

## Bestyrelsens skriftlige beretning

### Foreningen af Praktiserende Speciallægers repræsentantskabsmøde lørdag den 8. oktober 2011

#### **BESTYRELSENS VIRKSOMHED**

Bestyrelsen har i perioden siden sidste repræsentantskabsmøde lørdag den 9. oktober 2010 frem til dette års repræsentantskabsmøde afholdt 9 bestyrelsesmøder samt et bestyrelsesinternatmøde.

#### Bestyrelsen har i beretningsperioden bestået af:

Speciallæge Niels Siebuhr, psykiatri, formand  
Speciallæge Mikkel Holmelund, otologi, næstformand  
Speciallæge Erik Obitz, dermato-venerologi  
Speciallæge Carl Johan Erichsen, anæstesiologi  
Speciallæge Hans Heindorff, kirurgi  
Speciallæge Peter Bagger, gynækologi  
Speciallæge Nis Andersen, oftalmologi  
Speciallæge Berit Schiøttz-Christensen, reumatologi  
Speciallæge Frands M. Jacobsen, observatør for formandens valggruppe  
Speciallæge Peter Tingsgaard, observatør for næstformandens valggruppe  
Overlæge Ebbe Nils Ebbesen, reumatologi, observatør for deltidspraksis  
Overlæge Birthe Mørck Thomsen, patologi, observatør for deltidspraksis

#### Fra sekretariatet har deltaget:

Direktør Kasper Axel Nielsen  
Afdelingschef Mads Lythje  
Chefkonsulent Helge Jørgensen  
Chefkonsulent Dinna Søndergaard Christensen  
Cheføkonom Jens Nørby Winther  
Presserådgiver Ole Felsby  
Kontorfuldmægtig Britt Prieske

## SPECIALLÆGEOVERENSKOMSTEN

### 1. Indledning

Den 31. marts 2011 indgik FAPS og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) en aftale om fornyelse af overenskomsten for de praktiserende speciallæger. Aftalen, som er 3-årig, træder i kraft den 1. oktober 2011.

Aftalen blev godkendt af FAPS' repræsentantskab den 9. april 2011.

### 2. Økonomi

#### Økonomiprotokollat

FAPS og RLTN har aftalt en ramme for de samlede udgifter til speciallægehjælp i den kommende 3-årige overenskomstperiode..

Den økonomiske ramme tager udgangspunkt i omsætningen for kalenderåret 2010. Rammen beregnes som bruttohonorarerne fratrukket knækprovenu – tillagt regulering efter reguleringsordningen. Udgifter vedrørende § 3- og 4-aftaler holdes uden for rammen. Pr. 1. oktober 2011 tillægges rammen dels 40 mio. kr. svarende til de resterende midler til modernisering, dels et råderum til aktivitetsvækst på op til 1,25 %. Denne aktivitetsvækst forudsætter dog, at der har været en tilsvarende procentuel vækst i antallet af førstekonsultationer. Pr. 1. oktober 2012 og 1. oktober 2013 tillægges yderligere råderum til aktivitetsvækst på op til 1 % for hvert af årene.

Udviklingen i udgifterne følges gennem kvartalsvise opgørelser. Hvis de årlige udgifter for hele speciallægepraksissektoren overstiger den aftalte ramme, skal der kompenseres gennem modregning i reguleringsprocenten. Modregningen vil ske for det/de speciale(r), som har overskredet rammen for de specifikke specialer, og når modregningen er tilendebragt, tilbageføres det/de pågældende speciale(r) til den reguleringsprocent, de ville have opnået, hvis der ikke var foretaget modregning. Det betyder altså, at der ikke vil ske modregning for de specialer, som ikke har overskredet deres ramme.

Modregningen kan dog ikke overstige den akkumulerede reguleringsprocent. Der er tale om fortløbende år med start den 1. oktober 2011, og første årsopgørelse foreligger 30. september 2012, hvorefter den første eventuelle modregning kan ske pr. 1. april 2013. Der er ikke fastsat nogen økonomisk ramme efter 1. oktober 2014.

Udgifterne vil som nævnt blive fulgt nøje, og speciallægeorganisationerne vil blive holdt løbende orienteret. Herudover vil der til samtlige praktiserende speciallæger blive sendt et regneark, som gør det muligt for den enkelte speciallæge at sammenligne sin omsætning med omsætningen for 2010.

#### Omsætning i deltidspraksis

For speciallæger, der har fået deltidsydernummer før 1. oktober 2011, indføres en årlig nedre omsætningsgrænse på 50.000 kr. Speciallæger, der får deltidsydernummer efter 1. oktober 2011, omfattes af en årlig nedre omsætningsgrænse på 200.000 kr.

#### Indførelse af knækgrænse for specialet diagnostisk radiologi

Med virkning fra 1. januar 2012 indføres en årlig knækgrænse for specialet diagnostisk radiologi på 8,0 mio. kr., således at honorarudbetaling ud over dette beløb reduceres med 40 %.

Parterne er endvidere enige om i fællesskab at gennemføre en undersøgelse af omsætnings- og omkostningsforhold i specialet diagnostisk radiologi inden udgangen af 2011. Undersøgelsen finansieres af

Fonden for Faglig Udvikling af Speciallægepraksis.

### 3. Kvalitetsudvikling i speciallægepraksis

Et af FAPS' hovedkrav til overenskomstforhandlingerne har været, at der skulle etableres en formel organisering af det fremtidige kvalitetsarbejde i speciallægepraksis. Formålet hermed skulle være dels at dokumentere kvaliteten af behandlingerne i speciallægepraksis, dels at sætte fokus på kvalitetsudvikling.

I den ny overenskomst er det aftalt, at der under Fonden for Faglig Udvikling af Speciallægepraksis etableres en Styregruppe for Kvalitetsudvikling i Speciallægepraksis. Styregruppen, som bliver det politiske omdrejningspunkt i kvalitetsarbejdet, vil være paritetisk sammensat med repræsentanter fra FAPS og regionerne. Herudover vil der under Styregruppen blive etableret en projektenhed, som skal koordinere de forskellige projekter og i det hele taget sikre fremdriften i kvalitetsarbejdet. Udgangspunktet vil være, at projektenheden bemannes af to personer.

Både FAPS og speciallægeorganisationerne vil være vigtige aktører i dette kvalitetsarbejde.

Nøgleordene i det fremtidige kvalitetsarbejde vil være:

- Kliniske retningslinjer  
Speciallægepraksis skal følge de relevante kliniske retningslinjer og guidelines. Der kan være behov for parallelle guidelines i sygehus- og praksisregi, og det er i den sammenhæng vigtigt, at speciallægepraksis – eksempelvis via speciallægeorganisationerne – får mulighed for at deltage i udarbejdelsen/modificeringen af guidelines således, at disse tilpasses forholdene i speciallægepraksis. Det skal kunne dokumenteres, at speciallægerne følger de nationale kliniske retningslinjer.
- Datafangst og diagnosekodning  
Alle praktiserende speciallæger tager diagnosekodning og datafangst i brug specialevis i takt med, at der er udviklet relevante indikatorsæt, eller der eksisterer relevante kliniske kvalitetsdatabaser. Beslutning om rækkefølgen for dette arbejde aftales i Styregruppen. Den praktiserende speciallæge modtager 7.500 kroner i engangstilskud til implementering af datafangst. **Diagnosekodning og datafangst** tages i brug specialevis, og tilskuddet udbetales automatisk, når speciallægen har foretaget sin 3. indberetning til database via datafangst.
- Udvikling af indikatorer  
Der skal igangsættes et projekt om udvikling af faglige kvalitetsindikatorer inden for alle specialer for udvalgte relevante sygdomsenheder/diagnoser. Projektet skal understøtte kvalitetsudviklingen i speciallægepraksis efter den metode, der er udviklet og afprøvet i KVIS-projektet. Udviklingen af indikatorer foretages i samarbejde mellem RKKP – Regionernes Kliniske KvalitetsudviklingsProgram – og speciallægeorganisationerne/de videnskabelige selskaber. Beslutning om, hvilke sygdomsenheder/diagnoser, der skal udarbejdes indikatorer for, aftales i Styregruppen. Det kan næppe nås i overenskomstperioden at udvikle indikatorer inden for alle specialer.
- Kliniske kvalitetsdatabaser  
I det omfang der eksisterer en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase på speciallægens område, skal speciallægen indberette data til databasen. Indberetning til kliniske databaser skal følges op af feedback til den indberettende speciallæge – i videst mulig omfang via individuel elektronisk feedback. Datafangst kan understøtte en automatisk indberetning til de kliniske kvalitetsdatabaser og individuel feedback. Styregruppen samarbejder med RKKP om indberetningen til de kliniske kvalitetsdatabaser.

- Patientoplevet kvalitet

Der skal fastlægges et egentligt undersøgelseskoncept for opfølgning på den patientoplevede kvalitet. Dette skal gøres på baggrund af erfaringerne fra analysen i KVIS-projektet samt øvrige erfaringer fra sundhedsvæsenet. I denne overenskomstperiode skal alle speciallæger have gennemført en undersøgelse af den patientoplevede kvalitet.

- Den Danske Kvalitetsmodel

Der skal i overenskomstperioden udvikles og implementeres en dansk kvalitetsmodel til speciallægepraksis i regi af Den Danske Kvalitetsmodel. Den endelige udvikling af kvalitetsstandarder skal foregå i regi af IKAS, men med et tæt samarbejde med FAPS og speciallægeorganisationerne.

- Om regionernes rolle i kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis

Regionerne får adgang til at se data på praksisniveau, men kvalitetsdata kan som udgangspunkt ikke offentliggøres på praksisniveau. Formålet med at anvende data er alene at kvalificere, understøtte og målrette kvalitetsudviklingen i speciallægepraksis. For at udvikle kvaliteten viser erfaringerne, at der i dialogen skal tages udgangspunkt i egne data, for at det bliver både meningsfuldt og nærværende for speciallægen. Forsøg med regionale puljer skal være med til at understøtte denne kvalitetsudvikling i den enkelte praksis. Det aftales i de regionale samarbejdsudvalg, hvordan dette gøres bedst muligt. Det kan være gennem særlige projekter, audits, konsulentordninger eller andet.

Kvalitetsarbejdet finansieres i den kommende overenskomstperiode ved træk på formuen i Fonden for Faglig Udvikling af Speciallægepraksis. Udgifter til drift på kvalitetsområdet efter udløbet af overenskomstperioden afholdes ved omprioritering af anvendelsen af midler til efteruddannelse og forskning inden for fondens budget, medmindre der indgås en aftale om tilførsel af yderligere midler til kvalitetsområdet.

#### **4. Fremtidens speciallægepraksis**

Rapporten fra Udvalget om Fremtidens Speciallægepraksis indeholdt en række anbefalinger, hvor målsætningerne var, at speciallægepraksis skulle indgå i et tættere samarbejde med resten af sundhedsvæsenet og dermed blive en mere integreret del af det offentlige sundhedsvæsen.

Der er nu indgået en aftale, som bygger videre på disse anbefalinger. Det er således aftalt, at de praktiserende speciallæger skal friholde 20 procent af kapaciteten, hvor speciallægen eller grupper af speciallæger og regionen er gensidigt forpligtigede til at indgå aftale om, hvilke opgaver der skal udføres. Råderrummets indhold aftales mellem grupper af speciallæger inden for samme speciale og regionen. Undtagelsesvis – hvor eksempelvis faglige eller geografiske årsager begrundes dette – kan aftaler indgås mellem speciallægen og regionen. Forhandlingerne gennemføres med FAPS som bisidder. Der kan indgås aftale om såvel eksisterende overenskomsttydelser samt andre, nye ydelser. Den enkelte praksis er sikret en aktivitet på samme niveau som tidligere, under forudsætning af at patientsøgningen er uændret. Regionerne skal med mindst 6 måneders varsel meddele speciallægerne, om man ønsker at benytte den friholdte kapacitet.

Herudover er det aftalt, at samarbejdsudvalgene, hvor der er et dokumenteret behov for at udvide kapaciteten i et speciale, kan give tilladelse til, at der oprettes tidsbegrænsede kapaciteter for maksimalt 10 år. Sådanne kapaciteter tilbydes i første omgang eksisterende speciallæger med ydernummer, dernæst kan der gives en eksisterende praksis tilladelse til etablering af en satellitpraksis med fast geografisk placering som supplement til det primære konsultationssted. Endelig vil samarbejdsudvalget, hvor ingen af de førstnævnte løsninger har kunnet lade sig gøre, kunne tildele en speciallæge et ”ydernummer på li-

cens". Samarbejdsudvalget kan gøre brug af muligheden, når en kommune og/eller region stiller klinik til rådighed for speciallægen. Speciallægen driver praksis efter overenskomstens regler og honorering, men betaler til regionen et nærmere aftalt omkostningsbidrag efter de konkrete omstændigheder.

## 5. IT-området

Parterne har været enige om en række forpligtelser til understøtning af sammenhæng og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet og sikring af, at speciallægepraksis følger med udviklingen på IT-området. De vigtigste er:

### Praksisdeklarationer

Der er enighed om at færdiggøre indførelsen af praksisdeklarationer på den fælles offentlige sundhedsportal, sundhed.dk, ved at den enkelte speciallæge fremover selv forpligtes til at supplere og løbende vedligeholde vejviseren på sundhed.dk med en række oplysninger, som tidligere var forudsat leveret via speciallægefartegnelsen. Oplysningerne redigeres af speciallægen på sundhed.dk, og der logges på med brug af digital signatur. I praksisdeklarationen skal bl.a. oplyses:

- i hvilket omfang praksis tilbyder elektronisk kommunikation med patienterne
- træffetider, herunder tidsbestilling og telefonkonsultation
- ferie og længerevarende fravær, sygdom og kurser mv.
- den 'subjektive' ikke-akutte ventetid til 1. konsultation (opdateres mindst hver 2. måned)
- hvorvidt udvendige og indvendige adgangsforhold samt toiletfaciliteter tilgodeser bevægelseshæmmede patienter
- om der opkræves gebyr ved patienters udeblivelse.

Herudover kan speciallægen bl.a. oplyse telefax- og mobilnummer for klinikken, give generel information om f.eks. adgangs- og parkeringsforhold, samt indlægge billede af klinikken eller speciallægen. Der arbejdes i overenskomstperioden på at udvide praksisdeklarationerne med oplysninger om klinikpersonale, hvilke funktioner klinikpersonalet varetager, om speciallægepraksis deltager i uddannelse af speciallæger, samt relevant udstyr i klinikken. Vejviseren indeholder i forvejen oplysninger fra regionens yderregister om praksisnavn, konsultationsadresse og telefonnummer; navn, alder og køn på indehaver af klinikken; samt praksisform og praksistype.

Pligten til indberetning af ikke-akut ventetid til 1. konsultation indtrådte for samtlige speciallæger den 1. juni 2011. Lang ventetid kan gøres til genstand for undersøgelse fra regionens side, og resultatet behandles i de regionale samarbejdsudvalg. Der har i begyndelsen været tekniske problemer med at kunne foretage disse registreringer, men disse problemer er nu overstået.

### Digital dokumentboks

Alle speciallægepraksis skal senest 1. april 2012 tilslutte sig Den Digitale Dokumentboks og derigennem oprette en officiel digital postkasse, hvortil offentlige myndigheder kan sende officiel elektronisk post. Oprettelsen vil være gratis og uden omkostninger for speciallægepraksis.

### Det Fælles Medicin Kort (FMK)

De praktiserende speciallæger skal inden udgangen af 2011 tage FMK i anvendelse, dog tidligst når alle sygehusafdelinger og ambulatorier i regionen har sat FMK i drift. Herigennem gøres patientens FMK tilgængeligt via speciallægens lægesystem, således at speciallægen kan orientere sig om patientens nuværende medicin, ligesom speciallægen er forpligtet til at anvende FMK i forbindelse med ordination af ny medicin. Den praktiserende speciallæge modtager 2.500 kroner i engangstilskud til at opdatere sit lægesystem til at kunne håndtere FMK. Tilskuddet udbetales automatisk sammen med afregningen af

honorarer for december 2011.

### E-journal/P-journal

Speciallægerne gives adgang til e-journal på sundhed.dk, så de derigennem kan se relevante sygehusdata for patienter, de behandler i speciallægepraksis. Endvidere kobles speciallægerne med p-journal-projektet på løsningen således, at relevant patientinformation på nær (ustrukturerede) journalnotater, gøres tilgængelig for sundhedsprofessionelle i det øvrige sundhedsvæsen med en relevant behandlerrelation til patienten. For at levere data til p-journal skal speciallæger have et datafangstmodul installeret i sit lægesystem, og kode diagnoser i et nærmere aftalt omfang.

### Edifact

Regionerne har som en del af samarbejdet i Regioners Sundheds-it (RSI) forpligtet sig på, at alle sygehusrelevante MedCom standarder anvendes på alle sygehusafdelinger inden udgangen af 2012. Dermed vil speciallægerne kunne kommunikere med alle sygehusafdelinger via edifact.

### Adgang for speciallæger til billeddiagnostisk materiale (PACS)

Regionerne stiller med udgangen af 2012 billeddiagnostisk materiale til rådighed på tværs af regionernes sygehuse igennem det fællesregionale billedindeks. Danske Regioner vil i samarbejde med FAPS arbejde for, at billeddiagnostisk materiale i det fællesregionale billedindeks også stilles til rådighed for speciallægerne, når løsningen er i drift.

## **6. Tutorlæger i speciallægepraksis**

Der er indgået en aftale, som blandt andet betyder, at regionerne fremover betaler den fulde lønudgift til den uddannelsessøgende læge. Knækgrænsen vil som hidtil i de perioder, hvor der knyttet uddannelsessøgende læger til praksis, blive forhøjet med kr. 200.400. Dog således, at dette fremover vil blive reguleret med reguleringsprocenten. Speciallægen afholder alle udgifter til etablering af arbejdsplads for uddannelsessøgende læge, og det vil også være tutorlægen, der er forpligtet til at tegne arbejdsskadeforsikring og ansvarsforsikring for den uddannelsessøgende læge. Aftalen træder i kraft den 1. maj 2011, men der er mellem parterne opstået uenighed om, hvorvidt dette kun gælder for nye aftaler, eller om det også gælder for allerede indgåede aftaler. Forhandlinger herom pågår mellem parterne.

## **7. Flere tilskudsberettigede efteruddannelsesdage**

I perioden fra 1. oktober 2011 til 30. september 2014 kan de praktiserende speciallæger få tilskud til yderligere 2 efteruddannelsesdage (der er altså ikke tale om 2 ekstra dage pr. år). De ekstra efteruddannelsesdage er reserveret til kompetenceudvikling af speciallægerne i forbindelse med arbejdet med kvalitet inden for en række områder, blandt andet datafangst og diagnosekodning. Speciallægen er forpligtet til at anvende de ekstra uddannelsesdage regionalt, hvis der udbydes et kursus.

## **8. Tillæg til konsultationshonorar ved konsultation med døvetolk**

For at kompensere for det ekstra tidsforbrug ved behandling af borgere, som benytter døvetolk, udbetales et tillæg til konsultationshonoraret på kr. 88,40 i grundhonorar. Deltagelse af døvetolk dokumenteres ved tolkens underskrift på en erklæring, som opbevares i 2 år og udleveres til regionen på forlangende.

## 9. Delepraksis, assisterende speciallæge og vikar

Reglerne for etablering af delepraksis samt ansættelse af assisterende speciallæge og vikar er blevet strammet op.

Samarbejdsudvalget vil fremover alene være forpligtet til at give tilladelse til delepraksis, hvor speciallægen på grund af alder (den til en hver tid gældende folkepensionsalder) eller kronisk sygdom har brug for aflastning. Tilladelse til etablering af delepraksis vil være en personlig ordning, som ikke kan overdrages i forbindelse med salg. Når den, hvis forhold har begrundet tilladelse til delepraksis, således udtræder af praksis, bortfalder dens status som delepraksis. Dette gælder for nye tilladelser givet fra 1. oktober 2011.

For så vidt angår ansættelse af assisterende speciallæge vil samarbejdsudvalget fremover alene være forpligtet til at give tilladelse hertil, hvor speciallægen på grund af kronisk sygdom, fagpolitisk arbejde eller alder (den til en hver tid gældende folkepensionsalder) har brug for aflastning. En tilladelse vil fremover kunne være tidsbegrænset, ligesom den vil kunne indeholde et vilkår om, at tilladelsen kan opsiges med et nærmere angivet opsigelsesvarsel – typisk på minimum 6 måneder. Tilladelse til ansættelse af assisterende speciallæge er en personlig ordning, der bortfalder i forbindelse med salg. Dette gælder for nye tilladelser givet fra 1. oktober 2011.

Fremover vil der kun kunne ansættes vikar ved midlertidigt fravær, hvortil der kan ydes støtte fra FAS' Fond (Sygefonden). Her tænkes på sygdom, barsel, fædreorlov, plejeorlov m.m. Speciallægen kan endvidere anvende vikar i forbindelse med efteruddannelse og sammenhængende ferie. Der kan alene være tilknyttet én vikar ad gangen pr. dag pr. praktiserende speciallæge. Ved ansættelse af vikar meddeles dette til regionen, såfremt varigheden er over to uger i sammenhæng eller mere end en uge pr. måned i gennemsnit over en længere periode. Ved ansættelse af vikar i en samlet periode af mere end 6 måneders varighed, skal aftale herom indgås i henhold til § 3, stk. 1 (§ 64, stk. 1).

## KVIS-PROJEKTET

I perioden september 2010 og frem til juni 2011 er gennemført et pilotprojekt i dermatologi med henblik på at teste et koncept for en samlet kvalitetsmodel i speciallægepraksis.. Projektet er det sidste af seks delprojekter, og det samler alle erfaringer og resultater fra de øvrige delprojekter i KVIS. I projektet er således arbejdet med udformning af kliniske retningslinjer og kvalitetsstandarder, og en væsentlig del af dette projekt har endvidere været udformning og test af relevante IT-understøttede redskaber til registrering, dokumentation og anvendelse af kvalitetsdata. I projektet har der været et meget tæt samarbejde mellem tre lægesystemhuse, NMSC-databasen (Non-melanom ScinCancer) og DAK-E om at finde de bedste tekniske løsninger. 67 dermatologer har deltaget i pilottesten, som løb i perioden 31. januar til 8. juni. De deltagende dermatologer har leveret et stort arbejde i den korte testperiode og et meget vigtigt input til det videre arbejde med at kvalificere kvalitetsmodellen. Det forventes, at den endelige afrapportering er klar omkring den 1. november 2011 og vil kunne læses på: [www.laeger.dk](http://www.laeger.dk) > FAS > Speciallægepraksis > KVIS.

Delprojektet om faglige indikatorer er afsluttet. Dette projekt har været gennemført i NIP-regi. Projektet er under afrapportering og vil ligeledes kunne ses på [www.laeger.dk](http://www.laeger.dk) omkring den 1. november, jf. ovenfor.

Inden KVIS-projektet afsluttes med udgangen af 2011 afholdes en konference den 24. november med henblik på at præsentere de samlede anbefalinger til en kvalitetsmodel i speciallægepraksis.

## **KERNEYDELSER**

Det fremgår af overenskomstens § 35 A (§ 48) og det tilhørende protokollat af 09-10-2004 og 28-04-2011 vedrørende vejledning om anvendelse af klinikpersonale, at der i speciallægepraksis kan uddelegeres opgaver til klinikpersonalet, men at speciallægelige kerneydelser altid skal foretages af speciallægen.

Der er således grænser for, hvilke ydelser den praktiserende speciallæge kan uddelegere til sit hjælpepersonale i henhold til Overenskomst om Speciallægehjælp, og mulighederne for uddelegering er uden tvivl mere begrænsede end de lovgivningsmæssige rammer, som er gældende uden for overenskomstens område. Med andre ord er der flere ydelser, som kan uddelegeres til hjælpepersonale i sygehus - end i praksisregi.

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.

## **MODERNISERING AF SPECIALER I SPECIALLÆGEPRAKSIS**

Moderniseringsarbejdet er i den forløbne beretningsperiode gået ualmindelig trægt, specielt hvad angår udmøntning af moderniseringsrapporterne i konkrete moderniseringsaftaler. Ved overenskomstforhandlingerne i foråret 2011 er der derfor mellem parterne aftalt en opstramning af moderniseringsarbejdet og givet Moderniseringsudvalget flere kompetencer, ligesom antallet af repræsentanter i udvalget er udvidet.

Konkret er der i det forløbne år gennemført og/eller igangsat følgende:

### **Arbejdsgruppe om anvendelse af botox ved behandling af patienter med svær svedtendens**

Arbejdsgruppen håber snart at kunne aflevere en skriftlig redegørelse til Moderniseringsudvalget. Desværre synes regionernes interesse for indførelse af nye, omkostningsfulde behandlinger lige nu meget begrænset.

### **Børne- og ungdomspsykiatri**

Der blev i foråret og forsommeren 2010 afholdt to møder i ad hoc-udvalg til modernisering af børne- og ungdomspsykiatri, men arbejdet har stået stille siden da, bl.a. på grund af et divergerende syn på hvilke patientgrupper, der egner sig til behandlingsforløb i speciallægepraksis.

### **Dermato-venerologi**

DDO har længe ønsket en bredere adgang til behandling med biologiske midler i speciallægepraksis. Igangsættelse af et muligt moderniseringsarbejde omkring dette har afventet Sundhedsstyrelsens stillingtagen, som desværre er endt med ikke at falde positivt ud for speciallægepraksis. Ønsket er derfor opgivet indtil videre.

### **Gynækologi og obstetrik**

Der har siden foråret været afholdt to møder i ad hoc-udvalget om modernisering af specialet gynækologi og obstetrik. Danske Regioner har tilkendegivet en ambition om, at moderniseringen skal afsluttes inden næste sommer, hvilket dog næppe er realistisk.

### **Intern medicin (gastroenterologi)/kirurgi**

Der er gennemført en faglig udredning med henblik på en lynmodernisering vedrørende adgang til at rekvirere éngangsbiopsitænger og -polypslynger, honorarstigning for alle endoskopiske undersøgelser begrundet i de stigende hygiejniske krav og standarder samt anæstesiologisk bistand til kirurgisk speciallægepraksis. Afslutning af økonomiforhandlingerne afventer resultatet af de øvrige moderniseringer og økonomiforhandling i overenskomstperioden.

### **Neurologi**

Moderniseringsrapport for modernisering af specialet neurologi blev færdig i maj 2010, og der har været afholdt flere forhandlingsmøder om implementering af forslagene fra ad hoc-udvalget. Det har imidlertid endnu ikke været muligt at nå til enighed mellem parterne om økonomien for moderniseringen.

### **Ortopædisk kirurgi**

Den faglige udredning er reelt afsluttet, og der er drøftelser med Dansk Ultralydsdiagnostisk Selskab om tilrettelæggelse af efteruddannelse for ortopædkirurgerne, hvorefter økonomiforhandling kan påbegyndes.

### **Plastikkirurgi**

I forlængelse af moderniseringen af specialet pr. 01-01-2010, følges moderniseringen i to år på grundlag af et økonomiprokollat. Indtil nu er der udsigt til et betydeligt mindreforbrug, som f.eks. vil kunne finansiere forslag fra moderniseringsrapporten, som måtte opgives i første omgang på grund af begrænsede økonomiske muligheder.

### **Pædiatri**

Efter moderniseringen af specialet pr. 01-04-2007 var der et væsentligt merforbrug i protokollatsperioden, som resulterede i nedsættelse af honorarerne for to ydelser. Efter yderligere en protokollatsperiode konstateredes fortsat merforbrug, som resulterede i yderligere honorarnedsættelse og en ny protokol-

latsperiode for de honorarnedsatte ydelser. Sidstnævnte er endnu ikke afsluttet, men der er stadig udsigt til et merforbrug.

### **Reumatologi**

Der er afholdt to møder i det nedsatte ad hoc-udvalg om lynmodernisering af reumatologi. Færdiggørelsen af moderniseringsrapporten forventes klaret via mail i løbet af efteråret.

### **Øjenlægehjælp (oftalmologi)**

Ad hoc-udvalget om modernisering af specialet øjenlægehjælp har arbejdet siden august 2007; moderniseringsrapport er færdigskrevet; og økonomiforhandlinger er i gang.

## **FONDEN FOR FAGLIG UDVIKLING AF SPECIALLÆGEPRAKSIS**

Fondens formål er at yde tilskud til efteruddannelse, kvalitetsudviklingsprojekter, forskningsprojekter samt andre projekter inden for fondens formål.

### **Efteruddannelse**

Med virkning fra 2008 har de praktiserende speciallæger i henhold til Speciallægeoverenskomsten haft ret til tilskud til otte årlige efteruddannelsesdage.

Ved overenskomstforhandlingerne i foråret blev der aftalt en udvidelse af antallet af tilskudsberettigede efteruddannelsesdage, således at de praktiserende speciallæger i perioden fra 1. oktober 2011 til 30. september 2014 kan få tilskud til yderligere i alt to efteruddannelsesdage, som er reserveret til kompetenceudvikling i forbindelse med arbejdet med kvalitet inden for en række områder bl.a. datafangst og diagnosekodning.

Det er i overenskomsten forudsat, at der anvendes ca. 1 % af den årlige bruttoomsætning i speciallægepraksis til efteruddannelse. 1 % af bruttoomsætningen i 2010 var på 31 mio. kr. I 2010 er der indtil videre blevet anvendt lidt under 31 mio. kr. svarende til 99 % af det indsatte beløb. Forbruget for 2010 svarer relativt til forbruget for 2009 på tilsvarende tidspunkt sidste år.

For 2011 er der indtil videre anvendt ca. 10 mio. kr. til tilskud til efteruddannelse. Dette svarer til 0,33 % af bruttoomsætningen i 2010. Forbruget for 2011 er det samme som i 2010 ved dette tidspunkt af året.

Ser man på de enkelte praksistyper, er det indtil videre 66 % af de fuldtidspraktiserende, 57 % af delepraksis og 26 % af de deltidspaktiserende, som fik udbetalt tilskud fra fonden i år 2010. Det svarer til, at de fuldtidspraktiserende i gennemsnit har fået tilskud til 3,8 efteruddannelsesdage, delepraksis 3,4 dage og deltidspaktiserende fik tilskud til 1,4 efteruddannelsesdag. Ser man i stedet på de, der faktisk brugte fonden, var gennemsnittet betydelig højere nemlig på 5,7 og 6,0 og 5,3 efteruddannelsesdage for hhv. fuldtidspraksis, delepraksis og deltidspaktiserende. Anvendelsesgraden er meget forskellig specialerne imellem. Tendensen er endvidere, at en stor gruppe bruger fonden, og de bruger den i stort omfang. Til gengæld er der også en ikke ubetydelig gruppe, som slet ikke bruger retten til tilskud for efteruddannelse.

### **Støtte til kvalitetsudviklings- og forskningsprojekter**

Fonden kan to gange om året – normalt med frist den 1. maj og den 1. november – ansøges om støtte til kvalitetsudviklings- og forskningsprojekter, hvis genstandsfelt er relateret til speciallægepraksis. De indkomne ansøgninger vurderes af fondens faglige udvalg, og på baggrund af indstillingerne fra det faglige udvalg træffer fondsbestyrelsen beslutning om, hvilke projekter der skal ydes støtte. I beret-

ningsperioden er der indkommet 23 ansøgninger og bevilget godt 3,7 mio. kr. i støtte til 15 af projekterne.

### **Konsulentbistand til ansøgere**

Der blev i 2009 indført mulighed for bevilling af indtil 20.000 kr. til konsulentbistand til ansøgere om bl.a. udformning af forskningsprotokol, metodemæssig vejledning (herunder biostatistisk vejledning), samt udformning af fondsansøgning (herunder opstilling af budget). Til dato har der kun været 1 ansøgning herom, som blev bevilget ved ansøgningsrunden i maj 2010.

### **UTILSIGTEDE HÆNDELSER (UTH)**

Der blev den 1. september 2010 indført pligt til at indrapportere utilsigtede hændelser (UTH) i speciallægepraksis til Dansk Patientsikkerhedsdatabase – DSPD.

Formålet med rapportering er at understøtte patientsikkerheden ved at indsamle, analysere og formidle viden om UTH. Der skal rapporteres UTH, som opstår i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed, men dog ikke bivirkninger ved medicin. Der skal rapporteres UTH, som speciallægen selv er impliceret i og hændelser, som man bliver opmærksom på hos andre – f.eks. i forbindelse med sektorovergange.

Rapporten bliver sendt til den region, hvor hændelsen fandt sted. Kun de ansvarlige for rapporteringssystemet kan se rapporten. Når rapporten er færdigbehandlet lokalt, sendes den i anonym form videre til Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen kan således ikke se, hvem der har foretaget rapporteringen.

Rapporteringssystemet er fortroligt og ikke sanktionerende – det vil sige, at der aldrig kan ske fratagelse af autorisationer, udmåling af straf m.v. på baggrund af de hændelser, som rapporteres. Man kan vælge at være anonym ved rapportering, man kan også opgive navn og mailadresse med henblik på mulighed for eventuel uddybning af det rapporterede i forbindelse med regionens sagsbehandling.

### **TOLKEBISTAND**

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har udsendt en bekendtgørelse om tolkebistand gældende pr. 1. juni 2011.

Heraf fremgår, at personer, der har boet i Danmark mere end syv år, skal betale et gebyr på kr. 150,- til regionen, når en tolk er nødvendig for behandlingen. De nærmere regler fremgår af Bekendtgørelse om tolkebistand efter sundhedsloven. Se [www.lovtidende.dk](http://www.lovtidende.dk) > Lovtidende A > Forskriftens nr.: 446 > År for udstedelse: 2011.

### **FRADRAG FAGLIGE KONTINGENTER**

Med virkning fra den 1. januar 2011 blev der indført en begrænsning af fradragsretten for udgifter til faglige kontingenter, så det årlige fradrag fremover ikke kan overstige 3.000 kr. Det fremgår af loven, at selvstændige erhvervsdrivende er undtaget fra fradragsbegrænsningen.

Der var dog forlydender om, at der på et senere tidspunkt ville blive fremsat lovforslag, som også skulle medføre en begrænsning af de selvstændige erhvervsdrivendes fradragsret. Skatteministeriet har meddelt, at et sådant lovforslag ikke vil blive fremsat, og der er således fortsat ingen begrænsninger i selvstændige erhvervsdrivendes fradragsret for udgifter til faglige kontingenter.

## **MOMS AF KOSMETISKE BEHANDLINGER**

Skatteministeriet har udsendt styresignal vedrørende momsfrigørelse af kosmetiske ydelser, som har virkning fra den 1. april 2011. Heraf fremgår, at kosmetiske behandlinger vil vore momsfrigørelset, når behandlingerne har til formål at forebygge, diagnosticere, behandle og så vidt muligt helbrede sygdomme eller sundhedsmæssige uregelmæssigheder. Det fremgår videre, at alle kosmetiske behandlinger dækket af den offentlige sygesikring vil vore omfattet af momsfrigørelsen. De nærmere detaljer er der redegjort for i SKAT's regler om Momsfrigørelse af kosmetiske behandlinger. Se [www.skat.dk](http://www.skat.dk) > Sagsnr. 2010-251-0272.

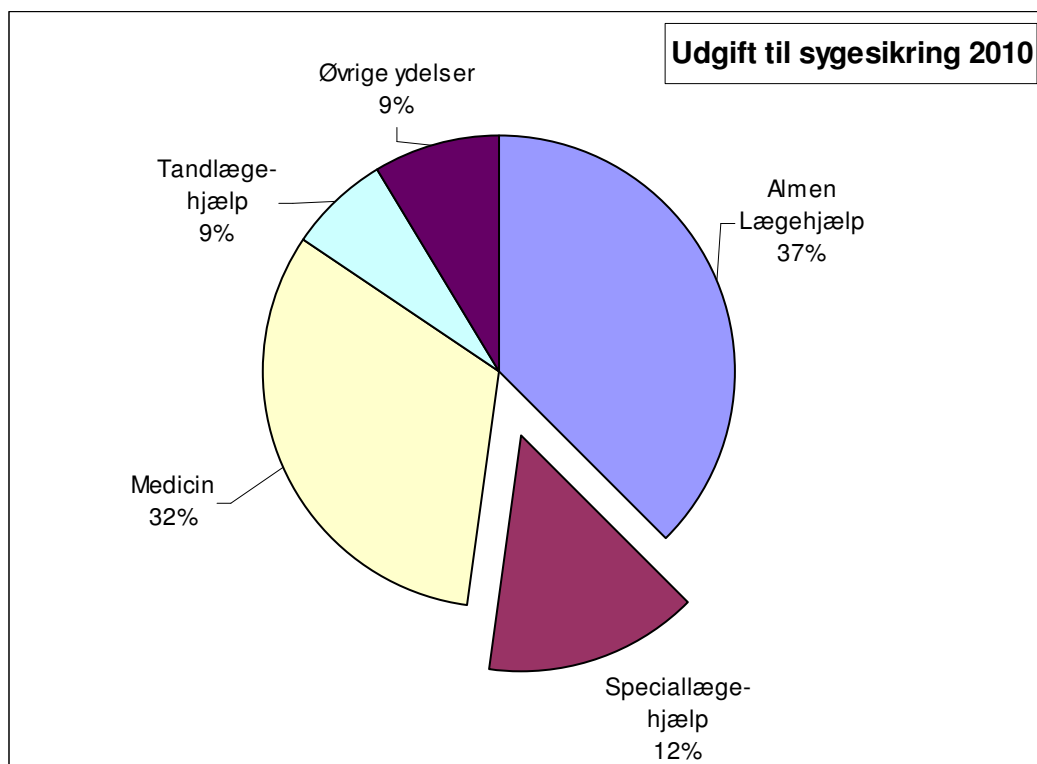
## **SPECIALLÆGEFORTEGNELSEN**

Regionerne har tilkendegivet, at man ikke længere mener at have brug for den trykte speciallægefortegnelse, idet de i stedet betjener sig af deres egne yderregistre og vejviseren på sundhed.dk. Endvidere oplyser PLO, at de alment praktiserende læger i dag primært bruger den til stadighed opdaterede speciallægefortegnelse på læger.dk og derfor heller ikke har behov for at modtage speciallægefortegnelsen i en papirudgave.

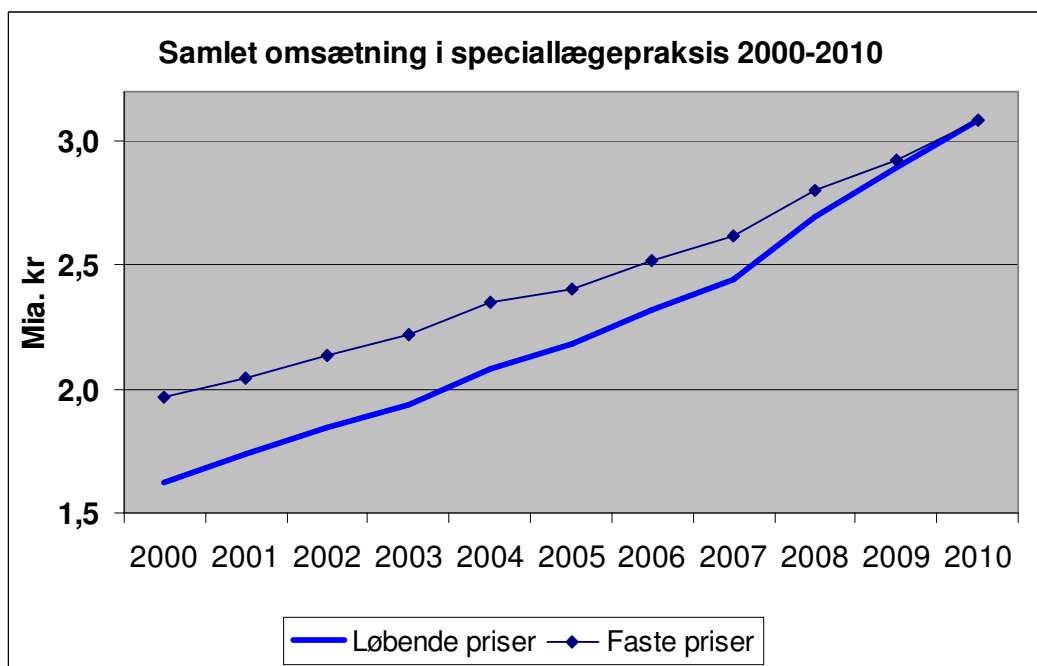
FAPS' bestyrelse har derfor besluttet at afskaffe den trykte udgave af speciallægefortegnelsen, således at udgaven fra 2009 bliver den sidste, som udkommer på papir.

Speciallægefortegnelsen findes nu kun på [www.laeger.dk](http://www.laeger.dk). Man vil fremover skulle logge sig på for at finde oplysningerne i Speciallægefortegnelsen, da netudgaven nu også indeholder mobiltelefonnummer, ydernummer og e-mail-adresse på de speciallæger, der har haft disse oplysninger tilgængelige i den trykte udgave. Hvis man ikke er medlem af Lægeforeningen, kan man på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) finde en fortegnelse over praktiserende speciallæger.

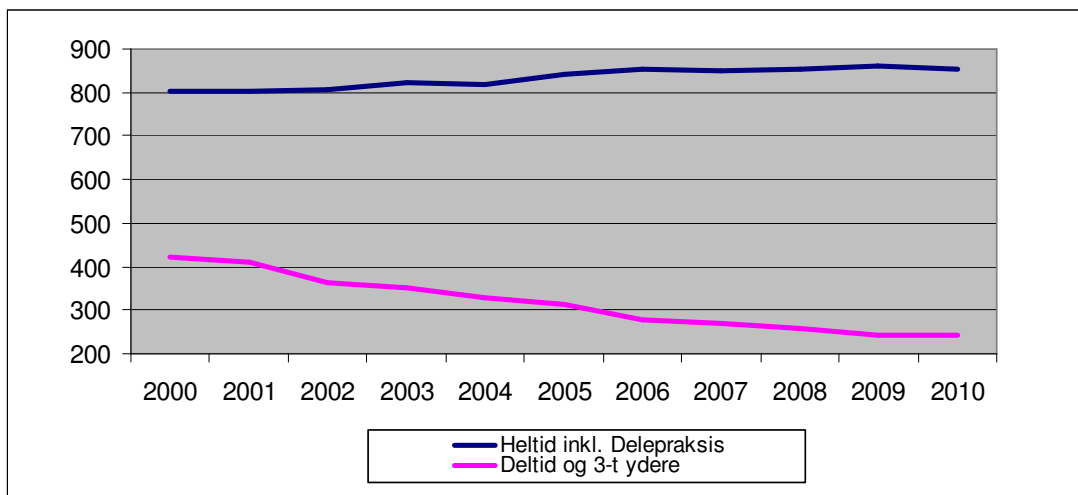
## FAKTA-BOKSE 2011



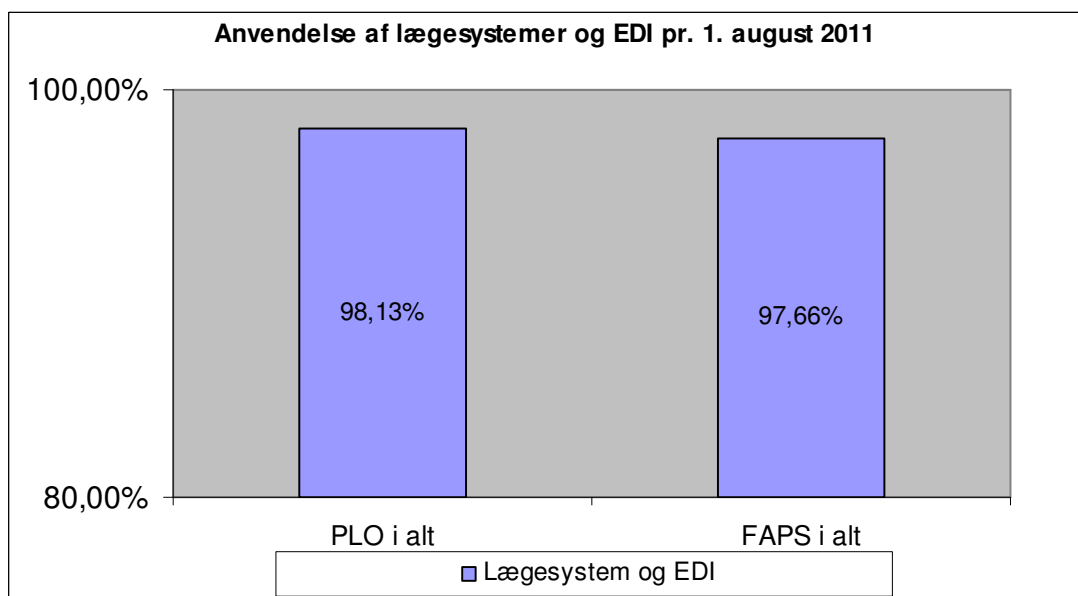
Honorarerne til speciallægehjælp har gennem det sidste tiår ligget stabilt på 12-13 % af de samlede udgifter til sygesikring.



Der har i løbene priser været en årlig omsætningsforøgelse i speciallægepraksis på 9 % gennem de sidste ti år. Justeret for reguleringen i honorarer har stigningen været på ca. 5,7 %.



Antallet af praksis med heltidsydernr. er relativt stabilt omkring 850 de sidste 5 år, mens der til stadighed bliver færre deltidsydere og 3-timers ydernr.



97,7 % af alle praktiserende speciallæger har et lægesystem, hvoraf alle også har EDI. Praktiserende speciallæger er dermed tæt på at være på samme niveau som alment praktiserende speciallæger, hvor 98,1 % af dem har et lægesystem, hvoraf alle også har EDI. De få speciallæger som ikke har lægesystem eller EDI er sandsynligvis deltidspraksis med dispensation fra overenskomstens krav om IT.