

Speciallægepraksisplan - baggrundsnotat

Dato 22-02-2013

Jørgen Nørskov Nielsen

Tel. +45 7841 2106

Joergen.Nielsen@stab.rm.dk

1-30-72-56-12

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

Side 1

Udkastet til praksisplanen skal forelægges samarbejdsudvalget for praktiserende speciallæger. Der kan afgive bemærkninger til udkastet. De lægelige medlemmer af samarbejdsudvalget kan i givet fald fremsætte selvstændige bemærkninger til udkastet til praksisplan. Bemærkningerne forelægges regionsrådet sammen med udkastet til praksisplan.

Samarbejdsudvalget vedtog på sit møde den 6. juni 2012 et kommissorium for det videre arbejde med at revidere den eksisterende 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.

Overordnet set skal praksisplanen omhandle:

- *Opgavefordeling mellem sektorerne*
- *Rekruttering og fastholdelse*
- *Kapacitetsplanlægning*
- *Kvalitetssikring og -udvikling*

Opgavefordeling mellem sektorerne

Som en del af arbejdet med praksisplanen skal det undersøges, om opgavefordelingen mellem praktiserende speciallæger, hospitaler og almen praksis kan optimeres og der kan udarbejdes forslag, der øger muligheden for at udnytte den samlede speciallægekapacitet (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 bør tages i anvendelse i planlægningen af den ambulante aktivitet i regionen.

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 kan speciallægepraksis spille 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 der kan være situationer hvor økonomiske, uddannelsesmæssige eller andre hensyn tilsiger, at et givet behandlingsområde løses i hospitalsregi.

Rekruttering og fastholdelse

I praksisplanlægningen er der mulighed for at tage stilling til hvordan rekruttering og fastholdelse af praktiserende speciallæger kan sikres.

F.eks. kan praksisplanen indeholde

- en analyse af rekrutteringsgrundlaget, -behovet og eventuelle rekrutteringsproblemer i forhold til de enkelte specialer og de forskellige geografiske områder af Region Midtjylland. I forlængelse heraf om nødvendigt,
- forslag til tiltag, der kan forbedre rekrutteringen til de forskellige specialer,
- forslag til tiltag, der kan forbedre rekrutteringen til praktiserende speciallæge efter endt specialeuddannelse (herunder også geografiske problemstillinger),
- forslag til tiltag, der kan forbedre fastholdelsen af praktiserende speciallæger.

Kapacitetsplanlægning

På baggrund af den demografiske udvikling, befolkningsgrundlaget på tværs af regionen og de ambulante hospitalsfunktioner foretages en planlægning af den fremtidige kapacitet af speciallægepraksis. Herunder om det vil være hensigtsmæssigt at oprette, nedlægge eller flytte speciallægepraksis. Det er væsentlig at undersøge om, en ønsket kapacitetsændring skal ske ved udvidelse/indskrænkning indenfor speciallægepraksis henholdsvis sygehusambulatorier.

Regionen træffer således 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.

- 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 § 18 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.

Kvalitetssikring og -udvikling

Med udgangspunkt i overenskomsten og tilhørende protokollat om kvalitetsudvikling beskrives, hvordan regionen vil arbejde med kvalitetsudvikling og -sikring i speciallægepraksis. F.eks. kliniske retningslinjer, datafangst og diagnosekodning, udvikling af indikatorer, kliniske kvalitetsdatabaser, Den Danske Kvalitetsmodel mv.

Faktuelt om speciallægepraksis

Praktiserende speciallæger, der har tiltrådt overenskomsten er underlagt overenskomstens vilkår.

I modsætning til de øvrige specialer, kræves der ingen henvisning til praktiserende øjen- og ørelæger, 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, undersøgelsesydelser og behandlingsydelser. I almindelighed kan speciallægerne honoreres for alle de ydelser, der er opregnet i overenskomsten. For visse ydelser kræves det dog, at nærmere specificerede forudsætninger er opfyldt.

Speciallægepraksis kan drives i fire former: **Fuldtidspraksis**, **deltidspraksis**, **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.
- **Deltidspraksis** er defineret ved maksimal årlig omsætning. Eksempelvis er der for øjenspecialiet et omsætningsloft på 1.055.383 kr. om året (2013).
- **Overlægepraksis** er ligeledes defineret ved en maksimal årlig omsætningsgrænse, som er 226.153 kr. (2013).
- **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 speciallægehjælp 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 (for øjenlægepraksis 1.430.910 kr. i 1.10.2007-niveau).

Derudover er der inden for de enkelte specialer fastsat såkaldte knækgrænser gældende for fuldtidspraksis. 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 for øjenlægepraksis er grænsen 3.841.656 kr.).

I rapporten fra Udvalget om fremtidens Speciallægepraksis¹ 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 er nu implementeret i overenskomsten, idet 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.

Økonomi overordnet

I den seneste overenskomst på speciallægeområdet blev der indført en økonomisk ramme, 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.

- **1. oktober 2011** tillægges rammen 40 mio. kr. (oktober 2011 niveau) svarende til de resterende midler i moderniseringspuljen.
- **1. oktober 2011** tillægges yderligere råderum svarende til en aktivitetsvækst på op til 1,25 % (dog maksimalt svarende til den procentuelle vækst i antallet af førstekonsultationer).
- **1. oktober 2012** tillægges yderligere råderum svarende til en aktivitetsvækst på op til 1 % (dog maksimalt svarende til den procentuelle vækst i antallet af førstekonsultationer).
- **1. oktober 2013** tillægges yderligere råderum svarende til en aktivitetsvækst på op til 1 % (dog maksimalt svarende til den procentuelle vækst i antallet af førstekonsultationer).

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

Der er tale om fortløbende år med start 1. oktober 2011. Første årsopgørelse foreligger 1. oktober 2012. Første mulig modregning sker i reguleringen den 1. april 2013.

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

Der er ikke fastsat en økonomisk ramme efter 1. oktober 2014.

Kapacitet og aktivitet

Der er i alt 141 fuldtidspraktiserende speciallæger i regionen. Hertil kommer 34 deltidspraktiserende, hvor halvdelen udgøres af deltidspraktiserende indenfor anæstesiologi.

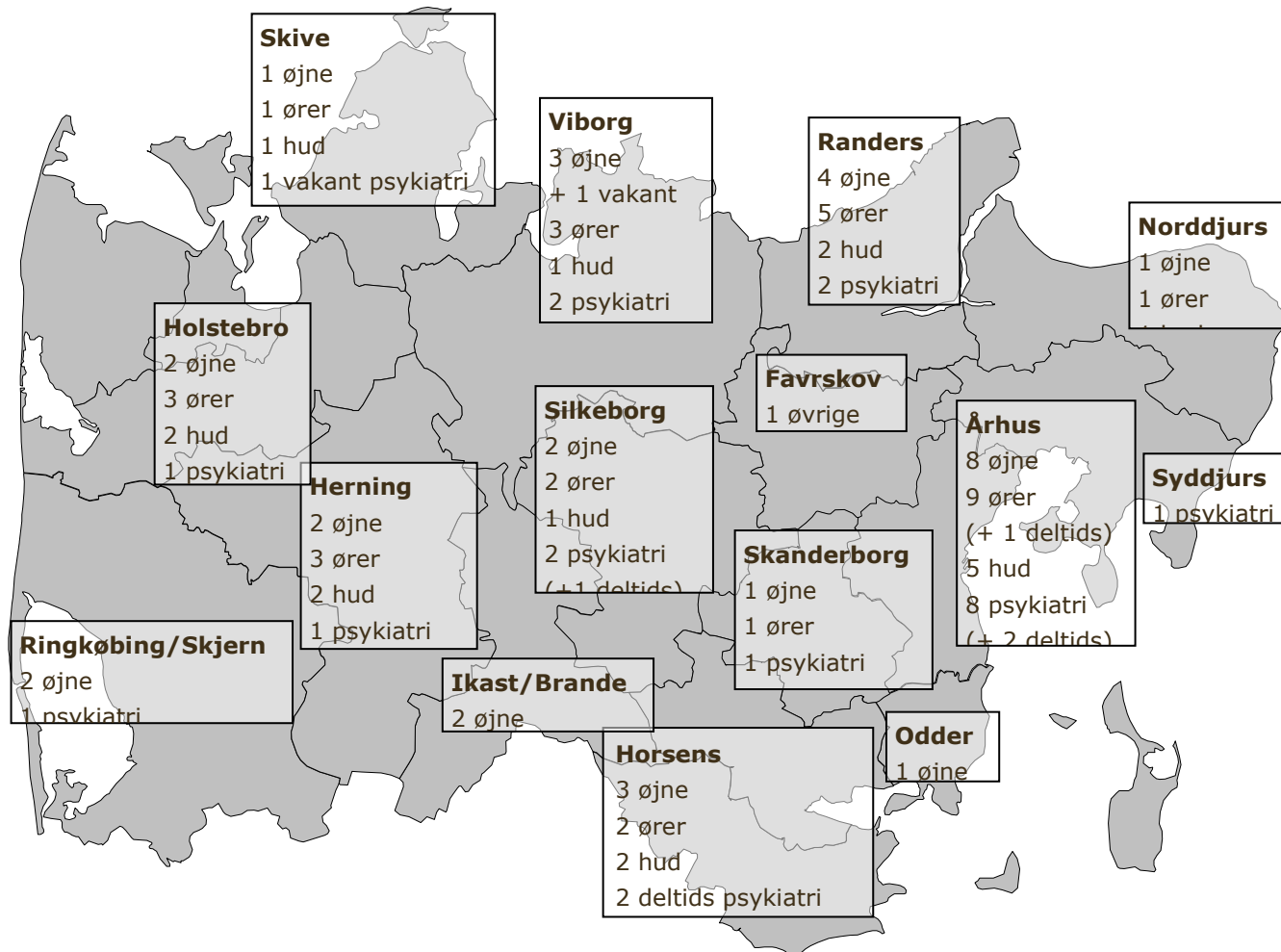
¹ Udvalg nedsat af overenskomstparterne Danske Regioner og FAS. Udvalgets rapport blev offentliggjort i 2010.

Regionens samlede udgifter til området udgør ca. 570 mio. kr. på årsbasis. Godt 450.000 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.

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

2012	Antal praksis	Honorarer	Antal forskellige borgere ved speciallæge
Speciallægehjælp		570.430.161	453.081
Øjenlægehjælp	32	147.294.517	139.774
Ørelægehjælp	30 (+ 1 deltid)	120.938.021	120.233
Psykiatri	20 (+ 7 deltid)	41.584.613	10.046
Dermato-venerologi	17	67.338.452	74.377
Gynækologi-obstetrik	9	39.699.148	23.878
Neurologi	6 (+ 1 deltid)	15.311.950	10.852
Pædiatri	5	15.492.920	5.763
Intern medicin	4 (+ 3 deltid)	30.946.103	11.312
Kirurgi	4 (+ 2 deltid)	29.549.039	11.156
Reumatologi	3	9.082.579	6.348
Ortopædisk kirurgi	3	12.370.600	6.741
Børne- og ungdomspsyk.	3	4.968.590	797
Anæstesiologi	2 (+17 delt/overl)	16.487.916	12.849
Plastikkirurgi	1 (+ 3 deltid)	6.316.805	3.193
Diagnostisk radiologi	1	12.229.055	13.756
Patologi	1	819.854	2.005
Tallene er estimeret ud fra de første 11 måneder af 2012			

Den geografiske fordeling af speciallægepraksis er illustreret i nedenstående figur:



Oversigt over placering af speciallæger inden for gruppen "øvrige specialer":

Århus:	2 reumatologer, 2 ortopædkirurger, 2 fuld- og 1 deltidsskirurg, 2 børnelæger, 2 børne- og ungdomspsykiatere, 2 fuld- og 1 deltidssneurolog, 1 fuld- og 2 deltidss lungemedicinere, 2 kardiologer, 3 gynækologer, 1 fuld- og 3 deltidss plastikkirurger, 1 billeddiagnostiker, 1 deltidsspatolog, 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 deltidss lungemediciner
Skanderborg:	1 reumatolog, 1 neurolog
Skive:	1 gynækolog
Favrskov:	1 neurolog
Holstebro:	1 deltidsskirurg