

Dato 04-06-2015

Kristoffer Wittrup M Stegeager

Kristoffer.stenager@stab.rm.dk

Daniel M. Simonsen

daniel.simonsen@rm.dk

Peter Sander

PESAND@rm.dk

1-30-72-130-15

Side 1

Strategi for sikringen af lægedækningen i Region Midtjylland

2015

Indholdsfortegnelse

I. Indledning	3
II. Formål	4
III. Kontekst	5
IV. Definition af lægedækning	6
V. Udfordringer	7
VI. Løsninger ift. sikring af lægedækningen i Region Midtjylland	11
A. Strategi for sikring af lægedækningen ved ophør (subakut/akut).....	12
Trin 1: Fordeling af patienter / Overdragelse af ydernummer til anden (lokal) praksis	14
Trin 2: Sondering af mulighederne for at overdrage ydernumrene til almen læge, eventuelt under alternative praksisformer	14
Trin 3: Udbud af lægepraksis	15
Trin 4: Etablering af regionsklinik	17
B. Sikring af lægedækningen via hensigtsmæssig kapacitetsfordeling	17
Redskab 1: Lukning under normtal	18
Redskab 2: Generationsskifteaftaler	18
Redskab 3: Ansættelse af læge i praksis	19
Redskab 4: Delepraksis	19
Procedure for håndtering af ledige ydernumre placeret i praksis	20
Annoncering af ekstra ydernumre	21
C. Sikring af lægedækning via mere langsigtede instrumenter	21
Ændringer i lægevagtsaftalen	21
Nedsættelse af honoreringen i vagttiden	22
Bæredygtig praksisstruktur	22

I. Indledning

I henhold til sundhedsloven har Region Midtjylland ansvaret for at tilvejebringe og sikre borgerne vederlagsfri behandling hos alment praktiserende læge i hele regionen. Med ændringen af sundhedsloven i Lov nr. 904 af 4. juli 2013 fik regionerne en række nye redskaber til at sikre lægedækningen for borgerne i alle egne af regionen. Samtidig overgik dele af beslutningskompetencen fra det paritetiske system til Praksisplanudvalget.

Praksisplan for almen praksis er dermed blevet et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommune og almen praksis, som beskriver:

- Hvilke opgaver almen praksis skal varetage.
- Hvilke snitflader og sammenhænge der er til det øvrige sundhedsvæsen.
- Kapacitetsplanlægningen på almen lægeområdet.

Den første del af Region Midtjyllands praksisplan for almen praksis har fokus på sikringen af lægedækningen i hele regionen, da tilstedeværelsen af en tilstrækkelig patientkapacitet i almen praksis udgør forudsætningen for de øvrige indsatser på almen lægeområdet. Dette strategipapir udspringer af Praksisplan for almen praksis og skal bidrage til at realisere Praksisplanens målsætninger og anbefalinger.

Traditionelt set har sektoren været 'selvforsynende' med praktiserende læger, hvorfor lægedækningen har været sikret via køb og salg af ydernumre/praksis fra en almen mediciner til en anden. I løbet af de sidste 5 til 10 år, har det vist sig, at sektoren ikke længere er i stand til at sikre lægedækningen i hele regionen. Det gælder i særdeleshed i vestjylland (Ringkøbing-Skjern, Lemvig og Skive kommune) og på Djursland (Norrdjurs Kommune). Men også i byer med positiv nettotilflytning som eksempelvis Herning og Horsens, har der været problemer med at rekruttere speciallæger i almen medicin.¹

I en årrække var lægemangel den almindelige forklaring på svigtende overdragelse af praksis. Den årlige lægedækningsberegning, som er gennemført de seneste år, viser dog, at der set under ét i Region Midtjylland ikke er mangel på almenlægelig kapacitet. Mange praksis angiver at kunne have flere patienter tilmeldt, end de faktisk har.

Fordelingen af læger hen over hele regionen er imidlertid et problem. For få speciallæger i almen medicin efterspørger praksis i de tyndest befolkede dele

¹ Problematikken findes også i de øvrige regioner, hvor udfordringerne er endnu mere udtalt end i Region Midtjylland.

af regionen, og derfor kommer den overskydende almenlægelige kapacitet ikke i tilstrækkeligt omfang hen, hvor der er brug for den. De strategiske overvejelser om sikring af lægedækningen for alle borgere i regionen må derfor have fokus på *ikke* at udvide det samlede antal ydernumre, samt initiativer, der kan flytte almenlægelig kapacitet fra de tættest befolkede egne til de mere tyndt befolkede egne af regionen.

Samtidig har mange af de aktiviteter, som hidtil er blevet anvendt til at sikre lægedækningen i regionen, haft karakter af 'brandslukning' f.eks. vikarordninger. Med ændringen af sundhedsloven fik regionerne en række konkrete redskaber, som gør det muligt at anlægge en mere proaktiv og langsigtet lægedækningsstrategi.

II. Formål

Det overordnede formål med denne strategi er at realisere Region Midtjyllands målsætninger vedrørende lægedækningen, som de fremstår i Praksisplanen. Strategien skal endvidere understøtte de regionale medlemmer af Praksisplanudvalget i forhold til det konkrete udvalgsarbejde og samtidig være et administrativt redskab, som gør det muligt at håndtere de daglige udfordringer mht. sikring af lægedækningen for alle borgere i Region Midtjylland.

En strategi for sikringen af lægedækningen i Region Midtjylland skal bidrage til at realisere følgende målsætninger, bl.a. beskrevet i Praksisplanen:

1. At alle borgere i Region Midtjylland kan tilmeldes en praksis i nærheden af deres bopæl, som lægebetjenes kontinuerligt af speciallæger i almen medicin.
2. At alle borgere kan foretage et frit lægevalg mellem mindst 2 læger eller lægepraksis.
3. At alle borgere med bopæl mere end 15 km fra lægen (og som ikke selv har valgt læge uden for 15 km) skal sikres sygebesøg, hvor det efter lægefaglig vurdering er nødvendigt. Omfattet af denne målsætninger er også borgere på en kommunal akut- eller aflastningsplads eller særligt botilbud.
4. at der er adgang til praktiserende læge for alle borgere i regionen igennem en hensigtsmæssig fordeling af kapaciteten og ved at der skabes vilkår for de alment praktiserende læger, som gør det attraktivt at nedsætte sig over hele regionen

III. Kontekst

Borgernes ret til vederlagsfri behandling ved almen praktiserende læge er lovfæstet i sundhedsloven. Med *Bekendtgørelse om valg og skift af alment praktiserende læge og om behandling hos læge i praksissektoren* har lovgiver besluttet at tildele borgerne nye og udvidede rettigheder ift. valg af praktiserende læge herunder:

*”Den sikrede har ret til at vælge mellem to læger eller klinikker. I det omfang, der ikke inden for en afstand af 15 km fra den sikredes bopæl² er mindst to læger eller klinikker, der har åben for tilgang, at vælge imellem, er bopælsregionen snarest muligt forpligtet til at anvise den sikrede læge-valgsmuligheder. **Dette kan også omfatte læger eller klinikker, der er lukket for tilgang eller læger eller klinikker, som ligger mere end 15 km fra sikredes bopæl.**”*

I finansloven for 2015 blev der afsat midler til en stor investering i almen praksis med henblik på at etablere og tilvejebringe en bæredygtig praksisstruktur i de områder, hvor lægedækningen kan være truet. Dette sker samtidig med, at Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation har indgået en ny overenskomst, som løber frem til august 2017.

Samtidig har Region Midtjylland udfærdiget 1. del af Praksisplan for almen praksis hvor det entydigt fastslås, at almen praksis er en vigtig og nødvendig aktør i det nære sundhedsvæsen. Det fremgår af denne at:

”Den praktiserende læge håndterer selv langt hovedparten af de sygdomsproblemer borgerne henvender sig med. Samtidig har den praktiserende læge en vigtig rolle som den, der visiterer patienten til andre dele af sundhedsvæsenet, når der er behov for det [...] For borgerne er den praktiserende læge den sundhedsperson de henvender sig til ved sygdom, eller med symptomer og ængstelse for sygdom. For mange borgere er den praktiserende læge det kendte ansigt i sundhedsvæsenet. Det er, og skal være, en sundhedsperson, som borgeren føler sig tryk ved.”

Både nationalt og regionalt er der således politisk opbakning til almen praksis, som vigtig aktør i det samlede sundhedsvæsen.

² 5 km i København

'Spillereglerne' på området er dog ændret væsentligt, og hvis Region Midtjylland skal realisere Praksisplanens målsætning om at alle borgere i Region Midtjylland kan tilmeldes en praksis i nærhed af deres bopæl, som lægebetjenes kontinuerligt af speciallæger i almen medicin, så er der behov for at afprøve nye veje i forhold til sikringen af lægedækningen.

IV. Definition af lægedækning

Lægedækning forstås i overenskomstmæssig sammenhæng som sikringen af, at antallet af læger i regionen er tilstrækkeligt til, at alle regionens gruppe 1 sikrede borgere kan tilmeldes en alment praktiserende læge inden for 15 km. Dette afdækkes gennem en årlig høring blandt de praktiserende læger.

Praksisplanudvalget har i Praksisplanen anlagt en bredere forståelse af begrebet lægedækning end den overenskomstmæssige forståelse.

Praksisplanudvalget ønsker, at lægedækning også omfatter borgere, der fast eller midlertidigt opholder sig mere end 15 km fra egen læges praksis. Der kan være forskellige årsager hertil:

- Afstanden mellem borger og praktiserende læge kan også skyldes, at borgeren har valgt en læge, som bor mere end 15 km fra egen bopæl, og at borgeren på denne baggrund har frasagt sig sygebesøg fra egen læge på grund af afstanden.
- Afstanden mellem borger og praktiserende læge kan skyldes at borgeren opholder sig midlertidigt på et af de kommunale, borgernære tilbud, der i nogle tilfælde er lokaliseret mere end 15 km. fra egen læge. De kommunale tilbud – organiseret enten som døgnpladser (akutpladser) eller udkørende teams - retter sig mod patienter med særlige sygepleje og behandlingsbehov enten akut sygdom eller akut forværring af kronisk sygdom.

I henhold til Praksisplanen skal lægedækningstruede områder søges identificeret i forlængelse af den årlige lægedækningshøring, som gennemføres i september-oktober hvert år. Hvorvidt et givent område kan klassificeres som lægedækningstruet afhænger blandt andet af følgende variable:

1. Lav ekstra patientkapacitet i området
2. Stor afstand til de omkringliggende praksis
3. Mange patienter per læge i området
4. Høj gennemsnitsalder blandt lægerne i området
5. En praksisstruktur i området kendetegnet ved mange solopraksis og få delepraksis
6. Flere praksis i området har oplyst at de planlægger ophør indenfor det kommende år

7. Sygdomsbyrden i området
8. Viden om de lokale forhold

I henhold til Praksisplanen skal lægedækningstruede områder søges identificeret på forhånd. I hvert kvartal drøfter Praksisplanudvalget lægedækningssituationen i regionen, og fastlægger på den baggrund aktuelle eller kommende lægedækningstruede områder (i 4. kvartal sker dette med udgangspunkt i den årlige lægedækningshøring). De udpegede områder vil fremgå af bilag 2 til praksisplanen, som således kan ændres hvert kvartal.

V. Udfordringer

Problemerne med at sikre lægedækningen i hele regionen har ikke nogen enkeltstående forklaring, men udspringer af forskellige forhold, herunder den overordnede sociokulturelle og sociodemografiske udvikling, som det danske samfund undergår.

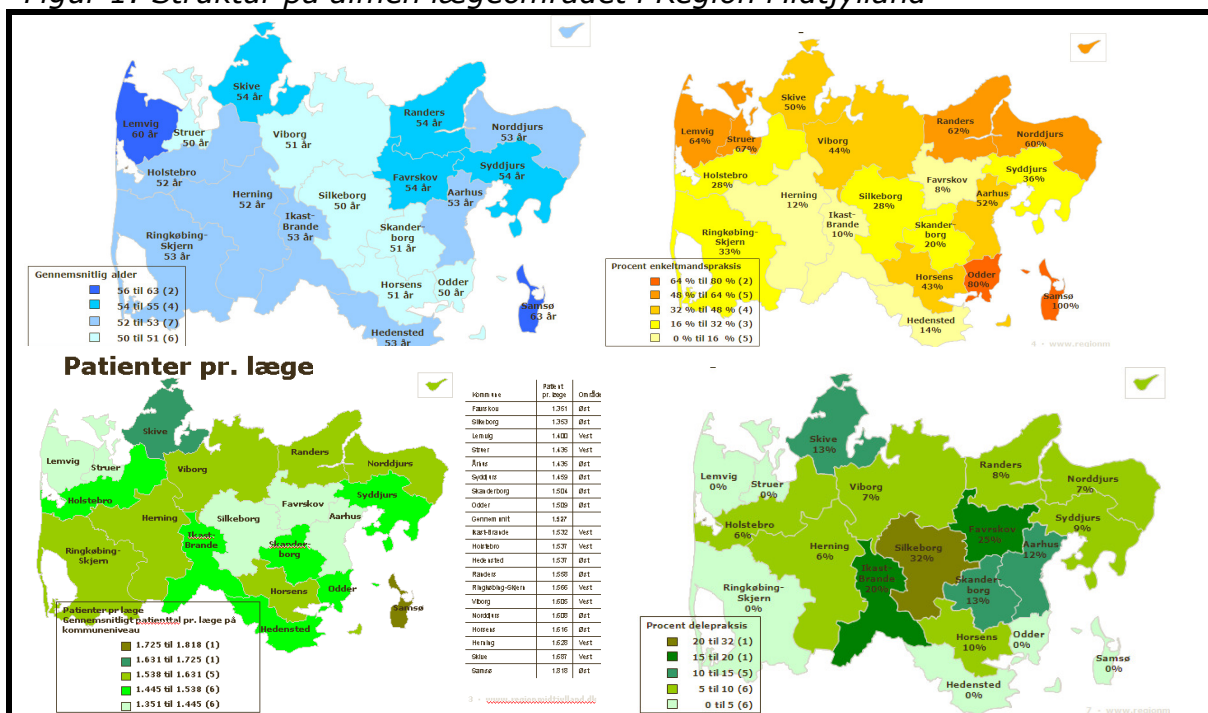
De sidste 10-15 år har været kendetegnet ved en tiltagende centralisering omkring de større byer. Det gælder såvel uddannelses- som erhvervsmuligheder. På sundhedsområdet fremstår kvalitetsfondsprojekterne, som et eksempel herpå – med afledte konsekvenser i form af lukning af mindre sygehuse.

Det medfører, at mange læger har etableret sig med børn, arbejdende ægtefælle og bolig i den østlige del af regionen, inden de opnår specialiseringen i almen medicin og dermed får mulighed for at nedsætte sig i almen praksis. Ovenstående vil – alt andet lige – gøre det mindre attraktivt for mange speciallæger i almen medicin at overtage en praksis i den vestlige del af regionen. Der er dog tale om forhold og bevægelser, som ikke henhører under regionernes kompetence og beføjelser, hvorfor det kan være vanskeligt at påvirke fra regionalt hold.

Der eksisterer dog også en række forhold, som modvirker unge almen medicineres lyst til at nedsætte sig som praktiserende læge i de lægedækningstruede områder – og som regionsrådet har mulighed for at påvirke.

Selvom overenskomst om almen praksis udgør et fælles fundament for alle praktiserende læger i Danmark, så eksisterer der også en række forhold, som bevirker, at bestemmelserne i overenskomsten (primært honorarstrukturen) gør det mindre attraktivt at nedsætte sig i den vestlige del af regionen. Nedenstående figur afbilder nogle af disse forskelligheder.

Figur 1: Struktur på almen lægeområdet i Region Midtjylland



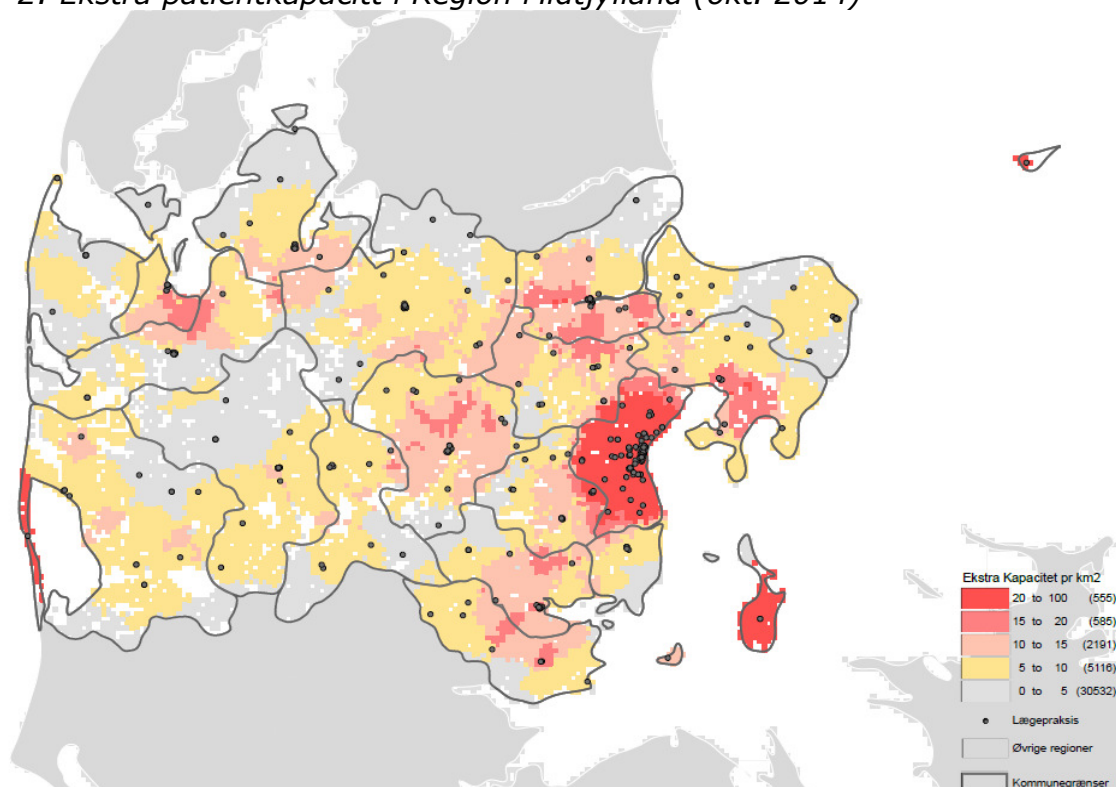
Kilde: Lægedækningshøringen 2014

Strukturen på almen lægeområdet i Region Midtjylland er kompleks, men kan i overordnede træk beskrives som følger:

- Lægerne i den vestlige del af regionen er i gennemsnit ældre end lægerne i øst, og samtidig har lægerne i vest samt på Djursland flere patienter per læge.
- Praksisstrukturen varierer meget fra kommune til kommune. Dog tegner der sig et billede af, at solopraksis er mest udbredt i Lemvig, Struer Norddjurs og Randers (Odder er særlig idet alle praksis er beliggende i den samme bygning, hvorfor der reelt set er tale om et praksisfællesskab).
- Tilladelse til delepraksis er i overvejende grad tildelt praksis i den østlige del af regionen, særligt i de større byer.

Den årlige lægedækningshøring har i perioden 2011 – 2014 vist, at den ekstra patientkapacitet på almenlægeområdet primært befinder sig i den østlige del af regionen. Figur 2 viser, hvordan den ekstra patientkapacitet så ud i oktober måned 2014.

Figur 2: Ekstra patientkapacitet i Region Midtjylland (okt. 2014)



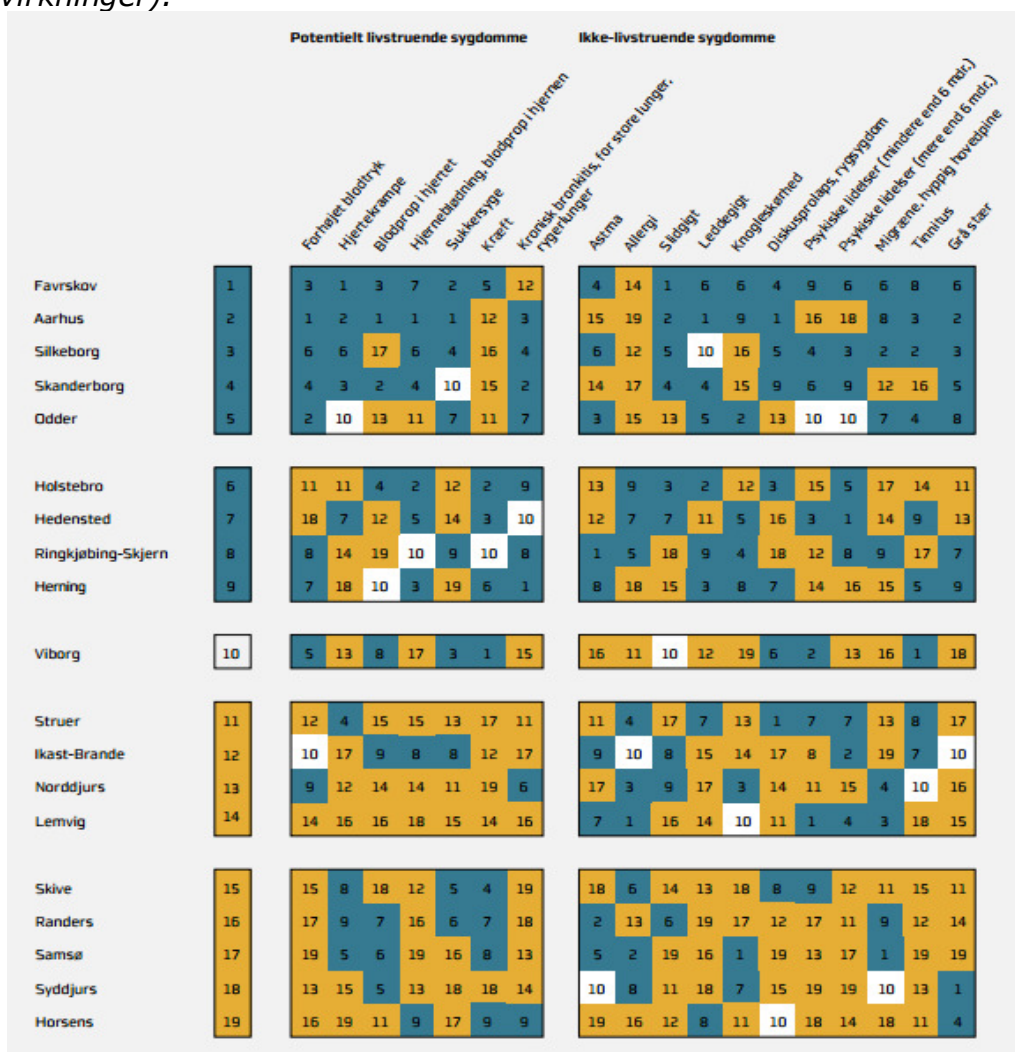
Kilde: Lægedækningshøringen 2014

Ca. 30 % af indtjeningen i almen praksis kommer via basishonoraret, der udgør et fast beløb, som praksis modtager per tilmeldt patient. De resterende ca. 70 % af indtjeningen er aktivitetsbestemt.

Samtlige befolkningsprognoser indikerer, at befolkningstilvæksten i den vestlige del af regionen vil være negativ de kommende år. Samtidig stiger andelen af patienter i alderskategorien 60+ i regionen vestlige del. Dette står i kontrast til den østlige del af Region Midtjylland, hvor den generelle befolkningstilvækst også afspejles i de enkelte befolkningsgrupper fra 20 år og op.

Samtidig har *"Hvordan har du det?"* (2013) dokumenteret, at der er en systematisk sammenhæng mellem alder, sociogeografisk gruppe og antallet af kroniske sygdomme hos den enkelte borger. Dette er afbilledet i nedenstående figur 3.

Figur 3: Forekomsten af 18 kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger).



Note: Kommunerne er rangordnet for hver sygdom (1 = laveste forekomst, 19 = højeste forekomst) og efter den samlede rangsum. Nogle kommuner har samme rangsum og optræder derfor i figuren i tilfældig indbyrdes orden. Det gælder følgende kommuner: Skanderborg, Odder og Holstebro (rangsum = 151), Ringkøbing-Skjern, Herning (rangsum = 182) samt Skive og Randers (rangsum = 212)

Kilde: Hvordan har du det? (2013)

Figur 3 indeholder en rangordning af kommunerne i Region midtjylland efter sygdomsbyrde målt på forekomsten af 18 kroniske sygdomme. **Blå** markerer de ni kommuner med den laveste forekomst, **orange** de ni kommuner med den højeste forekomst, mens den hvide farve markerer den midterst placerede kommune ved hver sygdom.

Der eksisterer således en betydelig variation på tværs af kommunerne i Region Midtjylland i forhold til sygdomsforekomst og sygdomsbelastning. Et forhold som kompliceres yderligere af den store variationen internt i den enkelte kommune.

Komplekse patienter med flere kroniske sygdomme vil ofte have behov for længere konsultationer i almen praksis. Sygdomsbyrden i den enkelte praksis' patientpopulation kan således risikere at have direkte økonomiske konsekvenser, da den nuværende honorarmodel indeholder en tilskyndelse til mange og korte kontakter.

Ovenstående figur viser sygdomsbyrden – opgjort ved antal kronisk sygdomme – fordelt på kommuner. Når ovenstående sammenholdes med fordelingen af den ekstra patientkapacitet i almen praksis, så viser det sig, at sygdomsbyrden er størst i de kommuner, hvor lægerne kan tage færrest ekstra patienter.

Samlet set kan det konstateres at:

- De sociogeografiske forhold har en betydning for sikringen af lægedækningen for alle regionens borgere.
- Mange yderområder i regionen har ingen eller kun lav ekstra patientkapacitet men samtidig relativ høj forekomst af patienter med multisygdom/kronikere.
- Der er ofte en sammenhæng mellem et stort antal patienter pr. praktiserende læge og omfanget af tidskrævende patienter (kronikere).
- Ovenstående afspejles ikke ved en højere gennemsnitlig indtjening i den vestlige del af regionen.

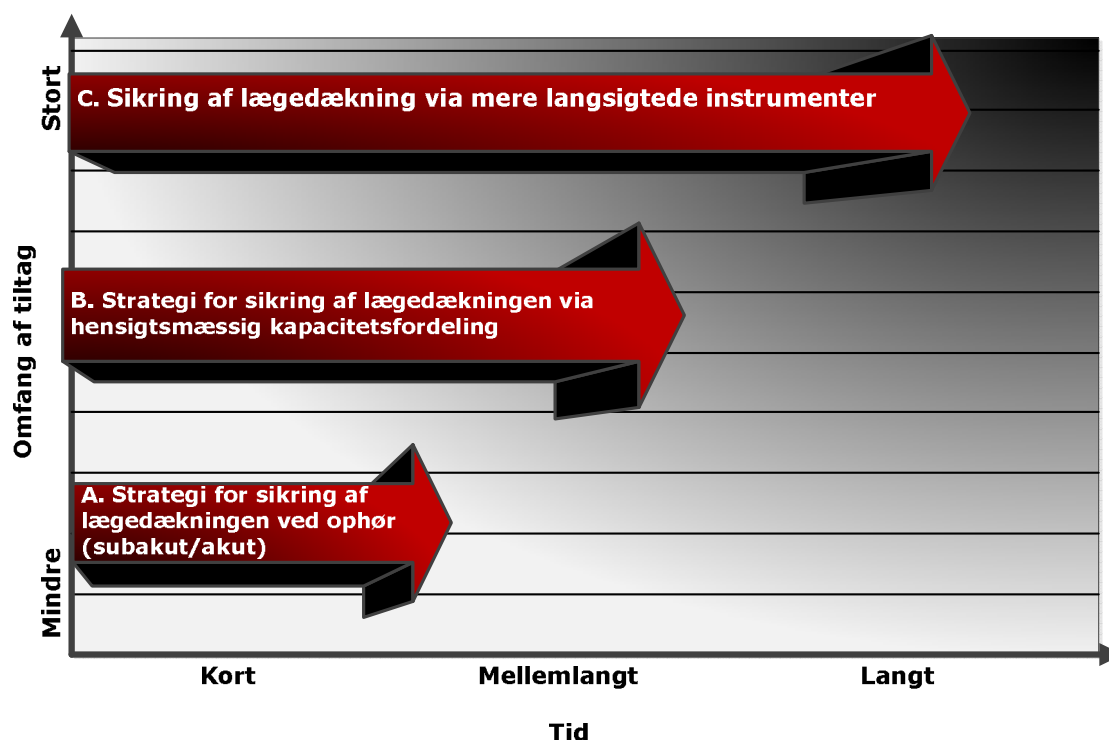
Ovenstående gør det alt andet lige, mere attraktivt for den enkelte speciallæge i almen medicin, at blive i den østlige del af regionen.

VI. Løsninger ift. sikring af lægedækningen i Region Midtjylland

Problemer med at sikre lægedækningen i hele regionen er komplekse, hvor mange forhold er svært påvirkelige. Region Midtjylland har dog en række handlemuligheder, som gør det muligt at påvirke de strukturelle forhold på almen lægeområdet. Samtidig har regionen fået en række konkrete redskaber, som kan anvendes proaktivt ift. at sikre lægedækningen i hele regionen.

Initiativer ift. sikring af lægedækningen kan inddeles i tre grundlæggende grupperinger, som vist i nedenstående figur 4.

Figur 4: Lægedækningstiltag ift. tid og omfang



I det følgende konkretiseres strategien ved at gennemgå de forskellige redskaber og handlemuligheder, som Region Midtjylland har til rådighed. Og samtidig præsenteres et forslag til, hvordan og hvornår de enkelte redskaber skal bringes i anvendelse. Målet er at skabe gennemsigtighed for Regionsrådet i forhold til, hvordan problemer med lægedækningen håndteres fremadrettet.

A. Strategi for sikring af lægedækningen ved ophør (subakut/akut)

Ophør af praksis kan ske både ved helt akutte tilfælde (f.eks. dødsfald) og med overenskomstmæssig varsling.

I en helt akut situation med lægeophør (eksempelvis dødsfald) vil det i første omgang være nabolægerne, som varetager den ophørte læges patienter. Hvis det i denne situation er nødvendigt, kan regionen i en kort periode gå ind og oprette et akut, midlertidig lægetilbud, jf. sundhedslovens § 227, stk. 6.

Når en praktiserende læge vælger at ophøre med at drive praksis, kan ydernummeret overdrages til en speciallæge i almen medicin (jf. overenskomstens § 12, stk.5), hvorved praksis videreføres.

Såfremt en læge agter at ophøre med praksis eller afgive et ydernummer, uden at der er udsigt til at praksis (ydernummeret) overtages af en anden læge, har lægen pligt til at varsle dette over for regionen 6 måneder før

ophørsdatoen. Allerede her begynder regionen at afdække mulighederne for at sikre lægedækningen, hvis ophøret skulle træde i kraft efter de 6 måneder. Samarbejdsudvalget for almen praksis skal efter ophørsvarsel drøfte, hvorvidt den ophørende læges patienter vil kunne fordeles blandt lokale læger med ledig patientkapacitet eller om der er (lokale) praksis, som ønsker at udvide med den lægekapacitet, der vil blive ledig.

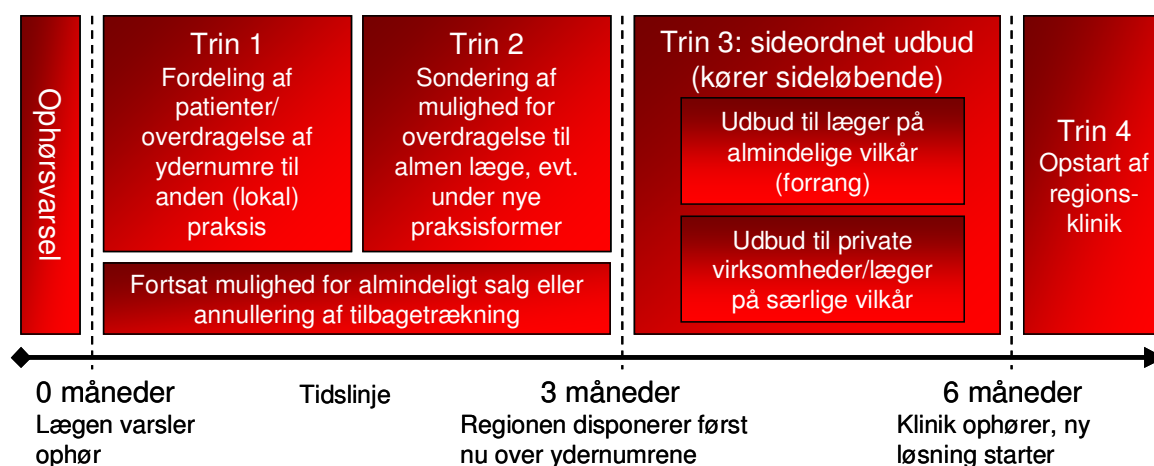
Hvis patienterne kan sikres lægebetjening på sædvanlige overenskomstmæssige vilkår, iværksætter regionen en sådan løsning, når lægen har givet endelig meddelelse om ophør, dvs. 3 måneder før den varslede ophørsdato.

Hvor et ydernummer ikke umiddelbart kan afsættes og står ledigt igennem længere tid på trods af lægens salgsbestræbelser, kan et område blive kategoriseret som lægedækningstruet, hvis der samtidig ikke findes ekstra patientkapacitet hos andre praksis inden for rimelig geografisk afstand.

Det fremgår af Praksisplanen, at alle redskaber i såvel overenskomst som sundhedsloven skal anvendes til at sikre lægedækningen i forbindelse med ophør. Sikring af lægedækningen skal tage hensyn til både nærhed og kontinuitet for den enkelte patient. Praksisplanudvalget har besluttet, at kontinuitet skal prioriteres frem for nærhed til bopæl, i de tilfælde hvor det ikke er muligt at imødekomme begge hensyn.

På denne baggrund er der opstillet en model for sikring af lægedækningen ved ophør, som opfylder bestemmelserne i sundhedsloven og overenskomsten for almen praksis ift. den rækkefølge, som instrumenterne skal bringes i anvendelse:

Figur 5: Model for rækkefølgen af instrumenter til sikring af lægedækningen ved varsling af praksisophør



Trin 1: Fordeling af patienter / Overdragelse af ydernummer til anden (lokal) praksis

Efter meddelt ophør skal det hurtigst muligt, og i samråd med nabolægerne, afklares, om disse har den nødvendige kapacitet til at fordele den ophørende læges patienter i mellem sig jf. overenskomstens § 14, stk. 2.

Såfremt en fordeling er mulig, foretages efterfølgende en kortlægning og vurdering af lægedækningssituationen i det pågældende område.

Kortlægningen skal blandt andet omfatte følgende forhold:

- Lægekapaciteten i området
- Patientgrundlag i området
- Praksisstrukturen i området (solopraksis/flerlægepraksis)
- Tilgængelige kliniklokaler
- Den forventede demografiske udvikling.
- Rimelig geografisk afstand til omkringliggende praksis eller klinikker med ledig kapacitet

Efter kortlægningen skal det afklares, om der skal gennemføres andre tiltag for at sikre lægedækningen. Den endelige beslutning beror på en konkret vurdering af perspektiverne i at skabe en langsigtet løsning lokalt, som sikrer kontinuitet i lægebemandingen.

Trin 2: Sondering af mulighederne for at overdrage ydernumrene til almen læge, eventuelt under alternative praksisformer

I forlængelse af dialogen med de lokale læger vil regionen sondere mulighederne for at finde andre læger/praksis, som kunne være interesserede i at drive klinik i det pågældende område. Det kan være nyuddannede læger, der ønsker at starte egen klinik, men også eksisterende praksis, der er interesserede i at drive praksis efter nogle af sundhedslovens og overenskomstens alternative praksisformer.

- En allerede eksisterende praksis kan også etablere en satellitpraksis som supplement til det primære konsultationssted. Satellitpraksis udgør alene et ekstra konsultationssted og ikke en selvstændig praksis i forhold til overenskomsten.
- Mange speciallæger i almen medicin ønsker at fortsætte i branchen selvom de nærmer sig pensionsalderen. Det er dog ikke alle, som ønsker at vedblive med at drive egen praksis pga. de administrative og personalemæssige opgaver. Det kan derfor komme på tale at etablere ydernummer på licens, hvor lægen har ansvar for den daglige drift af klinikken, men regionen ejer ydernummeret og står for det praktisk

administrative i forbindelse med driften. Lægen får almindeligt ydelseshonorar og betaler selv udgifterne til klinikdriften.

- En læge, der allerede har et ydernummer, kan købe/eje helt op til 6 ydernumre og drive disse ved hjælp af ansatte læger³. I henhold til sundhedsloven har regionerne mulighed for at sælge både ledigblevne og nyoprettede ydernumre til speciallæger i almen medicin, herunder ydernumre som regionen har erhvervet gennem opkøb. Hvis en læge ønsker at drive klinikker fra flere forskellige adresser kan det kun lade sig gøre, hvis lægen har købt de ekstra ydernumre direkte fra regionen, ikke hvis man køber og sælger lægerne imellem. Ydernumrene bør fra regionens side sælges til markedsprisen, men da ydernummeret typisk ikke har været til at afhænde, vil markedsprisen oftest være meget lav eller ligefrem gratis.

Lægen er forpligtet efter overenskomstens bestemmelser, uanset hvilken af ovenstående praksisformer der etableres.

Trin 3: Udbud af lægepraksis

Regionen har, jf. sundhedslovens § 227, stk. 3, mulighed for at udbyde drift af lægepraksis med henblik på at sikre lægedækningen. Det er en mulighed Region Midtjylland har erfaring med, og der har vist sig interesse fra private virksomheder for at drive klinikker, som det ikke havde været muligt at afhænde på normal vis.

Regionen kan udbyde driften af lægeklinikker, når det ikke er muligt at finde en løsning med almindelige læger. Det er altså stadig regionens førsteprioritet at afhænde klinikkerne på almindelige vilkår, hvilket også understreges af Trin 1 og Trin 2. Region Midtjylland sikrer ydermere, at lægerne også i en udbudssituation (Trin 3) har forrang frem for private virksomheder, ved at lave sideordnet udbud, hvor en privat praktiserende læge vil blive foretrukket frem for en privat virksomhed.

Tre måneder efter varslet afgivelse af ydernumre overgår ydernumrene endeligt til regionen, og først der kan regionen altså udbyde ydernumrene. Der er nu kun 3 måneder til at den afgående læge ophører.

³ Region Midt er i samarbejde med PLO-M ved at udarbejde en vejledning til lægerne for, hvordan man i praksis kan drive flere klinikker/eje flere ydernumre på forskellige adresser

Denne overenskomstmæssigt fastsatte tidsfrist betyder, at regionen er nødt til at køre et udbud til private virksomheder sideløbende med, at speciallæger i almen medicin har mulighed for at byde ind og overtage ydernummeret på helt almindelige overenskomstmæssige vilkår. Ellers kan regionen ikke være sikker på at have en løsning klar indenfor den korte frist på 3 måneder.

Udbud af almen lægepraksis håndteres i Region Midtjylland efter følgende model:

- I. Den ledige klinik udbydes til en almen praktiserende læge på helt almindelige overenskomstmæssige vilkår
- II. Sideløbende efterspørges en tilbudsgiver/virksomhed, som vil drive lægeklinik på basis af overenskomsten, men mod en fast betaling pr. tilmeldt patient
 - Leverandøren skal i dette tilfælde leve op til kvalitetskravene i Overenskomst om almen praksis.
 - Der skal tilstræbes kontinuitet i personalet (lægen) i henhold til målsætningerne i praksisplanen.
 - Der kan stilles skærpede krav til klinikdriften, f. eks. kvalitetsdata, medicingennemgang, betjening af kommunale akutpladser, at man ikke lukker for patientoptag før de overenskomstbestemte maksimale 2.700 patienter pr. ydernummer osv.

Et bud på helt almindelige overenskomstmæssige vilkår vil have forrang, frem for den private virksomhed, da klinikker drevet på almindelige vilkår er regionens førsteprioritet.

Ved at åbne op for private virksomheder, der vil byde ind med en fast pris pr. tilmeldt patient, sideløbende med at speciallæger i almen medicin kan byde ind og overtage ydernummeret på normale vilkår, afprøves alle umiddelbare muligheder i samme ombæring. Herved stiger sandsynligheden for at finde en løsning og sikre lægedækningen i det pågældende område.

Ydermere får de praktiserende læger forlænget muligheden for at byde ind med en overenskomstmæssig løsning. De praktiserende læger har på dette tidspunkt i forløbet allerede haft 3 måneder til at overveje at gå ind og overtage klinikken/ydernummeret (Trin 1 + Trin 2). I modsætning hertil er tidshorisonten for private virksomheder meget presset, da selve udbudsproceduren betyder, at de ikke kan forholde sig til udbuddet før 3 måneder før overtagelse, og ikke får besked om at de evt. har vundet retten – og pligten – til at drive klinikken før omkring 5-6 uger før den skal sættes i drift.

Trin 4: Etablering af regionsklinik

Ifølge sundhedslovens § 227, stk. 5, har regionen først mulighed for at etablere en regionsklinik til at varetage lægedækningen, når alle andre muligheder er udtømte. Hvis det ikke lykkes regionen at afsætte klinikken/ydernumrene i trine 1, 2 eller 3, vil sidste trin altså være oprettelse af regionsklinik, hvor regionen driver klinikken med ansatte læger, typisk vikarer. Regionsklinikken må maksimalt eksistere i 4 år, hvorefter regionen skal forsøge at annoncere eller udbyde driften af klinikken.

B. Sikring af lægedækningen via hensigtsmæssig kapacitetsfordeling

Overenskomst om almen praksis indeholder en række bestemmelser, som skal understøtte praksis i de tilfælde, hvor arbejdsbelastningen bliver for stor. Delepraksis, ansættelse af speciallæge i almen medicin, nedsat normtal og generationsskifteaftaler er forskellige tiltag, som kan lette arbejdsbelastningen for den enkelte læge og dermed bidrage til at fastholde lægen i almen praksis.

Nogle redskaber, f.eks. delepraksis, kan medføre en uhensigtsmæssig kapacitetsfordeling internt i regionen, da det binder en faktisk læge til et ikke-lægedækningstruet område. Herved skævvrides den almen medicinske behandlingskapacitet internt i regionen, hvilket allerede er et problem i dag.

I Praksisplanen har Praksisplanudvalget fastslået, at i de konkrete sager, hvor en given læges arbejdsbelastning bliver for stor – og hvor praksis er placeret i et ikke-lægedækningstruet område – så skal overvejelser vedrørende den hensigtsmæssige fordeling af den almen medicinske lægekapacitet i hele regionen inddrages i valg af redskab.

Der eksisterer to udfordringer på området:

- I. Det er praksis, som ansøger om tilladelse til at iværksætte arbejdsnedsættende foranstaltninger. Når praksis skal vælge, hvilke muligheder de kunne ønske sig at bringe i anvendelse, så gør de det ud fra en praksisnær betragtning, som ikke altid harmonerer med Region Midtjyllands overordnede kapacitetsperspektiv.
- II. Redskaberne udspringer af Overenskomst om almen praksis, og der er i visse tilfælde tale om overenskomstaftalte rettigheder, som praksis kan benytte. Endvidere er kompetencen til at afgøre ansøgningssager placeret i samarbejdsudvalget, som er første afgørelsesinstans i det paritetiske system til administration og fortolkning af overenskomsten. Valg af instrument er således genstand for en konkret politisk forhandling.

Med henblik på at sikre borgernes lægedækning i hele regionen ligger følgende rangordning af redskaber ift. aflastning af praksis til grund for behandlingen af ansøgningssager i Samarbejdsudvalget for almen praksis.

- 1) Nedsat patienttal / Lukning under normal
- 2) Generationsskifteaftale
- 3) Ansættelse
- 4) Delepraksis

I henhold til Praksisplan for almen praksis kan alle redskaber anvendes som led i rekrutteringsstrategien i lægedækningstruede områder.

Redskab 1: Lukning under normal

I henhold til overenskomsten kan Praksis, der af særlige grunde ønsker et lavere antal tilmeldte gruppe 1-sikrede pr. lægekapacitet end 1.600, søge samarbejdsudvalget om lukning. Ansøgninger fra læger, der er fyldt 60 år, yngre ny-rekrutterede læger eller læger, som i min. 6 timer om ugen har bibeskæftigelse med undervisning/konsulentjob/fagpolitisk arbejde bør så vidt muligt imødekommes. Hvis lukning må anses for at forringe patienternes valgmulighed urimeligt, kan samarbejdsudvalget give tilladelse til selektiv lukning dvs. at patienter fra et nærmere defineret geografisk område, eller patienter der flytter til området, fortsat kan tilmeldes praksis.

Udbredelse og vurdering:

Lukning under normal er relativt udbredt over hele regionen. I lægedækningstruede områder kan der dog være et problem ift. sikring af borgernes frie lægevalg, hvis stort set alle praksis i lokalområdet er lukket for tilgang. I sådanne områder er det vigtigt, at tilladelsen betinges af muligheden for at åbne praksis op for tilgang, hvis lægedækningen i det pågældende område forværres.

Redskab 2: Generationsskifteaftaler

I Overenskomst om almen praksis fremgår det, at en praktiserende læge har ret til at ansætte en speciallæge i almen medicin med henblik på praksisoverdragelse. Efter 6 måneder skal lægerne indgå i kompagniskabspraksis i en varighed op til 5 år, hvorefter der sker fuldstændig overdragelse, samtidig med at den overdragende praktiserende læge ophører i praksis.

Udbredelse og vurdering:

Generationsskifteaftaler er ikke videre udbredt i Region Midtjylland. Af hensyn til den overordnede kapacitetsfordeling i regionen, så bør det undersøges,

hvorvidt praksis kan aflastes via nedsat patienttal inden der indgås en generationsskifteaftale.

Det anses for vigtigt, at aftalerne reserveres til reelt lægedækningstruede områder, hvor såvel antal patienter pr. læge, lægekapacitet, lægernes alder og patientpopulation lægges til grund for vurderingen. En ekstra kapacitet i et ikke lægedækningstruet område i op til 5 år vil skævvride lægedækningshensyn og dermed medvirke til større ubalancer, der kræver særlige tiltag.

Redskab 3: Ansættelse af læge i praksis

En praksis kan ansøge samarbejdsudvalget om tilladelse til at besætte en ledig lægekapacitet med en ansat speciallæge i almen medicin i stedet for med en kompagnon. Det gælder også ved effektuering af en delepraksistilladelse.

Samarbejdsudvalget kan endvidere give praksis tilladelse til – ud over det antal kapaciteter praksis råder over i henhold til lægedækningsberegningen – at ansætte en ekstra speciallæge i almen medicin, hvis den pågældende praksis ved siden af arbejdet i almen praksis stiller arbejdskraft til rådighed for de almenmedicinske institutter ved universiteterne, for funktionen som bedriftslæge, kommunallæge, praksiskoordinator, praksiskonsulent, kvalitetssikringskoordinator, efteruddannelsesvejleder eller tilsvarende, eller for fagpolitisk arbejde. Samarbejdsudvalget kan tilknytte vilkår til tilladelsen.

Udbredelse og vurdering:

Ansættelse af en ekstra speciallæge i almen medicin binder en lægekapacitet til et ikke lægedækningstruet område. Selvom ansøgningen kan være velbegrunder, så er det – ud fra en overordnet betragtning – udtryk for dårlig kapacitetsudnyttelse. Ansættelse af ekstra læge i praksis, i et ikke lægedækningstruet område, bør derfor kun finde sted, hvis de øvrige instrumenter ikke er tilstrækkelige til at sikre den nødvendige aflastning af praksis.

Redskab 4: Delepraksis

I henhold til overenskomsten kan hensynet til læger med behov for nedsat arbejdsmængde tilgodeses via delepraksis. Ved delepraksis forstås, at der optages en ekstra læge i praksis i forhold til den eller de tildelte lægekapaciteter.

Tilladelse til delepraksis meddeles, hvor den praktiserende læge på grund af kronisk sygdom eller alvorlig sygdom i nær familie har brug for aflastning. Tilladelse til delepraksis kan endvidere meddeles, såfremt den praktiserende læge stiller sin arbejdskraft til rådighed for andre faglige funktioner så som undervisning, konsulentarbejde eller fagpolitisk arbejde i minimum 6 timer pr.

uge. Tilladelse til etablering af delepraksis er en personlig ordning, som bortfalder, når lægen udtræder af praksis eller forholdene ændrer sig i tilstrækkelig grad.

Udbredelse og vurdering

Delepraksis er mest udbredt i den østlige del af regionen, hvor også den største ledige patientkapacitet forefindes, hvorfor delepraksis er med til at understøtte en uhensigtsmæssig ressourceudnyttelse på almen lægeområdet, da det medfører et fald i antal tilmeldte patienter pr. læge. Samtidig gør delepraksis det sværere at sikre lægedækningen i hele regionen, da det som oftest vil være en yngre speciallæge i almen medicin, der indgår som delelæge.

For praksis, der har fået tilladelse til delepraksis, er denne tilladelse at opfatte som en ekstra fleksibilitet. Det har medført, at det er meget vanskeligt at afskaffe delepraksis i ikke-lægedækningstruede områder af regionen, da tilladelsen forlænges næsten automatisk, såfremt praksis har mere end 1.600 patienter.⁴

Delepraksis bør udelukkende anvendes som rekrutteringsredskab eller i forbindelse med generationsskifte i lægedækningstruede områder. Der gives afslag på delepraksis i områder, hvor lægedækningen ikke er truet jf. Praksisplanen.

Procedure for håndtering af ledige ydernumre placeret i praksis

I henhold til overenskomsten kan en praksis erhverve sig et ledigt ydernummer på forskellige vis:

- 1) Hvis en læge i et kompagniskab ophører uden at overdrage sin praksisdel til en ny læge, er hovedreglen at den ledige lægekapacitet overgår til den/de tilbageværende læge
- 2) Praksis kan erhverve et ydernummer ved ansøgning f.eks. i forbindelse med en udvidelse af kapaciteten på almenlægeområdet.
- 3) Praksis kan erhverve et ydernummer ved sammenlægning med anden praksis.
- 4) Praksis kan købe et ekstra ydernummer af regionen

Ifølge overenskomsten har praksis 1 år til at besætte en ledig kapacitet før ydernummeret går tilbage til regionen. Det har været gængs praksis i Region

⁴ Praksis, der har fået tildelt delepraksistilladelse før 1. september 2014, kan fortsætte på de vilkår, der er fastsat for deres konkrete tilladelse.

Midtjylland, at ansøgninger om forlængelse af ledige ydernumre er blevet imødekommet i samarbejdsudvalget.

Der er på nuværende tidspunkt 27 ubesatte ydernumre i Region Midtjylland, primært i regionens vestlige del og på Djursland, hvilket understreger, at placering af ydernumre i eksisterende praksis kan være en uhensigtsmæssig strategi i forhold til sikringen af lægedækning.⁵

Region Midtjylland har mulighed for at trække disse ledige ydernumre tilbage og aktivere dem andre steder, i et forsøg på at sikre bedre kapacitetsudnyttelse af lægekapaciteterne i regionen, og vil fremover anvende denne mulighed aktivt.

Annoncering af ekstra ydernumre

Region Midtjylland har mulighed for at annoncere frie ydernumre uden tilknyttede patienter – såkaldte 0-ydernumre. Regionen kan annoncere disse ydernumre i lægedækningstruede områder, hvilket giver mulighed for at skabe ekstra kapacitet. Det er en mulighed regionen fremover vil benytte aktivt.

C. Sikring af lægedækning via mere langsigtede instrumenter

Redskaberne og processerne under A. og B. følger af Praksisplanens 1. del og udmøntes løbende i konkrete procedurebeskrivelser, hvoraf flere – herunder udbudshåndtering – allerede er på plads.

Den tredje gruppering af redskaber C., der vedrører en påvirkning på det lange sigte, skal ikke opfattes som en udtømmende liste over ændringer, der ville kunne sikre lægedækningen, hvis de gennemførtes.

Ændringer på det strukturelle og lange sigte kræver politiske forhandlinger med PLO, formentlig både lokalt og nationalt, ligesom sådanne ændringer naturligt vil blive forelagt regionsrådet til særskilt politisk behandling. Nedenstående udgør tiltag, som på nuværende tidspunkt vurderes at ville kunne bidrage væsentligt til at løse lægedækningsproblemerne i Region Midtjylland.

Ændringer i lægevagtsaftalen

Det fremgår af Praksisplanen (2014), at ca. 14 % af speciallægerne i almen medicin i Region Midtjylland har et vagtlægeydernummer uden at have egen praksis. Ud af disse er halvdelen (7 %) enten ældre læger, som har afhændet

⁵ Der kan være flere årsager til, at en praksis ikke kan få besat et ledigt ydernummer f.eks. prissætning, samarbejds-kulturen i praksis mv.

praksis eller yngre, som er i sidste del af deres uddannelsesforløb som alment mediciner. Den sidste halvdel (7 %) udgøres af færdiguddannede, som ikke har fast tilknytning til almen praksis. Det svarer pt. til 63 speciallæger i almen medicin.

Der er således en gruppe af speciallæger i almen medicin af en betragtelig størrelse, som ikke har ønsket at nedsætte sig i praksis på trods af, at der i længere perioder har været ubesatte ydernumre i dele af regionen. På denne baggrund konkluderer Praksisplanudvalget, at reglerne for tildeling af vagtlægeydernummer fastholder almen medicinere i vagtlægekørsel igennem en længerevarende periode, hvilket udvalget finder uhensigtsmæssigt.

Det er regionen, som har det overordnede ansvar for lægevagten, men i Region Midtjylland er driften uddelegeret til PLO-Midtjylland. Det er oplagt at diskutere elementer af vagtaftalen med PLO, som led i bestræbelserne på at få flere læger til at søge mod ledige praksis i lægedækningstruede områder.

Nedsættelse af honoreringen i vagttiden

Vagthonoreringen er tilrettelagt efter et aktivitetsbaseret princip som modsvarer honoreringen i dagtiden. Forskellen i vagthonorering og indtægt i dagtiden kan have utilsigtede konsekvenser for bl.a. rekruttering og lægedækningen generelt.

Der er på landsplan nedsat et udvalg, som skal se på vagthonoreringen i henhold til overenskomsten. Dette arbejde kan også indgå som et aktivt værktøj til at ændre incitamentsstrukturen.

Bæredygtig praksisstruktur

Region Midtjylland kan selv, eller i samarbejde med en kommune, beslutte sig for at etablere et lægehus eller tilvejebringe velegnede kliniklokaler til større praksis med flere læger og mere klinikpersonale i de områder, hvor der er vanskeligheder med at rekruttere nye læger.

Fra spørgeskemaundersøgelser udført af FYAM (Foreningen af Yngre Almen Medicinere) ved vi, at praksisstruktur har en betydning for muligheden for rekruttering af nye læger. Yngre almenmedicinere foretrækker at indgå i praksisfællesskab med andre. Enten i form af kompagniskabspraksis eller samarbejdspraksis.

Større praksisfællesskaber giver endvidere, på grund af den større volumen i patientantal og omsætning, bedre mulighed for at ansætte hjælpepersonale. Dermed kan opnås tilstedeværelsen af et bredere spektrum af sundhedsfaglige kompetencer og en øget bredde i opgavevaretagelsen. Større

klinikfællesskaber formodes samtidig at give umiddelbar adgang til faglig sparring og arbejdet med udvikling og kvalitetssikring.

Finansloven for 2015 lægger op til en stor investering i strukturudviklingen i almen praksis, hvor der er afsat ca. 800 mio. kr. – på landsplan – bl.a. til anlæg af moderne lægehuse frem mod år 2018.

Opsummerende beskriver indeværende strategipapir de forskellige redskaber og initiativer Region Midtjylland vil bringe i anvendelse, med henblik på at indfri Praksisplanens ambition om: *”at alle borgere i Region Midtjylland kan tilmeldes en praksis i nærhed af deres bopæl, som lægebetjenes kontinuerligt af speciallæger i almen medicin”*.