse vil der være tale om et brud på overenskomsten, der behandles i Samarbejdsudvalget, jf. § 69, stk. 2.

Anmærkning I til § 58f, stk. 2:

Parterne er enige om, at første afrapportering fra klyngekoordinatorerne dækker perioden april-december 2026, da overenskomsten træder i kraft den 1. april 2026, og afrapportering for et helt år derfor ikke er mulig. Fra og med 2027 er der tale om en årlig afrapportering.

Klyngekoordinatorerne indsender senest den årlige afrapportering til eKVIS ultimo januar måned det følgende år.

Anmærkning II til §58f, stk. 2:

Praktiserende speciallæger, der kører 75 km eller mere hver vej til og fra et klyngemøde, kan søge om kørselsgodtgørelse for alle kilometerne svarende til de til enhver tid gældende takster for skattefri kørselsgodtgørelse. Benyttes fly, tog og bus mv. tilstræbes billigste rejseform, dog med forståelse for rimelig anvendt tidsforbrug. Udgifter til bro, færge, fly og kollektiv transport dækkes ligeledes.

Stk. 3

For at klyngearbejdet kan blive velfungerende, stilles krav om jævnlig mødeaktivitet, svarende til 3-4 møder om året.

Anmærkning III §58f, stk. 3:

Forpligtigelsen til 3-4 møder om året gælder fra 1. januar 2027. Indtil da, stilles krav om 2-4 møder om året.

Stk. 4

For hver kvalitetsklynge udpeger FAPS en koordinator, der skal sikre, at klyngen har fokus på kvalitetsarbejdet samt har det overordnede ansvar for afholdelsen af møderne. Koordinatoren skal ligeledes fungere som kontaktperson i forhold til den tværsektorielle dialog med almen praksis, sygehuse og regioner. Koordinator er også kontaktperson i forhold til eKVIS.

Stk. 5

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

Stk. 6

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

Stk. 7

Klyngerne har en elektronisk kommunikationsplatform til rådighed til intern kommunikation. I platformen registreres, hvilken klynge speciallægen er tilknyttet.

1.10. Protokollat af 18-09-2021 om datadrevet kvalitet

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

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

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

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

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

1.11. Protokollat af 14-08-2025 om kvalitetsklynger

Alle praktiserende speciallæger har siden 2023 været tilknyttet en klynge. Klyngerne er etableret som specialespecifikke og i dialog med speciallægeorganisationerne. For at understøtte et godt flow og intentionen om kvalitetsklyngen som omdrejningspunkt for et forbedringsperspektiv forudsættes jævnlig og hyppig mødeaktivitet med dagsorden og opfølgning med henblik på at understøtte fremdrift.

Et af formålene med klyngerne er, at de skal kunne fungere som dialogpartner med udgangspunkt i det fælles faglige og i relation til det tværsektorielle samarbejde. Det vil alt andet lige være enklere, hvis klyngens speciallæger hører til i samme region. Men ved etablering af klynger har det været nødvendigt at tage hensyn til specialets udbredelse og antallet af praksis i umiddelbar geografisk nærhed. I de store specialer er klyngerne regionalt afgrænset. Mindre specialer er samlet over én eller flere regionsgrænser eller i en øst- og en vestklynge.

Alle kvalitetsklynger og fordeling af praktiserende speciallæger er registreret centralt for at kunne understøtte de enkelte klynger med data tilpasset deltagerne.

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

Klyngekoordinator

FAPS udpeger for hver klynge en koordinator, der har til opgave at planlægge og indkalde klyngen til møder 3-4 gange årligt og sikre, at klyngen arbejder med relevante emner for kvalitetsudvikling.

Opgaven omfatter:

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

Pulje til aktiviteter i klyngerne (klyngeøkonomi)

Der etableres en aktivitetspulje til compensation af klyngernes udgifter i forbindelse med lokaleleje, mødeforplejning og til honorering af eksterne oplægsholdere og lignende aktiviteter. Hver klynge tildeles 2.000 kr. pr. speciallæge pr. år, svarende til 500 kr. pr. klyngemøde, dog med mulighed for 750 kr. pr. speciallæge pr. møde, såfremt mødet afholdes i et lejet mødelokale. Derudover afsættes 10.000 kr. pr. år pr. klynge til aktiviteter fx honorering af eksterne oplægsholdere. Klyngeøkonomien administreres af eKVIS, og klyngekoordinatoren indsender til eKVIS regninger for lokaleleje, forplejning og aktiviteter.

Klyngeplatform

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

Klyngepakker

For at understøtte arbejdet i kvalitetsklyngerne udvikles en række definerede klyngepakker. En klyngepakke er en materialesamling eller lignende, som kan have forskelligt indhold afhængig af det konkrete emne, som skal behandles i klyngen. Arbejdet med udvikling, implementering, evaluering og justering af klyngepakker koordineres i eKVIS styregruppen.

Speciallægeorganisationerne er centrale medspillere i udviklingen af især klyngepakkernes kliniske indhold ved fx at identificere og kvalificere emner samt udpege relevante fagpersoner med henblik på en konkret pakkes udformning. Men også andre aktører fx regionerne kan bidrage med ideer til klyngepakker og deres indhold.

Det er intentionen, at klyngepakker understøtter en databaseret tilgang til kvalitetsudvikling. Derfor vil data – i det omfang det er muligt og relevant – indgå som en del af de klyngepakker, der udvikles. Klyngepakker kan tage afsæt i forskellige datakilder, herunder eksempelvis returdata fra kliniske databaser, PRO-data, strukturerede data via Sentinel og data fra spørgeskemaer. Endvidere kan fokus være på samarbejder eller emner inden for den organisatoriske kvalitet – alle med det formål at give input til fælles drøftelser om kvalitetsniveau og kriterier for god kvalitet. Via Sentinel vil der kunne trækkes relevante data til benchmark, opgjort anonymt på klyngeniveau, som grundlag for klyngens faglige drøftelser, men data kan også komme andre steder fra.

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

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

faglige moderniseringer, om der skal stilles krav til kvalitetsklyngerne om at arbejde med bestemte klyngepakker.

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

Klyngerne kan desuden arbejde med selvvalgte emner med afsæt i kvalitetsarbejdet.

2. Faglig modernisering

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

Der er mellem parterne enighed om, at arbejdet med modernisering af speciallægepraksis har vist sig at være velfungerende og derfor fortsættes. Parterne har i indeværende overenskomstperiode igangsat 2. runde af moderniseringer og ønsker at fortsætte denne. For parterne er det vigtigt, at speciallægerne arbejder efter fagligt opdaterede ydelsesbeskrivelser. Parterne har tilpasset perioden, der stilles til rådighed for gennemførelse af en modernisering fra fem måneder til seks måneder. Ændringen er sket på baggrund af de erfaringer, som parterne har gjort sig siden sidste overenskomstforhandling.

Almindeligvis aftales der to årlige moderniseringer, dog således at der som hovedregel ikke moderniseres i det år, hvor overenskomsten genforhandles. Parterne er enige om at gøre en undtagelse på grund af den kortere overenskomstperiode.

Parterne er enige om, at specialet Radiologi moderniseres i 1. halvår af 2026.

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

2.1.1. Protokollat af 14-08-2025 om faglig modernisering

Parterne er enige om at prioritere det fortsatte arbejde med modernisering af speciallægepraksis. Den seneste revision fra OK2021 har vist sig relevant for den faglige modernisering af de specialer, som har været igennem en moderniseringsproces.

Parterne har i fællesskab aftalt, at når der moderniseres, lægges den seneste moderniseringsrapport til grund. Parterne har herudover 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. Effektivisering anvendes som led i moderniseringen til nye tiltag inden for specialet og/eller behandling af flere patienter.

Parterne har aftalt, at der i overenskomstperioden¹ årligt gennemføres to 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 tre måneder til arbejdsgruppens arbejde, og de efterfølgende tre måneder anvendes herefter til færdiggørelse af udkast til moderniseringsrapport, 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, så der kan ske en forventningsafstemning og koordinering af de to parter ønsker til moderniseringen. Dette skal konkret komme til udtryk i, at Moderniseringsudvalget før igangsætning af en modernisering udarbejder et kommissorium til arbejdsgruppen med tydelig målbeskrivelse og angivelse af konkrete behov, der skal opfyldes. Det vedtagne kommissorium skal opfattes som et mandat fra de respektive baglande til at arbejde videre med moderniseringen efter den angivne retning. Denne proces igangsættes cirka tre måneder, før moderniseringen går i gang.

Arbejdsgruppens opgaver

Fra arbejdsgruppen starter sit arbejde, er der 3 måneder til at udarbejde en rapport, der skal forelægges for Moderniseringsudvalget. Det er afgørende for parterne, at arbejdsgruppen overholder den fastsatte tidsramme, da alle igangsatte moderniseringer skal være økonomiforhandlet inden for 6 måneder fra, at arbejdsgruppen starter sit arbejde.

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

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

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

¹ Som konsekvens af den kortere overenskomstperiode er der aftalt 1 modernisering, som gennemføres i 1. halvår af 2026.

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 fire uger fra tidspunktet for afholdelse af møde i Moderniseringsudvalget.

Økonomiforhandling

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

Parterne er enige om, at der i moderniseringer skal tages højde for ydelser eller fx rekvisitionsordninger, der går på tværs af specialer. Laves der fx analyser/moderniseres allergiforløb, så skal samme ændringer gå igen i alle specialerne med allergiydelser, og alle specialer indgår i arbejdet, så ændringen slår igennem i alle specialer på en gang. Det samme gør sig gældende for rekvisitionsordninger. Dette indgår for de relevante specialer i en konkret økonomiforhandling. Økonomiforhandlingen skal være tilendebragt senest seks måneder fra arbejdsgruppens start.

Parterne er herudover enige om, at de specialer, der moderniseres i løbet af perioden, skal levere en effektivisering svarende til fire procent af specialets samlede omsætning ekskl. udlægningsaftale, § 64 og § 65 aftaler. Midlerne fra effektiviseringen forbliver i specialets ramme og anvendes som led i moderniseringen til yderligere aktivitet inden for de pågældende specialer. Det er forudsat, at effektiviseringerne ved moderniseringer frigøres ved ikrafttrædelse af ny modernisering for specialet.

Løbende implementering af nationale kliniske retningslinjer

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

Moderniseringsudvalget skal herefter, hvis det vurderes relevant, sørge for at tilrettelægge en proces, således at de nationale kliniske retningslinjer afspejles i ydelsesbeskrivelserne. Der er udarbejdet et kommissorium for Moderniseringsudvalget og en skabelon for gennemførelse af moderniseringer.

2.1.2. Protokollat af 14-08-2025 kommissorium for moderniseringsudvalget på speciallægeområdet

Moderniseringsudvalget er nedsat i henhold til Overenskomst om speciallægehjælp af 01-04-2026. Heraf fremgår det, at der med henblik på at understøtte den faglige udvikling, kvalitet og implementering af gældende regler herunder nationale kliniske retningslinjer i speciallægepraksis nedsættes et rådgivende udvalg kaldet "Moderniseringsudvalget på Speciallægeområdet". Udvalget skal løbende analysere og belyse faglige områder inden for speciallægehjælp til brug for overenskomstens parter. Målet med faglig modernisering er at fremme faglig udvikling, kvalitetssikring samt holde specialerne ajour i forhold til gældende regler herunder nationale kliniske retningslinjer.

Udvalgets sammensætning

Udvalget består af 5 medlemmer udpeget af RLTN - heraf en formand samt fem 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. 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 seks måneder. Arbejdsgruppen har tre måneder til udarbejdelse af udkast til moderniseringsrapport. De efterfølgende tre måneder anvendes til at forelægge rapporten til godkendelse i Moderniseringsudvalget samt økonomiforhandling mellem parterne. Hvis rapporten ikke foreligger efter tre måneder, forelægges dette parternes forhandlingsudvalg.

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

Ad-Hoc arbejdsgrupper

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

Arbejdsgruppen skal, når det findes relevant følgende i rapporten:

- Revidere og/eller supplere den eksisterende moderniseringsrapport jf. arbejdsgruppens kommissorium.
- Udfylde gældende ydelsesskabelon for evt. nye/ændrede ydelser.

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 sekretariaterne 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 et udkast til en rapport til Moderniseringsudvalget.

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

En modernisering betyder, at et helt ydelseskatalog for et speciale gennemgås af arbejdsgruppen. Gennemgangen er en faglig opdatering af ydelsesbeskrivelserne. Arbejdsgruppen er forpligtet til at foreslå, hvilke typer ydelser, der følger af det faglige forslag til modernisering (eksempelvis forløbsydelser, konsultation eller tillægsydelser). Det er ligeledes en opgave for arbejdsgruppen at overveje, om det er relevant, at specialet anvender udstyr med henblik på at kunne behandle alle henviste patienter, fx håndholdt udstyr, og om det er relevant for alle speciallæger i specialet.

Derudover skal arbejdsgruppen vurdere eventuelle relevante forhold vedrørende anvendelse af videokonsultation. Desuden skal arbejdsgruppen vurdere muligheden for rekvisition for relevante ydelser og de økonomiske aspekter heri. Arbejdsgruppen skal være sig bevidst, at ændring af eksisterende ydelser eller forslag om nye ydelser samt evt. rekvisition skal være realistiske 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 effektivisering. Effektivisering kan finansiere ønsker om nye tiltag inden for specialet og/eller behandling af flere patienter.

Skabelonen skal blandt andet sikre, at man opnår en nogenlunde sammenlignelig rapport på tværs 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.

Arbejdsgruppens rapport skal omkring følgende emner:

- Revidere og/eller supplere den eksisterende moderniseringsrapport jf. arbejdsgruppens kommissorium
- Indledning, baggrund og kommissorium
- anbefalinger og resumé
- Beskrivelse af specialet
- Uddannelse
- Kvalitet
- Overenskomstmæssige forhold
- Ydelsesbeskrivelser
- Forslag til valideringer for ydelserne i specialet.

Indledning, baggrund og resumé

Indledningen bør indeholde en kort beskrivelse af formålet med specialets modernisering samt kommissoriet, som beskriver behovet for nye ydelser eller ændringer i de gældende ydelsesbeskrivelser. Er der forældede ydelser, der skal slettes eller lægges ind under andre ydelser? Er der en relevant teknologisk udvikling, der ændrer i omkostningerne til ydelserne? Andre forhold kan nævnes, hvis der er et fagligt behov herfor.

Anbefalinger og resumé

Anbefalinger og resumé skal indeholde en kort gennemgang af rapporten i henhold til kommissoriet, herunder 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. 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.

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. Endvidere beskrives væsentlige udviklingstendenser, der gør sig gældende. Desuden skal der være en beskrivelse af det standardudstyr, der anses som minimum i en praksis i det pågældende speciale samt hvis relevant en utensilieliste.

Afsnittet redegør for kapaciteten i specialet, herunder fordelingen i de enkelte regioner samt andet relevant data. Arbejdsgruppen kan have drøftelser om data uden, at de indgår i den samlede moderniseringsrapport.

Desuden kan der indgå en beskrivelse af tiltag, der teknologisk kan øge samarbejdsmuligheden med det øvrige sundhedsvæsen eller effektivisere disse samarbejdsflader/arbejdsgange. Det kan for eksempel undersøges, om der er sundhedsopgaver, hvor teknologiske løsninger eventuelt kan anvendes, herunder om en teknologisk løsning vil medføre bedre tilbud til patienterne.

Afsnittet skal indeholde en beskrivelse af, hvordan det pågældende speciale arbejder sammen med det øvrige sundhedsvæsen (almen praksis, sygehuse, ambulatorier, andre praksisområder samt kommunerne, når dette er relevant). 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.

Uddannelse

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

Kvalitet i speciallægepraksis

Generisk beskrivelse af kvalitetsområdet i speciallægepraksis i henhold til den generelle overenskomst samt eventuelt specialespecifikke kvalitetskrav.

Overenskomstmæssige forhold

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, limitering, valideringer, rekvisitioner eller andet.

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

Ydelsesbeskrivelser

Se Bilag 1, som er en skabelon for de elementer, en ydelsesbeskrivelse skal indeholde.

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

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

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

Valideringsskema for ydelserne i specialet

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

Afslutning af arbejdsgruppen

En modernisering indebærer et samlet forslag til specialets fremtidige moderniseringsrapport, herunder ydelseskatalog, som indeholder en faglig opdatering af ydelsesbeskrivelserne.

Når arbejdsgruppen har afsluttet sit arbejde med en rapport, 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 over for 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 førstkommende møde om den endelige moderniseringsrapport samt de fastsatte honorarer.

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

BILAG 1

Skabelon for ydelsesbeskrivelse

Ydelse	Navn på ydelse.
Ny/eksisterende	Ny/eksisterende og hvilken type ² .
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. Hvor det er fagligt relevant, kan det beskrives, hvilke ydelser der kan kombineres med, eller som ydelsen ikke kan tages sammen med. For øvrige valideringsregler henvises til gældende valideringsskema for specialet.
Apparatur	Oplyse om, hvilket apparatur der er nødvendigt.
Uddannelsesbehov	Oplyse om særligt uddannelsesbehov for speciallæge eller klinikpersonale.
Klinikpersonale	Om klinikpersonale er påkrævet, og om klinikpersonalet vil kunne udføre ydelsen.
Utensilier	Det oplyses, hvis der anvendes et særligt utensilie, ellers henvises der til utensilielisten i moderniseringsrapporten, når det er relevant.
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 skal udføres om året.
Patientinformation	Relevant information.

²Følgende ydelser kan forekomme: Konsultationsydelser, tillægsydelser, særydelser, laboratorieydelser og rammeydelser. Konsultationer kan tages alene eller sammen med andre ydelser. Tillægsydelse kan kun tages sammen med en konsultationsydelse, særydelser eller rammeydelser. Særydelser indeholder både en operation/undersøgelse samt en konsultation, og kan derfor ikke kombineres med øvrige konsultationsydelser, men kan kombineres med tillægsydelser, laboratorieydelser og evt. relevante rammeydelser. Rammeydelser er defineret i de specialespecifikke kapitler og kan kombineres med specialets konsultationsydelser, tillægsydelser og laboratorieydelser. Rammeydelser kan kun anvendes, hvis regionen har aktiveret ydelserne.

2.2. Opgaveflytning

I forbindelse med aftalen om sundhedsreform er det besluttet, at der etableres et nationalt prioriteringsråd og en national sundhedsplan. Sundhedsstyrelsen skal i forbindelse med udarbejdelsen af oplæg til sundhedsplan både arbejde med den geografiske placering af ressourcerne i sundhedsvæsenet og med omstilling af aktivitet fra sygehusene til sundhedsvæsenet tæt på borgerne. I arbejdet med sundhedsplanen skal Sundhedsstyrelsen sikre, at der er sammenhæng til øvrige planlægningsredskaber i sundhedsvæsenet og herunder blandt andet foretage en revision af specialeplanen.

Parterne forventer som følge af ovenstående, at mere patientbehandling fremover skal ske i speciallægepraksis. Der kan både være tale om større volumen i udredning og behandling, der allerede sker i speciallægepraksis og udredning og behandling, der ikke på nuværende tidspunkt foregår i speciallægepraksis.

Parterne er enige om, at der i overenskomstperioden er behov for at udvikle en konkret model for, hvordan processen i forbindelse med opgaveflytningerne håndteres. Det er en forudsætning for at udvikle en konkret model, at rammerne for opgaveflytning er kendt. Modellen skal sikre, at opgaveflytningerne blandt andet sker under hensyntagen til kapaciteten i speciallægepraksis og den økonomiske ramme for speciallægepraksis. Modellen skal beskrive, hvordan de nødvendige tilpasninger af eksisterende ydelseskatalog, apparaturliste, rekvisitionsordninger mv. gennemføres.

3. Digitalisering

3.1. Digital Sundhed Danmark indskrives i dialogforum

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

Det er i forbindelse med sundhedsreformen aftalt, at der skal etableres en ny drifts- og udviklingsorganisation, der får en central rolle i at udvikle og udbedre nye sundhedsløsninger og infrastruktur på tværs af sundhedsvæsenet. I første omgang samles sundhed.dk, MedCom og Sundhedsdatastyrelsen i den nye organisation, Digital Sundhed Danmark, der efter planen skal etableres i løbet af 2026.

I den gældende overenskomst er det aftalt, at FAPS indgår i dialogforum med Danske Regioner og Sundhedsministeriet om anvendelse af IT/sundhedsdatanet samt tilknytning til den fælles offentlige sundhedsportal. I denne overenskomstperiode har der været afholdt kvartalsvise møder i dette forum, hvor FAPS-sekretariatet, Sundhedsministeriet og Danske Regioner er repræsenteret.

Herudover indgår FAPS i dialogforum med Sundhed.dk, MedCom og Sundhedsdatastyrelsen samt Sentinel Koordinationsgruppe, hvor Danske Regioner, Sundhed.dk og Sentinel deltager.

Parterne er enige om, at det fortsat er vigtigt at støtte op om udviklingen på digitaliseringsområdet i speciallægepraksis. For parterne er det på nuværende tidspunkt uafklaret, hvordan organiseringen i Digital Sundhed Danmark bliver, men parterne anbefaler, at speciallægepraksis medtænkes i dialogforum med relevante aktører, hvor det bliver muligt at drøfte og understøtte udviklingen af relevante digitale tiltag på speciallægepraksisområdet.

Når Digital Sundhed Danmarks organisering kendes, er parterne enige om umiddelbart herefter at lave de relevante og nødvendige tilpasninger til overenskomsten, så den afspejler og understøtter den fremtidige organisering af digitaliseringsområdet for sundhedsvæsenet.

3.2. Analyse af kommunikation med patienterne

Parterne er enige om at understøtte en let, smidig og datasikker skriftlig kommunikation mellem speciallæge og patient. Kommunikationen kan blandt andet være om prøvesvar.

I den kommende overenskomstperiode laves en selvstændig analyse af, hvilken løsning der kan understøtte en datasikker skriftlig kommunikation mellem patient og speciallæge i lægepraksissystemerne.

Løsningen skal kunne anvendes til kommunikation indenfor overenskomstens rammer for e-mail-konsultation.

Parterne er enige om, at analysen skal prioriteres, og derfor aftales det, at analysen færdiggøres senest 1. juni 2026, hvorved analysens konklusioner kan indgå i overenskomstforhandlingerne i 2026. Analysearbejdet skal derfor igangsættes inden, at overenskomsten træder i kraft pr. 1. april 2026.

Parterne er enige om, at analysen finansieres af Fonden for Faglig Udvikling. Der afsættes op til 500.000 kr. til analysen eksklusiv moms.

3.3. Udarbejdelse af analyse over digitalisering af speciallægepraksis

De praktiserende speciallæger spiller allerede en central rolle i levering af data til en række projekter og indgår i flere digitaliseringsprojekter. For eksempel leveres der diagnosekoder til Sundhedsdatastyrelsen og diagnosekoder samt epikriser til Sundhedsjournalen – og der arbejdes på at kunne levere journalnotater til Sundhedsjournalen. Det er desuden blevet muligt at dele bagom-numre med almen praksis, ligesom der registreres lukkedage via MinLæge-app'en, hvor funktionen "Find speciallæge" også er blevet udviklet.

Parterne er enige om, at det fortsat er vigtigt at støtte op om og påvirke udviklingen på digitaliseringsområdet i speciallægepraksis, så den digitale udvikling i speciallægepraksis afspejler behovet hos de praktiserende speciallæger, patienterne og andre aktører på sundhedsområdet. Digitaliseringsindsatserne skal sammentænkes med det øvrige sundhedsvæsen, i det omfang det er meningsfuldt.

Det er derfor aftalt mellem parterne, at der i den kommende overenskomstperiode udarbejdes en fælles analyse, der belyser behovet og mulighederne for digitalisering i speciallægepraksis samt anbefaler eventuelle indsats- eller fokusområder og konkrete digitale indsatser.

Analysen er ikke begrænset til, men kan for eksempel omfatte emner som digitalt samarbejde og datadeling mellem forskellige aktører på sundhedsområdet, effektivisering af behandlingsprocedurer og patientkommunikation, optimering og effektivisering af arbejdsgange mellem sektorer, inddragelse af ny teknologi, herunder AI, understøttelse af kvalitetsarbejdet og hvordan speciallægepraksis sikres indtænkt i digitaliseringsprojekter, der har sit primære fokus på andre aktører.

Analysen skal komme med forslag til digitale indsatser, der kan igangsættes på både kort sigt og på længere sigt.

Det er mellem parterne aftalt, at analysen skal være færdig, så dens resultatet kan indgå i den kommende overenskomstforhandling med henblik på at aftale eventuelle konkrete indsatser.

Parterne er enige om at afsætte 500.000 kr. til projektet eksklusiv moms.

3.3.1. Kommissorium for fælles analyse af behov og muligheder for digitalisering i speciallægepraksis

Baggrund

Speciallægepraksis spiller en central rolle i det danske sundhedsvæsen – en rolle, der bliver stadig vigtigere i lyset af sundhedsreformens fokus på det nære og sammenhængende sundhedstilbud. Samtidig skaber den teknologiske udvikling nye muligheder for at styrke kvalitet, effektivitet og tilgængelighed. For at sikre, at speciallægepraksis bliver aktivt inddraget i den digitale transformation, skal der udarbejdes en fælles analyse, som belyser behov, muligheder og strategiske veje for digitalisering.

Analysen skal medtænke, at speciallægepraksis fra starten indgår i andre relevante analyser i regi af etableringen af Digital Sundhed Danmark og det efterfølgende Nationalt Center for Sundhedsinnovation. På nuværende tidspunkt kendes til følgende analyser:

- Foranalyse af dataplatform, hvor fx infrastruktur for billeddeling på tværs af sektorer kan indgå.
- Foranalyse af innovationscenter, hvor er det relevant at speciallægepraksis medtænkes.
- Foranalyse af digital fordør, hvor det er relevant, at speciallægepraksis' rolle indtænkes.

Formål

Analysen skal:

- Kortlægge nuværende og fremtidige behov for digitalisering i speciallægepraksis.
- Identificere muligheder og barrierer for øget digitalisering.
- Skabe et vidensgrundlag til strategiudvikling og implementering af nye digitale tiltag.
- Foreslå konkrete og prioriterede digitale indsatser – både tværgående og specialespecifikke.
- Bidrage til, at speciallægepraksis inddrages som aktiv aktør i den videre digitale udvikling.
- Understøtte beslutninger i forbindelse med kommende overenskomstforhandlinger.

Indhold og afgrænsning

Analysen kan omfatte følgende temaer:

- Digitalt samarbejde og datadeling med almen praksis, hospitaler, regioner og kommuner.
- Effektivisering af behandlingsforløb og patientkommunikation.
- Forbedring og forenkling af arbejdsgange, især på tværs af sektorer.
- Inddragelse af ny teknologi, herunder AI, automatisering, beslutningsstøtte og kommunikationsværktøjer.
- Digitale værktøjer og data, der kan understøtte kvalitetsarbejdet.
- Speciallægepraksis' inddragelse og rolle i nationale digitaliseringsprojekter.
- Understøtte brug af patientrapporterede oplysninger.

Eksempler på teknologier med potentiale

- Tale-til-tekst: AI, der automatisk konverterer konsultationer til journalnotater.
- Automatisering af prøvesvar via POCT-udstyr.
- Beslutningsstøtte integreret i journalsystemer.

- Kommunikationsværktøjer: video-/telefonkonsultation og meddelelsesfunktioner.
- Digital adgang: kontaktplatform til dialog med blandt andet patient.

Metode

Analysen gennemføres af en ekstern part i samarbejde mellem parterne og kan inkludere:

- Dataindsamling (spørgeskemaer, interviews, eksisterende undersøgelser).
- Erfaringer fra praksis og nationale/internationale projekter.
- Inddragelse af relevante faglige miljøer og interessenter.

Produkt

Analysen munder ud i en rapport, der:

- Beskriver status og behov for digitalisering.
- Indeholder 5–10 konkrete forslag/udviklingsveje med estimerede ressourcer, økonomi og tidsrammer for hvert forslag.
- Peger på kortsigtede og langsigtede initiativer.
- Sætter forslagene i sammenhæng med eksisterende praksistiltag samt udviklingsinitiativer i Digital Sundhed Danmark.
- Peger på relevante koordinations-/dialogfora, som speciallægepraksis bør indgå i.
- Understøtter parternes beslutningsgrundlag for prioritering og videre udvikling.
- Belyser hvordan speciallægepraksis indtænkes i digitaliseringsprojekter, der ikke har sit afsæt i speciallægepraksis, men hvor speciallægepraksis er relevant at indtænke.

Tidsplan

Analysen skal færdiggøres inden næste overenskomstforhandlings opstart, hvilket forventeligt er omkring 1. juni 2026.

Organisering

En fælles arbejdsgruppe med repræsentanter fra begge parter og ekstern bistand nedsættes. Faglige eksperter og relevante ressourcepersoner kan inddrages efter behov.

3.4 Økonomi til digitale tiltag

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

Parterne er enige om, at det er vigtigt at støtte op om udviklingen på data- og digitaliseringsområdet i speciallægepraksis og igangsætte konkrete innovative tiltag. Fokus er særligt på nye løsninger, der kan understøtte sammenhængende patientforløb, høj kvalitet i behandlingen, det tværsektorielle samarbejde samt skabe en bedre service for borgerne. Der er derfor enighed om, at begge parter ønsker at arbejde for samt bidrage til den teknologiske og digitale udvikling med innovative projekter i speciallægepraksis.

Parterne er enige om, at det i overenskomstperioden er op til parterne at drøfte, om der er teknologiske og digitale projekter, der vil være relevante at gennemføre. Parterne kan aftale, at sådanne projekter finansieres af Fonden for faglig udvikling i Speciallægepraksis. Der afsættes i Fonden for faglig udvikling 5 mio. kr., som forventes at kunne dække en periode, der er længere end den kommende overenskomstperiode. Midlerne reserveres for at skabe de økonomiske forudsætninger for, at Fonden kan finansiere digitale projekter, som parterne måtte ønske at gennemføre.

4. Økonomi og styring

Parterne aftaler følgende økonomiramme:

4.1. Økonomiprotokollat

PROTOKOLLAT AF DEN 14-08-2025 OM ØKONOMISK RAMME

Nærværende protokollat træder i kraft d. 01-04-2026 og indgår i den samlede protokollatopgørelse for perioden 01-01-2026 til 31-12-2026.³ Principperne fra det hidtidige økonomiprotokollat videreføres med nedenstående ændringer.

Den økonomiske ramme inden for speciallægehjælp er kr. 3.945.844.455 (1. oktober 2024-niveau). Der er heraf reserveret 2,5 mio. kr., som FAPS kan vælge at udløse til brug for modernisering. Rammen tillægges endvidere (1. oktober 2024-niveau):

- 2,7 mio. kr. pr. 1. april 2026 til anvendelse i forbindelse med moderniseringer.
- 31,7 mio. kr. pr. 1. april 2026 som følge af den demografiske udvikling.
- 29,6 mio. kr. pr. 1. april 2026 til øget aktivitet⁴.

Fra 1. januar 2025 tillægges rammen⁵:

- 8,3 mio. kr. pr. 1. januar 2025 som følge af afskaffelse af Store Bededag (1. oktober 2024-niveau).
- 6,5 mio. kr. pr. 1. januar 2025 som følge af udvikling i demografien i året 2025 (1. oktober 2024-niveau).
- 9,1 mio. kr. pr. 1. januar 2025 som følge af udgifter til ukrainske statsborgere (1. oktober 2024-niveau).

Endvidere er aftalt løbende regulering af befolkningsudviklingen, der omfatter såvel udviklingen i antal borgere som udviklingen i borgernes alderssammensætning, jf. protokollatet af 14-08-2025 om demografimidler.

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

³ I protokollatopgørelsen for kalenderåret 2026 indgår perioden 1. januar – 31. marts 2026, jf. overenskomst af 1. april 2022, samt perioden 1. april – 31. december 2026, jf. overenskomst af 1. april 2026. Der laves en samlet opgørelse for kalenderåret 2026.

⁴ Heraf 10,3 mio. kr. som lægges på rammen i 2026 og bortfalder i 2027.

⁵ Beløbene tillægges i protokollatopgørelsen for kalenderåret 2025 og frem.

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 procent.

Første mulige modregning kan ske i reguleringen den 01-04-2027.

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

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

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

I en situation, hvor den økonomiske ramme er overskredet, og specialet børne- og ungdomspsykiatri samtidig i protokollatåret har leveret mere end 1.875 1. konsultationer, og moderniseringsøkonomien på 43.017.859 kr. (1. oktober 2021 niveau) er overskredet, vil den samlede ramme blive tilført merøkonomi svarende til forskellen mellem moderniseringsøkonomien og den konstaterede omsætning i specialet. Såvel baseline som moderniseringsøkonomi reguleres løbende i forhold til antallet af kapaciteter.

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

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

4.2. Protokollat om demografimidler

Parterne er enige om følgende protokollattekst:

Protokollat af 14-08-2025 om demografimidler

Parterne er enige om at afsætte i alt 31,7 mio. kr. (1. oktober 2024 niveau) i perioden til at håndtere det øgede udgiftstryk, som de forventede ændringer i demografien vil medføre i den kommende overenskomstperiode.

Herudover vil der årligt, gældende fra 1. januar 2025, ske en regulering af befolkningsudviklingen jf. data fra Danmarks Statistik om den faktiske befolkningsudvikling⁶. Ændringen indarbejdes i den økonomiske ramme for speciallægehjælp.

4.3. Opfølgning på økonomi

Parterne har drøftet og genbekræftet det nugældende protokollat om opfølgning på økonomiprotokollatet:

4.3.1. PROTOKOLLAT AF DEN 18-09-2021 OM OPFØLGNING PÅ ØKONOMIPROTOKOLLATET

Parterne er enige om, at eneste redaktionelle ændring er opdatering af periodehenvisningen i noten til protokollatet. Noten har følgende ordlyd:

”De løbende opgørelser foretages efter samme metode, som er anvendt i forbindelse med udmelding af status på økonomiramme i FAPS i perioden 2022-2025.”

4.4. Yderligere patientbehandling med eksisterende kapacitet

4.4.1 Hæve nedre omsætningsgrænser for fuldtid

De fleste speciallæger leverer en omsætning, der er langt over den nedre omsætningsgrænse, men der er også et fåtal, som ligger tæt på denne grænse.

Ved at hæve de nedre omsætningsgrænser kan der skabes mere behandlingsvolumen med den eksisterende kapacitet.

Regionerne skal kunne planlægge ud fra en vished om, hvilken kapacitet der som minimum er til rådighed i speciallægepraksis. Dette er med til at styrke regionernes mulighed for at tilrettelægge tilbuddet i speciallægepraksis ved at sikre, at den eksisterende kapacitet udnyttes bedst muligt.

⁶ Befolkningsudvikling indeholder såvel udviklingen i antal borgere som udviklingen i borgernes alderssammensætning.

Parterne er enige om, at de nuværende nedre omsætningsgrænser for fuldtidspraksis jf. overenskomstens § 51, stk. 2 ændres, så de svarer til mindst 50 % af gennemsnitsomsætningen for fuldtidspraksis i det pågældende speciale i 2024. For de specialer, der har en lavere gennemsnitlig omsætning, bibeholdes nuværende nedre omsætningsgrænse.

Meromsætning indgår i øget aktivitet, jf. økonomiprotokollat.

For specialerne psykiatri og reumatologi gælder en overgangsordning på 2 år fra 1. april 2026, før de nye nedre omsætningsgrænser træder i kraft.

§ 51, stk. 2

Det præciseres, at en fuldtidspraktiserende speciallæge skal levere en mængde af og bredde i antallet af ydelser i praksisregi, der sikrer optimal speciallægebetjening og forhindrer en uhensigtsmæssig subspecialisering samt sikre, at speciallægen lever op til normal praksisomsætning, der mindst svarer til 50 % af gennemsnitsomsætningen for fuldtidspraksis i det pågældende speciale i 2024, jf. stk. 4.

Stk. 4

Nye nedre omsætningsgrænser pr. 1. april 2026 (niveau 1. oktober 2025)

Speciale	Ny nedre oms.grænse
1 - Anæstesiologi	1.667.727 kr.
4 - Dermato-venerologi	2.600.334 kr.
6 - Reumatologi	1.520.333 kr.
7 - Gynækologi og obstetrik	2.660.738 kr.
8 - Intern medicin	3.460.024 kr.
9 - Kirurgi	3.253.571 kr.
18 - Neurologi	1.327.463 kr.
19 - Øjenspecialet	2.491.446 kr.
20 - Ortopædisk kirurgi	2.985.045 kr.
21 - Øre-, næse-, og halsspecialet	2.459.542 kr.
23 - Plastikkirurgi	2.848.926 kr.
24 - Psykiatri	1.476.597 kr.
25 - Pædiatri	2.004.193 kr.
26 - Børne- og ungdomspsykiatri	1.320.464 kr.

Anmærkning til § 51, stk. 2:

Specialerne psykiatri og reumatologi er omfattet af en overgangsordning, som betyder, at de kan fortsætte med at leve op til nuværende nedre omsætningsgrænse (reumatologi: 1.305.207 kr. og psykiatri: 1.269.358 kr. niveau 1. oktober 2021) til og med 31. marts 2028, herefter gælder aftalt nedre omsætningsgrænse jf. § 51, stk. 2.

4.4.2 Forhøjelse af knækgrænser i psykiatri samt børne- og ungdomspsykiatri

Efterspørgslen efter speciallægebehandling overstiger behandlingsvolumen i speciallægepraksis. Der er behov for at se på, hvordan den eksisterende kapacitet kan udnyttes bedre.

I visse specialer i speciallægepraksis er den nuværende knækgrænse en begrænsning for at nå et fælles mål om, at der i disse specialer gerne skal ses flere patienter.

Med moderniseringerne af børne- og ungdomspsykiatri og psykiatri blev der åbnet mulighed for, at flere ydelser kan udføres af klinikpersonale. Dette var et fælles ønske fra parterne, så der blev frigivet speciallægetid til at se flere nye patienter, idet klinikpersonale nu kan bistå med dele af henholdsvis udredning og behandling.

Der er ikke blevet ansat klinikpersonale i det omfang, parterne havde håbet som følge af moderniseringerne, hvilket bl.a. skyldes de nuværende knækgrænser. De to specialer har begge i dag en relativt lav knækgrænse.

For mange praksis inden for de to specialer vil ansættelse af kvalificeret klinikpersonale betyde, at praksis vil komme til at omsætte over knækgrænsen, hvorfor der ikke er et umiddelbart økonomisk incitament til at påtage sig den risiko, som det også er at have personale ansat.

Der er tale om specialer, hvor der er markant færre speciallæger end i de øvrige specialer, som rammer knækgrænsen. Der er altså ikke samme tradition for at arbejde over knækgrænsen, hvorfor der blandt speciallægerne i de to specialer er en frygt for, at det ikke hænger økonomisk sammen at ansætte klinikpersonale.

En højere knækgrænse vil sikre, at der er mulighed for praksis for at tjene personalets løn, få øgede omkostninger ved større lokaler dækket ind og samtidig generere en vis indtjening, inden knækgrænsen rammes.

Parterne er enige om, at knækgrænserne for specialerne børne- og ungdomspsykiatri og psykiatri hæves med 15 procent.

Parterne har aftalt mekanismer, der sikrer, at den samlede ramme bliver tilført merøkonomi svarende til værdien af den konstaterede meraktivitet for børne- og ungdomspsykiatri og psykiatri målt på antal 1. konsultationer.

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

§ 51, stk. 6

Knækgrænserne er specialespecifikke og er anført nedenfor:

Speciale	Knækgrænse (kr.) (1. oktober 2025)
Anæstesiologi (1)	4.824.609
Radiologi (3 + 5)	8.717.068
Dermato-venerologi (4)	5.791.551
Reumatologi (6)	3.695.897

Gynækologi og obstetrik (7)	4.882.178
Intern medicin (8)	4.577.415
Kirurgi (9)	5.710.999
Neurologi (18)	3.649.786
Øjenspecialet (19)	4.876.754
Ortopædisk kirurgi (20)	5.852.859
Øre-, næse- og halsspecialet (21)	5.117.852
Plastikkirurgi (23)	4.911.475
Psykatri (24)	4.605.224
Pædiatri (25)	4.425.786
Børne- og ungdomspsykiatri (26)	4.317.425

5. Øvrige emner

5.1. Tekniske justeringer, fx i forhold til kontrolstatistik, til overenskomstens tekst samt tilpasninger som konsekvens af sundhedsreformen

Parterne er enige om, at overenskomsten skal tilpasses i lyset af sundhedsreformen, så de ændringer, som sundhedsaftalen, følgelovgivning og andre aftaler på sundhedsområdet medfører, indarbejdes i overenskomsten på en god og operationel måde. Da reformarbejdet og implementeringen af sundhedsreformen endnu ikke er afsluttet, er der også enighed om, at der kan blive behov for at tilpasse overenskomstens ordlyd i overenskomstperioden. Der er enighed om, at dette kan rummes indenfor overenskomstens § 80, stk. 3 og anmærkningen til denne:

§ 80, stk. 3: "Er der enighed mellem parterne om at ændre enkelte dele af overenskomstens bestemmelser, kan dette ske i overenskomstperioden uden forudgående opsigelse."

Anmærkning til § 80, stk. 3: "Parterne er enige om løbende at foretage de nødvendige tilpasninger af overenskomsten i forbindelse med ændringer i den regionale struktur."

Der kan for eksempel blive behov for at tilpasse overenskomsten, hvis sygesikringsgruppe 2 afskaffes med virkning før 1. januar 2027, ligesom der i forhold til registrering af ventetider skal ske tilpasning af overenskomstens § 39, stk. 4 med tilhørende anmærkning for de psykiatriske specialer som konsekvens af Aftale om samlet 10-årsplan for psykiatrien.

Fra den 1. januar 2027 vil der være fire regioner i stedet for fem. For at forberede overgangen og da valg til FAPS' regionsbestyrelser skal gennemføres forud for 1. januar 2027, aftales det, at overenskomstens § 68, stk. 2 med virkninger fra 1. januar 2027 har følgende ordlyd:

"Samarbejdsudvalget består af 6 medlemmer, i Region Østdanmark dog af 8 medlemmer. 3 henholdsvis 4 medlemmer udpeges af regionen. FAS-gruppens repræsentanter udgør ligeledes 3 henholdsvis 4 medlemmer. Desuden deltager en kommunal repræsentant i det regionale samarbejdsudvalg efter behov og har status som observatør. Den kommunale repræsentant udpeges af de kommuner, som ligger i den pågældende region. Regionen anmoder om denne repræsentants navn og kontaktadresse m.m. Den kommunale observatør har ikke stemmeret. En speciallæge, som er part i en sag, der behandles i samarbejdsudvalget og som ikke er medlem af FAS, gives ret til at møde eventuelt med bisidder, når en klage over pågældende eller en sag, som eventuelt vil kunne give anledning til fastsættelse af sanktioner over for den pågældende, behandles i samarbejdsudvalget."

Der er enighed om, at der foretages de ændringer, som det er muligt i forbindelse med formulering af overenskomstteksten for eksempel, at § 55, stk. 3 ændres med virkning fra 1. januar 2027, så der udpeges 4 medlemmer af RLTN og 4 medlemmer af FAS.

Det fremgår af § 54 om kontrolstatistik, at der sammenlignes under ét inden for samme praksistype. Det vil sige, at deltidspraksis sammenlignes med deltidspraksis, og at fuldtidspraksis

sammenlignes med fuldtidspraksis. Parterne er enige om, at der fremover ikke skelnes mellem fuldtids- og deltidspraksis, og at sammenligningen sker mellem alle speciallæger inden for et speciale.

5.2. Genbekræftelse af tidligere aftaler om billeddeling og brug af Sentinel

Parterne har ved flere lejligheder tidligere aftalt, at der skal arbejdes på at muliggøre billeddeling.

Parterne er fortsat enige om, at der skal skabes mulighed for billeddeling, som på moderne vis kan imødekomme de sundhedsfaglige behov på tværs af regioner, sektorer og EU. Parterne er i den forbindelse enige om, at der skal udarbejdes en plan, som kan understøtte et tværsektorielt samarbejde.

Parterne er enige om, at der i forbindelse med det datadrevne kvalitetsarbejde benyttes et IT-redskab, Sentinel, som er nærmere beskrevet i § 58c, stk. 2. Parterne er enige om, at Sentinel også fremover er det relevante IT-redskab, og at parterne støtter op om fortsat at udvikle og understøtte brugen af Sentinel som et GDPR-sikkert IT-redskab, hvor anvendelse af data sker i overensstemmelse med lovgivningens krav om anonymitet og personhenførbarehed.

6. Ikrafttrædelse

Overenskomsten, med de ændringer, der følger af nærværende aftale, træder i kraft den 1. april 2026.

Parterne er enige om, at næste forhandling af overenskomsten på uopsagt grundlag bør være gennemført til ikrafttræden den 1. januar 2027.

København den 14. august 2025

For
Regionernes
Lønnings- og Takstnævn



Lars Gaardhøj



Rikke Margrethe Friis

For
Foreningen af Praktiserende
Speciallæger



Ann-Louise Reventlow-Mourier



Pia Winsløw

Bilag 1 Økonomioverblik kvalitet

	2026	2027	Noter
Sekretariat og styregruppe	7.580.000	9.960.000	Nuværende sekretariats udgifter til 3 fuldtidsansatte+ studentermedhjælpstimer inkl. moms (4.500.000*). Udvidelse i 2026: 1 lægefaglig medarbejder 15t pr uge, 1 HK'er 20t pr uge og 1 AC'er 37t pr uge Udvidelse i 2027: 1 lægefaglig medarbejder 15 t pr uge, 1 AC'er med fokus på kommunikation 37t pr uge *Inklusiv sekretariatsudgifter til transport, afholdelse af møder, deltagelse i konferencer, møder i styregruppen mv.
Kommunikation og formidling	600.000	900.000	Finansiering af aktiviteter, herunder udarbejdelse af vejledningsmateriale, film, tutorials mv. Drift og udvikling på hjemmeside og klyngeplatform.
Honorering af speciallæger	375.000	750.000	Honorering af speciallæger, der deltager i projekter om klyngepakker, data og databaser samt PRO projekter. Der honoreres med 15.000 kr. pr speciallæge pr projekt. Der budgetteres med 50 speciallæger pr år. Indfases med 50% i 2026. Afhænger af ressourcerne i sekretariatet.
Testhonorar	125.000	250.000	Testhonorar for afprøvning af Sentinel projekt fx pop-up og PRO skemaer. Der honoreres med 10.000 kr. pr deltagende praksis. Der budgetteres med 25 test praksis pr år. Indfases med 50% i

			2026. Afhænger af ressourcer i sekretariatet.
Sentinel			
Driftsaftale med Sundhed.dk	6.750.000	6.750.000	Speciallægepraksis andel af finansiering af Sentinel-enheden, Sundhed.dk. Årlig drift af enheden og løbende udvikling af projekter. Svarende til nuværende aftale. Justeres i forhold til opnormering af eKVIS sekretariat.
Udvikling i Sentinel, snitflader mv.	300.000	300.000	Dækker udvikling af snitflade, grundprogrammering mv. i Sentinel, der ikke er relateret til specifikke projekter.
Webpatient			
Driftsaftale med Synlab	925.000	1.325.000	Drift og udviklingsudgifter til nuværende og kommende skemaer. Dækker udgifter til at anvende systemet og koble klinikkerne på. Hertil løbende forsendelse. Der er afsat penge til drift af 5 skemaer i 2026 og 8 skemaer i 2027.
Udvikling af PRO redskaber	500.000	300.000	Der afsættes midler til videre udvikling af webpatient og løbende tilpasning af systemet.
Klynger			
Kurser og temadage for klyngekoordinatorer	500.000	500.000	Kurser og temadage for klyngekoordinatorer mhp. videndeling og fælles opdatering på metoder til facilitering af klyngerne og kvalitetsarbejdet
Transport til klyngemøder	520.000	520.000	Der dækkes udgifter til transport/bro/færge/fly og kollektiv transport ved over 75 km. Der afsættes til 3,5 årlige møder

Klyngeaktiviteter	2.082.500	2.607.500	Beløb til understøtning af klyngernes arbejde. Der afsættes 500kr pr. speciallæge pr møde til mødeudgifter og forplejning (Ved afholdelse af møder eksternt, kan der bruges op til 750 kr. Beløbet er beregnet med 500 kr, da det cirka afspejler den gennemsnitlige pris pr mødedeltager i 2024). Der sættes i 2026 penge af til 2,5 møder og i 2027 til 3,5 årlige møder. Der beregnes med 1050 speciallæger. Der afsættes 10.000 kr. pr. klynge pr. år til honorering af fx eksterne oplægsholdere eller lignende (i alt 770.000).
Honorering af koordinatore	3.850.000	3.850.000	Honorering af klyngekoordinatorer. Der honoreres med 50.000 kr. om året til 77 koordinatore
I alt	24.107.500	28.012.500	

Bilag 2 Økonomiopstilling

Årlig merøkonomi, mio.kr.	2025 Årligt	2026 Årligt	Samlet aftale
Moderniseringsmidler		2,7	2,7
Delsum		2,7	2,7
Demografi			
Ukrainske Statsborgere	9,1	-	9,1
St. Bededag	8,3	-	8,3
Demografi 2025	6,5	-	6,5
Demografi 2026	-	31,7	31,7
Central udmøntning	-	31,7	31,7
Decentral udmøntning*	-	-	-
Delsum	23,9	31,7	55,6
Øget aktivitet herunder forøgelse af nedre omsætningsgrænser**		29,6	29,6
Delsum		29,6	29,6
Kapacitet			
Knækgrænser (psykiatriske specialer)	-	35,0	35,0
Delsum	-	35,0	35,0
Samlet økonomi til aktivitet	23,9	99,0	122,9

*Ekstraordinært er der i denne korte aftale ikke afsat midler til decentral udmøntning.

Fra næste aftaleperiode skal midlerne igen fordeles mellem central og decentral udmøntning.

**Af beløbet lægges 10,3 mio. kr. på rammen i 2026 og bortfalder pr. 1. januar 2027.

Samlede udgifter til kvalitet og digitalisering, mio.kr.	2026
Analyse af kommunikation med patienterne	0,625
Analyse over digitalisering af speciallægepraksis	0,625
To kompetencedage, jf. OK § 57	2,500
Yderligere kompetencedage jf. defineret målgruppe	1,725
Digitaliseringspulje	5,000
Økonomi til kvalitetstiltag	24,100
Total	34,575

Finansieres af Fonden for Faglig Udvikling af Speciallægepraksis