

26-10-2007

Sag nr. 06/4925

Dokumentnr. 53488/07

### **Forhandlingsaftale**

Tid	26. oktober 2007
Sted	Danske Regioner
Deltagere	Repræsentanter for Foreningen af Speciallæger og Regionernes Lønnings- og Takstnævn.
Emne	Fornyelse pr. 1. april 2008 af Overenskomst om Speciallægehjælp

## INDHOLDSFORTEGNE LSE

### 1. KOMMUNALREFORM

3

### 2. ÅRSRAPPORT

3

### 3. OMKOSTNINGS- OG INDTJENINGSUNDERSØGELSE

3

### 4. SAMARBEJDE MED RESTEN AF SUNDHEDSEKTOR

4

### 5. KVALITET, SERVICE OG IT

5

Kvalitetsudviklingsprojekt (KVIS II)

6

IT-puljen

7

Henvisningshotel

8

E-ydelser

8

Ventetider på sundhed.dk

8

### 6. OMSÆTNINGSGRÆNSER

9

Mindsteomsætning for fuldtidspraktiserende speciallæger

9

Forhøjelse af omsætningsloft i deltidspædagogik

10

Forhøjelse af knækgrænser

10

### 7. MODERNISERING AF SPECIALER I SPECIALLÆGEPRAKSIS

11

### 8. REKVISITION

12

**9. TUTORLÆGER**

13

**10. PRÆCISERING OG ÆNDRING AF OVERENSKOMSTE N OG NYE TILTAG**

13

§ 3. Aftaler vedrørende speciallægehjælp

13

§ 19. Praksisophør

13

§ 26. Konsultation

14

§ 27. Sygebesøg

14

§ 39. Efteruddannelse

15

§ 61 Anvendelse af årsopgørelse

15

Protokollat om adgangsforhold

15

**11. ØKONOMI**

16

Ændret reguleringsbestemmelse

16

**12. IKRAFTTRÆDEN OG OPSIGELSE**

17

Parterne opnåede enighed om at indstille følgende til godkendelse:

### **1. Kommunalreform**

Overenskomsten konsekvens rettes i forhold til den nye regionale og kommunale struktur, hvorved "amt/amter" som udgangspunkt erstattes med "region/regioner".

Desuden deltager en kommunal repræsentant i det regionale SU 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 mm. Den kommunale observatør har ikke stemmeret.

### **2. Årsrapport**

Parterne udarbejder en årlig rapport, som analyserer aktiviteten og økonomien i speciallægepraksis.

Rapporten udarbejdes af overenskomstens parter i fællesskab evt. med inddragelse af repræsentanter fra regionerne.

Rapporten skal vise hovedtal for samtlige specialer, der illustrer udviklingen i omsætning og aktivitet. Endvidere skal rapporten redegøre for årsagerne til udviklingen i de enkelte specialer. Endelig skal rapporten indeholde en mere dybtgående analyse af udvalgte specialer.

### **3. Omkostnings- og indtjeningsundersøgelse**

Parterne er enige om at gennemføre en omkostnings- og indtjeningsundersøgelse af ydelser i speciallægepraksis.

Formålet med undersøgelsen er, at medvirke til at skabe gennemsigtighed i anvendelsen af offentlige midler på speciallægeområdet, herunder at få mulighed for indsigt i priskalkulationen for speciallægelige ydelser i praksissektoren, mulighed for sammenligning af priskalkulationer i hospitalsvæsenet for tilsvarende ydelser, samt mulighed for sammenligning af priskalkulationer mellem de forskellige specialer.

Formålet med undersøgelsen er endvidere at give synlighed angående indtjeningspotentialet for speciallæger, der kan bidrage positivt i rekrutteringshenseende til speciallægeområdet i fremtiden og synliggøre, om den gennemsnitlige indtjening er konkurrencedygtig med alternativ ansættelse som f.eks. overlæge på et sygehus.

Omkostnings- og indtjeningsundersøgelsen baseres bl.a. på de regnskabsoplysninger, som revisoren har påtegnet. Undersøgelsen er alene relateret til de for speciallægeoverenskomsten

relaterede ydelser, mens indkomst ved anden virksomhed er undersøgelsen uvedkommende.

Desuden vil der efter aftale mellem parterne kunne forekomme spørgsmål, som speciallægen skal besvare. Det kan f.eks. være nogle af de spørgsmål, som FAS i øvrigt stiller sine medlemmer, eller det kan være spørgsmål, som vil kunne supplere det samlede billede af praksissektoren. Der er enighed om at den enkelte speciallæge skal angive sit gennemsnitlige, ugentlige timeforbrug til den aktivitet, der er omfattet af speciallægeoverenskomsten.

Undersøgelsen foretages på baggrund af oplysninger fra alle fuldtidspraktiserende speciallæger. Første gang på grundlag af oplysninger for kalenderåret 2008. Herefter gennemføres undersøgelsen én gang i hver overenskomstperiode.

Undersøgelsen gennemføres af FAS eller eventuelt ved eksternt konsulentfirma. RLTN deltager i udformning af undersøgelsens design, herunder udarbejdelse af spørgeskema til brug for undersøgelsen m.m.. Dette med henblik på at sikre, at der foretages en retvisende deling af omkostninger i speciallægepraksis, som afspejler at nogle af udgifterne (f.eks. husleje og løn til klinikpersonale) kan være både overenskomstrelateret og relateret til anden virksomhed.

Finansieringen af undersøgelsen foretages ved træk på Fonden for Faglig Udvikling i Speciallægepraksis's formue, og dækker herunder udgiften til spørgeskema med revisorpåtegning..

Når resultatet af undersøgelsen foreligger, drøfter overenskomstens parter om det giver anledning til at prioritere midler i moderniserings pulje og/eller nye midler ved overenskomstforhandlinger til udvalgte specialer.

Gennemførelsen af ovennævnte undersøgelse vil ikke i sig selv medføre ændrede vilkår for praktiserende speciallæger, idet vilkår og honorering som hidtil aftales mellem overenskomstens parter. Det er endvidere forudsat, at undersøgelsen ikke skal kunne offentliggøres på personniveau, men speciale for speciale.

#### **4. Samarbejde med resten af sundhedssektoren**

Der er et stigende pres på sundhedsvæsenet, som indebærer øget efterspørgsel efter flere behandlinger i praksissektoren. Parterne er derfor enige om, at der er behov for mere fokus på de muligheder, der er i samarbejde og øget integration mellem praktiserende speciallæger og sygehusvæsenet, idet behandlinger i højere grad løses gennem samarbejde på tværs af sygehuse – og speciallægepraksis.

Øget integration mellem praktiserende speciallæger og sygehusvæsenet kunne eksempelvis være i form af faglige arrangementer på tværs mellem speciallæger på sygehuse og i

speciallægepraksis, fælles patientforløb herunder øget deltagelse i konferencer på sygehuse om fælles patienter, fælles anvendelse af avanceret udstyr m.m.

Med henblik på at opnå øget samarbejde og øget integration mellem praktiserende speciallæger og sygehusvæsenet, nedsættes derfor et udvalg, som i overenskomstperioden skal afdække muligheder for øget integration herunder fremkomme med forslag, der kan fremme formålet om øget samarbejde og faglig integration mellem speciallægepraksis- og sygehussektoren. Afdækningen af muligheder for øget integration samt forslag skal efterfølgende drøftes mellem parterne med henblik på implementering af forslag m.m. Parterne er endvidere enige om i overenskomstperioden løbende at følge udviklingen i forhold til, om samarbejdet mellem sygehus- og speciallægepraksis udnyttes optimalt.

#### **5. Kvalitet, service og IT**

Parterne er enige om, at sundhed.dk er en portal, som vil understøtte speciallægenes service til borgerne, og at der er enighed om gennem en fælles indsats, at sikre at praksisdeklarationerne, med de informationer som er aftalt i den gældende overenskomst, bliver tilgængelige for borgene på sundhed.dk, så hurtigt som muligt.

Parterne er derfor enige om, at speciallægenes praksisdeklarationer er tilgængelige på sundhed.dk senest den 01-09-2008.

For at imødekomme de krav som sundhed.dk stiller for at kunne gøre praksisdeklarationer tilgængelige, er parterne enige om i fællesskab, at igangsætte et udviklingsarbejde, således at der kan ske den nødvendige dataudveksling mellem speciallægeforsøgelsen og sundhed.dk, og som omfatter en opdatering af databasen bag speciallægeforsøgelsen.

En tidsplan for dette udviklingsarbejde og implementeringen af praksisdeklarationerne, udarbejdes af parterne til SSU-/forhandlingsmødet den 13-12-2007. Planen vil endvidere indeholde en kort beskrivelse af forventede aktiviteter og ansvarsfordeling af disse, samt være koordineret og afstemt med relevante tredjeparter, herunder sundhed.dk og driftsparten bag speciallægeforsøgelsen.

Senest 01-04-2008 skal parterne vurdere fremdriften i de aftalte aktiviteter jf. tidsplanen og i fald der ikke fremvises en tilstrækkelig fremdrift i aktiviteterne til realisering af praksisdeklarationerne inden tidsfristen 01-09-2008, er parterne enige om at tilkøbe den nødvendige eksterne IT-bistand som kan sikre, at data kan tilgå sundhed.dk fra speciallægeforsøgelsen.

De praktiserende speciallæger får mulighed for at supplere deres praksisdeklaration på sundhed.dk med oplysninger om særlige kompetenceområder og hvorvidt praksis tilbyder

e-ydelser, samt aktuelle oplysninger om ferie, fravær, kurser og sygdom m.v.

Indtil andet er aftalt mellem parterne skal disse oplysninger indtastes af den enkelte speciallæge direkte på sundhed.dk, hvortil der kræves en digital signatur.

Fra 01-01-2009 har speciallægen pligt til i et dækkende omfang og med rimelig mellemrum at vedligeholde praksisdeklarationens aktuelle oplysninger om ferie, fravær, kurser, sygdom m.v.

Frem mod 01-06-2009 kan speciallægens praksisdeklaration suppleres med oplysninger om særlige kompetenceområder og hvilke e-ydelser speciallægen tilbyder patienterne. Efter 01-06-2009 skal oplysninger om e-ydelser fremgå af praksisdeklarationen, mens det fortsat er frivilligt for speciallægen at oplyse særlige kompetenceområder.

### ***Kvalitetsudviklingsprojekt (KVIS II)***

#### **Protokollat om kvalitetsudviklingsprojektet (KVIS II)**

Parterne har iværksat et kvalitetsprojekt (KVIS II) med henblik på at skabe en model for kvalitetsudvikling i speciallægepraksis, der sikrer, at speciallægepraksis kan dokumentere, at kvaliteten i det udførte arbejde er fuldt på højde og dermed sammenlignelig med kvaliteten i det øvrige sundhedsvæsen.

KVIS II er et 3-årigt projekt løbende fra 01-05-2007 til 30-04-2010, og finansieres af Fonden for Faglig Udvikling i Speciallægepraksis.

**Bilag 1** viser en oversigt samt en kort beskrivelse af de i alt syv delprojekter som samlet udgør KVIS II

**Bilag 2** viser en tidsplan for hver af de enkelte delprojekter samt estimerede tidspunkter for vigtige milepæle for hver af delprojekterne.

Det forudsættes at de to bilag godkendes af styregruppen for KVIS. KVIS II skal udvikle en struktur og et forløb for kvalitetsudvikling i speciallægepraksis på en måde, der virker motiverende for den enkelte praktiserende speciallæges lyst til at deltage, og skal endvidere sikre, at alle praktiserende speciallæger kan inddrages. Det er således hensigten, at etablere processer i kvalitetsudviklingen, der bygger på læring og feedback.

De enkelte tiltag i KVIS II er i overensstemmelse med Den Danske Kvalitetsmodel, og beskæftiger sig derved både med det organisatoriske område, sygdomsspecifikke samt generelle forløbsstandarder. Parterne er enige om, at projektet endvidere skal beskæftige sig med

elementer, der relaterer sig til servicemål. Projektet er på den baggrund inddelt i en række delprojekter, der hver for sig bidrager til en samlet kvalitetsmodel for speciallægepraksis.

De enkelte delprojekter leverer i projektperioden løbende resultater og bidrag til det samlede projekt i forhold til forskellige metoder for arbejdet med forskellige typer af standarder og indikatorer, patienttilfredshed, indrapportering af utilsigtede hændelser, datafangst og dataregistrering m.v.

Parterne er enige om, at resultater fra kvalitetsprojektet, hvor det er relevant og hensigtsmæssigt, løbende søges implementeret i overenskomstperioden frem til 2011. Særligt har parterne fokus på delprojekt E, der omhandler 'diagnosekodning, datafangstmodul og databaseindberetning'. Disse elementer er velkendte i kvalitetsudviklingsammenhæng, bl.a. fra almen praksisområdet, hvorfor parterne bag KVIS II er indstillet på en hurtig afklaring af netop disse kvalitetselementers anvendelsesmulighed på området for praktiserende speciallæger. Parterne forventer at denne afklaring foreligger i første kvartal 2008, og er enige om påbegynde implementeringen snarest herefter. Det forudsættes i den forbindelse, at der kan opnås enighed om finansiering af de omkostninger, der måtte være forbundet med implementering.

### ***IT-puljen***

#### **Protokollat om IT- og kvalitetsudviklingsmidler**

Jf. gældende aftale (Protokollat af den 09-10-2004 om udbredelse af IT) eksisterer IT-puljen frem til og med 31-12-2008. Pr. 01-06-2007 var det aktuelle træk 7.3 mio. kr. af de oprindelige afsatte 15 mio. kr. Parterne er enige om at redefinere og udvide IT-puljens formål pr. 31-12-2007.

Et af IT-puljens oprindelige formål var at dække speciallægerne udgifter til anskaffelse af IT.

Udover at dække udgifter til anskaffelse af IT hos de speciallæger, der pr. 31-12-2007 og frem til senest 31-12-2008 har en dispensation, er parterne enige om at midler fra IT-puljen kan anvendes til helt eller delvist dækning af udgifter forbundet med følgende konkrete aktiviteter:

1. Informationskampagne og et antal introduktionskurser om brugen af henvisningshotellet, samt mulighed for rekvirering af datakonsulentstøtte i forbindelse med ibrugtagning af henvisningshotellet.
2. Tilpasning af datafangstmodulet til det eller de praksissystemer som anvendes i speciallægepraksis og som ikke allerede er certificeret til at køre datafangstmodulet.
3. Anden IT-udvikling i forbindelse med datafangstmodulet som sikrer, at data kan hentes automatisk eller semiautomatisk fra praksissystemet, og, efter nærmere aftale, videresendes til kliniske databaser.
4. Mindre bidrag til praksissystemsleverandørerne, der kan sikre, at diagnosekodning med ICD-10 er muligt i samtlige praksissystemer der anvendes i speciallægepraksis



5. Bidrag til udvikling af IT-program der kan automatisere generering af oplysninger om ventetider til sundhed.dk
6. Dækning af udgifter til speciallæger, der indberetter til databaser i forbindelse med KVIS-projektet
7. Frikøb af digital signatur (anskaffelse, 750 kr. og abonnement i OK-perioden, dvs 3 år, 100 kr. per år) hos til TDC til samtlige speciallæger.
8. Udvikling og implementering af praksisdeklarationer for speciallæger på sundhed.dk

#### ***Henvisningshotel***

Parterne vil primo 2008 etablere et elektronisk henvisningshotel. Når henvisningshotellet er i drift vil speciallægen ikke længere modtage elektroniske henvisninger direkte fra praktiserende læge, men er derimod forpligtet til at kunne afhente den elektroniske henvisning på hotellet, når speciallægen har været i kontakt med patienten.

Senest seks måneder efter hotellets idriftsættelse skal samtlige specialpraksis kunne hente de elektroniske henvisninger på hotellet.

Det vil i en overgangsperiode frem til 31-12-2008 være muligt for de speciallæger, der har en dispensation vedr. anskaffelse af IT at modtage henvisninger i papirformat

Parterne er enige om, at henvisningshotellet af sikkerhedsmæssige grund anvender digital signatur som identifikationsnøgle for speciallægen, hvorfor denne og evt. ansat klinikpersonale skal anskaffe sig en signatur for at kunne efterleve det i stk. 2 nævnte krav.

#### ***E-ydelser***

Elektronisk kommunikation med patienterne skal være en del af speciallægens tilbud til patienter. I det omfang denne service kan kobles til speciallægens ydelser og er relevant for disse, skal speciallægen derfor inden den 01-06-2009 tilbyde de e-ydelser, som er nævnt og beskrevet i Protokollat af den 09-10-2004.

Jf. Protokollat af 09-10-2004 om e-mail kommunikation skal speciallægen informere om den forventede svartid. Når speciallægen tilbyder e-ydelser er servicemålet, at alle elektroniske henvendelser der kræver svar, besvares inden for 2 klinikdage. Hvis en elektronisk henvendelse i første omgang besvares af autosvar, eksempelvis pga. af fravær, skal der af dette svar fremgå, hvornår henvendelse forventes behandlet og patienten kan forvente svar på henvendelsen.

Når speciallægen tilbyder e-ydelser skal dette fremgå af speciallægens praksisdeklaration, på den fælles offentlige sundhedsportal sundhed.dk.

#### ***Ventetider på sundhed.dk***

Parterne er enige om, at speciallægers praksisdeklarationer i løbet af 2009 udvides med informationer om ventetider, som vil være tilgængelige for borgerne på sundhed.dk.

Forudsat at funktionaliteten stilles til rådighed på sundhed.dk, skal speciallægen senest 01-06-2009 oplyse den anslåede ventetid til 1. konsultation.

Angivelse af ventetider indebærer i første omgang, at de enkelte speciallæger på sundhed.dk angiver den "subjektive" ventetid. Ved den "subjektive" ventetid forstås den ventetid, som speciallæge skønner, at der aktuelt vil gå, fra en ny patient første gang er i kontakt med speciallægens praksis, til patientens første konsultation.

Speciallægen opdaterer ventetidsoplysningerne jævnlige, dvs. senest hver 2. måned.

**Anmærkning:** Når de teknologiske forudsætninger er til stede, med etablering af det elektroniske henvisningshotel og det nye afregningssystem, vil parterne arbejde for i løbet af 2009 at etablere en automatisk generering af ventetider – der ligeledes gøres tilgængelig via sundhed.dk.

Parterne er enige om i løbet af 2008 at nedsætte en arbejdsgruppe, som inden udgangen af oktober 2008 skal fremkomme med forslag til de udvalgte diagnoser/behandlinger indenfor de enkelte specialer, som det kan være relevant, at angive ventetider for. I dette arbejde vil parterne også drøfte, hvordan den automatiske generering af ventetider helt eller delvist kan finde sted uden administrativ gene for speciallægen.

Parterne er indforstået med, at de usikkerheder, der måtte være forbundet med opgørelsen af ventetider, skal indgå som en del af de oplysninger, som bliver tilgængelige for patienterne.

Desuden er det vigtigt, at det overfor patienterne ligeledes gøres meget klart, at akutte behandlinger ikke er omfattet af ventetiderne, men at akutte sygdomme behandles forud for andre sygdomme.

## **6. Omsætningsgrænser**

### ***Mindsteomsætning for fuldtidspraktiserende speciallæger***

Parterne er enige om, at speciallægens beskæftigelse ved siden af overenskomstopgaverne ikke bør have hverken tidsmæssige eller indholdsmæssige konsekvenser for udførelsen af opgaver under praksisoverenskomsten.

Således henvises der til de Ethiske Retningslinier og det skal i den forbindelse understreges, at

fuldtidspraktiserende speciallæger har deres primære beskæftigelse indenfor praksisoverenskomsten.

Desuden præciseres, at en fuldtidspraktiserende speciallæge skal levere en mængde af og en bredde i antallet af ydelser i praksisregi, der sikrer optimal speciallægebetjening og forhindrer en uhensigtsmæssig subspecialisering, samt sikrer, at speciallægen lever op til normal praksisomsætning. Dette defineres som en omsætning, der mindst svarer til 50 % af gennemsnitsomsætningen i 2006 (dog anvendes omsætningsloftet for deltidspaktiserende for de specialer, hvor dette er højere).

Med virkning fra 2008 gælder følgende:

Speciale	Gennemsnitlig omsætning	Minimumsgrænse 2006-priser (50% af gens. Omsætning)	Minimumsgrænse grundniveau (01-01-2002)
Anæstesiologi	1.732.179	866.089	810.186
Dermato-venerologi	3.489.201	1.744.601	1.631.993
Reumatologi	1.639.686	819.843	766.925
Gynækologi og obstetrik	2.350.371	1.175.186	1.099.332
Intern medicin	3.044.744	1.522.372	1.424.108
Kirurgi	4.086.935	2.043.468	1.911.570
Neurologi	1.421.283	786.150	735.407
Øjenlægehjælp	2.796.421	1.398.211	1.307.962
Ortopædisk kirurgi	3.637.173	1.818.586	1.701.203
Ørelægehjælp	2.891.880	1.445.940	1.352.610
Plastikkirurgi	2.048.646	1.024.323	958.207
Psykiatri	1.484.417	786.150	735.407
Pædiatri	1.744.542	872.271	815.969
Børne- og ungdomspsykiatri	1.338.221	786.150	735.407

Såfremt en speciallæge ikke opfylder den nedre omsætningsgrænse, skal sagen forelægges for det regionale SU, hvor der, efter høring af den pågældende speciallæge, kan tages stilling til eventuelle dispensationsmuligheder, tiltag der kan understøtte en øget omsætning eller eventuelle sanktioner i forhold til speciallægen, jf. § 7, stk. 2.

*Anmærkning:*

*Fuldtidspraktiserende speciallæger, hvis omsætning ikke 01-04-2008 overstiger ovennævnte minimumsgrænse for det pågældende speciale, kan fortsat praktisere med uændret ydelsesmønster.*

#### **Forhøjelse af omsætningsloft i deltidspøksis**

Parterne er enige om, at forhøje omsætningslofterne i deltidspøksis, således at den i Speciallægeoverenskomstens § 57, stk. 1 anførte grænse på 625.000 kr. ændres med virkning fra 2008 til 775.000 kr.. Samtidig ændres den i § 57, stk. 2 anførte grænse på 500.000 kr. til 650.000 kr.

#### **Forhøjelse af knækgrænser**

Under overenskomstforhandlingerne er det bl.a. blevet drøftet, hvorvidt de såkaldte knækgrænser dæmper aktiviteten i speciallægeprøksis og dermed udgør en barriere for en (mer)aktivitet, der efterspørges i en tid med mangel på lægelig arbejdskraft og nedbringelse af ventetider på behandlinger mv.

Parterne er på denne baggrund enige om at afskaffe den nuværende 1. knækgrænse fra og med 2008 og forhøje den nuværende 2. knækgrænse for fuldtidspøksis fra og med 2009.

Parterne er enige om at følge udviklingen med henblik på at kunne vurdere ændring af aktivitetsniveau og ydelsessammensætning hos praktiserende speciallæger, herunder om ændringen af knækgrænser medfører en uhensigtsmæssig eller utilsigtet udvikling. I tilknytning hertil kan der indgås aftale om nye styrings- og incitamentsmekanismer.

Dette medfører, at Speciallægeoverenskomstens § 56, stk. 1, 2. afsnit ændres til:

"Reduktion foretages således, at honorarer ud over de i stk. 2 nævnte knækgrænser reduceres med 40 %."

Det i § 56, stk. 2 anførte skema ændres på grundlag af følgende:

<b>Speciale</b>	<b>Stigning 2. knæk (2006-priser)</b>
Anæstesiologi (1)	125.823
Dermato-venerologi (4)	288.324
Reumatologi (6)	0
Gynækologi og obstetrik(7)	341.885
Intern medicin (8)	342.413
Kirurgi(9)	257.606
Neurologi (18)	0
Øjenlægehjælp (19)	213.994
Ortopædisk kirurgi(20)	420.112
Ørelægehjælp (21)	125.785

Plastikkirurgi (23)	32.286
Psykiatri (24)	93.333
Pædiatri (25)	431.274
Børne- og ungdomspsykiatri	0

## 7. Modernisering af specialer i speciallægepraksis

Parterne enige om, at der skal etableres hurtigere modernisering af specialerne, begrundet i, at der kan gå 5 - 10 år mellem moderniseringerne af de enkelte specialer. Der skal etableres en hurtigere og mere smidig gennemgang af de enkelte specialer, som indebærer at der kun vil gå 2-3 år mellem hver modernisering. Samtidig skal der være en mere grundig gennemgang af de enkelte specialer, hvor der kan gå 7 - 10 år imellem. Hensigten er, at der i højere grad skal kunne følges op på de enkelte specialers behov for modernisering - til gavn for begge parter.

Parterne er derfor enige om i regi af Modernisering sudvalget, at nedsætte en arbejdsgruppe som skal udarbejde en ny og mere smidig skabelon, som tilgodeser, at en modernisering kan foregå hurtigere. Samtidig skal udvalget justere skabelonen for den mere grundige modernisering med henblik på konkretisering af de områder, som skal behandles samtidigt med, at der tilføjes nye relevante områder.

Parterne er enige om, at lade ovennævnte arbejdsgruppe tage stilling til og evt. beslutte, om følgende skal indgå i moderniseringskabelonerne:

- Laboratorieydelse, herunder at listen jf. kapitel 1 i overenskomstens specielle del, over de laboratorieydelse, som speciallæger kan gøre brug af, revideres.
- Forebyggende samtaler samt håndteringen af samtidig henvisning til undersøgelse/behandling for flere diagnoser.
- Nye telemedicinske behandlingsmetoder. Telemedicin anvendes gennem en samarbejdsprocedure, hvor den kliniske undersøgelse sker lokalt, men den faglige vurdering foretages af eksperter placeret et andet sted/andet land (distancefunktion).

I moderniseringsrapporterne skal der desuden fokuseres på, at kliniske vejledninger og standarder for god behandling følges med henblik på, at undgå at patienter gennemgår unødvendige undersøgelser, behandlinger eller kontroller.

Udvalgets arbejde vedr. udformning af skabeloner for både de mere hurtige og smidige moderniseringer samt de grundige moderniseringer, skal foreligge senest 1. april 2008.

Parterne er enige om, at der afsættes 38 mio. kr. til indgåelse af aftaler som følge af moderniseringer, som fordeles med 16 mio. kr. i 2008, 12 mio. kr. 2009 og 10 mio. kr. i 2010.

## **8. Rekvisition**

Parterne har jævnfør protokollat af den 09-10-2004 om "vilkår for afskaffelse af rekvisitionsordningen" tidligere været enige om, at den nuværende rekvisitionsordning inden en nærmere fastsat dato i den kommende overenskomstperiode afskaffes. I den forbindelse blev der nedsat en arbejdsgruppe, som har udredt og afklaret de nærmere vilkår for afskaffelse af rekvisitionsordningen. Arbejdsgruppen fik endvidere til opgave at lægge en plan for arbejdet med at gennemgå og justere ydelsesbeskrivelserne samt beregning af nye honorarer.

Tilrettelæggelse af arbejdsgruppens arbejde blev drøftet den 07-10-2005 på et møde i moderniseringsudvalget vedrørende speciallægeområdet, og her var der enighed om, at der i arbejdet med en model for afvikling skal tages højde for behovet/muligheden for en revitalisering samt, at der skal tages udgangspunkt i et speciale - kirurgi – med henblik på at afprøve en metode for gennemgang og justering af ydeshonoreringen.

Arbejdsgruppen fremkom med en række konklusioner vedrørende fordele og ulemper ved afskaffelse af rekvisitionsordningen herunder revitalisering.

Parterne er enige om, at nedsætte et udvalg evt. under moderniseringsudvalget, der videre skal undersøge og konkretisere, om der er andre og mere hensigtsmæssige rekvisitionsordninger, der kan etableres til gavn for begge parter. Det kan være ordninger, som er mere enkle i opbygning og med større gennemsigtighed, og som kan medføre øget overblik over, hvad der rekvireres i speciallægepraksis herunder om det er relevant at inddrage rekvisition i moderniseringer af specialer m.m

Når resultatet af udvalgsarbejdet foreligger, drøfter overenskomstens parter om det giver anledning til at etablere og indføre nye ordninger vedr. rekvisition.

## **9. Tutorlæger**

### **Protokollat af den 26-10-2007 om tutorlægeordningen**

Parterne nedsætter en arbejdsgruppe, som sammen med de involverede parter inden for videreuddannelsesområdet har til opgave at komme med forslag, som kan fremme rekrutteringen af tutorlæger inden for speciallægepraksis. Der skal i den forbindelse blandt andet overvejes forskellige modeller vedr. finansiering af arbejdspladser for uddannelsessøgende læger.

## **10. Præcisering og ændring af overenskomsten og nye tiltag**

### **§ 3. Aftaler vedrørende speciallægehjælp**

Tilføjelse til stk. 2:

Når de lokalt indgåede aftaler er modtaget af overenskomstens parter, sikrer parterne, at godkendelsesprocedure igangsættes hurtigst muligt.

Stk. 3 ændres til:

Aftaler i henhold til stk. 1 og 2 indgås af regionen og FAS-gruppens repræsentanter i samarbejdsudvalget og underskrives af repræsentanter for disse. Såfremt der indgås individuelle aftaler med en enkelt speciallæge, eller mindre grupper af speciallæger, skal den/de pågældende speciallæge(r) underskrive aftalen som tredje part. Alle underskrifter skal være på aftalerne, inden de fremsendes til overenskomstens parter til orientering (stk. 1) respektive godkendelse (stk. 2).

### **§ 19. Praksisophør**

Der tilføjes følgende nye stk. 5 og 6:

Stk. 5.

Ved længerevarende sygdom skal speciallæge give besked til Samarbejdsudvalget herom senest efter 3 måneders sygdom. Speciallægen er berettiget til at sælge praksis inden for en periode af 12 måneder, hvorunder den nedre omsætningsgrænse for fuldtidspraksis er suspenderet. Speciallægen skal i perioden i videst muligt omfang ansætte en vikar i sin praksis. Overtagelse finder sted efter reglerne i § 23.

Stk. 6.

Såfremt praksis ikke kan sælges inden for 12 måneder fra sygdomsperiodens påbegyndelse, kan regionen søge praksis videreført ved at opslå tilladelse til nynedsættelse, jf. reglerne i § 23.

Tilføjelse af nyt stk. 7 til § 19:

I forbindelse med at praksis sælges til anden speciallæge i løbet af et kalenderår, vil de fastlagte knækgrænser blive opgjort som en forholdsmæssig andel af året. Det kan indebære, at den sælgende speciallæge vil få foretaget reduktion i honorarudbetalingen, såfremt dennes forholdsmæssige omsætning overstiger de i § 56, stk. 1 fastlagte knækgrænser opgjort pr. måned.

(Eksempelvis vil en speciallæge, som sælger sin praksis til udgangen af måned 7 få beregnet evt. honorarreduktion svarende til omsætning, der overstiger 7/12 af de fastsatte knækgrænser, mens den speciallæge, som køber denne praksis, vil evt. få honorarreduktion svarende til den del af omsætningen, der overstiger 5/12 af de fastsatte knækgrænser.)

### **§ 26. Konsultation**

§ 26, stk. 1, ændres "...ikke under 1 times varighed.." til "...ikke under 2 timers varighed..."

Der tilføjes følgende stk. 7:

For at kompensere for det ekstra tidsforbrug ved behandling af borgere som slet ikke eller kun i begrænset omfang taler dansk, udbetales et tillægshonorar, som svarer til 50% af konsultationshonoraret, i de tilfælde hvor der udbetales honorar for tolkebistand jf. § 38.

I konsekvens heraf tilføjes i overenskomstens specielle del nye konsultationsydelser for konsultationer med tolkebistand.

### **§ 27. Sygebesøg**

Stk. 3 ændres til:

Sygebesøg honoreres med et tillæg til grundtakster, jf. overenskomstens specielle del, på 379,47 kr. dog ikke ved fødselshjælp.

Stk. 4 ændres til:

I forbindelse med sygebesøg eller fødselshjælp ydes et kørselstillæg for tidsforbrug i forbindelse med transporten på 10,00 kr. pr. påbegyndt kilometer opgjort på samme måde som kørselsgodtgørelse efter statens regler for brug af eget befordringsmiddel.

### **§ 39. Efteruddannelse**

Parterne er enige om følgende:

- Antallet af betalte efteruddannelses dage forhøjes fra 7 til 8 – gældende for kalenderåret 2008 og fremover. Indbetalingerne til Fonden for faglig udvikling i speciallægepraksis forhøjes ikke i den anledning.
- Senest den 1. april 2009 gennemføres en evaluering, hvor de økonomiske konsekvenser for Fondens formue analyseres med henblik på evt. at forhøje antallet af betalte efteruddannelses dage yderligere.



### **§ 61 Anvendelse af årsopgørelse**

Tilføjelse af nyt stk. 7.

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

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

### **Protokollat om adgangsforhold**

Første linie af protokollatet ændres til:

"Parterne er enige om, at speciallægepraksis i videst muligt omfang skal tilgodeses etablering af handicapvenlige adgangsforhold, enten i form af etablering af praksis i lokaler, der rummer mulighed for en indretning, som tilgodeser hensigtsmæssige forhold for bevægelseshæmmede eller i form af etablering af adgangsforhold og indretning i øvrigt i eksisterende praksislokaler."

## **11. Økonomi**

### **Ændret reguleringsbestemmelse**

Parterne er enige om, at overenskomstens reguleringsbestemmelser ændres, så nettodelen af honorarerne følger lønudviklingen i regioner og kommuner. Overenskomstens reguleringsordning nulstilles pr. 01-10-2007. nulstillingen er udgiftsneutral.

§ 53. Reguleringsordning

Stk. 1.

De i overenskomsten nævnte honorarer er grundhonorarer og reguleres som anført i stk. 2-5.

Stk. 2.

Omkostningsandelen af honorarerne efter stk.1 (25 % af honorarerne) reguleres med 0,217 procentpoint for hvert udsving i nettoprisindekset (juli 2000 = 100) udover 114,0. Ved udsving mindre en ét procentpoint i nettoprisindekset reguleres med en forholdsmæssig andel af 0,217 procentpoint.

Stk. 3.

Nettoandelen af honorarerne efter stk. 2 (75 % af honorarerne): Ved ændring i indekset for den særlige reguleringsprocent for regioner og kommuner i forhold til det pr. den 01-10-2007 gældende (116,5293) reguleres honorarerne med 0,644 procentpoint for hver procentpoints ændring (og tilsvarende for dele af 1 procentpoint).

Stk. 5 ændres til:

" ved eventuelle ændringer af de i overenskomsten nævnte grundhonorarer eller ved ændring i den særlige reguleringsprocent for regioner og kommuner i forhold til forudsætningerne for bestemmelserne i denne paragraf, skal den i stk. 1-5 fastsatte regulering genforhandles. Hvis en af parterne stiller krav herom."

Tilføjelse af anmærkning til § 53 stk. 3:

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

## **12. I krafttræden og opsigelse**

§ 62, stk. 1 og 2, ændres til:

"Stk. 1.

Denne overenskomst træder i kraft den 01-04-2008.

Stk. 2

Overenskomsten kan af begge parter skriftligt opsiges med mindst 3 måneders varsel til ophør den 1. i en måned, dog tidligst den 01-04-2011.

Næste forhandling om ændringer af overenskomsten bør være gennemført inden den 01-11-2010.

Under forbehold af endelig godkendelse.

København den 26-10-2007

For Regionernes Lønnings- og Takstnævn

Kristian Ebbensgaard

/ Johannes Flensted-Jensen

For Foreningen af Speciallæger

Peter Haahr

/ Anders Bach Christensen