

Formandens mundtlige beretning – FAPS' repræsentantskabsmøde 2011

1. Velkomst

Velkommen til FAPS' repræsentantskabsmøde 2011 her på Hotel Munkebjerg.

Velkommen til vores gæster:

- Peter Poulsen, formand for FAS' Fonds bestyrelse
- Hans-Henrik Ibfelt, medlem af FAS' Fonds bestyrelse
- Niels Holm-Nielsen, formand for Embedslægeforeningen og medlem af FAS' bestyrelse

Velkommen til repræsentanterne og velkommen til de medlemmer, som er mødt frem her i dag. Jeg er glad for, at I har valgt at bruge en lørdag her, hvor det skal handle om aktuelle emner, som er relevante for speciallægepraksis.

Sidste år ændrede vi på beretningskonceptet på to måder. I den mundtlige beretning koncentrerede vi os om de emner, som efter vores vurdering mest er politiske i deres indhold, og derfor vil være mest debatskabende. Resten af emnerne er placeret i den skriftlige beretning. Det andet nye, vi gjorde, var at dele aflæggelse af beretningen mellem Mikkel Holmelund og jeg.

Vi var egentlig godt tilfreds med resultatet og med jeres tilbagemeldinger, så derfor har vi tænkt os at gentage succesen. Mikkel er som bekendt formand for FAPS' forhandlingsudvalg, og han vil derfor stå for den del af beretningen, som vedrører den overenskomst, der trådte i kraft for en uge siden.

Den skriftlige beretning ligger omdelt på jeres bord. Den har i øvrigt kunne læses på Læger.dk siden den 16. september 2011.

2. Nye regler om registrering og tilsyn

Sidste efterår var der i pressen en del fokus på kvaliteten af de billeddiagnostiske undersøgelser, som udføres på visse privathospitaler og speciallægepraksis. Rigsrevisor vurderede efterfølgende i et notat af 18. januar 2011 til statsrevisorerne, at kvaliteten af sundhedsydelser er et vigtigt problem. Det fremgik endvidere, at Rigsrevisor ville følge Indenrigs- og Sundhedsministeriets arbejde med at indføre registrering og proaktivt tilsyn med private leverandører.

På baggrund heraf blev der i marts måned sendt et forslag til ændring af sundhedsloven i høring til blandt andre Lægeforeningen. Lovforslaget ville indebære en registreringspligt for private sygehuse, klinikker og praksis, og Sundhedsstyrelsen skulle gennemføre såkaldte proaktive tilsyn af disse. Sundhedsstyrelsens tilsynsvirksomhed skulle finansieres af branchen selv ved opkrævning af et årligt gebyr.

I Lægeforeningens høringssvar - som FAPS bakkede op omkring - tilsluttede man sig naturligvis, at det er vigtigt at styrke patientsikkerheden og kvaliteten i sundhedsvæsenet. Faktisk er det et af de vigtigste indsatsområder i FAPS' politiske arbejde. Men vi er ikke enige i metoden baseret på tilsyn, og vi tvivler meget på effekten heraf. I FAPS' optik vil det være både billigere og langt mere givende at styrke arbejdet med det, som det i virkeligheden drejer sig om, nemlig indførelse af den Danske Kvalitetsmodel i speciallægepraksis og udarbejdelse af kliniske retningslinjer. Vi henviste altså til det kvalitetsarbejde, som allerede i flere år har engageret og også fremover vil engagere speciallægepraksis. Her tænker jeg selvfølgelig på KVIS-projektet og det fremtidige kvalitetsarbejde, som vi har aftalt med Danske Regioner i den ny overenskomst.

I høringssvaret blev det i øvrigt foreslået, at ordningen efter en 3-årig periode skal evalueres, således at det bliver muligt at se, hvilken effekt tiltagene har haft på kvalitet og patientsikkerhed set i relation til de afsatte midler og den administrative byrde, som private sygehuse, klinikker og praksis bliver pålagt.

Lovforslaget blev stort set vedtaget i uændret form, men Lægeforeningens forslag om en evalueringsordning blev indarbejdet i lovens bemærkninger.

Her for ganske nylig er der så fra Sundhedsstyrelsen blevet udsendt forslag til bekendtgørelse, hvoraf størrelsen af de planlagte gebyrer meldes ud. Gebyrerne ligger en del over de forhåndsudmeldinger, vi fik i foråret, og i øvrigt er det stadig uklart, hvad tilsynet skal gå ud på. Alt det har Lægeforeningen nu påtalt i deres høringssvar.

Ingen skal være i tvivl om, at den vedtagne ordning ikke er FAPS' livret, men vi føler, at vi i et rigtig fint samarbejde med Lægeforeningen har protesteret der, hvor der var mulighed for det. Men det har desværre ikke haft den helt store effekt.

3. 'Mine konsultationer'

I begyndelsen af juni måned modtog FAPS besked om, at Sundhed.dk samme dag havde

lanceret et tilbud til borgerne, som man kalder "Mine konsultationer". Det betyder, at borgerne – eller patienterne, som vi plejer at kalde dem – kan få indblik i, hvornår de er blevet behandlet, samt hvilke ydelser der er anvendt i forbindelse med behandlingen. Umiddelbart efter orienterede vi medlemmerne om det nye tiltag.

Der var blandt medlemmerne og også i FAPS' bestyrelse en vis harme over det her.

Vi går bestemt ind for åbenhed, og vi tror ikke på, at de oplysninger ikke kan tåle dagens lys. Men det var et tiltag, som vi overhovedet ikke havde hørt om, før vi altså modtog et brev dateret samme dag, som det var sat i værk. Vi, der sidder i bestyrelsen, og vores sekretariat har naturligvis en næsten daglig kontakt med Danske Regioner, og vi blev ærligt talt noget irriterede over, at de ikke havde orienteret os på forhånd. Det har vi selvfølgelig sagt til dem, og det er min klare fornemmelse, at de forstår vores irritation.

Nu, hvor det så har været i gang i nogle måneder, viser det sig tilmed, at navnene på de ydelser, vi anvender i overenskomsten, ind i mellem er svære at forstå for en helt almindelig patient. Det giver således i nogle tilfælde anledning til nogle nervøse spørgsmål til de praktiserende speciallæger, uden at der er grund til det. Også dette er vi i dialog med Danske Regioner om, så der kan findes en løsning, som hverken er til gene for patienterne eller de praktiserende speciallæger.

4. Samarbejde med hospitalssektoren

På FAS' års- og medlemsmøde på Munkebjerg sidste år drøftedes som bekendt samarbejdet mellem speciallæger i praksis og på sygehuse – med særligt fokus på kulturforskelle, fordomme og fremtiden. FAPS' bestyrelse har efterfølgende ved flere lejligheder drøftet dette emne – både på vores internatmøde og vores bestyrelsesmøder. Det er ikke en nem opgave eller en opgave, som FAPS kan løse alene. Vi bliver nødt til at have regionerne og de andre dele af sundhedsvæsenet med.

Nu har vi så indgået en aftale med Danske Regioner om, at speciallægepraksis skal friholde 20 % af kapaciteten, hvis det altså efterspørges af regionerne. Det vil kunne give et fingerpeg om, hvilke muligheder eller begrænsninger der er for et nyttigt samarbejde mellem sektorerne.

Bestyrelsen agter at styrke samarbejdet med Overlægeföreningen og PLO med henblik på at udarbejde visionære fælles sundhedspolitiske udspil.

5. Speciallægelige kerneydelser

De seneste 2 år har jeg i beretningen omtalt emnet speciallægelige kerneydelser.

Det er en sag, som bestyrelsen og speciallægeorganisationerne har brugt rigtig meget energi på. Det er vigtigt, at speciallægepraksis er kendetegnet ved, at man som patient her møder en speciallæge. På den anden side er det også vigtigt, at praksis drives rationelt, og at man i den forbindelse bruger klinikpersonalets ressourcer på en fornuftig måde.

Det har derfor været nødvendigt at nå frem til, hvilke ydelser der kan uddelegeres. Lovgivningen giver nogle videre rammer end vores overenskomst. I FAPS' bestyrelse er der enighed om, at vi i speciallægepraksis skal stræbe efter den højeste faglige standard, og vi har ikke forsøgt at få lavet overenskomsten om på dette punkt.

Det store arbejde er først og fremmest foregået i FAPS-regi, men da Danske Regioner havde fået tænkt sig om, var der enighed om, at dette – lige som overenskomsten i øvrigt – var et fælles anliggende.

I en sektor - som dækker 16 specialer med temmelig forskellige arbejdsvilkår – har det været svært at nå frem til nogle særligt præcise afgrænsninger. Men der, hvor vi er landet, ser det sådan her ud:

Speciallægelige kerneydelser – som ikke kan uddelegeres til personale – er ydelser som/hvor:

- Kræver høj faglig viden inden for diagnostik, indikation og behandling/ordination.
- Nødvendiggør løbende vurdering af behandlingen under ydelsen.
- Uddelegeringen i sig selv kan medføre øget skadevirkning på patientens helbred.

Ydelser, der kan (men ikke skal) leveres af en anden end speciallægen selv. Disse ydelser er karakteriseret ved:

- At kunne gennemføres med høj kvalitet efter instruks og oplæring.
- Ikke at stille særlige krav om evner til diagnostik og indikation
- At uddelegeringen i sig selv ikke har yderligere konsekvenser for patientens helbred.

Det er parternes holdning, at hovedparten af ydelserne inden for de enkelte specialer bør være kerneydelser, og det vil altid være speciallægen, som diagnosticerer og iværksætter behandling af patienten ved den første konsultation.

Det er af stor betydning for sektorens omdømme og kvalitetssikring, at det både er og af patienten opleves, at det er speciallægen selv, der udfører behandlingen. Uddelegering bør kun finde sted, når det både er og af patienten opleves som et supplement til den lægelige behandling.

Det er for eksempel parternes vurdering, at operative indgreb – udover ubetydelige vorter – betragtes som kerneydelser. Det er endvidere parternes holdning, at ønsker om højere grad af uddelegering kun kan realiseres uden for ydernummersystemets rammer.

Tvivl, om hvorvidt en ydelse har karakter af en kerneydelse, afgøres af Moderniseringsudvalget.

6. Overenskomsten

Som næstformand i bestyrelsen og formand for forhandlingsudvalget vil jeg gerne fremlægge bestyrelsens mundtlige beretning for så vidt angår den nye overenskomst, som vi forhandlede i foråret.

Vi må sande, at der blæser nye vinde i det danske samfund og sundhedsvæsen. Betingelserne for at praktisere under den offentlige overenskomst afspejler naturligvis betingelserne i samfundet i øvrigt. Det kom derfor ikke bag på os, at der ved OK-forhandlingerne i 2011 gjaldt helt andre vilkår end ved OK-forhandlingerne i både 2005 og 2008. Den grundlæggende betingelse i den nye overenskomst om en meget begrænset vækst i omsætningen har vi til fælles med alle de andre overenskomstområder, f. eks PLO og fysioterapeuterne.

Som I ved, indgik vi den 31. marts den nye overenskomst med Danske Regioner. Overenskomsten har siden april været tilgængelig på hjemmesiden i form af en redegørelse, og den er også blevet udsendt til medlemmerne. Forhandlingsaftalen blev tiltrådt af repræsentantskabet i april måned. Det blev en meget omfangsrig aftale, som på flere punkter var nyskabende. Som altid, når der indgås en aftale mellem 2 parter, bygger den på en række kompromisser. Det er derfor rimeligt at se på overenskomstaftalen som en helhed og bedømme den derefter.

Men hvad har vi overordnet opnået i økonomisk forstand? Jeg vil fremhæve fire væsentlige punkter:

- For det første har vi mulighed for en aktivitetsstigning på mere end 1 % årligt - svarende til 100 millioner kroner i den 3-årige aftaleperiode.

- For det andet kan vi bruge op mod halvdelen af disse midler til at modernisere specialerne for.
- For det tredje har vi sikret, at de 40 millioner kr. i ubrugte moderniseringsmidler fra sidste overenskomstperiode følger med over i den nye overenskomstperiode.
- For det fjerde fik vi finansieret opbygningen og driften af en kvalitetsenhed til 35 millioner kr.

Når vi ser, hvad der generelt er blevet givet ved overenskomstforhandlinger i andre sektorer, er 175 mio. kr. til øget aktivitet og moderniseringer et rigtig godt resultat.

Men har vi ikke fået begrænset vores aktiviteter? Nej, det har vi ikke! Vi fik blot begrænset vores mulighed for at øge væksten inden for overenskomstens rammer. Det betyder, at vi i forhold til 2010, i de næste 3 år i gennemsnit kun må øge vores omsætning med, hvad der i arbejdstid svarer til 1 time mere om ugen. Der er altså ikke tale om, at vi nu skal holde klinikkerne lukket om fredagen eller starte juleferien den 1. november. Vi skal bare i gennemsnit nøjes med at øge vores indsats en smule mindre, end vi har gjort de foregående år. Og så er der derudover god mulighed for ekstraaktiviteter uden for sygesikringens regi. Og må jeg så minde om, at den økonomiske ramme er det maksimumbeløb, som Danske Regioner i øjeblikket ønsker at købe ydelser af os for.

Hvordan er forhistorien? Ved OK2008 blev 25 % knækket fjernet, og grænsen for 40 % knækket blev hævet med ca. 400.000 kr. for flere specialer. Baggrunden for dette udmærkede forhandlingsresultat var, at regionerne den gang ønskede at stimulere aktiviteten i speciallægesektoren. Men kort tid efter satte den økonomiske krise ind, og verden i dag ser meget anderledes ud end dengang. I dag har Finansministeriet lagt en fast økonomisk ramme ned over det offentlige område som helhed. Det betyder, at de forskellige sektorer samlet set kun må stige 1 % i hvert af de kommende 3 år.

Allerede i foråret 2009 stod det klart, at Danske Regioner ønskede store forandringer i speciallægesektoren. Disse tanker blev lanceret på konferencen den 19. maj 2009 under overskriften 'Speciallægepraksis i forandring'. Danske Regioners oplæg satte spørgsmålstegn ved hele grundlaget for speciallægepraksis med spørgsmål som:

- Skal ydernummersystemet bestå, eller skal speciallægepraksis sættes fri og kun arbejde med ad hoc opgaver, eller
- Skal speciallægepraksis være helt private virksomheder, som sælger ydelser svarende til efterspørgslen og i øvrigt lever af udbud, licitationer osv.

Der blev også stillet spørgsmålstegn ved, om alle specialer i fremtiden overhovedet ville være praksisrelevante. Således opdelte man specialerne i 3 kategorier: De praksisrelevante, de delvist praksisrelevante og de ikke-praksisrelevante. Oplæggets røde tråd var regionernes behov for øget styring og fleksibilitet.

I forlængelse af denne konference og et protokollat fra OK2008 blev der nedsat et embedsmandsudvalg med medlemmer fra både FAPS og DR. Formålet var at udarbejde et idékatalog til videre drøftelse og forhandling ved de efterfølgende OK-forhandlinger. Udvalget udgav således i december 2010 rapporten Fremtidens Speciallægepraksis. Udvalgets hovedkonklusioner var, at speciallægepraksis i højere grad skulle være en del af det samlede sundhedsvæsen med et tættere samarbejde mellem sygehuse og speciallægepraksis. Der skulle desuden skabes bedre og mere sammenhængende patientforløb, og endelig skulle speciallægepraksis i fremtiden være det nære tilbud til patienterne i en tid med centralisering på sygehusområdet. Og hvem kan være uenig i det?

I FAPS' bestyrelse var man enige om, at der var gode forslag i rapporten - specielt i de passager, hvor det fremgik, at speciallægepraksis i fremtiden skal spille en endnu større rolle i det samlede sundhedsvæsen i takt med, at sygehuse nedlægges og behandling centraliseres.

Det var også vigtigt for bestyrelsen, at rapporten understregede, at speciallægepraksis skal bruges der, hvor vi kan levere den samme ydelse billigere end sygehusene. Det ser ud til, at det gælder på flere områder, men her vil vi få mere eksakt viden, når Dansk Sundheds Institut (DSI) senere i år bliver færdig med et projekt, der sammenligner priserne i henholdsvis speciallægepraksis og på sygehusene.

DR's fortolkning af rapporten var meget anderledes end vores. Det så vi, da vi blev præsenteret for deres meget omfattende overenskomstkrav den 17. december 2010. Det, som FAPS i rapporten tolkede som oplæg til forhandling, blev af DR nærmest betragtet som fælles forslag, der på forhånd var enighed om. Dét forskellige syn på rapporten kom i høj grad til at præge de efterfølgende overenskomstforhandlinger.

DR havde en række hovedkrav til OK 2011:

1. Økonomisk nul-vækst eller en uændret økonomisk ramme, som det blev kaldt
2. En vis produktivtetsgevinst
3. Overgang til en ny reguleringsordning, som desuden skulle være tidsbegrænset

4. En ny model for speciallægepraksis med tidsbegrænsede ydernumre og opdeling af ydelserne i basis- og tillægsydelser efter 70/30 % modellen.
5. Indførelse af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) organiseret af IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsnet)
6. En effektivisering af den løbende modernisering af specialerne
7. En skærpelse af de etiske regler, så man i fremtiden ville undgå pinlige historier om patienter, der springer over i køen, hvis de har en privat sundhedsforsikring.

FAPS' hovedkrav var:

1. Finansiering og opbygning af en kvalitetsenhed, som er funderet i FAPS, og som skal varetage både kvalitetssikring og kvalitetsudvikling
2. En markant mere effektiv procedure for modernisering af specialerne
3. En ændret tutorlægemodel
4. Et bedre samarbejde med regionerne - bl.a. ved en styrkelse af de regionale samarbejdsudvalg - og en øget medinddragelse af FAPS i det regionale samarbejde
5. Opretholdelse af den gældende reguleringsordning.

Som man ser, var parterne - i udgangspunktet på nogle områder - ikke så langt fra hinanden, men på andre områder var afstanden stor – endog meget stor.

Forhandlingerne lykkedes efter vores opfattelse tilfredsstillende. Det gjaldt ikke mindst kravet om en ny model. Den endelige model opererer således ikke længere med basis- og tillægsydelser. Vi risikerer ikke at blive opdelt i A- og B-læger, da alle speciallæger i fremtiden vil kunne fortsætte med at bruge alle de eksisterende ydelser i OK. Vi fik desuden opfyldt vores hovedkrav om en kvalitetsenhed, der vil betyde kvalitetsudvikling - ikke blot kvalitetssikring. Vi fik bevaret reguleringsordningen uændret, og vi fik gennemført en radikal ændring af tutorlægeordningen. Som en konsekvens af den faste økonomiske ramme fandt vi det nødvendigt med en stramning af reglerne for delepraksis og brugen af vikar og assisterende speciallæge. Og endelig blev vores krav om fleksible ydernumre imødekommet, de skal således være tilknyttet eksisterende ydernumre, hvis det overhovedet er muligt.

Forhandlingsaftalen er nu er blevet bearbejdet til en ny overenskomst, og den blev udsendt til alle medlemmer for en uges tid siden.

Den 3-årige aftale trådte i kraft den 1. oktober 2011. Ændringerne for tutorlægeordningen trådte dog i kraft den 1. maj, og forpligtelsen til at annoncere den skønnede ventetid til en ikke-akut 1. konsultation trådte i kraft den 1. juni. Der har været tekniske problemer med at indtaste ventetiderne på Sundhed.dk, men i løbet af sommeren har flertallet fået det gjort.

Som nævnt var et af FAPS' hovedkrav kvalitetsudvikling i speciallægepraksis. For kvalitet er i fremtiden et nøgleord for vores sektor.

Kvalitetsenheden skal koordinere de forskellige projekter og i det hele taget sikre fremdriften i kvalitetsarbejdet. Det ledes af en styregruppe, som bliver det politiske omdrejningspunkt i kvalitetsarbejdet. Styregruppen er paritetisk sammensat med repræsentanter fra FAPS og regionerne.

Både styregruppen for kvalitetsudvikling samt bemanningen af den nye kvalitetsenhed er nu ved at være på plads. Kvalitetsenheden placeres i lejede lokaler i Østbanegade umiddelbart over for Domus Medica.

Lad mig nævne nogle af ledetrådene i det fremtidige kvalitetsarbejde:

Speciallægepraksis skal følge de relevante kliniske retningslinjer og guidelines, men der vil givetvis være behov for at lave parallelle guidelines i sygehus- og praksisregi. I nogle specialer er der meget store forskelle på sygehus og praksis, hvorfor den ene sektors kliniske retningslinjer ikke uden videre kan overføres på den anden. Det er i den sammenhæng vigtigt, at speciallægepraksis – via bl.a. speciallægeorganisationerne – deltager aktivt i udarbejdelse og modificering af guidelines, således at disse tilpasses forholdene i speciallægepraksis.

Dernæst skal vi alle tage diagnosekodning (ICD10) og datafangst i brug. Datafangst er et nøgleord for FAPS, for det er datafangst, der skal sikre, at vi ikke bliver bebyrdet med et stort ekstraarbejde til indtastning af kvalitetsdata, og datafangst er desuden det værktøj, der skal sikre, at vi får elektronisk faglig feedback på vores indberetninger til de kliniske kvalitetsdatabaser.

KVIS-projektet står foran sin afslutning. KVIS har vist sig i høj grad at leve op til sit navn - takket være en lang række deltagende speciallæger samt en meget kvalificeret styregruppe. Uden KVIS-projektet havde det ikke været muligt at implementere kvalitetssikring og -udvikling i speciallægepraksis i den kommende overenskomstperiode. Det er erfaringerne fra pilotprojekterne vedr. udvikling af faglige kvalitetsindikatorer og undersøgelse af patienttilfredshed gode eksempler på.

Når det gælder fremtidens speciallægepraksis, har vi indgået en aftale, som bygger på et øget samarbejde i sundhedsvæsenet. Regionerne ønsker at kunne anvende noget af kapaciteten i speciallægepraksis til særlige formål, men det skal vel at mærke ske på speciallægeniveau. Og FAPS ønsker, at speciallægerne skal have mulighed for at sætte sig ved forhandlingsbordene rundt om i regionerne og lave aftaler om spændende speciallægelige opgaver, der er behov for at løse.

Det kommer til udtryk i en aftale om, at den praktiserende speciallæge i udgangspunktet skal friholde 20 procent af sin kapacitet til at indgå aftaler om specifikke opgaver - hvis der er behov for det i regionen.

Råderummets indhold skal aftales mellem regionen og hele gruppen af speciallæger inden for specialet. Kun undtagelsesvis – hvor eksempelvis faglige eller geografiske årsager begrundet det – kan aftaler indgås mellem en enkelt speciallæge og regionen. Forhandlingerne gennemføres desuden med FAPS som bisidder. En af betingelserne er, at hvad enten regionen ønsker at bruge den friholdte kapacitet eller ej, skal det varsles ½ år forinden. En vigtig pointe er desuden, at den enkelte praksis er sikret en aktivitet på samme niveau som tidligere, det vil sige, at alle speciallæger fortsat vil kunne bruge alle ydelser i sortimentet.

Herudover er det aftalt, at hvor der er et dokumenteret behov for at udvide kapaciteten i et speciale, kan samarbejdsudvalgene give tilladelse til oprettelse af tidsbegrænsede ydernetnumre. Sådanne ydernetnumre skal i første omgang tilknyttes eksisterende speciallæger med ydernetnummer. Hvis ingen viser interesse for denne ordning, kan SU give en eksisterende praksis tilladelse til at etablere en satellitpraksis med fast geografisk placering - som supplement til det primære konsultationssted. Først hvis ingen af de førnævnte løsninger har vist sig mulige, kan der oprettes et 'ydernetnummer på licens'.

Et andet meget vigtigt område for sektorens fremtid er moderniseringer af specialerne. Moderniseringsudvalget får en ny og styrket rolle i fremtiden. Udvalget har hidtil kun været rådgivende, men får fremover en væsentlig større kompetence. Baggrunden er naturligvis de endeløse moderniseringer, som i nogle tilfælde har varet i op til 10 år. Der vil fremover blive udstukket specifikke tidsfrister til parterne, som de er forpligtede til at overholde, og moderniseringsudvalget skal godkende de enkelte moderniseringsrapporter. Moderniseringsudvalget får således - med de nye kompetencer - ansvaret for den samlede faglige udvikling i speciallægepraksis. Det vil stille store krav til DR's sagsbehandlere, men i lige så høj grad til vores egne organisationsfolk.

Også på IT-området er der indgået en række aftaler. Parterne er enige om en række forpligtelser, som skal sikre, at speciallægepraksis følger med udviklingen på IT-området. Speciallægerne skal fremover selv udfylde og løbende vedligeholde vejviseren på Sundhed.dk med en række oplysninger, som tidligere blev leveret via Speciallægefortegnelsen. I praksisdeklarationen skal som tidligere nævnt bl.a. oplyses den gennemsnitlige, ikke-akutte ventetid til 1. konsultation. Vi skal desuden inden udgangen af 2011 tage det Fælles Medicin Kort i anvendelse. FMK gøres tilgængeligt via lægesystemet. Der er derudover lavet aftaler om en række IT-områder, herunder Den Digitale Dokumentboks, hvor man kan udveksle dokumenter med offentlige myndigheder, E-journal - som giver adgang til filtrerede patientdata fra hospitalerne, P-journal - som gør relevant patientinformation fra speciallægepraksis tilgængelig for det øvrige sundhedsvæsen, når der foreligger en relevant behandlerrelation til patienten. Regionerne har desuden forpligtet sig til, at alle sygehusrelevante MedCom-standarder anvendes på alle sygehusafdelinger inden udgangen af 2012.

FAPS prioriterede kravet om at få indført en simpel model for tutorlæger meget højt - ikke mindst på grund af store problemer med at rekruttere tutorlæger i Uddannelsesregion Øst. Der er nu indgået en aftale, som blandt andet betyder, at regionerne fremover betaler den fulde lønudgift til den uddannelsessøgende læge, hvorimod speciallægen afholder udgifterne til etablering af en arbejdsplads for den uddannelsessøgende læge - herunder også arbejdsskadeforsikring og ansvarsforsikring.

Vi har også fået lidt øget efteruddannelse. I den 3-årige overenskomstperiode kan vi således få tilskud fra Fonden for Faglig Udvikling til yderligere 2 efteruddannelsesdage. De ekstra efteruddannelsesdage er reserveret til kompetenceudvikling i forbindelse med kvalitetsarbejde inden for kvalitetsområdet - f.eks. kurser i datafangst og diagnosekodning.

Endelig er reglerne for etablering af delepraksis samt ansættelse af assisterende speciallæger og vikarer blevet strammet op. Baggrunden er, at vi - i en situation med indførelse af en økonomisk ramme og et økonomiprotokollat - vil undgå, at der opstår et pres på den økonomiske ramme ved storstilet brug af disse ordninger. Som tidligere nævnt vil en overskridelse af den samlede økonomiske ramme jo medføre en nedsættelse af reguleringsprocenten i specialet. De indførte stramninger for delepraksis og assisterende speciallæge gælder kun for nye tilladelser givet fra 1. oktober 2011.

Når det drejer sig om vikarer, er der sket en mere markant stramning. Der er en del eksempler på, at en væsentlig del af omsætningen i en praksis indtjenes af vikarer, mens principal-

lægen arbejder med opgaver uden for sygesikringens regi. Og i en tid - hvor den økonomiske ramme er fastfrosset - medfører udstrakt brug af vikarer en risiko for, at rammen bliver overskredet, hvorved reguleringsprocenten reduceres for alle speciallæger i specialet. Stramningen er opnået ved at definere begrebet 'midlertidigt fravær', som stod anført i den tidligere OK. Man vil derfor fremover kun kunne ansætte vikar ved sygdom, barsel, fædreorlov, plejeorlov m.m. Speciallægen kan desuden anvende vikar i forbindelse med efteruddannelse og sammenhængende ferie. Der kan i øvrigt kun være tilknyttet én vikar af gangen pr. dag, pr. praktiserende speciallæge.

Forhandlingsudvalget har i månederne op til overenskomstens ikrafttræden holdt informationsmøder for medlemmerne i alle 5 regioner. Møderne var velbesøgte, og interessen for de nye betingelser og muligheder var stor. Effekterne af den økonomiske ramme og den nye model med friholdelse af 20 % af omsætningen var naturligt nok dominerende emner. Men stramningerne af brugen af vikarer vakte også en del debat.

Den største udfordring for hele sektoren i den kommende OK-periode bliver at håndtere den stramme økonomiske ramme. Det er FAPS' holdning, at den økonomiske ramme skal overholdes. Den økonomiske ramme gælder alle specialer under et. Kun hvis den samlede økonomi for alle specialerne overskrides, skal der ske en nedregulering af reguleringsprocenten. Og det gælder kun for de specialer, som har overskredet deres egen ramme. Når det enkelte speciale har tilbagebetalt overskridelsen, tilbageføres det til den reguleringsprocent, det ville have haft, hvis der ikke var sket en overskridelse af rammen. Men det er vigtigt at gøre sig klart, at der ikke er tale om en personlig ramme. For der vil være nyetablerede kolleger, hvis omsætning af helt naturlige årsager stiger mere end 1 %, men der vil også være kolleger, som af naturlige årsager falder i omsætning. Kunsten er at få skabt en bevidsthed om, at vi alle, nye som gamle, har et fælles ansvar for at få dette til at balancere. De ældre veletablerede kolleger må naturligvis have forståelse for, at de bør holde igen med udvidelserne, mens de nyetablerede kolleger naturligvis gradvist skal kunne oparbejde en rimelig omsætning, men uden at det slår hul i det økonomiske loft.

Speciallægeorganisationerne vil komme til at spille en meget central og vigtig rolle i forbindelse med overholdelsen af økonomiprotokollatet. Det er afgørende, at organisationerne tager problematikken op med medlemmerne, og at organisationerne gør sit for at fremme solidaritet og kollegiale hensyn. FAPS' bestyrelse hjælper gerne. Bestyrelsen forventer også, at organisationerne, hvis det bliver aktuelt, straks melder dette ud til sine medlemmer og samtidig giver anvisning på, hvordan udviklingen kan vendes. I givet fald må organisationerne også være parate til at tage en samtale "under 4 øjne". Overvågningen af den økonomi-

ske ramme svarer i princippet til den opgave, alle organisationerne i forvejen har løftet - nemlig at overvåge økonomiprotokollatet efter en modernisering af specialet. Så organisationerne kender allerede problemstillingen.

FAPS vil følge udviklingen meget nøje og har om nødvendigt mulighed for at følge udviklingen helt ned på praksisniveau. FAPS vil regelmæssigt orientere om udviklingen således, at organisationerne kan tage affære, hvis rammen inden for et speciale ser ud til at blive overskredet. FAPS opererer med de tre farver fra lyssignalerne i trafikken. Der vil være grønt lys, så længe ingen specialer overskrider deres ramme. Hvis et eller flere specialer overtræder deres ramme, tændes det gule lys. Hvis den samlede ramme ser ud til at blive overskredet, tændes det røde lys. Så længe det grønne lys er tændt, vil der kun blive udsendt få informationer - måske kun til organisationerne. Hvis det gule lys tændes, vil informationer om udviklingen vil blive udsendt til organisationerne og specialets medlemmer. Ved rødt lys vil alle FAPS' medlemmer blive inddraget og informeret.

FAPS lægger derfor op til, at der skal styres på flere niveauer. Det betyder f.eks., at den enkelte speciallæge selv må prøve at overvåge sin omsætning. FAPS vil stille et simpelt regneark til rådighed, hvor omsætningen indtastes måned for måned, så den kan sammenlignes med omsætningen i 2010. Hvis der er tegn på øget aktivitet, kan man f. eks skære ned i åbningstiderne, klinikken kan lukkes en time tidligere om fredagen, eller man kan indføre længere konsultationstider. Det er under alle omstændigheder kun små korrektioner, der skal til.

Men hvad så med de fremtidige patienter, som vi ikke når at behandle inden for den økonomiske ramme? FAPS forudser øgede ventelister i sundhedsvæsenet på baggrund af den nye OK. Det er i den sammenhæng vigtigt, at vi viser vores lægefaglige værd, samtidig med at vi overholder et økonomiprotokollat. Det betyder, at vi vedkender os ansvaret for, at de patienter, som dårligst kan vente, behandles først.

Afslutningsvis vil jeg understrege, at det er FAPS' klare holdning, at en fast økonomisk ramme for omsætningen i speciallægepraksis implicit medfører en øget frihed til at bruge sin eventuelle ekstracapacitet på opgaver uden for sygesikringsområdet. Vores primære samarbejdspartner er fortsat DR, og en eventuel privatklinik må naturligvis ikke have hverken tidsmæssige eller indholdsmæssige konsekvenser for udøvelsen af de overenskomstmæssige opgaver. FAPS anbefaler derfor, at speciallæger, der undersøger og behandler private patienter, reserverer en vis kapacitet til dette uden for normal åbningstid, således at ressourcerne til offentlige og private patienter holdes adskilt. Det gælder også for klinikkernes hjemmesider, at det klart bør fremgå, hvad der kan behandles i offentligt og i privat regi.

7. Afslutning

Efter et år med overenskomstforhandlinger har man vist altid en forventning om, at der efterfølgende bliver lidt ro på og tid til at trække vejret.

Jeg er ikke sikker på, at det vil være tilfældet i det kommende år.

Det bliver spændende at se, hvordan det går med vores økonomiprotokollat. Men det bliver også spændende at se, hvordan det kommer til at gå med vores nye kvalitetsorganisation.

Jeg vil slutte med at sige tak til bestyrelsen. Vi har en god bestyrelse, hvor ingen er bange for at byde ind med synspunkter eller at byde ind, når arbejdsopgaver skal udføres. Det er rart.

Tak til repræsentantskabet for jeres fremmøde og engagement.