

Udkast til praksisplan

**Praktiserende
speciallæger**

Generel del

Indholdsfortegnelse:

Speciallægepraksisplan 2013 - indledning	3
1. Generel del	4
1.1 Speciallægepraksis i det regionale sundhedsvæsen	4
1.2 Konkrete overordnede anbefalinger	10
2 Rammer for udarbejdelse af speciallægepraksisplanen	11
2.2 Rekruttering og fastholdelse.....	12
2.3 Kapacitetsplanlægning.....	12
2.4 Fakta om speciallægepraksis	13
2.5 Råderumsaftaler	14
2.6 Økonomi overordnet.....	14
2.7 Kapacitet og aktivitet	14
3. Demografiske forhold	18

Udskæst

Speciallægepraksisplan 2013 - indledning

Hermed fremlægges speciallægepraksisplanen for Region Midtjylland. Det er den anden speciallægepraksisplan i regionens tid. Praksisplanlægningen for speciallægeområdet udarbejdes indenfor rammerne af regionens overordnede sundhedsplan. Her er udstukket de overordnede mål og visioner for regionens sundhedsvæsen.

Ambitionen har været inden for denne ramme, at lave en speciallægepraksisplan der sikrer, at regionen fortsat har et solidt og velfungerende tilbud til borgerne i form af praktiserende speciallæger, der leverer sundhedsydelser af høj kvalitet. Det har samtidig været ambitionen med planen at understøtte en udvikling mod et integreret sundhedsvæsen med sammenhæng i behandlingsforløb, fælles ansvar for befolkningens sundhed og respekt for patientens egenbestemmelse og muligheder for egenomsorg. En udvikling der skal gå hånd i hånd med høj faglig kvalitet, patienttilfredshed og økonomisk ansvarlighed.

Speciallægepraksisplanen er opdelt i en generel del og en specialespecifik del. Den generelle del rummer visioner og mål for den kommende planperiode i forhold til det samlede speciallægepraksisområde. Den specifikke del rummer delpraksisplaner for de 16 specialer, der praktiseres indenfor i region midtjylland.

Som led i planudarbejdelse har der været forudgående drøftelser af visioner for området i relevante administrative og politiske fora, herunder sundhedskoordinationsudvalget og det rådgivende udvalg for Nære sundhedstilbud.

Delpraksisplanerne er udformet som en revision af indholdet i den eksisterende speciallægepraksisplan. I forbindelse med udarbejdelsen af den eksisterende plan, blev der gennemført et omfattende arbejde med faglige arbejdsgrupper indenfor de enkelte specialer. Det er besluttet, at de faglige beskrivelser og vurderinger der er indskrevet i den eksisterende plan i det store hele forsat er gældende. Administrationen har gennemført en opdatering af facts og talmateriale, foretaget fornyet kapacitetsvurdering og i øvrigt opdateret delpraksisplanerne, hvor det er fundet relevant.

1. Generel del

1.1 Speciallægepraksis i det regionale sundhedsvæsen

Regionens udkast til sundhedsplan 2013 bærer hovedoverskriften "fælles ansvar for sundhed". Det afspejler, at kommuner, hospitaler, praksissektor og den enkelte borger deler ansvaret for sundhed og er gensidigt afhængige af hinanden for at skabe sundhed. Der er brug for at parterne udvikler en fælles tankegang og anerkender og gør brug af hinandens styrker. Under hovedoverskriften er udvalgt tre temaer, som regionen vil sætte højest på dagsordenen i udviklingen af sundhedsvæsenet de kommende år. Det er,

- Patientens præmisser
- Sundhed og sammenhæng – gensidig afhængighed
- Den bedste kvalitet – hver gang på den rigtige måde

"Patientens præmisser" udgør hovedsporet i sundhedsplanen. Det er vigtigt, at patienten bliver en aktiv medspiller og udnytter egne ressourcer i behandlingen. Det skal anerkendes og udnyttes, at patienten ofte ved meget om egen lidelse og det er vigtigt, at lytte åbent til patienten. Der skal herske en kultur med brugerinddragelse og i det lys handler sundhedsplanen også i høj grad om kultur.

Temaet "sundhed og sammenhæng – gensidig afhængighed" omhandler blandt andet hvordan regionen i samarbejde med kommuner, hospitaler og andre centrale samarbejdspartner vil arbejde bredt med folkesundhed, blandt andet ved at arbejde med en fælles populationstilgang.

Temaet "den bedste kvalitet – hver gang på den rigtige måde" fokuserer på hvordan den højeste kvalitet skal fastholdes og udvikles.

Det slås fast i udkastet til sundhedsplanen, at det nære sundhedsvæsen fortsat skal udvikles. I et tæt samarbejde med kommunerne varetager praksissektoren et populationsansvar for befolkningens sundhed. Den væsentligste del af diagnostik og behandling løses i forhold til nærhed, ressourcer og kvalitet således bedst i det nære sundhedsvæsen.

Speciallægepraksis udgør en del af det nære sundhedsvæsen og udfylder rollen som det specialiserede udrednings- og behandlingstilbud, der fordrer viden og færdigheder, der i almindelighed rækker ud over den praktiserende læges muligheder. Speciallægepraksis indgår dermed som en del af regionens tilbud om ambulante udredning og behandling på speciallægeniveau. Det er afgørende, at praktiserende speciallæger fungerer som og opleves som en integreret del af regionens samlede sundhedsvæsen. Med udtrykket "integreret" sigtes på et sundhedsvæsen som hænger sammen. Dels i form af velfungerende overdragelse af patienter fra en behandler til en anden, men også videre end dette. I et integreret sundhedsvæsen er der fælles patient- og forløbsansvar. Der arbejdes ud fra en shared care tilgang.

De temaer der fokuseres på i regionens sundhedsplan, skal også forfølges i forhold til praktiserende speciallæger. Det må naturligvis ske inden for de lovgivnings- og overenskomstaftalte rammer, som gælder for speciallægepraksis.

I lyset af ovenstående er der nedenfor opstillet en række overordnede mål for speciallægepraksis under ét. Der skal arbejdes på at indfri målene i løbet af planlægningsperioden. De mere detaljerede mål i forhold til de enkelte specialer fremgår af de specielle delpraksisplaner.

Patientens præmisser

Praktiserende speciallæger har et medansvar for, at patient og pårørende bliver partner i behandlingsforløbet og skal medvirke til at gøre det lettere for patienten, at udføre egenomsorg gennem udnyttelse af patientens egne ressourcer.

Patientinddragelse udgør et hovedspor i regionens sundhedsplan. Der lægges vægt på, at patienten ses som en aktiv medspiller, der udnytter egne ressourcer i samspil med det professionelle behandlingssystem. Speciallægen har en vigtig opgave med at motivere patienter, til at deltage aktivt i behandlingsforløbet og tage ansvar for egen sygdom og sundhed – også i forebyggelsesfasen.

Det kan for eksempel ske ved, at patienter og pårørende modtager opdateret, relevant og forståelig information om egen sygdom og behandlingsforløb eller ved at den praktiserende speciallæge udarbejder handleplaner og opstille milepæle i samarbejde med patienten.

Ny teknologi for eksempel i form af telemedicinske løsninger kan i mange situationer øge muligheden for hjemmemonitorering og patientens egenbehandling. Sådanne teknologier bør løbende afprøves og tages i anvendelse, såfremt de ud fra en samlet sundhedsøkonomisk og faglig vurdering medfører en forbedring for patienterne.

Speciallægepraksis i det nære sundhedsvæsen

Det nære sundhedsvæsen skal styrkes og udvikles. Det sker i et tæt og forpligtende samarbejde mellem praktiserende speciallæger, almen praksis, kommuner og hospitaler. Det skal samtidig sikres, at borgere der bliver patienter i sundhedsvæsnets oplever udrednings- og behandlingsindsatsen som sammenhængende og koordineret.

Visionerne for udviklingen af speciallægepraksis er tæt forbundet med visionerne for udviklingen af det samlede regionale sundhedsvæsen. Skal befolkningens sundhed forbedres er der behov for fokus på samarbejde mellem de parter der er i berøring med patienten. Blandt andet i kraft af en af fælles populationstilgang. Der skal i speciallægepraksisplanen rettes særligt fokus på den rolle speciallægepraksis indtager i samspillet med og arbejdsdelingen i

forhold til det øvrige sundhedsvæsen, ikke mindst de ambulante hospitalsfunktioner. Det kan være frugtbart, at arbejde med en Triple Aim (1) tilgang.

Som en del af udmøntningen af praksisplanen skal det undersøges, hvordan ansvars- og opgavefordelingen mellem praktiserende speciallæger, hospitaler og almen praksis kan optimeres og det anbefales, at der udarbejdes forslag, som øger muligheden for at udnytte den samlede speciallægekapaцитet (på hospitalerne og i speciallægepraksis) og de økonomiske ressourcer optimalt.

Bl.a. skal mulighederne for at flytte opgaver – helt eller delvist - fra sygehusenes ambulatorier til speciallægepraksis overvejes. I henhold til Overenskomst om Speciallægehjælp kan regionen og de praktiserende speciallæger fremover aftale, hvordan op til 20 % af de praktiserende speciallægers kapacitet kan anvendes. Disse nye muligheder skal anvendes i planlægningen af den ambulante aktivitet i regionen.

I den forbindelse kan det være relevant at differentiere mellem de praktiserende speciallæger, i det der kan være forskel på, hvilke særlige kompetencer, de har udviklet gennem deres hospitalsansættelse.

Der skal endvidere ses på hvordan speciallægepraksis kan indgå i forbindelse med regionens efterlevelse af udredningsretten, som træder i kraft den 1. september 2013. Udredningsretten giver som udgangspunkt patienter henvist til hospital, krav på at blive udredt inden for en måned.

De forandringer der i disse år gennemføres med hensyn til sygehusstruktur og samling af specialer og funktioner på større enheder, aktualiserer behovet for, at der også fremover findes nære tilbud til de patienter, der ikke har brug for sygehusbehandling. Her spiller speciallægepraksis en væsentlig rolle. Det kan være ønskeligt at løse flere opgaver i primærsektoren, men det er samtidig vigtigt, at en eventuel opgaveflytning til praksisområdet ikke sker på bekostning af kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse. Med andre ord skal en opgaveflytning være begrundet i, at de konkrete sundhedsydelser kan produceres billigere med mindst samme kvalitet og gerne tættere på borgeren, end ydelserne i dag produceres (eller i fremtiden vil blive produceret) på offentlige eller private hospitaler. Ligesom det skal sikres, at de forpligtigelser som hospitaler har i forhold til den lægelige videreuddannelse, kan indfries.

¹ Triple Aim er udviklet af Institute of Healthcare Improvement (IHI). En Triple Aim indsats er kendetegnet ved tre forhold:

1. At styrke patienternes oplevelse af behandlingen dvs. at tilvejebringe behandling/omsorg som er effektiv, sikker og pålidelig – til samtlige patienter til alle tider.
2. At styrke befolkningens sundhed, række ud til lokalsamfund og andre organisationer, fokusere på forebyggelse og velbefindende, håndtere kroniske sygdomme osv.
3. At nedbringe sundhedsomkostningerne per indbygger.
- 4.

Et velfungerende nært sundhedsvæsen forudsætter, at der er klarhed omkring arbejdsdeling og snitflader og ansvaret er klart fordelt, så patienten ikke oplever unødvendige overlap eller huller i behandlingsforløbet.

Patientoverdragelse mellem almen praksis og praktiserende speciallæge skal ske på et velinformeret grundlag. Tilsvarende gælder for patientoverdragelse mellem praktiserende speciallæge og hospital. Der er til stadighed behov for at skærpe fokus på kommunikation mellem sundhedsvæsnets parter blandt andet således, at kvaliteten i henvisninger og epikriser højnes og epikriser afsendes rettidigt.

Tilsvarende gælder for samspillet mellem praktiserende speciallæge og de kommunale sundheds- og omsorgsfunktioner. Ikke mindst indenfor psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri, er der behov for effektiv og velstruktureret kommunikation og informationsudveksling mellem speciallæge og kommunale behandlere. Patienter med psykisk sygdom er ofte kendetegnede ved komplicerede sygdomsbilleder, hvor psykiske, somatiske og sociale faktorer spiller ind.

Et godt samarbejde fordrer kendskab til og respekt for hinandens vilkår. Hvor det er fagligt relevant, skal speciallægepraksis være tilgængelige for kommunernes sundhedspersonale fx hjemmesygeplejen, som på sin side naturligvis skal respektere de vilkår, praktiserende speciallæger fungerer under. Smidig og lettilgængelig kommunikation udgør et centralt element i arbejdet med at bringe sektorerne tættere sammen.

Geografisk dækning

Det er regionens ambition, at sikre, at alle regionens borgere kan modtage behandling hos en speciallæge, når det er relevant. Der skal sikres en hensigtsmæssig geografisk fordeling af speciallægepraksis set i sammenhæng med den ambulante speciallægebetjening der leveres fra regionens hospitaler.

Det skal sikres, at der er et tilbud om speciallægebehandling til alle borgere i regionen. Det er som udgangspunkt ikke afgørende, om tilbuddet sker i form af praktiserende speciallæge eller hospitalsambulatorium. Den geografiske fordeling af speciallægepraksis skal således koordineres med de tilsvarende hospitalsbaserede tilbud. Der hvor volumen i antallet af speciallægepraksis giver mulighed for det, skal tilgodeses en ambition om en jævn geografisk spredning af speciallægepraksis. Det er en ambition, der især har relevans indenfor de største specialer som øre- og øjenspecialerne, psykiatri og dermatologi. Den jævne geografiske fordeling sker som udgangspunkt i forhold til indbyggertallet i området. Demografiske forhold og sygdomsforekomst kan også være relevante parametre at tage i betragtning. Som nævnt skal der tages hensyn til udbuddet af hospitalsbaseret ambulante speciallægebehandling i området, ligesom der skal være opmærksomhed på, at drift af en speciallægefunktion, såvel

hospitalsbaseret som i praksissektoren for mange specialers vedkommende fordrer et betydeligt befolkningsunderlag.

I bestræbelserne på at opnå en jævn geografisk fordeling skal der i relevant omfang gøres brug af speciallægeoverenskomstens muligheder for oprettelse af tidsbegrænset kapacitet, satellitpraksis og ydernumre på licens. Hvor det er muligt, skal placering i sundhedshuse eller tilsvarende fysiske lokaler tilvejebragt af region eller kommune tilgodeses. Herved kan visionen om det nære sundhedsvæsen med tæt integration mellem behandlere og omsorgspersoner i lokalområdet tilgodeses.

Det kan blive en særlig udfordring at sikre speciallægedækning i flere af regionens yderområder. Der kan opstå behov for en særlig indsats for at tilgodese behovet for at rekruttere speciallæger til disse områder. Her er det nødvendigt at region og kommunerne samarbejder om indsatsen for at sikre rekruttering praktiserende speciallæger. Ligesom det kan være et muligt scenarie, at speciallægepraksis afløses af et ambulansetilbud i hospitalsregi, der hvor det, ud fra en samlet vurdering, er den bedste løsning til at sikre, at borgerne får et tilbud om speciallægebehandling.

Kvalitet

Der skal være høj kvalitet i sundhedsvæsenet. For praktiserende speciallæger betyder det, at alle arbejder systematisk og kontinuerligt med kvalitetsudvikling som en integreret og prioriteret del af praksisdriften.

Det er et overordnet mål, at regionens befolkning tilbydes sundhedsydelser af høj kvalitet. For at sikre det, er det afgørende, at speciallægepraksis, i lighed med øvrige dele af sundhedsvæsenet, yder en høj kvalitet og løbende arbejder med kvalitetsudvikling. Der skal være fokus på kvalitet frem for kvantitet.

I regi af bestemmelser i speciallægeoverenskomsten arbejdes der på nationalt niveau systematisk med kvalitetsudvikling i speciallægepraksis, det såkaldte KVIS-projekt (KValitet I Speciallægepraksis). Regionen skal deltage i og støtte op om de nationale initiativer herunder indførelse af kliniske databaser og indførelse af Den Danske Kvalitetsmodel.

I planperioden skal sideløbende i Region Midtjylland arbejdes med kvalitetsudvikling og -sikring i speciallægepraksis. Det kan anbefales, at der hvor det giver mening, fokuseres på fælles faglige kvalitetsstandarder for hospitaler og speciallægepraksis. Det skal undersøges, om der etableres en praksiskonsulentordning, som kan være med til at styrke sammenhæng mellem speciallægepraksis og hospitaler plus relationer mellem speciallægepraksis, almen praksis og kommuner.

Kvalitetsarbejdet har fokus på både den kliniske, den organisatoriske og den patientoplevede kvalitet. Kvalitetsindsatsen skal understøttes mest muligt ved efteruddannelse af læger og personale.

Arbejdet med kvalitetsudvikling bør i størst mulig udstrækning funderes på facts og forskningsbaseret viden. Systematisk kodning og registrering skaber grundlag for at arbejdet med kvalitetsudvikling kan understøttes af data og baseres på faktisk viden.

I arbejdet med kvalitetsudvikling skal der derfor være fokus på, at anvende informationsteknologier aktivt og hensigtsmæssigt.

I forhold til it-systemerne i speciallægepraksis skal der arbejdes på at sikre, at alle parter udvikler og implementerer aftalte funktioner rettidigt. Det indebærer også, at der må stilles krav til den organisatoriske implementering i det daglige arbejde i praksis.

Lighed i sundhed

Der er behov for at skærpe fokus på at sikre lighed i sundhed. Et led heri er en særlig indsats for sårbare patienter.

Der er en betydelig ulighed i sundhed og i forudsætningerne for at få et sundt liv. Vi ved, blandt andet fra sundhedsprofilundersøgelsen "Hvordan har du det?", at sygdomsforekomst og sundhed er skævt fordelt i befolkningen. Det varierer blandt andet i forhold til uddannelse, alder og en række andre faktorer.

Der er derfor behov for mere målrettet at indrette sundhedsvæsnets indsats i forhold til borgere og patienters sundhedsmæssige situation og egne ressourcer. Det betyder, at ikke alle borgere skal have den samme ydelse. Tilbuddene skal differentieres, så de møder den enkelte bedst muligt.

Meget tyder på, at der i de kommende år vil være behov for at gøre en indsats for sårbare patienter. Mange sårbare patienter – ældre, patienter med psykisk sygdom, multisyge eller socialt udsatte grupper – har kontakt til stort set alle dele af sundhedsvæsnets herunder naturligvis også praktiserende speciallæger. Der er tale om en patientgruppe med flere sygdomme, ofte kroniske og med færre ressourcer end den gennemsnitlige befolkning. Sårbare patienter skal behandles på lige fod med andre grupper af ressourcestærke patienter, men kræver samtidig en særlig opmærksomhed og indsats fra den professionelle behandler.

Effektiv ressourceanvendelse

Mest mulig sundhed for pengene. Speciallægepraksis skal på lige fod med den øvrige sundhedssektor medvirke til at sikre en effektiv anvendelse af de ressourcer der afsættes til sundhedsområdet.

En stram økonomi vil være et vilkår for sundhedsvæsenet i de kommende år. Der er til stadighed behov for at fokusere på effektiv ressourceudnyttelse i alle dele af sundhedsvæsenet.

De begrænsede ressourcer på sundhedsområdet skal udnyttes optimalt til at skabe sundhed for borgerne. Opgaverne skal løses, hvor det kvalitets- og omkostningsmæssigt er mest hensigtsmæssigt. Det fordrer ansvarlighed fra alle parter der deltager i patientbehandlingen og kræver løbende fokus på at optimere ressourceudnyttelsen indenfor hvert enkelt område. Det gælder også for praktiserende speciallæger. Samtidig skal der fokuseres på, at ændringer i opgavefordeling følges af ændringer i ressourceallokeringen.

1.2 Konkrete overordnede anbefalinger

Med afsæt i ovenstående målsætninger anbefales:

- at der i planperioden arbejdes målrettet med at udfolde og implementere praktiserende speciallægers medansvar for, at patient og pårørende bliver partner i behandlingsforløbet og at det gøres lettere for patienten, at udføre egenomsorg gennem udnyttelse af patientens egne ressourcer.
- at telemedicinske løsninger skal afprøves og anvendes hvor det giver en forbedret behandling og/eller en mere effektiv ressourceanvendelse. Ikke mindst i forhold til involvering af patienten kan anvendelse af ny teknologi rumme gode muligheder.
- at det sikres, at IT systemerne fungerer hensigtsmæssigt således at der gnidningsfrit kan kommunikeres mellem hospitalerne og speciallægepraksis.
- at der i planperioden løbende arbejdes med at optimere ansvars- og opgavefordelingen mellem praktiserende speciallæger, hospitaler, kommuner og almen praksis. Det sker med afsæt i en Triple Aim tilgang og fokus på en tæt sammenhæng mellem speciallægepraksis og det øvrige sundhedsvæsen. Speciallægeoverenskomstens bestemmelser omkring 20% råderum, skal udnyttes til at sikre en bedre arbejdsdeling og samlet ressourceudnyttelse.
- sikring af en optimal ansvars- og opgavefordeling kan indebære, at der i planperioden tages stilling til, om tilbud om speciallægeydelse skal placeres i praksissektoren. Dette er især relevant at overveje for så vidt angår de mindre praksisspecialer.
- at der i planperioden sættes fokus på kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis, med sigte på at opnå en ensartet høj kvalitet i behandling og udredning i alle regionens speciallægepraksis. Dels i regi af det landsdækkende KVIS-projekt, dels via igangsætning af kvalitetsudviklingsprojekter i Region Midtjylland, gerne i samspil med hospitaler, kommuner og øvrige praksisområder. Der arbejdes på etablering af en praksiskonsulentordning.

2 Rammer for udarbejdelse af speciallægepraksisplanen

De overordnede visioner og målsætninger for speciallægeområdet skal realiseres indenfor de formelle rammer, som fremgår af lovgivningen og af speciallægeoverenskomsten. I det følgende redegøres kort for konkrete planbestemmelser, som de fremgår af lovgivning og speciallægeoverenskomst. Der er desuden lavet en beskrivelse af de overenskomstbestemte vilkår for drift af speciallægepraksis, herunder praksisformer, omsætningslofter og økonomiprotokollat.

Sundhedsloven fastlægger de overordnede rammer for sundhedsvæsenet og for praksissektoren. I følge loven skal borgerne sikres let og lige adgang til sundhedsvæsenet, behandling af høj kvalitet, sammenhæng mellem ydelserne, valgfrihed, let adgang til information, et gennemsigtigt sundhedsvæsen og kort ventetid på behandling. Ifølge sundhedsloven udarbejdes der en plan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed en gang i hver valgperiode.

Ifølge Landsoverenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Foreningen af Speciallæger (FAS) skal der i regionerne udarbejdes i overensstemmelse med sundhedslovens planbestemmelse en praksisplan for speciallægepraksis i hver regionsrådsvalgsperiode. Regionen har ansvar for – og kompetence til – udarbejdelse af denne praksisplan.

Udkastet til praksisplanen skal forelægges samarbejdsudvalget (samarbejdsudvalget består af 4 repræsentanter fra Region Midtjylland og 4 repræsentanter fra de praktiserende speciallæger) med henblik på bemærkninger. De lægelige medlemmer af samarbejdsudvalget kan i givet fald fremsætte selvstændige bemærkninger til udkastet til praksisplan. Bemærkningerne forelægges regionsrådet sammen med udkastet til praksisplan.

De konkrete rammer for planlægningen på speciallægeområdet beskrives i overenskomstens kapitel 2, hvoraf det bl.a. fremgår, at

- der med henblik på at etablere en systematisk, gensidig tilpasning af funktioner og kapacitet mellem sygehusene og praksissektoren – med udgangspunkt i det enkelte speciale - skal foretages en samlet planlægning for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening
- praksisplanlægningen danner grundlag for beslutning om de overenskomstmæssige speciallægepraksisforhold og skal fremme udviklingen i samarbejdet og opgavefordelingen lokalt
- praksisplanlægningen ud fra hensynet til effektivitet og kvalitet skal sikre koordinering og samordning af den ambulante speciallægebetjening inden for sygehusvæsenet og i speciallægepraksis samt sikre en samordning med almen praksis og andre sundhedsmæssige og sociale forhold.

2.2 Rekruttering og fastholdelse

I praksisplanlægningen skal der tages stilling til hvordan rekruttering og fastholdelse af praktiserende speciallæger kan sikres. Det kan omfatte en analyse af rekrutteringsgrundlaget både i forhold til de enkelte specialer og i forhold til geografi. Der skal laves forslag til tiltag der kan forbedre rekrutteringen, der hvor der kan forudses problemer.

Region Midtjylland vil samtidig lægge vægt på, at der i arbejdet med rekruttering vies særlig opmærksomhed i forhold til at sikre, at rekruttering til speciallægepraksis er nøje afstemt med behovet for samtidig at sikre rekruttering af speciallæger til regionens hospitaler.

2.3 Kapacitetsplanlægning

Det regionens mål, at det sikres, at der er et tilbud om speciallægebehandling til alle borgere i regionen. Det er som udgangspunkt ikke afgørende, om tilbuddet sker i form af praktiserende speciallæge eller hospitalsambulatorium. Den geografiske fordeling af speciallægepraksis skal derfor koordineres med de tilsvarende hospitalsbaserede tilbud.

Planlægning af den fremtidige kapacitet på indenfor speciallægepraksis tager derfor udgangspunkt i den demografiske udvikling, befolkningsgrundlaget på tværs af regionen og omfanget af eksisterende eller fremtidig kapacitet indenfor relevante ambulante hospitalsfunktioner. Det vurderes, om det vil være hensigtsmæssigt at oprette, nedlægge eller flytte speciallægepraksis.

Regionen træffer den endelige beslutning om, hvor og hvor mange speciallægepraksis og med hvilke praksisformer der skal være (dog gives tilladelse til delepraksis af samarbejdsudvalget).

Regionen kan på baggrund af praksisplanen beslutte at oprette, flytte eller reducere antallet af speciallægepraksis. I den forbindelse skal det præciseres, at en vedtagelse af praksisplanen ikke udelukker, at der løbende kan tage beslutninger om ændring af praksiskapaciteten, opgavefordelingen og den geografiske placering i tråd med, at regionsrådet finder det nødvendigt og hensigtsmæssigt.

- Oprettelse af nye speciallægepraksis i regionen sker efter overenskomstens § 7 om tiltrædelse af overenskomsten.
- Reduktion af antallet af praksis kan ske ved en speciallæges naturlige afgang eller efter nærmere aftale mellem regionen og speciallægen, jf. overenskomstens § 6. Såfremt en praksis ophører ved naturlig afgang, uden at den kan sælges inden for en periode på 12 måneder, kan regionen vælge at nedlægge praksis. Hvis regionen beslutter at nedlægge en etableret praksis, skal regionen imidlertid i henhold til overenskomstens § 6 yde speciallægen en godtgørelse for det tab, der påføres ved, at praksis ikke kan videreføres eller overdrages efter overenskomstens regler. Godtgørelsen er fastsat til 90 % af gennemsnittet af udbetalingen fra regionen i de seneste 3 regnskabsår. Overlægepraksis nedlægges dog uden kompensation ved overlægens ophør.
- Flytning af praksis kan i henhold til overenskomstens § 11 ske ved at regionen anmoder speciallægen om flytning af praksis. Dette forudsætter imidlertid, at der indgås aftale

herom mellem regionen og speciallægen. Derudover kan flytning ske ved, at speciallægen anmoder regionen om flytning, hvilket skal godkendes med mindre det vurderes at ændre væsentligt på praksisforholdene i regionen eller er i modstrid med en vedtaget praksisplan.

2.4 Fakta om speciallægepraksis

Praktiserende speciallæger, der har tiltrådt overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Foreningen af Speciallæger (FAS) er underlagt overenskomstens vilkår.

I modsætning til de øvrige specialer, kræves der ingen henvisning til praktiserende øjenlæger og øre- næse- halslæger, og de fleste patienter er selvhenviste. Andre patienter er henvist fra optikere, alment praktiserende læger og andre speciallæger, herunder hospitalsafdelinger.

Speciallægerne honoreres pr. ydelse. Der er 3 hovedtyper af ydelser: Kontaktydelser, undersøgelsesydelse og behandlingsydelse. I almindelighed kan speciallægerne honoreres for alle de ydelser, der er opregnet i overenskomsten. For visse ydelser kræves det dog, at visse forudsætninger er opfyldt.

Speciallægepraksis kan drives i fire former: **Fuldtidspraksis, deltidspaksis, overlægepraksis** (3 timers praksis) og **delepraksis**. Endelig er der mulighed for, at speciallægerne efter særlig tilladelse kan ansætte **assisterende speciallæger**.

- **Fuldtidspraktiserende speciallæger** skal have praksisdrift som hovedbeskæftigelse, og de skal levere en mængde af og en bredde i antallet af ydelser, der sikrer optimal speciallægebetjening og forhindrer en uhensigtsmæssig subspecialisering og sikrer, at speciallægen lever op til normal praksisomsætning.
- **Deltidspaksis** er defineret ved maksimal årlig omsætning. For eksempelvis øjenspecialisten er omsætningsloftet aktuelt 1.055.383 kr. om året.
- **Delepraksis** er fuldtidspraksis, der drives af 2 eller flere speciallæger i kompagniskab. Det forudsættes, at mindst én af speciallægerne ikke har fuldtidsbeskæftigelse ved siden af.
- **Assisterende speciallæger**. Efter ansøgning til samarbejdsudvalget på speciallægeområdet kan praktiserende speciallæger gives tilladelse til at ansætte assisterende speciallæger, hvis speciallægen har brug for aflastning som følge af kronisk sygdom, fagpolitisk arbejde eller alder (den til enhver tid gældende pensionsalder). Det er et krav, at principallægen udfører mindst 50 % af ydelserne i den pågældende praksis.

Det er i overenskomsten for speciallægepraksis forudsat, at fuldtidspraktiserende speciallæger har deres fuldtidsbeskæftigelse i praksis. Derfor er der i overenskomsten fastsat mindsteomsætningsgrænser, som svarer til 50 % af gennemsnitsomsætningen for fuldtidspraksis i det pågældende speciale i 2006.

Derudover er der inden for de enkelte specialer fastsat såkaldte knækgrænser. De indebærer, at når omsætningen i en speciallægepraksis i løbet af et år overstiger en bestemt grænse, sker der et honorarfradrag på 40 % af den resterende omsætning (eksempelvis er grænsen indenfor psykiatrispecialet 3.075.861 kr. i 1.4.2013 niveau).

2.5 Råderumsaftaler

I rapporten fra Udvalget om fremtidens Speciallægepraksis, som blev fremlagt i 2010 var et af hovedpunkterne, at der er behov for en højere grad af fleksibilitet, herunder mulighed for at regionerne kan få indflydelse på kapaciteten i speciallægepraksis. Formålet med bestemmelsen er at stille bedre rammer til rådighed for en koordineret udnyttelse af speciallægekapaciteten på tværs af praksissektor og hospitaler. Dette krav blev implementeret i den overenskomst, der blev indgået i foråret 2011. Det er aftalt, at der friholdes 20 % af den enkelte speciallægers kapacitet, som regionerne og de praktiserende speciallæger **forpligtes** til at indgå lokale aftaler om.

Hittidige forsøg her i regionen på at indgå aftaler inden for råderumbestemmelsen, har desværre ikke båret frugt.

2.6 Økonomi overordnet

I den seneste overenskomst på speciallægeområdet blev der indført en økonomisk ramme for omsætningen på landsplan svarende til de samlede udgifter i 2010 (bruttohonorar fratrukket knækprovenu). Udgifter til § 64- og rammeaftaler er ikke inkluderet i rammen. Rammen tillægges løn- og prisregulering i henhold til overenskomsten, ligesom der er aftalt en række justeringer af rammen i perioden oktober 2011 til oktober 2013.

Hvis de årlige udgifter til speciallægehjælp overstiger den aftalte ramme, sker der fradrag i den akkumulerede reguleringsprocent.

Modregningen skal ske for det speciale eller de specialer, som har overskredet rammen for de specifikke specialer.

2.7 Kapacitet og aktivitet

Der er i alt 141 fuldtidspraktiserende speciallæger i regionen. Hertil kommer 34 deltidspraktiserende, hvor halvdelen udgøres af deltidspraktiserende indenfor anæstesiologi. Regionens samlede udgifter til området udgør ca. 560 mio. kr. på årsbasis. Godt 350.000 borgere er i behandling hos praktiserende speciallæge i løbet af et år. Tabel 1 nedenfor indeholder en opgørelse af kapacitet og aktivitet fordelt på de forskellige specialer.

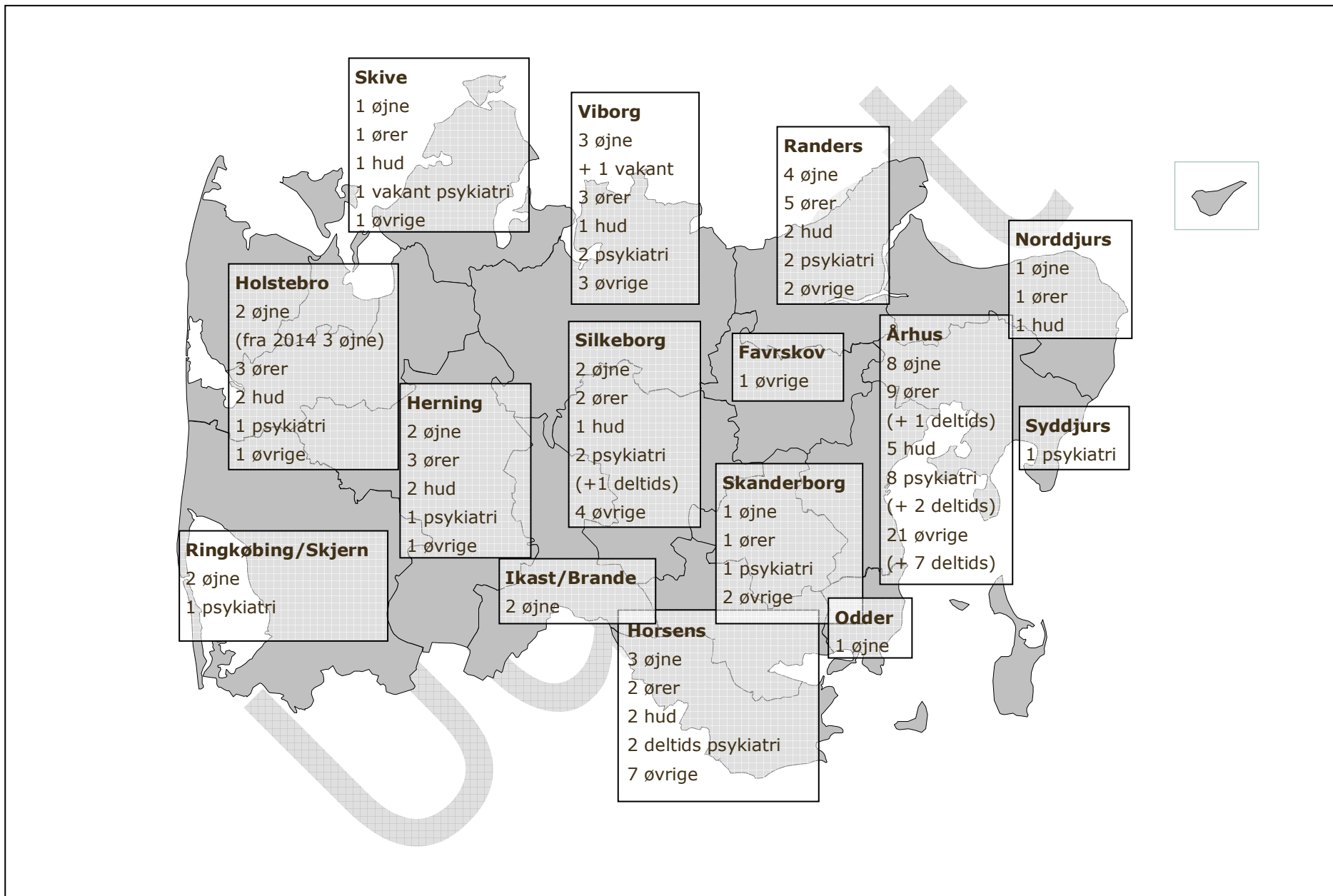
Oversigt over antal speciallægepraksis, honorarudbetaling og antal patienter

Tabel 1. Opgørelse over antal speciallægepraksis og regionens udgifter til honorar

2012	Antal praksis	Honorar	Antal forskellige borgere ved praktiserende speciallæge
Speciallægehjælp i alt		561.900.127	346.978
Øjenlægehjælp	32	144.587.938	135.034
Ørelægehjælp	30 (+ 1 deltid)	118.788.914	115.077
Dermatologi	17	66.537.290	71.691
Psykiatri	20 (+ 7 deltid)	40.790.207	9.431
Reumatologi	3	8.929.260	6.096
Gynækologi	9	39.447.593	23.134
Intern medicin ¹	4 (+ 2 deltid)	31.298.999	10.903
Kirurgi	4 (+ 2 deltid)	29.030.084	10.902
Neuromedicin	6 (+ 1 deltid)	14.978.931	10.437
Ortopædisk kirurgi	3	12.051.338	6.506
Plastikkirurgi	1 (+ 3 deltid)	6.108.916	3.083
Pædiatri	5	15.316.988	5.463
Børnepsykiatri	3	4.892.833	749
Anæstesiologi	2 (+17 delt/overl)	16.278.552	12.546
Diagnostisk radiologi	1	12.050.541	13.450
Patologi	1 deltid	811.744	1.976

1) 2 fuldtidspraktiserende kardiologer samt 2 fuldtids- og 2 deltidspaktiserende lungemedicinere

Den geografiske fordeling af speciallægepraksis er illustreret i nedenstående figur:



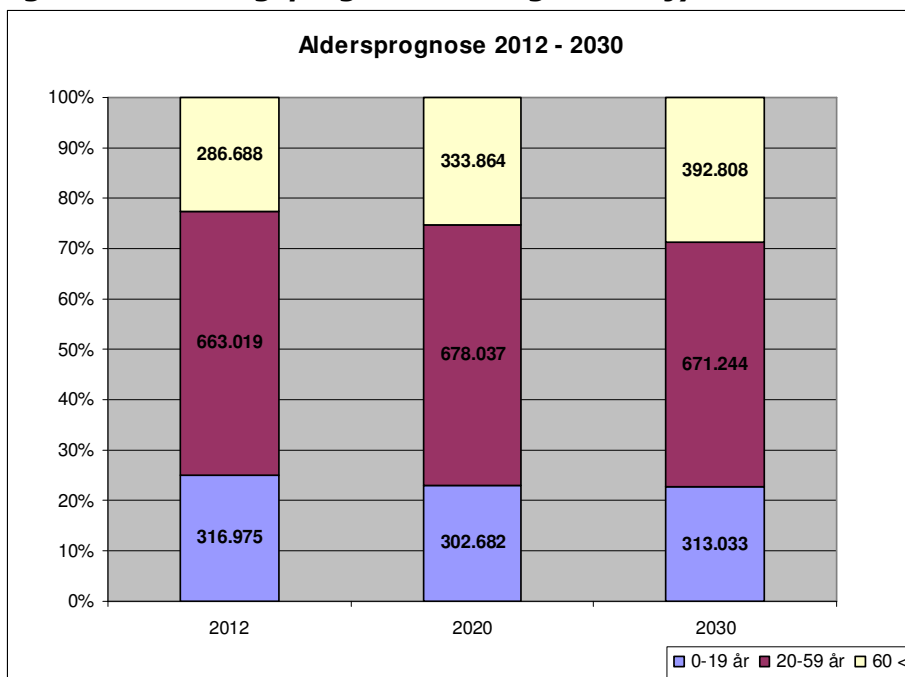
Oversigt over placering af speciallæger inden for "øvrige specialer"

Århus:	2 reumatologer, 2 ortopædkirurger, 2 fuld- og 1 deltidskirurg, 1 børnelæge, 2 børne- og ungdomspsykiatere, 2 fuld- og 1 deltidsneurolog, 1 fuld- og 1 deltids lungemedicinere, 2 kardiologer, 3 gynækologer, 1 fuld- og 3 deltids plastikkirurger, 1 billeddiagnostiker, 1 deltidspatolog, 2 anæstesiologer
Randers:	1 børnelæge, 1 gynækolog
Viborg:	1 kirurg, 1 neurolog, 1 gynækolog
Silkeborg:	1 lungemediciner, 2 gynækologer, 1 børnelæge
Herning:	1 ortopædkirurg
Horsens:	2 børnelæger, 1 børne- og ungdomspsykiater, 1 neurolog, 1 kirurg, 1 gynækolog, 1 deltids lungemediciner
Skanderborg:	1 reumatolog, 1 neurolog
Skive:	1 gynækolog
Favrskov:	1 neurolog
Holstebro:	1 deltidskirurg

3. Demografiske forhold

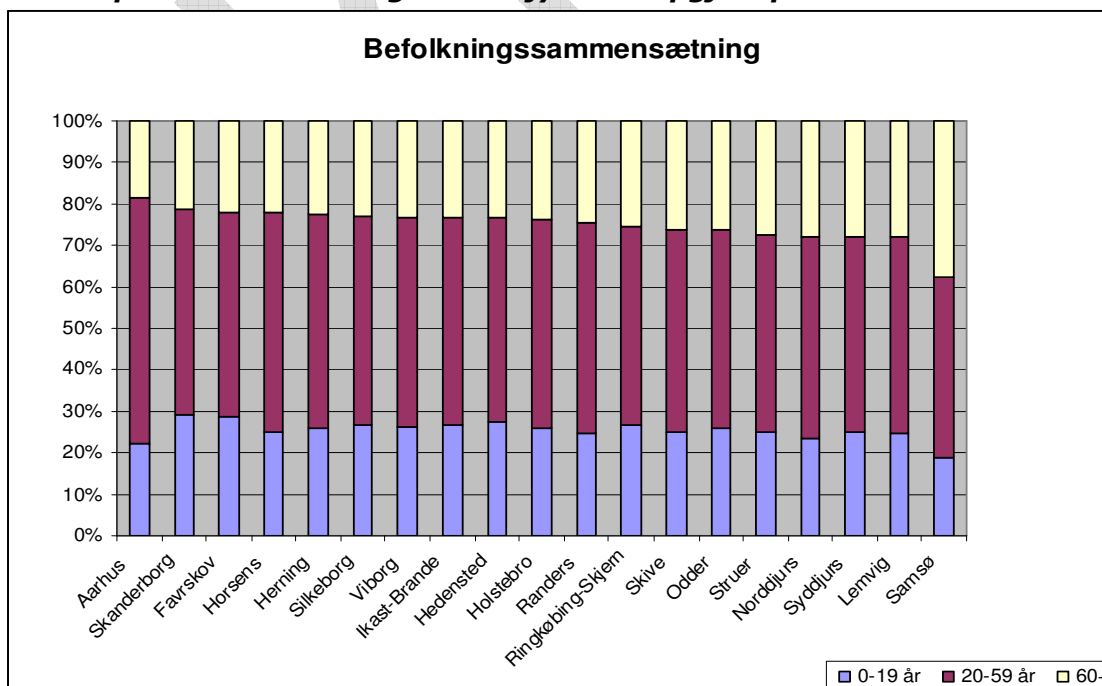
Af nedenstående figur 1 ses, at antallet af ældre borgere stiger i årene fremover. Med denne ændring af alderssammensætning i befolkningen kan det forventes, at der bliver en større efterspørgsel efter sundhedsydelser – herunder undersøgelser, behandlinger og operationer hos de praktiserende speciallæger.

Figur 1 Befolkningsprognose for Region Midtjylland 2012-2030



Kilde: Danmarks Statistiks befolkningsprognose

Figur 2 Befolkningens alderssammensætning. Fordelt på kommuner i Region Midtjylland. Opgjort pr. 2012



Kilde: Danmarks Statistik