

Redegørelse

vedr.

Forhandlingsaftale mellem

Regionernes Lønnings- og Takstnævn og
Foreningen af Speciallæger

OK 2021

Indhold

1.	Flere og bedre muligheder for nære tilbud for patienter	3
1.1	Vision for de praktiserende speciallægers rolle i et samlet sundhedsvæsen	3
1.2	Nære tilbud og behandling på en ekstra geografisk lokation (satellitpraksis)	5
1.3	Støttefunktion for almen praksis	7
1.4	Nye ydernumre og konvertering af deltidsydernumre	9
1.5	Bedre udnyttelse af kapaciteten i speciallægepraksis	9
1.6	Udlægning af sygehusbehandling	10
2.	Kvalitet	10
2.1	Ny kvalitetsmodel	10
2.2	Elektronisk adgang til videnskabelig litteratur	13
3.	Modernisering	14
3.1	Revision af gældende protokollater vedrørende modernisering samt skabelon	14
4.	Digitalisering, data og cybersikkerhed	15
4.1	Digitalisering og data i speciallægepraksis	15
4.2	Fonden for faglig udvikling af speciallægepraksis	17
4.3	Videokonsultation med patient	17
4.4	Tolkning af video- og telefonkonsultationer	17
4.5	Støtte fra regionernes datakonsulenter	17
5.	Tilgængelighed	18
5.1	Feriekoordinering	18
5.2	Fleksible åbningstider	19
5.3	Tilgængelighed til speciallægepraksis	19
5.4	Elektronisk tilgængelighed	20
5.5	Telefonsystem med kø-funktion	20
5.6	Påmindelse om konsultation via SMS	21
6.	Gennemsigtighed og tillidsfuldt samarbejde	21
6.1	Kendskab og relation	21
6.2	Etiske retningslinjer	21
6.3	Ligestilling af adgang til værnemidler og vaccinationer og lign.relevante forhold ..	21
6.4	Nemt og hurtigt overblik for borger over modtagne ydelser (kvitteringsfunktion).	22
6.5	Ydelser på sundhed.dk	22
7.	Økonomi	24
7.1	Aftalens samlede økonomi	24

7.2 Økonomiprotokollat	25
8. Tekniske justeringer	25
9. Fortolkningsbidrag	26
9.1 Akutforpligtelsen for øjen- og ørelæger	26

Redegørelse for aftalen om fornyelse af overenskomst mellem RLTN og Foreningen af Speciallæger 2021

Overenskomstparterne har indgået en ny aftale om vilkårene for praktiserende speciallæger. Aftalen indebærer, at en fornyet overenskomst om speciallægehjælp (den generelle del) træder i kraft per 1. april 2022. Aftalen gælder for de næste 4 år.

Denne redegørelse indeholder en nærmere beskrivelse af forhandlingsaftalen.

1. Flere og bedre muligheder for nære tilbud for patienter

Under denne overskrift er der aftalt en klar styrkelse af de praktiserende speciallægers rolle i det samlede sundhedsvæsen.

RLTN's og FAPS' fælles vision for de praktiserende speciallægers rolle i et samlet sundhedsvæsen er blevet indskrevet som en ny præambel, dvs. det første, man fremover vil møde i overenskomsten. Bestyrelsen finder det meget væsentligt at visionen nu ikke kun er en rapport, men også er en del af overenskomsten.

Overenskomsten kommer til at indeholde denne tekst:

1.1 Vision for de praktiserende speciallægers rolle i et samlet sundhedsvæsen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Det er en forudsætning for, at borgerne kan opleve et velkoordineret forløb, at sundhedsaktører i alle led har adgang til relevant information i mødet med patienten. Nemmere adgang til data, såsom journaldata, stamdata og information om patientforløb for behandlere i alle

dele af sundhedsvæsenet kan bidrage til at forbedre sammenhængen og skabe kvalitet samt mindske risikoen for dobbeltundersøgelser. Parterne er i den forbindelse enige om vigtigheden af, at regionerne etablerer adgang til udveksling af billeddiagnostik mellem hospitaler og praktiserende speciallæger.

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

Ud over ovenstående tekst fra den fælles vision, er overenskomstens nuværende tekst om Roller og opgaver i speciallægepraksis også indsat i overenskomstens præambel i en let opdateret form.

1.2 Nære tilbud og behandling på en ekstra geografisk lokation (satellitpraksis)

Aftalen beskriver, at der nogle steder i Danmark eksisterer en geografisk betinget ulighed i sundhed. Nære tilbud gør det nemmere for mindre ressourcestærke borgere og borgere med fysiske og psykiske udfordringer at anvende et sundhedstilbud. Lettere adgang til en praktiserende speciallæge i de egne, hvor der i dag er få speciallæger, vil derfor kunne være med til at afhjælpe ulighed i sundhed og sikre en tidligere indsats for dem, der har mest brug for det.

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

Som et skridt på vejen, er parterne enige om at styrke regionernes mulighed for at indgå aftaler om satellitpraksis.

Ved satellitpraksis kan man anvende de eksisterende speciallæger til at drive praksis fra en ekstra lokation. Det giver mulighed for, at en speciallæge kan arbejde en eller et par dage om ugen fra andre lokaler end den faste klinik. Det er særlig relevant i de områder, hvor der ikke er speciallæger nok i dag eller i områder, hvor patientgrundlaget ikke giver basis for at have en praktiserende speciallæge tilgængelige hele ugen.

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

Udgangspunktet er, at borgere, der betjenes i en satellitpraksis, skal have adgang til de samme ydelser som patienter i andre speciallægepraksis. Der kan dog være særlige grunde til, at der ønskes et begrænset ydelsessortiment i en satellitpraksis og det skal i så fald aftales i Samarbejdsudvalget.

For at etablere en satellitpraksis skal der indgås en konkret aftale mellem regionen og FAPS' regionsbestyrelse og den eller de omfattede speciallæger. I aftalen fastlægges de konkrete vilkår for klinikken.

Det er FAPS' udgangspunkt, at omsætning i en satellitpraksis holdes uden for knæk og ramme, og dette skal i så fald indgå som en del af den regionale aftale. Hvis der aftales et rekrutteringstillæg eller andet incitament, skal det ligeledes indgå i den regionale aftale. Det skal også indgå som en del af den regionale aftale, hvis speciallægen får tilladelse til at benytte assistierende speciallæge i sin primære klinik under fravær pga. arbejde i satellitpraksis.

Parterne er enige om følgende forståelse af reglerne om satellitpraksis:

Fuldt ydelseskatalog:

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

Ydelserne udføres til de i overenskomsten fastsatte honorarer.

Begrænset ydelseskatalog:

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

Ydelserne udføres til de i overenskomsten fastsatte honorarer.

Åbningstider:

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

Placering:

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

Udstyr og personale:

Speciallægen kan på den ekstra geografiske lokation udføre behandling med eget medbragt udstyr eller det kan aftales at regionen sikrer, at det nødvendige udstyr er tilgængeligt. Visse

typer udstyr vil med fordel kunne anvendes af flere forskellige specialer, som anvender lokalerne på forskellige ugedage.

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

Henvisning og visitation:

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

Satellitpraksis kan etableres for en tidsbegrænset periode på maksimalt 10 år, med mulighed for forlængelse. Speciallægen kan opsige aftalen med 12 måneders varsel. Når den tidsbegrænsede periode udløber eller speciallægen opsiger aftalen, skal der ikke ydes godtgørelse.

Tidsbegrænset ekstra kapacitet og ydernummer på licens:

Begge muligheder har stået i overenskomsten i en årrække, men har ikke været anvendt. Bestemmelserne er justeret og videreføres i den nye overenskomst som en ekstra mulighed for at regionerne kan anvende fleksible muligheder for at etablere mere kapacitet i speciallægepraksis.

1.3 Støttefunktion for almen praksis

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

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

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

Parterne er enige om, at speciallæger så vidt muligt skal imødekomme forespørgsler fra almen praksis, men er opmærksomme på, at dette kan vanskeliggøres af den nuværende kapacitet inden for speciallægepraksis. Fuld implementering af støttefunktionen for almen praksis skal således ses som en udviklingsopgave.

Der er aftalt følgende:

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

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

Anmærkning til § 45:

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

I visse specialer er der i forbindelse med moderniseringerne aftalt en fravigelse fra §45, som indebærer at ydelse 0205 honoreres med et andet beløb end halvt 1. konsultationshonorar.

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

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

Anmærkning til § 45a:

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

Ny § XX. Vurdering af patient ved enkeltstående konsultation

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

Anmærkning til ny § XX

Vurdering af patient ved enkeltstående konsultation afregnes med ny ydelse XX, som honorarmæssigt svarer til en 1. konsultation i det pågældende speciale. Ydelsen kan anvendes fra 1. september 2022.

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

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

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

Bestyrelsen finder det vigtigt at få afgrænset denne nye ydelse på den rigtige måde. Derfor vil speciallægeorganisationerne blive inddraget i det kommende fælles arbejde med PLO om overordnede kriterier for, hvornår den nye ydelse kan anvendes.

Da det er en ny ydelse, er det desuden aftalt med RL TN at evaluere ordningen med "vurdering ved enkeltstående konsultation" efter et år. Som en ekstra sikkerhed, hvis ordningen ikke viser sig at fungere, kan hver af overenskomstparterne opsig ydelsen med 3 måneders varsel.

1.4 Nye ydernumre og konvertering af deltidsydernumre

Det er aftalt at regionsrådet løbende kan oprette nye ydernumre, hvis regionsrådet vurderer, at der er behov for det - dvs. at man ikke skal afvente, at der kommer en ny praksisplan. Regionen kan også tilbyde eksisterende deltidsydere at få konverteret deres deltidsydernummer til fuldtidsydernummer, eller tilbyde speciallæger i delepraksis i stedet at få hver et fuldtidsydernummer.

Det er samtidig aftalt, at regionen i forbindelse med opslag af et nyt ydernummer kan stille krav om, at speciallægen skal etablere sin klinik i et nærmere anvist geografisk område, eller eventuelt i et regionalt eller kommunalt sundhedshus.

Bestyrelsen vurderer, at disse tilføjelser til overenskomsten vil fremme regionernes udlodning af nye ydernumre mv. Dette skal også ses i sammenhæng med at regionerne nu får allokeret decentral økonomi til dette formål, sådan som der redegøres for i et senere afsnit.

1.5 Bedre udnyttelse af kapaciteten i speciallægepraksis

A.

Med henblik på at udnytte kapaciteten hos de eksisterende speciallæger bedre, er det desuden aftalt at øge kravene til minimumsomsætning hos fuldtidspraktiserende speciallæger. De nuværende nedre omsætningsgrænser for fuldtidspraksis ændres, så de svarer til mindst halvdelen af gennemsnitsomsætningen for fuldtidspraksis i det pågældende speciale i 2019. Den økonomiske ramme øges med 5,9 mio. kr. (oktober 21-niveau) svarende til den forventede meromsætning ved de nye nedre omsætningsgrænser.

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

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

B.

Hvis en speciallæge varsler ophør uden at praksis overtages af en anden speciallæge, er det nu aftalt, at regionen i varslingsperioden kan opslå ydernummeret til genbesættelse, så der ikke bliver et "slip", når speciallægen fratræder.

1.6 Udlægning af sygehusbehandling

I 2020 indgik RLTN og FAPS en midlertidig aftale om mulighed for udlægning af sygehusbehandling til speciallægepraksis i forbindelse med Covid-19. Aftalen har været til gavn for patienter, regioner og praktiserende speciallæger og parterne ønsker at aftalen videreføres i den nye overenskomstperiode. Parterne er derfor enige om, at der pr. 1. januar 2022 indgås en permanent tillægsaftale om udlægning af sygehusbehandling. Vilklårene vil være uændrede i forhold til nu. Den nuværende midlertidige udlægningsaftale er forlænget til d. 31. december 2021, hvor den afløses af den varige aftale.

2. Kvalitet

2.1 Ny kvalitetsmodel

Ny kvalitetsmodel i speciallægepraksis

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

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

- Etablering af kvalitetsklynger for alle praktiserende speciallæger
- Øget fokus på datadrevet kvalitetsarbejde og rapportering til kliniske kvalitetsdatabaser
- Fortsat arbejde med PRO eller andre former for patientinddragelse i alle specialer

- Fortsat arbejde med elementer af organisatorisk kvalitet på baggrund af erfaringerne fra akkrediteringen

Kvalitetsklynger:

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

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

Klyngerne er specialespecifikke, og eKVIS vil indgå i tæt dialog med speciallægeorganisationen om dannelsen af klyngerne. I de store specialer kan der blive tale om regionalt afgrænsede klynger. I de små specialer kan der eksempelvis blive tale om en øst- og en vest-klynge.

Klyngekoordinator:

For hver kvalitetsklynge udpeger FAPS en koordinator, der har det overordnede ansvar for afholdelsen af møderne, ligesom koordinator fungerer som kontaktperson i forhold til den tværsektorielle dialog med almen praksis, sygehuse og regioner. Koordinator er også kontaktperson i forhold til eKVIS. Klyngekoordinator honoreres med et årligt beløb på kr. 50.000.

Klyngepakker:

Klyngernes arbejde understøttes af eKVIS i form af såkaldte klyngepakker med skræddersyede data og materiale om relevante emner. Speciallægeorganisationerne er centrale medspillere i udviklingen af især klyngepakkernes kliniske indhold, ved fx at identificere og kvalificere emner samt udpege relevante fagpersoner i forbindelse med en konkret pakkes udformning. 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.

Forslag til klyngepakker og bidrag til indhold kan eksempelvis komme fra de enkelte specialer, regionerne, RKKP eller centrale sundhedsmyndigheder. De data, der stilles til rådighed for klyngerne, kan eksempelvis komme fra Sentinel, RKKP, LPR, FMK, regionerne eller andre myndigheder.

Pulje til aktiviteter i klyngerne:

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

Klyngeplatform:

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

Datadrevet kvalitet:

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.

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. Data fra implementerede dataprojekter kan indgå i drøftelser i kvalitetsklyngerne.

Sentinel:

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

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

Patientrapporterede data og anden patientinddragelse:

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

Fortsat arbejde med organisatorisk kvalitet:

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

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

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

Kompetencedage:

Det er aftalt, at der i overenskomstperioden afsættes 2 kompetencedage, som er reserveret til kompetenceudvikling i forbindelse med arbejdet med kvalitet og er knyttet til kvalitetstiltag iværksat i regi af eKVIS. Det kan eksempelvis dreje sig om introduktionsmøder eller møder til evaluering eller opfølgning på kvalitetstiltag. Kompetencedage kan afholdes som hele, halve eller kvarte dage.

2.2 Elektronisk adgang til videnskabelig litteratur

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

FAPS har påpeget, at de praktiserende speciallæger har samme behov for adgang til faglig opdatering som kolleger på hospitalerne. Ud over behovet i det daglige virke, er den manglende adgang til videnskabelig litteratur et tiltagende problem, når praktiserende speciallæger deltager i udarbejdelsen af Nationale Kliniske Retningslinjer eller ved udarbejdelsen af PRO-projekter mv.

RLTN anerkender FAPS' behov, men påpeger at området er kompliceret, bl.a. fordi det er Det Kongelige Biblioteks Licenskonsortium, der har rådigheden over den elektroniske videnskabelige litteratur. Det er aftalt, at Danske Regioner og Foreningen af Praktiserende Speciallæge i fællesskab vil gå i dialog med Det Kongelige Biblioteks Licenskonsortium med henblik på, at få afklaret om og hvordan praktiserende speciallæger evt. kan få elektronisk adgang til videnskabelig litteratur.

3. Modernisering

3.1 Revision af gældende protokollater vedrørende modernisering samt skabelon

Der er mellem parterne enighed om, at arbejdet med modernisering af speciallægepraksis skal fortsætte. Der mangler i første moderniseringsrunde 2 specialer, Neurologi og Plastikkirurgi, og disse specialer moderniseres efter den nugældende skabelon for gennemførelse af modernisering.

Når der startes forfra på anden runde af moderniseringerne, skal det ske i form af en "slankere" model. Det vil sige, at den seneste moderniseringsrapport lægges til grund og der fokuseres på en revision af ydelsesbeskrivelserne.

Som noget nyt skal det endvidere overvejes om det er relevant, at specialet f.eks. anvender håndholdt udstyr for at kunne behandle bevægelseshæmmede patienter i konsultationen. Endvidere skal der indgå en vurdering af eventuelle relevante forhold vedrørende anvendelse af videokonsultation.

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

Overenskomstens protokollat om modernisering, kommissoriet for Moderniseringsudvalget samt skabelonen for gennemførelse af modernisering er konsekvensrettet som følge af det aftalte.

Det fremgår fortsat, at det generelt er 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.

Der er aftalt 2 årlige moderniseringer, dog således at der som hovedregel ikke moderniseres i det år, hvor overenskomsten genforhandles. Derudover kan det besluttes at gennemføre "ad hoc" moderniseringer, fx til implementering af nationale kliniske retningslinjer eller ændret/nyt lovgrundlag.

Følgende specialer moderniseres i prioriteret rækkefølge:

Speciale (prioriteret rækkefølge ved en 4-årig overenskomstperiode)
1. Neurologi*
2. Plastikkirurgi*
3. Psykiatri*
4. Børne- og Ungdomspsykiatri*
5. Øjenlægehjælp*
6. Gynækologi*

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

Der kan opstå en situation, hvor parterne i fællesskab beslutter en anden prioritering af rækkefølgen, som specialerne bliver moderniseret i.

4. Digitalisering, data og cybersikkerhed

4.1 Digitalisering og data i speciallægepraksis

Aftalen redegør for, at teknologi og digitale løsninger er en integreret del af hverdagen i speciallægepraksis, og omtaler nogle af de innovative digitale tiltag, som er på vej.

Eksempelvis vil journaldata fra speciallægepraksis indgå i Sundhedsjournalen på lige fod med journaldata fra hospitalerne, når version Sundhedsjournal 3.0 sættes i drift. Det vil have stor betydning for gennemsigtigheden og for kvaliteten af den tværsektorielle behandlingsindsats, at data fra speciallægepraksis kan tilgås af patienter og andre klinikere, som har patienterne i behandling. Data til Sundhedsjournalen vil blive leveret fra de praktiserende speciallæger ved hjælp af IT-programmet Sentinel, som ligeledes anvendes til speciallægernes datadrevne kvalitetsarbejde.

De praktiserende speciallæger er endvidere omfattet af det nationale dataprojekt "Det samlede patientoverblik"/aftalebogen. Det indebærer, at patienterne vil få et let overblik over alle de aftaler, de har med speciallægepraksis såvel som med det øvrige sundhedsvæsen.

For at øge synligheden af den patientbehandling, der foregår i speciallægepraksis, vil overenskomstpakterne endvidere arbejde for, at data fra speciallægepraksis kommer til at indgå i Landspatientregistret (LPR3) og i alle relevante kliniske kvalitetsdatabaser under RKKP. IT-programmet Sentinel vil let kunne tilpasses til dette formål.

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

Udviklingen på det digitale felt går stærkt. Parterne er derfor enige om, at der skal skabes rum til løbende at udvikle og implementere nye innovative teknologiske og digitale løsninger i speciallægepraksis. Som noget nyt er det derfor aftalt, at digitale udviklingsprojekter skal kunne finansieres af Fonden for faglig udvikling i Speciallægepraksis. Der tilføres i den forbindelse Fonden et ekstra beløb på 5 mio. kr.

Bestyrelsen finder det meget væsentligt, at speciallægepraksis er med på den digitale udvikling af sundhedssektoren – og at der nu er skabt mulighed for at få finansieret udviklingsprojekter via Fonden.

MinLæge-appen

Et af de digitale udviklingsprojekter, som FAPS allerede deltager i, er Min Læge-appen, som er udviklet i et samarbejde mellem Sundheds- og Ældreministeriet, PLO og Danske Regioner. FAPS har haft indflydelse på videofunktionen i Min Læge appen, som tilbyder patienterne adgang til videokonsultation med praktiserende speciallæge. Oversigten over aftaler med speciallægepraksis ("Det samlede Patientoverblik") vil ligeledes være at finde i MinLæge appen. Min Læge appen vil blive videreudviklet i de kommende år i et tæt samarbejde mellem Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og øvrige parter. I den forbindelse er det aftalt, at RLTN friholder speciallægepraksis for udgifter til forbrug af MedCom's videoinfrastruktur (VDX).

Digital telefonbog

Det har i en årrække været en udfordring for almen praksis og speciallægepraksis at få let adgang til hinandens bagom-numre. I takt med det tættere samarbejde mellem de 2 sektorer vil det blive endnu vigtigere. FAPS og PLO vil derfor samarbejde om at lave en fælles digital telefonbog. Overenskomsten forpligter fremover de praktiserende speciallæger til at have et bagom-telefonnummer, samt indberette og ajourføre dette i den digitale telefonbog, når denne foreligger.

Cyber- og informationssikkerhed

Den digitale infrastruktur på sundhedsområdet bidrager til et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor relevante oplysninger om patientens forløb kan deles digitalt mellem de sundhedspersoner, der har patienten i behandling, fx sygehuse, kommuner almen praksis og speciallægepraksis. Der er dermed tale om omfattende dataudveksling i hele sektoren.

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

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

Parterne er enige om, at der i overenskomstperioden skal arbejdes på, at speciallægepraksis kan blive omfattet af den kommende nationale organisering af IT-sikkerhed, SAC (Security Analytics Center), som vil favne hele sundhedssektoren.

4.2 Fonden for faglig udvikling af speciallægepraksis

Overenskomstens bestemmelser om Fonden er opdateret, bl.a. sådan så der er kommet en beskrivelse af det nye formål om at Fonden fremadrettet skal kunne finansiere udvikling af digitale løsninger for at sikre at speciallægepraksis indgår på relevant måde i digitaliseringen af sundhedsvæsenet.

4.3 Videokonsultation med patient

Under Covid-19 perioden er der gjort gode erfaringer med anvendelse af videokonsultationer som erstatning for fremmødekonsultationer. Det er derfor aftalt, at muligheden for videokonsultationer, når speciallægen vurderer at gennemførelse af konsultationen pr. video giver faglig mening, gøres til en fast del af overenskomsten.

Videokonsultation skal være et tilbud til patienten, men hvis patienten foretrækker en fysisk konsultation, skal dette altid tilbydes. Videokonsultation skal være et tilbud hos alle praktiserende speciallæger i det omfang det er fagligt relevant for specialet. Det er som udgangspunkt kun de psykiatriske specialer, som vil kunne gennemføre 1. konsultation pr. video, men i moderniseringerne ses på, om det også i andre specialer er relevant at anvende video til 1. konsultation. Konsultation udført som videokonsultation afregnes med den eksisterende ydelseskode for den udførte konsultation samt registreringskode 1015.

4.4 Tolkning af video- og telefonkonsultationer

For at sprogbarrierer ikke skal være til hinder for gennemførelse af konsultationer via video eller telefon, kan det være nødvendigt at der er mulighed for at koble en tolk på video- eller telefonkonsultationen. Forhandlingsaftalen indeholder derfor en opfordring til regionerne om at indtænke sådanne løsninger i deres aftaler omkring brug af tolke.

Også ved fysiske konsultationer kan det være relevant, at tolken deltager på video. Forhandlingsaftalen indeholder derfor en opfordring til speciallægerne om at anvende regionernes tilbud om tolkning via video i de tilfælde, hvor speciallægerne vurderer, at det er fagligt relevant. Hvis patienten foretrækker at en tolkning sker fysisk, skal dette dog altid tilbydes.

4.5 Støtte fra regionernes datakonsulenter

Regionerne har i en årrække haft et tilbud til almen praksis om støtte fra regionernes datakonsulenter. Det er nu aftalt, at alle 5 regioner ligeledes skal stille hjælp fra deres datakonsulenter til rådighed for speciallægepraksis.

Datakonsulenterne vil eksempelvis kunne understøtte, at alle praktiserende speciallæger kommer godt i gang med at anvende video til konsultationer med patienter og til konferering

med almen praksis. Datakonsulenterne vil også kunne bistå ved implementering af andre nye digitaliseringstiltag, fx levering af data til Aftalebogen eller ved anvendelse af IT-programmet Sentinel til benchmark.

5. Tilgængelighed

5.1 Feriekoordinering

Fravær

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

Der er aftalt 2 væsentlige ændringer: Den forpligtelse til feriekoordinering, som overenskomsten hidtil har indeholdt, er skærpet og udvidet. Samtidig er det aftalt, at der skal udvikles en appløsning, hvor patienter og almen praksis let kan fremsøge oplysninger om, hvilke klinikker, der er åbne eller lukkede.

Den nye appløsning samt det nye elektroniske indtastningssystem skal være klar 1. januar 2023, og det er også fra det tidspunkt den nye pligt til feriekoordinering gælder.

Fraværsoplysninger skal indtastes i det nye system af alle speciallæger, ikke kun af de specialer, som har pligten til feriekoordinering.

Pligten til feriekoordinering:

For specialerne ørelægehjælp, øjenlægehjælp, dermatologi og gynækologi er der aftalt en egentlig koordinationsforpligtelse, som skal gælde sommerferie (uge 28, 29, 30 og 31), juleferie (dage mellem jul og nytår), vinterferie (uge 7 hhv. uge 8), efterårsferie (uge 42) og de tre dage op til påske.

FAPS inddeler disse specialer i geografiske områder, benævnt ferieringe, og udpeger en lokal praktiserende speciallæge som tovholder for hver feriering. Ferieringene skal være mindre end den samlede region, evt. med mulighed for et område, der kan gå på tværs af regionerne.

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

Ny appløsning:

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

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

Udarbejdelsen af den elektroniske mulighed finansieres af Fonden for Faglig udvikling. Der afsættes 1 mio.kr. til udviklingen af dette.

Parterne er enige om, at de praktiserende speciallæger ikke skal foretage dobbelt indtastning af fravær. Indtastning af oplysninger om alle klinikkens lukkedage i det nye system erstatter derfor den hidtidige pligt til at indtaste oplysning om fravær af mere end 3 dages varighed på sundhed.dk, når den nye løsning er på plads. De fraværsoplysninger, som speciallægen har indtastet i eget system, vil automatisk blive overført til Sundhed.dk, så borgerne også kan finde dem der.

5.2 Fleksible åbningstider

Der er i dag borgere som f.eks. har arbejde, der gør det vanskeligt at komme til en speciallæge mellem 8-16, hvor de fleste praksis har åben i klinikken.

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

5.3 Tilgængelighed til speciallægepraksis

Bedre handicapvenlighed:

Det er væsentligt, at der er nem og lige adgang for alle borgere, der har behov for at benytte speciallægepraksis, herunder personer med et handicap. Parterne er derfor enige om, at det skal være et fokusområde, at der løbende arbejdes med tilgængeligheden i speciallægepraksis. Som led heri vil FAPS sikre, at emnet handicapvenlighed vil indgå i undervisningen på dels det praksiskøbskursus og dels de administrationskurser, som FAPS afholder.

Overenskomstens nuværende i §42 om Retningslinjer for handicapvenlig adgang fastholdes og udvides med et krav om at ved nynedsættelse - dvs. når regionerne udløser nye ydernumre - skal de nye klinikker være i overensstemmelse med bygningsreglementet.

Derudover har parterne drøftet, at det på grund af den eksisterende bygningsmasses karakter kan det være en udfordring at finde kliniklokaler, der fuldt ud lever op til bygningsreglementets krav - eller at foretage ændringer af eksisterende kliniklokaler, der fuldt ud lever op her til. Men der er mange mindre ændringer, som kan foretages ret enkelt og som har en stor betydning for patienter med et handicap.

Det er derfor aftalt, at alle speciallæger skal foretage sådanne mindre ændringer, f.eks. fjerne fodlister, aftage gulvtæppe, flytte knager m.m.

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

Man er ikke forpligtet til at gennemføre de foreslåede ændringer ud over det, der følger af den generelle forpligtelse til at gennemføre mindre ændringer. Men rådgivningen kan give et bedre overblik over, hvilke ændringer der kan være til gavn for borgere med et handicap. Det kan bl.a. være hindringer i form af lokalplaner, bygningsfredning, manglende tilladelse fra udlejer, økonomisk belastning og lignende, der medfører, at foreslåede ændringer ikke gennemføres.

Ønsker om moderne lokaler med god tilgængelighed:

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

Regionerne opfordres derfor til at tilbyde praktiserende speciallæger at leje sig ind i de sundhedshuse, som regionerne etablerer.

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

5.4 Elektronisk tilgængelighed

Det har i mange år stået i overenskomsten, at elektronisk kommunikation med patienterne (e-mail-konsultation, elektronisk receptfornyelse, elektronisk tidsbestilling og prøvesvar) skal være en del af speciallægenes tilbud til patienter, der allerede er i behandling hos speciallægen. Bestemmelsen er nu præciseret. Der er enighed om, at der kan være særlige patientgrupper eller behandlinger, hvor det ikke er muligt for speciallægen at tilbyde elektronisk kommunikation.

Forudsætningerne for anvendelse af elektronisk kommunikation er fortsat beskrevet i protokol af 31-03-2011 om elektronisk kommunikation.

5.5 Telefonsystem med kø-funktion

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

5.6 Påmindelse om konsultation via SMS

Det er væsentligt både for patienten og speciallægen, at patienten møder op til aftalt tid. Derfor gøres det i overenskomsten til et krav, at patienter der har tid hos en speciallæge, får en påmindelse herom på SMS, senest dagen inden undersøgelsen eller behandlingen.

6. Gennemsigtighed og tillidsfuldt samarbejde

6.1 Kendskab og relation

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

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

Endelig er det aftalt, at der i den kommende overenskomstperiode afholdes en workshop arrangeret af RLTN og FAPS med deltagelse af RLTN's og FAPS' sekretariater, regionerne samt de lokale FAPS-formænd. Workshopen vil have til hensigt at skabe bedre og mere smidige sagsgange regionalt og centralt i sager om overtrædelse af overenskomsten, og fx fratagelse af ydernumre. Bestyrelsen finder det vigtigt at regionerne ensretter deres praksis i sådanne sager, og ser derfor frem til dette arbejde.

6.2 Ethiske retningslinjer

De etiske retningslinjer er præciseret, så det fremgår tydeligere, at der skal være en klar adskillelse af behandlingen under overenskomsten og privat behandling:

Ingen speciallæger eller dennes personale må uopfordret tilbyde en patient at komme hurtigere til mod privat betaling, hverken telefonisk, på klinikkens hjemmeside eller ved patientens fremmøde.

Der skal være en klar adskillelse af behandling under overenskomsten og i privat regi. Det betyder, at der ikke må reklameres på hjemmesiden vedrørende ydernummeret, om at der tilbydes privat behandling. Eventuel privat behandling kan fremgå af selvstændig hjemmeside.

Det fremgår nu også direkte af de etiske retningslinjer, at alle speciallæger er forpligtet til at fordele deres omsætning jævnt over året. Der må ikke lukkes for behandling før årets udgang, fordi knækgrænse eller omsætningsloft er nået.

6.3 Ligestilling af adgang til værnemidler og vaccinationer og lign. relevante forhold

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

På den baggrund har parterne drøftet behovet for en anderledes håndtering ved fremtidige pandemier eller andre særlige situationer. For så vidt angår vaccinationer er dette et anliggende for Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut. Danske Regioner anerkender den vigtige indsats, der leveres af de praktiserende speciallæger som en del af det integrerede sundhedsvæsen og vil gerne medvirke til at henlede sundhedsmyndighedernes opmærksomhed på dette.

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

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

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

6.5 Ydelser på sundhed.dk

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

Det er i følgende 3 specialer aftalt, at der skal afgives ekstra oplysninger på sundhed.dk for at sikre patienten og den alment praktiserende læge de bedste forudsætninger for valg af speciallæge, som passer til patientens behandlingsbehov:

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

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

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

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

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

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

7. Økonomi

7.1 Aftalens samlede økonomi

Aftalens samlede økonomi udgør:

- Kvalitetsområdet og digital udvikling **89,7 mio. kr.**
- Rammeløft til moderniseringsmidler **22,6 mio. kr.**
- Rammeløft til meraktivitet **42,6 mio. kr.**
- Rammeløft til øget minimumsomsætning **5,9 mio.kr.**
- Rammeløft - decentral udmøntning **55,4 mio. kr.**
- Dvs. permanent rammeløft i alt: **126,5 mio. kr.**

Følgende bilag indgår i forhandlingsaftalen:

Rammeudgangspunkt pr. 1. okt. 2021 3.428.901.376

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

Samlet økonomi

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

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

Økonomien er endvidere belyst i følgende:

Protokollat af 18-09-2021 om demografimidler

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

Central udmøntning

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

Decentral udmøntning af midler

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

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

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

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

7.2 Økonomiprotokollat

Overenskomstens økonomiprotokollat fortsætter uændret, dog med en opdatering af den økonomiske ramme.

Der er ikke fastsat nogen økonomisk ramme efter d. 31. marts 2026, hvilket betyder at rammen løber ud, hvis aftalen ikke fornyes som aftalt til d. 1. april 2026.

8. Tekniske justeringer

Der er aftalt nogle få justeringer af tekniske karakter. Herunder fremgår det, at den nye model for kontrolstatistik, som blev aftalt i OK2017, nu omsider kan sættes i værk.

Det var oprindeligt aftalt, at den nye model for kontrolstatistik skulle træde i kraft, når regionerne tog det nye administrationssystem Praksys i brug, men dette system kom ikke til at virke.

Regionerne har i stedet fået et andet administrationssystem LUNA, og det betyder at den nye model for kontrolstatistik vil blive anvendt første gang i forbindelse med opfølgning for kalenderåret 2021.

9. Fortolkningsbidrag

9.1 Akutforpligtelsen for øjen- og ørelæger

I forbindelse med forhandlingerne har parterne fastlagt følgende fortolkning af øjen- og ørelægers akutforpligtelse

Akutforpligtelsen for øjen- og ørelæger

I overenskomst om speciallægehjælp er det beskrevet, at der gælder en forpligtelse til at varetage patienter med akut behandlingsbehov for speciallæger i øjenlægehjælp samt ørelægehjælp.

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

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