

Udkast til revision af delpraksisplan

Praktiserende øjenlæger

21. februar 2013

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	3
2. Lidt om speciallægepraksis	5
3. Økonomi overordnet	6
4. Kort beskrivelse af øjenspecialet (oftalmologi)	7
5. Oftalmologiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland	9
6. Øjenlæger på hospitalerne 2012	9
7. Demografiske forhold	10
8. Økonomi og aktivitet	11
8.1 Forbrug af øjenlægehjælp	13
9. Øjenlægekapaciteten	14
9.1 Geografisk placering af praktiserende øjenlæger i Region Midtjylland	14
9.2. Køn- og aldersprofil praktiserende øjenlæger	15
9.3 Ventetid	15
10. Kommende speciallæger	15
11. Befolkningsgrundlag og øjenlægekapaciteten	15
12. Kvalitetssikring og -udvikling	17
13. Udfordringer	17
14. anbefalinger	18
14.1 anbefalinger om opgaver	18
14.2 anbefalinger om kapacitet	19
14.3 Øvrige anbefalinger	19

1. Indledning

De helt overordnede rammer for sundhedsvæsenet og for praksissektoren som en del heraf er fastlagt i Sundhedsloven. Ifølge 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 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.

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.

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:

- 1. Opgavefordeling mellem sektorerne**
- 2. Rekruttering og fastholdelse**
- 3. Kapacitetsplanlægning**
- 4. Kvalitetssikring og -udvikling**

Ad 1. 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 skal indtænkes i planlægningen af den ambulante aktivitet i regionen, således at kapaciteten i speciallægepraksis i højere grad sammentænkes med og integreres i det samlede sundhedsvæsen.

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.

Ad 2. Rekruttering og fastholdelse

I praksisplanlægningen skal der tages stilling til hvordan rekruttering og fastholdelse af praktiserende speciallæger kan sikres.

F.eks. skal praksisplanen indeholde

- en analyse af rekrutteringsgrundlaget, -behovet og -problemerne i forhold til de enkelte specialer og de forskellige geografiske områder af Region Midtjylland
- 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.

Ad 3. 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.

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.

Ad 4. Kvalitetssikring og -udvikling

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

2. Lidt 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 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, undersøgelsesydelse og behandlingsydelser. 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**, **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. For øjenspecialet er omsætningsloftet 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 minsteomsætningsgrænser, 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. 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 (for øjenlægepraksis 3.841.656 kr.).

I rapporten fra Udvalget om fremtidens Speciallægepraksis 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 speciallægekapaleteten 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.

3. 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.

4. Kort beskrivelse af øjenspecialet (oftalmologi)

"Oftalmologien omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, palliation og rehabilitering af patienter med sygdomme i øjne og synsbaner samt sygdomme i øjenhuler, tåreveje og yder øjenomgivelser." (Specialevejledning for oftalmologi).

Det oftalmologiske speciale omfatter emner inden for:

- Kirurgisk og medicinsk oftalmologi.
- Opsporing, overvågning, behandling og kontrol af oftalmologiens folkesygdomme (grå stær, grøn stær, aldersbetinget makuladegeneration (forkalkning), diabetes og skelen).
- Diagnostik og behandling af sjældne øjensygdomme defineret som højt specialiseret niveau, herunder kræft i øjet og sygdomme som kræver specielt apparatur eller specialiserede kliniske kompetencer.
- Diagnostik og kongenitte (medfødte) og akkvisitte (erhvervede) øjenlidelser
- Socialoftalmologi med blindhedsforebyggelse og rehabilitering.
- Opbygning af regionale og nationale registre vedrørende øjensygdomme og synshandicap.

Øjenspecialet er kendetegnet ved, at en væsentlig del af specialets hovedfunktioner varetages i speciallægepraksis. En meget betydelig del af øjenpatienterne undersøges, behandles og kontrolleres hos de praktiserende øjenlæger. I modsætning til mange andre lægefaglige specialer er der på øjenområdet flere speciallæger i praksissektoren end på hospitalerne.

”Udover visitation af oftalmologiske patienter varetager speciallægepraksis akutte og elektive øjensygdomme, herunder diagnostik og behandling af alle almene øjensygdomme og synsgener, rutineundersøgelser i forbindelse med kroniske lidelser, diabetis- og glaukompatienter, skelepatienter (synsudvikling/amblyopi), aldersrelateret makuladegeneration (AMD) samt mindre operative indgreb. Desuden varetager speciallægepraksis opfølgning og kontrol af oftalmologiske patienter efter behandling på sygehus.” (Specialevejledning for oftalmologi).

Opgaverne i øjenlægepraksis består hovedsageligt af diagnostik, eventuel behandling og kontrol af:

- Grå stær
- Grøn stær
- AMD (Aldersbetinget Macula Degeneration)
- Andre nethindesygdomme
- Skelen
- Børn med nedsat syn og brille-/kontaktlinsekorrektion
- Regnbuehindebetændelse
- Hornhindesygdomme
- Øjeninfektioner
- Øjenlågssygdomme
- Neurooftalmologiske sygdomme

Kirurgisk behandling af:

- Grå stær (forudsætter at der er indgået en aftale med regionen)
- Efterstær med YAG laser (forudsætter at der er indgået en aftale med regionen)
- Øjenlågssygdomme
- Fjernelse af fremmedlegemer
- Skelekirurgi
- Tårevejskirurgi

Kontrol for øjenmanifestationer i forbindelse med sygdomme i andre organsystemer:

- Diabetes
- Forhøjet blodtryk
- Hovedpine
- Gigt (børn)
- Andet (eksempelvis bivirkninger af medicinsk behandling for leddegigt og hud- og bindevævssygdomme)

Opsporing af øjensygdomme:

- Undersøgelse af familiemedlemmer til patienter med grøn stær
- Undersøgelse af søskende til et barn med øjensygdom (fx skelen, ”dovent øje”)

Brille- og kontaktlinsekorrektion:

- Denne opgave varetages i stigende omfang af optikere, der dermed medvirker til at aflaste de praktiserende øjenlæger for den stigende efterspørgsel efter øjenlægeydelser. Børn op til 16 år bør ses af øjenlæge før de får briller med henblik på udelukkelse af anden problemstilling.

De medicinske opgaver varetages af alle de praktiserende øjenlæger, mens de kirurgiske i et meget varieret omfang af de forskellige øjenlæger i regionen.

På grund af muligheden for uvisiteret adgang til øjenlægepraksis varetager de praktiserende øjenlæger en betydelig opgave som visitatorer til hospitalernes øjenafdelinger. En opgave som for de fleste øvrige specialers vedkommende varetages af alment praktiserende læger.

Som følge af det overordnede princip om undersøgelse og behandling på laveste omsorgs-/omkostningsniveau (LEON) bør flest mulige patienter med øjenproblemer ses hos praktiserende øjenlæger, alment praktiserende læger og optikere. Der er dog fortsat behov for, at der ses patienter på øjenafdelingerne.

5. Oftalmologiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland

Der er to afdelinger i regionen, som varetager behandling på hovedfunktionsniveau, herunder Århus Universitetshospital, der varetager behandling på såvel hovedfunktions- som højt specialiseret niveau:

- Hospitalsenheden Vest
- Århus Universitetshospital, Århus Sygehus

Derudover findes der øjenklinikker på Regionshospitalet Randers og Regionshospitalet Viborg, som overvejende har elektive funktioner. Øjenklinikken på Regionshospitalet Viborg har subspecialiseret sig i børneoftalmologi.

6. Øjenlæger på hospitalerne 2012

På Øjenafdelingen, Regionshospitalet Holstebro er der i august 2012 6 normerede oftalmologiske speciallægestillinger. Af disse er de 3 besatte med 2 overlæger og 1 ledende overlæge.

På øjenafdelingen Aarhus Universitetshospital er alle oftalmologiske speciallægestillinger besatte med 7 afdelingslæger, 2 deltidsansatte afdelingslæger, 6 overlæger, 1 deltidsansat overlæge og 1 ledende overlæge.

Tabel 1

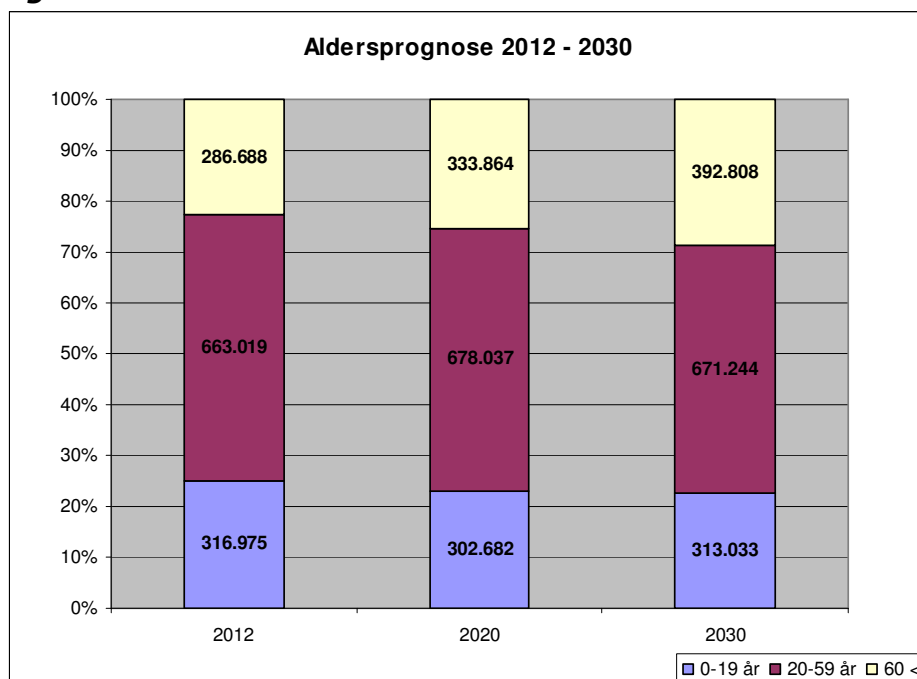
Ansættelsessted	Alder	Titel		Antal
Regionshospitalet Randers	35-44	Afdelingslæge	Fuldtid	1
			Deltid	1
	45-54	Afdelingslæge Overlæge	Fuldtid Fuldtid	1 1
Aarhus Universitetshospital, Aarhus Sygehus	35-44	Afdelingslæge Overlæge	Fuldtid Fuldtid	6 1
		45-54	Afdelingslæge	Fuldtid
	Overlæge Ledende overlæge		Deltid Fuldtid	2 3
55-64	Overlæge	Fuldtid Deltid	1 2	
Hospitalsenheden Vest	45-54	Overlæge	Fuldtid	1
	55-64	Overlæge Ledende overlæge	Fuldtid Fuldtid	1 1
Hospitalsenheden Midt	55-64	Overlæge	Fuldtid	1

Kilde: Den Elektroniske Stillings- og Vakancetælling (ESVAT), Sundhedsstyrelsen.

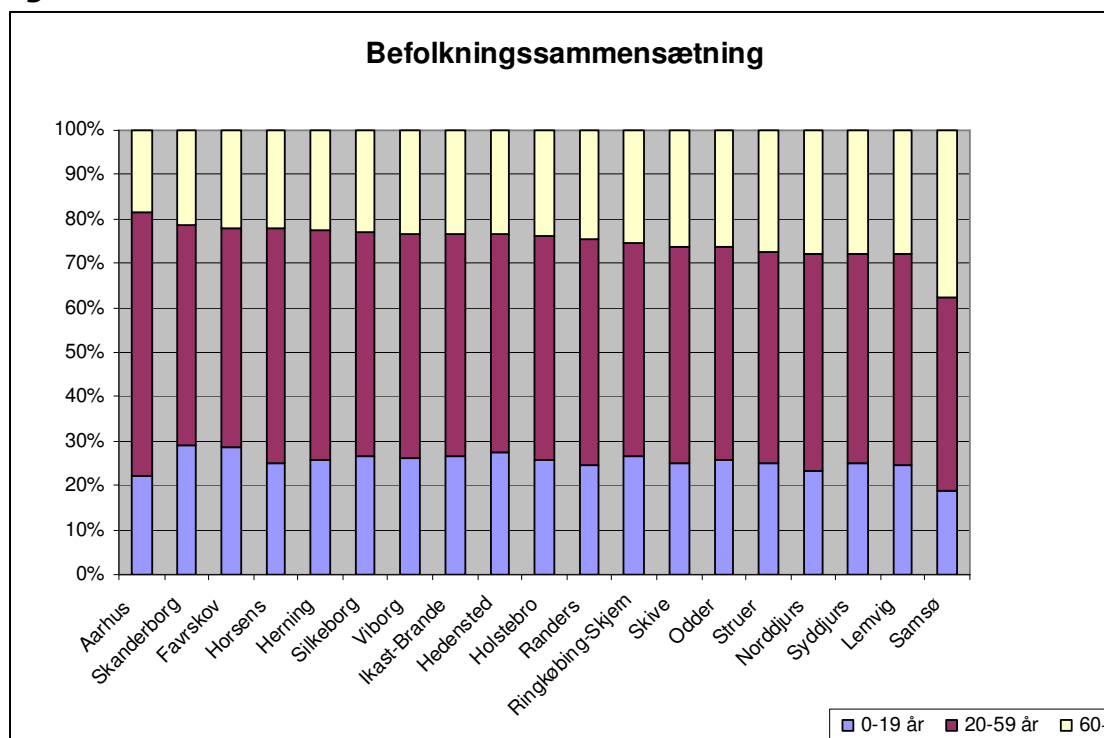
7. Demografiske forhold

Jf. nedenstående figur 1 kan antallet af øjenpatienter forventes at stige, idet den ændrede alderssammensætning i befolkningen med en større andel af ældre vil medføre en stigning i antallet af patienter med øjenproblemer.

Af figur 2 ses befolkningssammensætningen fordelt på kommuner i 2012.

Figur 1

Figur 2



8. Økonomi og aktivitet

Nedenstående tabeller viser udviklingen på de praktiserende øjenlægers aktivitet de senere år. Tabel 2a og 2b, viser henholdsvis, hvor meget øjenlægerne har produceret for og den procentvise udvikling, mens tabellerne 3a og 3b tilsvarende viser tallene for antallet af ydelser. Beløbende i tabellerne er i løbende priser.

Det ses, at udgiften til øjenlægehjælp steg meget i perioden 2009-2010 (9,1 %), hvorefter der skete et væsentligt fald fra 2010 til 2011. Niveauet fra 2011 er stort set bevaret i 2012, hvilket sandsynligvis kan tilskrives økonomiprotokollatet (jf. kapitel 3).

Tabel 2a

Honorarer	2009	2010	2011	2012
Konsultationer i alt	41.421.259	42.937.263	44.113.904	45.337.213
Heraf 1. konsultation	34.307.790	35.777.407	36.994.796	38.247.938
heraf øvrige konsultationer	8.183.009	8.341.192	8.151.982	8.139.444
Tillægsydelser i alt	28.548.965	29.750.154	31.740.553	33.182.743
Heraf tillægsydelser undersøgelser	245.449	398.884	235.905	175.090
Heraf tillægsydelser øvrige	28.794.414	30.149.038	31.976.458	33.357.833
Operationer og undersøgelser i alt	32.186.090	35.100.653	37.035.897	40.140.116
Heraf operation for Blefarokalasis	7.207.097	8.028.473	7.951.863	8.097.575
Heraf operation for udadrettede øjenlåg	7.985.995	8.017.817	7.027.917	6.639.345
Heraf fundusfoto	11.925.850	13.911.665	16.486.434	19.565.786
§ 64- og rammeaftaler i alt	30.890.733	37.255.159	29.678.011	25.227.688
Heraf operation for grå stær	24.849.516	30.346.255	25.726.048	22.740.472
Øvrige	98	977	2	2
Total	133.827.365	146.033.759	143.320.709	144.587.938

Tabel 2b

Honorarer	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
Konsultationer i alt	3,7	2,7	2,8
Heraf 1. konsultation	4,3	3,4	3,4
heraf øvrige konsultationer	1,9	-2,3	-0,2
Tillægsydelse i alt	4,2	6,7	4,5
Heraf tillægsydelse undersøgelser	62,5	-40,9	-25,8
Heraf tillægsydelse øvrige	4,7	6,1	4,3
Operationer og undersøgelser i alt	9,1	5,5	8,4
Heraf operation for Blefarokalasis	11,4	-1,0	1,8
Heraf operation for udadrettede øjenlåg	0,4	-12,3	-5,5
Heraf fundusfoto	16,7	18,5	18,7
§ 64- og rammeaftaler i alt	20,6	-20,3	-15,0
Heraf operation for grå stær	22,1	-15,2	-11,6
Total	9,1	-1,9	0,9

Tabel 3a

Antal ydelser	2009	2010	2011	2012
Konsultationer i alt	223.154	227.471	231.130	233.155
Heraf 1. konsultationer	152.180	156.770	161.265	164.445
Heraf øvrige konsultationer	81.262	82.039	79.595	78.494
Tillægsydelse i alt	130.597	136.196	141.975	145.654
Heraf tillægsydelse undersøgelser	127.951	131.540	139.486	143.816
Heraf tillægsydelse øvrige	2.646	4.656	2.489	1.838
Operationer og undersøgelser i alt	70.507	78.811	87.066	97.217
Heraf operation for Blefarokalasis	6.331	7.195	6.990	7.001
Heraf operation for udadrettede øjenlåg	4.893	5.024	4.397	4.162
Heraf fundusfoto	46.631	53.732	63.322	74.061
§ 64- og rammeaftaler i alt	13.629	16.008	10.213	7.176
Heraf grå stær	3.911	5.473	4.785	4.280
Total	447.935	469.590	479.987	492.913

Tabel 3b

	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
Konsultationer i alt	1,9	1,6	0,9
Heraf 1. konsultation	3,0	2,9	2,0
heraf øvrige konsultationer	1,0	-3,0	-1,4
Tillægsydelse i alt	4,3	4,2	2,6
Heraf tillægsydelse undersøgelser	2,8	6,0	3,1
heraf tillægsydelse øvrige	76,0	-46,5	-26,2
Operationer og undersøgelser i alt	11,8	10,5	11,7
Heraf operation for Blefarokalasis	13,6	-2,8	0,2
Heraf operation for udadrettede øjenlåg	2,7	-12,5	-5,3
Heraf fundusfoto	15,2	17,8	17,0
§ 64- og rammeaftaler i alt	17,5	-36,2	-29,7
Heraf operation for grå stær	39,9	-12,6	-10,6
Total	4,8	2,2	2,7

Af tabel 4 ses, at der er meget stor forskel på omsætningen hos de praktiserende øjenlæger (der er kun medtaget praksis, der har haft en helårsaktivitet i 2012)

Tabel 4

Honorarudbetaling 2012	Alle patienter	Alle patienter minus særaftaler
Praksis med mindste omsætning	1.956.310	1.956.310
Praksis med højeste omsætning	8.619.914	6.915.732
Gennemsnitsomsætning	4.483.277	3.725.959

Som det fremgår af tabel 4, er der stor forskel på, hvor meget en praktiserende øjenlæge omsætter for, men erfaringsmæssigt kan der gås ud fra at nye praktiserende øjenlæger omsætter for mere end gennemsnittet. Derved kan det forventes, at en udvidelse af øjenlægekapaciteten medfører en udgift på mellem 3.500.000 kr. og 5.000.000 kr. pr. ekstra øjenlægepraksis.

8.1 Forbrug af øjenlægehjælp

Tabel 5 viser udgiften til øjenlægehjælp fordelt på patientens bopælskommune.

Tabel 5

2012	Antal personer ved øjenlæge	Honorar	Procentdel der har været ved øjenlæge	Udgifter pr. borger inkl. særaftaler	Udgifter pr. borger ekskl. Særaftaler ¹
Region Midtjylland	135.034	144.544.557	10,66	114,11	96,09
Favrskov Kommune	4.652	5.396.116	9,87	114,53	88,51
Hedensted Kommune	5.177	4.946.653	11,25	107,47	106,88
Herning Kommune	9.831	8.110.730	9,98	82,30	77,23
Holstebro Kommune	7.119	6.411.463	12,46	112,18	105,40
Horsens Kommune	10.141	9.841.667	12,13	117,73	116,15
Ikast-Brande Kommune	4.283	4.598.535	10,53	113,10	84,93
Lemvig Kommune	2.652	2.199.571	12,40	102,86	100,01
Norddjurs Kommune	4.164	4.221.922	10,99	111,47	93,33
Odder Kommune	2.768	2.512.714	12,73	115,53	109,05
Randers Kommune	12.653	15.602.522	13,21	162,94	129,55
Ringkøbing-Skjern Kommune	7.468	5.308.995	12,90	91,71	91,05
Samsø Kommune	212	223.102	5,45	57,37	52,40
Silkeborg Kommune	8.885	8.230.584	9,95	92,14	77,50
Skanderborg Kommune	5.437	5.026.156	9,37	86,65	81,15
Skive Kommune	5.906	8.708.936	12,40	182,88	121,94
Struer Kommune	2.557	2.452.476	11,57	110,98	98,73
Syddjurs Kommune	4.137	4.522.549	9,89	108,16	88,26
Viborg Kommune	10.842	16.262.193	11,56	173,34	134,05
Århus Kommune	26.263	29.967.672	8,35	95,27	76,36

1) Særaftaler er hovedsagligt operationer for grå stær.

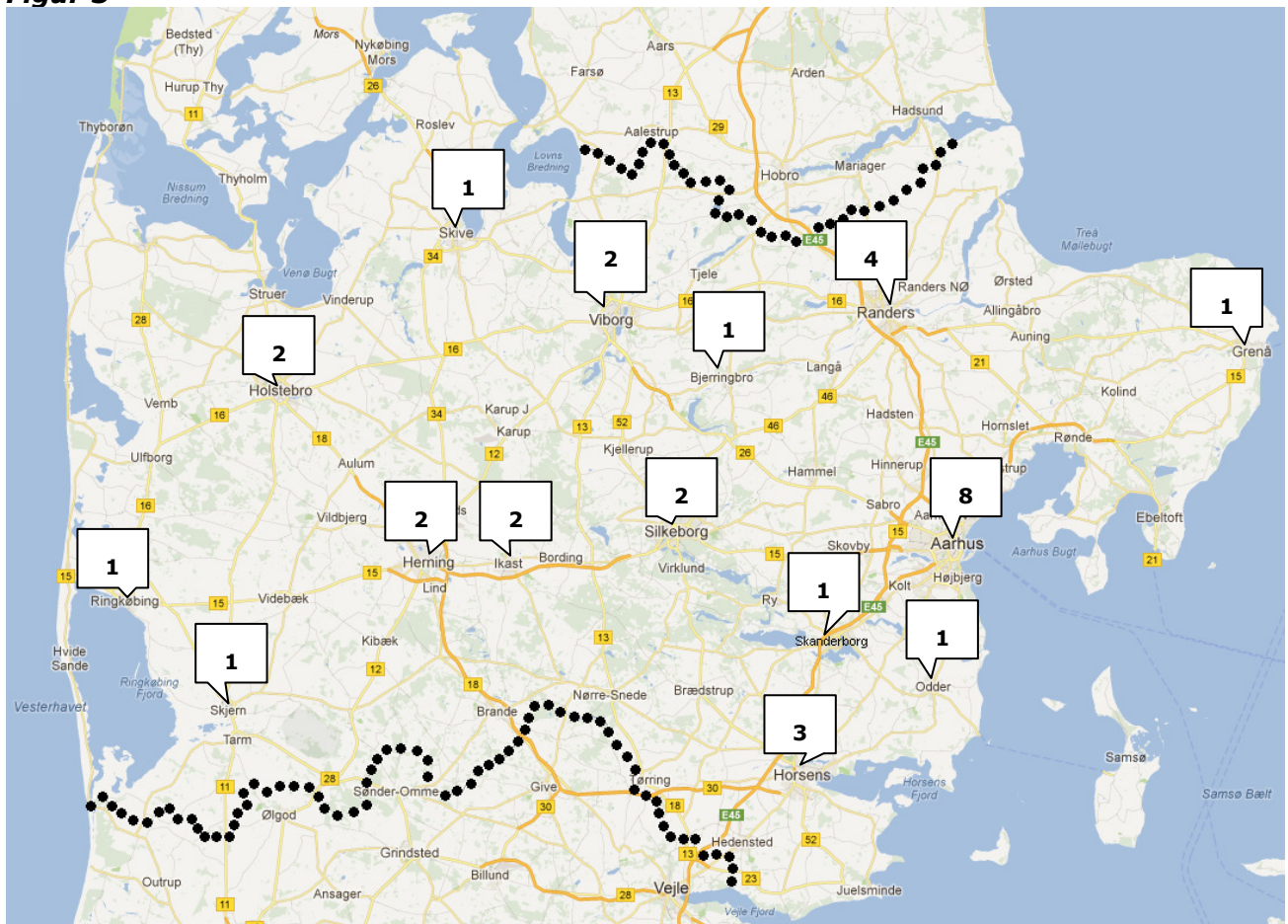
9. Øjenlægekapaiciteten

Pr. 1. august 2012 er der over hele Region Midtjylland fordelt 32 fuldtidspraksis. Der er 33 øjenlæger, da én praksis drives som en delepraksis.

9.1 Geografisk placering af praktiserende øjenlæger i Region Midtjylland

Figur 3 viser, hvor de praktiserende øjenlæger er lokaliseret i dag.

Figur 3



Derudover er der én vakant øjenlægepraksis i Viborg

9.2. Køn- og aldersprofil praktiserende øjenlæger

Tabel 6

32 praksis + 1 vakant
33 øjenlæger (en delepraksis)
8 kvinder + 25 mænd
5 over 60 år (Grenå, Skjern, Aarhus, 2 i Holstebro)
Gennemsnitsalder 46,5 år

Som det fremgår af tabel 6, må det påregnes, at der i de først kommende år skal rekrutteres op til 5 speciallæger i oftalmologi til at overtage praksis efter øjenlæger, der går på pension. 3 i den vestlige del af regionen, 1 i Grenaa og 1 i Aarhus.

9.3 Ventetid

Ventetiden til undersøgelse og behandling hos de praktiserende øjenlæger er generelt lang. Alle praktiserende øjenlæger har dog dagligt afsat tider til at modtage akutte patienter.

I henhold til overenskomsten skal de praktiserende øjenlæger indberette ventetiden for ikke-akutte patienter på Sundhed.dk

I januar 2013 var ventetiden som følgende:

- 5 praksis havde 0 – 10 ugers ventetid
- 7 praksis havde 11 - 20 ugers ventetid
- 9 praksis havde 21 – 30 ugers ventetid
- 4 praksis havde 31 – 40 ugers ventetid
- 1 praksis havde mere end 41 ugers ventetid
- 5 praksis havde ikke indberettet.

10. Kommende speciallæger

I Videreuddannelsesregion Nord (dækker Region Midtjylland og Region Nordjylland) forventes det, at følgende antal oftalmologiske speciallæger bliver færdiguddannede de kommende år:

2012	8 øjenlæger
2013	5 øjenlæger
2014	7 øjenlæger
2015	7 øjenlæger

11. Befolkningsgrundlag og øjenlægekapaiciteten

Nedenstående tabeller, der viser kommunernes befolkningstal i forhold til antallet af øjenlægepraksis, kan alene bruges til at give et overordnet overblik over øjenlægedækningen i regionen. I praksis benytter patienterne ofte øjenlæger i andre kommuner (eller regioner) end bopælskommunen, da de ofte har kortere afstand til en disse.

Tabel 7

Kommune	Antal øjenlæger i kommunen	Befolkningstal i kommunen pr 1.1.2012	Borgere > 60 år	Borgere/ øjenlæge	Borgere > 60 år/øjenlæge
Favrskov	0	47.117	10.362		
Hedensted	0	46.029	10.778		
Herning	2	98.550	19.443	49.275	9.722
Holstebro	2	57.153	13.482	28.577	6.741
Horsens	3	83.598	18.496	27.866	6.165
Ikast-Brande	2	40.658	9.499	20.329	4.750
Lemvig	0	21.384	5.998		
Norddjurs	1	37.876	10.589	37.876	10.589
Odder	1	21.749	5.716	21.749	5.716
Randers	4	95.756	23.391	23.939	5.848
Ringkøbing-Skjern	2	57.892	14.604	28.946	7.302
Samsø	0	3.889	1.469		
Silkeborg	2	89.328	20.446	44.664	10.223
Skanderborg	1	58.008	12.368	58.008	12.368
Skive	1	47.620	12.459	47.620	12.459
Syddjurs	0	41.815	6.102		
Struer	0	22.098	11.704		
Viborg	3	93.819	21.871	31.273	7.290
Århus	8	314.545	57.911	39.318	7.239
Regionen	32	1.266.682	286.688	39.584	8.959
1 vakant (Viborg)					

Tabel 8

Kommune	Antal øjenlæger i kommunen	Befolkningstal i kommunen pr 1.1.2012	Borgere/ øjenlæge
Viborg-Skive	4	141.439	35.360
Holstebro-Struer-Lemvig	2	100.635	50.318
Holstebro-Struer-Lemvig-Ringkøbing/Skjern	4	158.527	39.632
Herning-Ikast/Brande	4	139.208	34.802
Herning-Ikast/Brande-Ringkøbing/Skjern	6	197.100	32.850
Silkeborg-Ikast/Brande	4	129.986	32.497
Silkeborg-Skanderborg	3	147.336	49.112
Skanderborg-Odder	2	79.757	39.879
Horsens-Hedensted	3	129.627	43.209
Skanderborg-Odder-Horsens-Hedensted	5	209.384	41.877
Randers-Norddjurs	5	133.632	26.726
Århus-Syddjurs	8	356.360	44.545

I Region Nordjylland er der øjenlæge i Nykøbing Mors og Thisted, og i Region Syddanmark er der 4 øjenlæger i Vejle, 1 i Billund og 1 i Grindsted. Region Midtjyllands borgere kan frit benytte den øjenlæge de ønsker uanset region.

Tabel 9

Kommune	Antal øjelæger i regionen	Befolkningstal i regionen pr 1.1.2012	Borgere/ øjelæge
Region Nord	16	579.996	36.250
Region Syd	37	1.201.342	32.469
Region Midt	32	1.266.682	39.584
Region Midt inkl. vakant	33	1.266.682	38.384
Region Midt inkl. vakant og én ny	34	1.266.682	37.255

Tabel 9, viser antallet af praktiserende øjenlæger i forhold til indbyggertal i Region Midtjylland og de tilstødende regioner.

12. Kvalitetssikring og -udvikling

I overenskomsten og tilhørende protokollat om kvalitetsudvikling beskrives, hvordan parterne vil arbejde med kvalitetsudvikling og –sikring i speciallægepraksis. F.eks. skal der udarbejdes kliniske retningslinjer, datafangst og diagnosekodning, udvikling af indikatorer, kliniske kvalitetsdatabaser, Den Danske Kvalitetsmodel mv.

13. Udfordringer

En de væsentligste udfordringer på øjenlægeområdet de kommende år vil være at sikre borgernes øgede behov for øjenlægeydelser samtidig med at den økonomiske ramme overholdes.

Økonomiprotokollatet – nævnt i kapitel 3 – medfører, at det ikke umiddelbart er muligt, at udvide kapaciteten hos de eksisterende praktiserende øjenlæger.

En forudsætning for at det kan lykkes er, at ydelserne leveres på laveste effektive omsorgs-/omkostningsniveau (LEON), og det sikres, at de praktiserende øjenlæger bruger deres kapacitet på undersøgelser/behandlinger/operationer som forudsætter oftalmologiske speciallægeressourcer.

Manglende udstyr, klinikpersonale og efteruddannelse kan være begrænsninger for flytning af opgaver fra hospitalernes øjenafdelinger til praktiserende øjenlæger. Skabelse af incitament for investering i medicoteknisk udstyr, ansættelse af klinikpersonale og for efteruddannelse kan være en vej til at flere patienter kan diagnosticeres, behandles og kontrolleres i øjenlægepraksis.

I den forbindelse kan det overvejes at øge de praktiserende øjenlægers muligheder for indtjening ved en selektiv forhøjelse/ophævelse af knækgrænserne eller indgå forskellige relevante ramme- og § 64-aftaler.

Der kan opstå udfordringer med at besætte kommende ledige øjenlægepraksis i den vestlige del af regionen. På den ene side viser aldersfordelingen blandt de praktiserende øjenlæger, at

det ikke kan forventes, at der bliver særlig mange praksis til salg i den østlige del af regionen i de kommende år, så hvis de hospitalsansatte øjenlæger, ønsker en speciallægepraksis må de sandsynligvis kigge udenfor det østjyske område, på den anden side har det vist sig, at praktiserende øjenlæger i den vestlige del af regionen, som har været i en salgssituation, har haft svært ved at finde interesserede købere.

Hvis der opstår rekrutteringsproblemer i yderområderne, kan det overvejes, at tage initiativer der gør disse praksis mere attraktive – f.eks. ved knækgrænsefritagelse i en etableringsperiode, indflytning i sundhedshuse mv.

Derudover kan det overvejes at flytte praksis, der ikke kan sælges. Dette vil medføre, at nogle borgere får længere transporttid, men den samlede kapacitet kan bibeholdes.

14. anbefalinger

14.1 anbefalinger om opgaver

Som tidligere nævnt varetager de praktiserende øjenlæger en betydelig opgave som visitatorer til hospitalernes øjenafdelinger - en opgave som for de fleste øvrige specialers vedkommende varetages af alment praktiserende læger.

Dette medfører, at der er en ret klar arbejdsdeling mellem praksissektoren og hospitalssektoren på øjenområdet. Der er derfor ikke noget stort potentiale for flytning af opgaver fra hospitalernes øjenafdelinger til øjenlægepraksis.

Grå stær

Operation for grå stær er ikke omfattet af overenskomsten mellem RLTN og FAS, hvorfor de praktiserende øjenlæger ikke kan honoreres for ydelsen, med mindre de har indgået en særlig aftale efter overenskomstens § 64 med regionen.

I takt med at der i praksis har nedsat sig øjenlæger med kvalifikationer til og rutine i at operere for grå stær, er der indgået individuelle aftaler om operationer med nogle af de praktiserende øjenlæger.

Baggrunden for disse aftaler er, at det er hensigtsmæssigt, at borgerne kan få foretaget disse operationer relativt tæt på deres bopæl.

Endvidere er det ikke uvæsentligt rekrutteringsparameter, at de praktiserende øjenlæger har muligheder for at foretage operationer for grå stær.

Derfor er det vurderingen, at det er hensigtsmæssigt, at de praktiserende øjenlæger foretager disse operationer, hvis regionen og øjenlægerne kan blive enige om vilkårene.

Det vil dog fortsat være nødvendigt at udføre et betydeligt antal operationer på øjenafdelingerne i regionen. Dels kan komplikationer hos patienten nødvendiggøre hospitalsbehandling, dels skal der være et tilstrækkeligt antal operationer til, at uddannelsen

af speciallæger kan varetages. Det er således nødvendigt, at de opererende øjenlæger på hospitalerne opererer tilstrækkeligt mange patienter til, at de kan opretholde rutinen. Det vurderes, at opererende øjenlæger bør udføre mindst 300 operationer årligt, uanset om de er i praksis eller på en hospitalsafdeling.

Det anbefales, at der indgås aftaler om operationer for grå stær med praktiserende øjenlæger på en måde, så det sikres at alle opererende øjenlæger både i praksis og på hospitalerne gennemfører mindst 300 operationer årligt, og under forudsætning af, at de praktiserende øjenlæger er konkurrencedygtige.

14.2 Anbefalinger om kapacitet

I forhold til speciallægepraksis på øjenlægeområdet er der en dobbelt udfordring. Til praksissektoren kan det jf. kapitel 6 forventes, at der skal rekrutteres op til 5 nye øjenlæger i de kommende år. Dertil skal der skabes kapacitet til en øget efterspørgsel efter ydelser.

Som det fremgår af kapitel 7.4, bliver der de kommende år færdiguddannet en del oftalmologiske speciallæger, så det vurderes, at der vil være gode muligheder for at rekruttere det nødvendige antal øjenlæger fremover både til speciallægepraksis og til hospitalerne.

På nuværende tidspunkt er der én vakant øjenlægepraksis i Viborg. I forbindelse med vedtagelsen af nærværende praksisplan, skal der tages konkret stilling til, om ydernummeret skal genbesættes i Viborg, flyttes eller nedlægges, ligesom der skal tages stilling til den generelle øjenlægekapacitet i regionen.

I henhold til kapitel 8, er der i dag færre øjenlægepraksis pr. indbygger i region Midtjylland end tilfældet er i Region Syddanmark og Region Nordjylland. Dette vil også være tilfældet, selvom den vakante øjenlægepraksis genbesættes.

Det vurderes, at der er en nogenlunde ligelig geografisk fordeling af øjenlægepraksis i regionen – måske bortset fra en mindre underkapacitet i den nordvestlige del.

På baggrund af den lange ventetid der er til øjenlægepraksis i dag sammenholdt med den forventede øgede efterspørgsel, og befolkningsgrundlaget pr. eksisterende øjenlægepraksis anbefales det,

- at det vakante ydernummer genopslås til besættelse i den nordvestlige del af regionen. En praksis i dette område, vil også kunne aflaste presset på de praktiserende øjenlæger i områderne omkring Herning og Skive.
- at det tilstræbes, at den nuværende placering af øjenlægepraksis derudover bevares,

14.3 Øvrige anbefalinger

Det anbefales, at

- de praktiserende øjenlæger medvirker til, at patienter, der kan få tilstrækkelig undersøgelse og behandling hos optikere eller alment praktiserende læger, så vidt muligt henvises dertil
- der iværksættes kvalitetssikringsprojekter på udvalgte områder/populationer. Det kunne f.eks. være inden for diabetes.