

# Strategi for lægedækning Almen Praksis

## Forord

Almen praksis er vores fælles indgang til sundhedssystemet. Det er her, vi har vores første – og heldigvis ofte eneste – berøring med det enorme sundhedsapparat, som står parat til at tage sig af os, når vi fejler noget.

Der er bred enighed om, at den almene sektor, vi har opbygget i Danmark, er både effektiv og af høj kvalitet. Der er ligeledes enighed om, at med de nye, centrale, højt specialiserede sygehuse, vil almen praksis fremover komme til at spille en endnu mere central rolle i det nære sundhedsvæsen. Alene af den grund er det væsentligt for Region Midtjylland at sikre sig, at alle borgere i regionen har fri og lige adgang til at være tilmeldt en almen praksis, i nærheden af deres hjem.

Men det er nogle gange vanskeligt at få nye læger til at overtage praksis, når de ældre stopper. I de tilfælde kan regionen, som beskrevet i denne strategi, lade opgaven varetage af en udbuds- eller regionsklinik. Selv om det er regionens førsteprioritet, at almen praksis drives efter overenskomsten, kan udbuds- eller regionsklinikker bruges til at fastholde et lokalt, alment lægetilbud, og derved være med til at sikre, at et lokalområde fortsat er attraktivt at slå sig ned i.

Region Midtjyllands strategi for lægedækning inden for almen praksis skal sikre, at regionen gør sit yderste for, at de praktiserende læger, der har valgt at slå sig ned i regionen, kommer til at gøre mest mulig gavn, og dermed får mulighed for at yde deres ypperste. Vi ser det som vores pligt at sikre, at vi fordeler og bruger de læger vi har, bedst muligt.

I en tid, hvor der er en generel tendens til, at folk flytter fra land til by, og hvor det siges at være svært at fastholde højtuddannede i regionens yderområder, er det op til os politikere at sikre, at det står klart for alle, hvor værdifulde samfund og fællesskaber, der er i regionens "vandkant", og hvor rigt et lægeliv, man kan have i disse samfund. Ved hjælp af en lang række forskellige initiativer, ønsker regionsrådet at arbejde for, at det fremover vil være endnu mere attraktivt at være praktiserende læge i de områder, hvor der er mest brug for lægen.

I Region Midtjylland er der en stærk tradition for et tæt samarbejde med de praktiserende lægers organisation, PLO-Midtjylland, om initiativer til sikring af lægedækningen. Vi ser frem til at fortsætte dette samarbejde, sammen med de berørte kommuner og de kommende generationer af alment praktiserende læger, organiseret i FYAM.

Annette Roed & Rasmus Foged, Viborg, Juni 2018

# Indholdsfortegnelse

|         |  |    |
|---------|--|----|
| 1       | Indledning.....                            | 1  |
| 1.1     | Strategiens struktur.....                  | 1  |
| 1.1     | Kontekst og politiske udvalg .....         | 2  |
| 1.2     | Begreber .....                             | 3  |
| 1.2.1   | Lægedækning og forsyningspligt.....        | 3  |
| 1.2.2   | Lægekapacitet og patientkapacitet .....    | 3  |
| 1.2.3   | Åbne-/lukkegrænser.....                    | 4  |
| 2       | Håndtering af praksisophør .....           | 4  |
| 3       | Kapacitetsstyring .....                    | 8  |
| 3.1     | Lægedækningsproblemer.....                 | 9  |
| 3.2     | Styring af patientkapacitet.....           | 10 |
| 3.2.1   | Patientintervallet .....                   | 10 |
| 3.2.2   | Særordninger .....                         | 11 |
| 3.2.2.1 | Lukning af særlige grunde .....            | 11 |
| 3.2.2.2 | Selektiv lukning .....                     | 12 |
| 3.2.2.3 | Ekstra ansat læge .....                    | 13 |
| 3.2.2.4 | Delepraksis .....                          | 13 |
| 3.2.2.5 | Generationsskifteaftaler .....             | 15 |
| 3.3     | Styring af lægekapacitet.....              | 15 |
| 3.3.1   | Områdeproblematikker .....                 | 16 |
| 3.3.2   | Markedsproblematikker.....                 | 16 |
| 3.3.3   | Styringsredskaber .....                    | 17 |
| 4       | Langsigtede og strukturelle løsninger..... | 21 |
| 4.1     | Problemkategorier .....                    | 21 |
| 4.2     | Det politiske spillerum.....               | 23 |

# 1 Indledning

Region Midtjyllands strategi for lægedækning i almen praksis skal medvirke til at styrke sammenhængen på tværs af de politiske udvalg, så der er en klar linje i regionens beslutninger, hvor der er bred politisk enighed om at sikre lægedækningen fra et borgerperspektiv. Håndteringen af udfordringerne med lægedækning kan kun fungere optimalt ved et samspil mellem handlekraftige beslutninger, klare retningslinjer og politiske visioner i alle de relevante politiske udvalg.

Det overordnede formål med lægedækningsstrategien er at beskrive, hvordan Region Midtjylland opfylder sin forsyningspligt i henhold til Sundhedsloven og realiserer målsætningerne i regionens praksisplan, om at sikre borgernes adgang til at være tilmeldt en praktiserende læge.

Lægedækningsstrategien sikrer desuden, at administrationen har manøvrerum til at håndtere de problemstillinger, der opstår i den daglige drift af lægedækningsområdet, inden for lovbestemte og overenskomstfastsatte tidsfrister. Derudover skal strategien sikre ensartet administration af ensartede sager ved at fastslå, hvilke principper Region Midtjyllands Regionsråd har for håndtering af lægedækning.

Lægedækningsudfordringer:

Udfordringerne med at sikre, at alle borgere har adgang til en praktiserende læge, er vokset inden for de seneste år. I Region Midtjylland oplever vi blandt andet, at det visse steder er vanskeligt at sikre et generationsskifte, når en ældre læge ophører. I eksempelvis en by som Holstebro, der ellers er en af de større byer i regionen, kunne en ophørende praksis i foråret 2018 ikke afsættes til nye læger. Det understreger blot, at sikring af tilstrækkelig kapacitet er en sårbar størrelse. Hvis området er kapacitetsstyret perfekt, vil der være den helt rigtige balance mellem antallet af læger og antallet af borgere i et område. Men det betyder også, at hvis der blot forsvinder én læge, vil der opstå et "hul", der skal fyldes ud. Hvis ikke lægernes eget "marked" formår at udfylde hullet, ved at lægerne handler indbyrdes, står regionen med et problem, som der ofte kun er kort tid til at løse.

Det er i dette interessante felt, at regionens politikere og embedsmænd, i tæt samarbejde med lægerne og deres organisation, PLO-Midtjylland, samt de berørte kommuner, skal finde løsninger og initiativer, der også fremover sikrer alle borgere fri og lige adgang til en læge.

## 1.1 Strategiens struktur

I visse situationer kan behovet for regionens indblanding opstå akut. Det sker primært, når det ved ophør i lægepraksis ikke lykkes den praktiserende læge at overdrage sin kapacitet til en anden praktiserende læge. Her har regionen med Sundhedsloven fået nye muligheder for fortsat at sikre, at borgerne kan søge almen

lægehjælp i nærområdet. Brugen af såkaldte udbudsklinikker, hvor en privat udbyder driver en lægeklinik for regionen, er på landsplan steget markant, siden modellen første gang blev brugt i 2015. I dag er mange tusind borgere på landsplan tilknyttet en udbudsklinik. Der er også mulighed for at oprette regionsklinikker, som regionen selv driver, men som udgangspunkt kun, hvis det ikke er muligt at få en privat aktør til at drive en udbudsklinik.

*I kapitel 2 sættes fokus på, hvordan Region Midtjylland sikrer, at borgerne fortsat kan sikres almen lægehjælp, hvis en praktiserende læge ophører uden at kunne afhænde sin praksis til en ny læge.*

Udfordringerne med at sikre lægedækning handler blandt andet om rekruttering. Der kan være mange årsager til, at det er vanskeligt at rekruttere praktiserende læger til et område. I strategien beskrives og behandles en række af disse. Det er dog samtidig væsentligt at holde sig for øje, at lægedækningen i regionen kan påvirkes ved en bedre udnyttelse af den allerede eksisterende kapacitet. Altså at de læger, der allerede praktiserer i regionen, som minimum har det antal patienter, de er forpligtet til, ifølge den aftale – overenskomst – med regionen, de har tilsluttet sig.

*I kapitel 3 fokuseres på, hvordan man optimerer og dermed sikrer den bedste udnyttelse af kapaciteten i alle egne af regionen.*

Én ting er at håndtere praksisophør på den meget kort sigt og at arbejde målrettet og systematisk på mellemlangt sigt med at administrere området, så den fulde kapacitet udnyttes optimalt. Noget andet er at arbejde på den lang sigt, hvor der er mulighed for at ændre selve strukturerne på området. Region Midtjylland har, i tæt samarbejde med PLO-Midtjylland, de kommende almenlæger (organiseret i Forum for Yngre Almen Medicinere, FYAM) og kommunerne, udarbejdet et katalog over mulige tiltag, der alle sigter på at afhjælpe de udfordringer med at tiltrække praktiserende læger, man ser nogle steder i regionen. Der arbejdes også med anbefalingerne fra det Nationale Udvalg for Lægedækning. For at gøre det mere overskueligt, hvilke problemer og hvilke løsninger, det er muligt at arbejde med på lang sigt, har administrationen kategoriseret disse og opsat et skema, som giver overblik over, hvor man kan tage fat.

*Kapitel 4 uddyber, hvilke problemstillinger, der er med til at gøre det vanskeligt at sikre, at der er praktiserende læger i alle dele af regionen. Der er en lang række løsningsmuligheder, som spænder lige fra mindre initiativer, der er forholdsvis nemme og billige at iværksætte, til store og omfattende ændringer i strukturen på området.*

## **1.1 Kontekst og politiske udvalg**

Kapacitetsplanlægningen og samarbejdet omkring lægedækning er forankret i Sundhedsloven og Overenskomst om almen praksis (overenskomsten). Arbejdet

realiseres dels i de tilhørende politiske udvalg Praksisplanudvalget (PPU) og Samarbejdsudvalget (SU), og via regionens beslutninger på området, oftest i det Stående Udvalg for Nære Sundhedstilbud (SUNS).

I henhold til Sundhedsloven, er det Praksisplanudvalget, som er ansvarlig for kapacitetsplanlægningen i regionen. Derfor er Praksisplanudvalget også ansvarlig for at identificere områder, hvor kapaciteten er utilstrækkelig, og lægedækningen dermed er truet. Det sker bl.a. ved at benytte regionens kapacitetsstyringsmodel, se kap. 3. Det fastlægges ca. hvert halve år, i regi af Lægedæknings- og rekrutteringsudvalget, der er et underudvalg af Praksisplanudvalget, hvilke områder af regionen, der opfattes som lægedækningstruede. Disse områder får særlig fokus og har, ifølge overenskomsten, nogle særlige privilegier, som skal gøre det mere attraktivt at slå sig ned som praktiserende læge i disse områder.

Samarbejdsudvalget er nedsat til at fortolke og træffe beslutninger indenfor overenskomstens rammer. Samarbejdsudvalget behandler sager om konkrete lægepraksis; sager som ofte får betydning for lægedækningen i det pågældende område, jf. afsnit 3.2.2.

## **1.2 Begreber**

Indledningsvist præsenteres her nogle af de centrale begreber.

### *1.2.1 Lægedækning og forsyningspligt*

"Lægedækning" kan defineres som borgernes muligheder for at være tilmeldt en alment praktiserende læge. I henhold til Sundhedsloven er regionerne forpligtede til at tilbyde regionens gruppe 1-sikrede borgere et almen medicinsk tilbud, hvilket man omtaler som regionens forsyningspligt<sup>1</sup>.

Borgerne skal som udgangspunkt tilbydes 2 lægevalgsmuligheder indenfor 15 km af deres bopæl<sup>2</sup>.

### *1.2.2 Lægekapacitet og patientkapacitet*

Regionens vigtigste værktøj til at sikre lægedækningen, er styring af lægekapaciteten og forsøget på at sikre tilstrækkelig patientkapacitet.

Lægekapacitet:

En lægekapacitet omtales ofte som et "ydernummer", men den betegnelse er upræcis i denne sammenhæng, for reelt set har hver lægepraksis kun ét ydernummer. "Ydernummer" dækker således nærmere over en lægepraksis. En lægekapacitet er derimod de andele en lægepraksis råder over. Råder lægepraksis over én

---

<sup>1</sup> Sundhedslovens § 57

<sup>2</sup> Bekendtgørelse om valg og skift af alment praktiserende læge og om behandling i praksissektoren.

lægekapacitet, er der tale om en solopraksis. Råder lægepraksis over flere lægekapaciteter, er der tale om et kompagniskab. En lægepraksis kan råde over en ledig eller ubesat lægekapacitet, som lægepraksis kan besætte med en kompagnon eller en ansat læge. Begrebet "lægekapacitet" dækker dermed over, hvor mange læger, der må være i en lægepraksis.

Patientkapacitet:

Patientkapacitet er udtryk for det antal patienter, som de lægekapaciteter der er i et område, er i stand til at betjene. Ifølge overenskomsten skal en lægepraksis som minimum påtage sig at betjene 1.600 patienter for hver lægekapacitet praksis har, men praksis må have op til 2.700 patienter pr. lægekapacitet. Ønsker praksis flere end 2.700 patienter, kan SU give tilladelse hertil.

I et lægedækningsperspektiv er det naturligvis hensigtsmæssigt, at lægerne har tilknyttet så mange patienter som muligt, så regionen opnår så stor en patientkapacitet som muligt, med den mængde læger der nu en gang er til rådighed.

### *1.2.3. Åbne-/lukkegrænser*

Begrebet "åbnegrænse" angiver ved hvilket patienttal en praksis ikke længere må være lukket for tilgang. Falder patienttallet i en praksis der er lukket for tilgang til under åbnegrænsen, vil praksis blive åbnet for tilgang.

Overenskomsten fastsætter en sædvanlig åbnegrænse på 1.550 pr. lægekapacitet. Denne grænse kan i visse tilfælde fraviges af samarbejdsudvalget.

Begrebet "lukkegrænse" angiver ved hvilket patienttal en praksis kan eller skal lukke for tilgang. En lægepraksis kan som udgangspunkt lukke for tilgang ved 1.600 patienter pr. lægekapacitet og skal som udgangspunkt lukke ved 2.700 patienter pr. lægekapacitet.

Samarbejdsudvalget kan fastsætte lukkegrænsen såvel lavere end 1.600 som højere end 2.700.

Samarbejdsudvalgets mulighed for at ændre åbne-/lukkegrænser for en praksis, beskrives nærmere i afsnit 3.2.2

## **2 Håndtering af praksisophør**

Ophør af praksis kan ske både ved helt akutte tilfælde (f.eks. dødsfald, pludselig sygdom) og med overenskomstmæssig varsling. I sådanne tilfælde vil det som udgangspunkt være lægens kompagnoner, eller boet efter afdøde, der sikrer at patienterne fortsat kan komme til lægen, f.eks. ved at der sikres vikarhjælp i en

periode. Det kan også være nabolægerne, som betjener den ophørte læges patienter, hvis det er muligt. Hvis det i situationen er nødvendigt, f.eks. ved særligt isolerede praksis, kan regionen i en kort periode oprette et akut, midlertidigt lægetilbud jf. Sundhedslovens § 227, stk. 6.

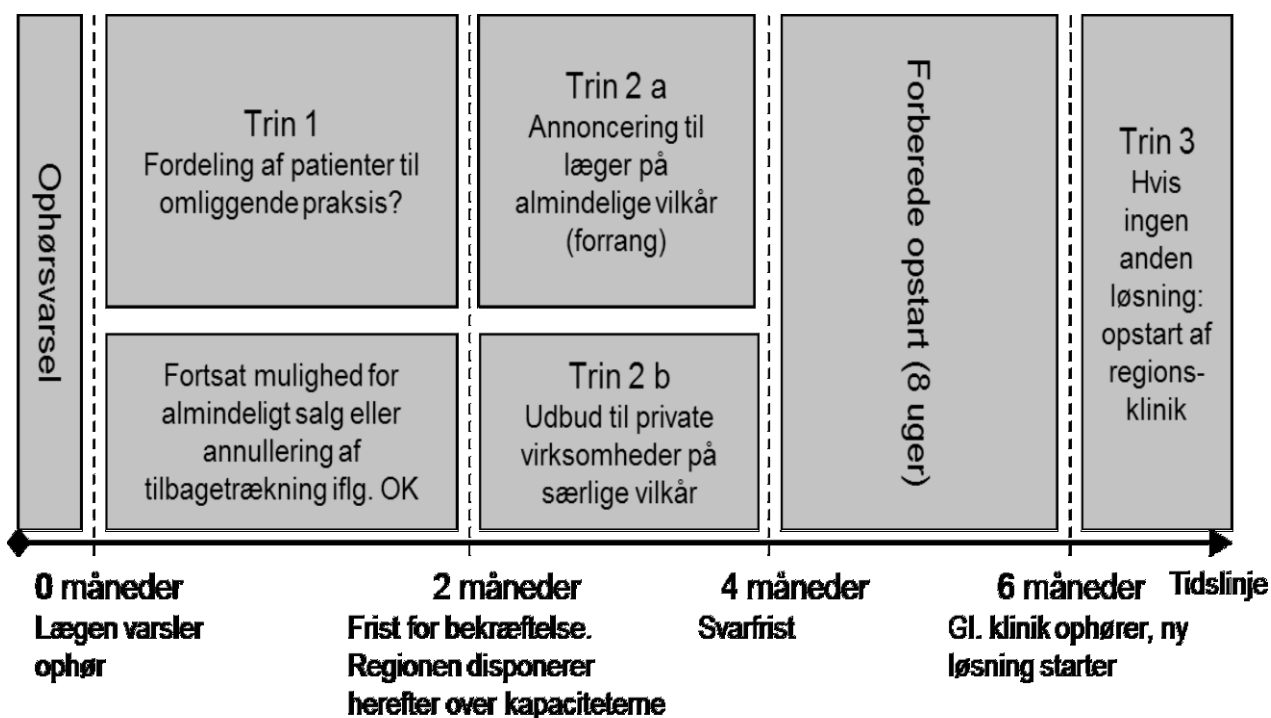
I en situation, hvor en læge forventer at lukke sin praksis, uden at der er udsigt til at lægekapaciteten overtages af en anden læge, har lægen pligt til at varsle ophør over for regionen seks måneder før ophørsdatoen. Allerede på det tidspunkt begynder regionen at afdække mulighederne for at sikre lægedækningen, når ophøret træder i kraft efter de seks måneder.

Ifølge overenskomsten skal Praksisplanudvalget efter et ophørsvarsel drøfte, hvorvidt den ophørende læges patienter kan fordeles blandt lokale læger med ledig patientkapacitet, eller om der er lokale praksis, som ønsker at udvide med den lægekapacitet, der vil blive ledig. I Region Midtjylland foregår dette ved, at varslede ophør tages op i Lægedæknings- og rekrutteringsudvalget, som hører under Praksisplanudvalget. I denne indledende fase kan den berørte kommune også inddrages, hvis det skønnes nødvendigt. F.eks. hvis der ser ud til at være behov for at kunne tilbyde andre kliniklokaler end de, den afgående læge har, og kommunen har egnede lokaler.

Senest fire måneder før ophørsdatoen skal lægen endeligt bekræfte, at praksis ikke er blevet solgt/overtaget af en anden læge, og dermed ophører. Først da har regionen mulighed for at disponere over lægekapaciteten.

Region Midtjylland har siden 2015 fulgt en fast model for sikring af lægedækningen ved praksisophør, som opfylder bestemmelserne i Sundhedsloven og overenskomsten ift. den rækkefølge, som de forskellige instrumenter bringes i anvendelse. Modellen er illustreret i figur 2 nedenfor:





Figur 2 - Region Midtjyllands udbudsmodel

### Trin 1: Fordeling af patienter til områdets øvrige praksis

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

Selv om det er muligt for patienterne at blive tilmeldt eksisterende praksis, foretager regionen stadig en kortlægning og vurdering af lægedækningssituationen i det pågældende område. Kortlægningen skal blandt andet omfatte følgende forhold:

- Lægekapaciteten i området
- Patientgrundlaget 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 besluttes det, om området kan bære et ophør, eller om der eventuelt 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 nærhed og kontinuitet i lægedækningen.

### Trin 2: Sideløbende annoncering og udbud

Region Midtjylland disponerer som nævnt først over den ophørende praksis to måneder efter ophørsvarsel, hvis ophør bekræftes. Herfra har regionen fire måneder

til at sikre lægedækningen for de berørte borgere. Har det ikke vist sig muligt at sikre lægedækningen via virkemidlerne under Trin 1, iværksættes Trin 2, som består af hhv. Trin 2a: "Annoncering til læger på almindelige vilkår" og Trin 2b: "Udbud til private virksomheder på særlige vilkår". De to trin kører sideløbende.

*Trin 2a: Annoncering til læger på almindelige vilkår (forrang)*

Region Midtjylland annoncerer først og fremmest den ophørende praksis lægekapacitet til læger på almindelige overenskomstmæssige vilkår. Lægerne kan byde ind på lægekapaciteten og højeste bud vinder. Buddene starter ved 1,- kr. og på den måde sikrer regionen sig, at man afsætter lægekapaciteten til markedsprisen. Er der bud på annonceringen fra læger, annulleres det udbud, som kører sideløbende i Trin 2b.

*Trin 2b: Udbud til private virksomheder på særlige vilkår*

Sideløbende med, at den ophørende praksis annonceres som nævnt under Trin 2a, iværksættes der et udbud af drift af praksis målrettet private virksomheder. På den måde sikrer regionen, at der står en privat aktør klar til at drive lægepraksis, hvis det viser sig, at der ikke er læger, som er interesseret i at overtage praksis. Borgerne er sikret en lægevalgsmulighed, og regionen opfylder sin forsyningspligt.

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

- Der efterspørges en tilbudsgiver/virksomhed, som vil drive lægeklinik med udgangspunkt i overenskomstens bestemmelser, men mod en fast betaling pr. tilmeldt patient pr. år, i modsætning til ydelsesafregningen i overenskomsten.
- Leverandøren skal stadig leve op til kvalitetskravene i overenskomsten.
- Der skal tilstræbes kontinuitet i lægebemandingen i udbudspraksis, og derfor stilles der krav om, at lægebemandingen skal tilrettelægges således, at de tilmeldte patienter kan få et tilknytningsforhold til en eller flere faste læger i minimum 6 måneder ad gangen.
- Der kan stilles skærpede krav til klinikdriften, fx afstemning af medicinkort, og at man ikke lukker for patientoptag, før de overenskomstbestemte maksimale 2.700 patienter pr. lægekapacitet m.m.

Den tilbudsgiver, der vinder retten til at drive praksis, får besked på dette ca. otte uger før, klinikken skal være i drift. En eller flere læger kan godt byde ind på klinikdriften under udbudsmodellen, men under denne model vinder man blot retten til at drive klinikken i kontraktens længde (typisk 3-4 år), man kommer ikke til at eje lægekapaciteten, som det er tilfældet under 2a (overenskomstvilkår).

*Trin 3: Opstart af regionsklinik*

Hvis det ikke lykkes regionen at sikre lægedækningen via Trin 1 eller Trin 2, er Trin 3 at oprette en regionsklinik for at kunne leve op til regionens forsyningspligt. En regionsklinik drives af regionen med ansatte læger eller vikarer. Regionen må

maksimalt drive klinikken i op til seks år, hvorefter regionen skal forsøge at normalisere lægedækningen ved annoncering eller udbud, jf. Trin 2. Regionen kan altså kun etablere en regionsklinik, hvis det ikke er muligt at sikre klinikdriften via udbud, eller prisen på de tilbud regionen modtager er markant højere end den pris, regionen selv vil kunne drive klinikken for.

Med Sundhedslovens § 233 er der dog åbnet op for, at regionen kan undlade at udbyde klinikdriften, og i stedet vælge at etablere en regionsklinik, hvor der på forsøgsbasis eksperimenteres med praksisformen på forskellig vis. Tilladelse til forsøg under § 233 gives af Sundhedsministeriet, og tildeles kun i områder, hvor der er udfordringer med rekruttering til både primær og sekundær sektoren.

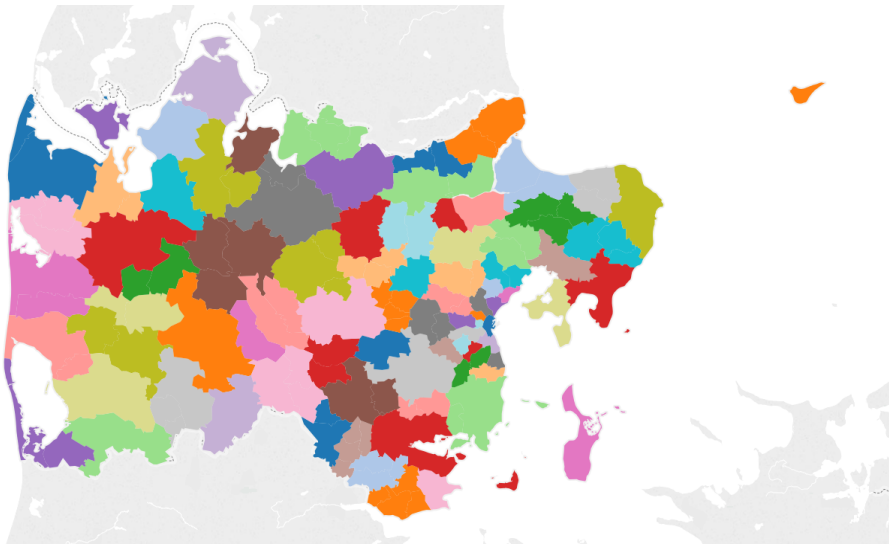
### **3 Kapacitetsstyring**

Kapacitetsstyring handler om at sikre, at regionen har det rette antal lægekapaciteter og at den enkelte lægekapacitet betjener det nødvendige antal patienter (patientkapacitet). Det er vigtigt for lægedækningen i Region Midtjylland, at de politiske beslutninger og den administrative praksis sigter mod at optimere kapacitetsstyringen, for borgernes skyld. Ansvarlig kapacitetsstyring er nemlig med til at sikre borgerne lægevalgsmuligheder.

Det er næppe muligt at gennemføre en kapacitetsstyring, der helt udelukker lægedækningsproblemer. Men ved aktiv anvendelse af regionens muligheder for at udvide og indskrænke lægekapaciteten og en stringent brug af de forskellige instrumenter, som påvirker patientkapaciteten generelt, er der gode muligheder for en fornuftig styring af kapaciteten på tværs af hele regionen.

De forskellige lægedækningsaktiviteter og instrumenter, som lovgivningen og overenskomsten giver mulighed for at bruge, skal bringes i anvendelse i kombination med hinanden på en sådan måde, at der er en entydig retning i den strategiske styring af lægedækningsområdet. For at dette kan lykkes, er det en fordel, at alle Region Midtjyllands aktiviteter i regi af Samarbejdsudvalg, Praksisplanudvalg, Stående Udvalg for Nære Sundhedstilbud og i de øvrige politiske og administrative udvalg er koordineret og samstemt.

For at skabe et overblik over, hvordan udbuddet af praktiserende lægers ydelser harmonerer med borgernes efterspørgsel efter de samme ydelser, har Region Midtjylland udarbejdet en kapacitetsdimensioneringsmodel. I regionens kapacitetsdimensioneringsmodel er regionen opdelt i 68 lægedækningsområder, som illustreret i figur 1 nedenfor.



Figur 1 – Lægedækningsområder

Hvert lægedækningsområde forsynes med to scores, hhv. en efterspørgsels- og udbudsscore, som er baseret på forskellige parametre, der tilkendegiver enten borgernes efterspørgsel efter alment medicinske ydelser, eller de praktiserende lægers udbud af samme i det givne område. Dermed kan områder med ubalance mellem udbud og efterspørgsel identificeres, og i de områder, hvor der er behov for at ændre kapaciteten, kan der arbejdes på enten at indskrænke eller udvide antallet af lægekapaciteter.

### 3.1 Lægedækningsproblemer

Lægedækningsproblemer kan være en følge af enten mangel på:

- patientkapacitet
- lægekapacitet

Begge problemer løses via kapacitetsstyring men efter forskellige regelsæt og med forskellige redskaber.

Mangel på patientkapacitet kan være et udtryk for, at lægekapaciteten i et nærmere angivet område ikke udnyttes fuldt ud. Mangel på patientkapacitet kan reguleres indenfor rammerne af Overenskomst om almen praksis, jf. afsnit 3.2.2.

Hvis det ikke er muligt at regulere patientkapaciteten via overenskomsten, kan en mangel på patientkapacitet udvikle sig til en egentlig mangel på lægekapacitet, altså behov for flere læger. Hvis en række praksis i et område f.eks. har fået tilladelse til at lukke for tilgang af patienter, kan det betyde, at der ikke er plads i de eksisterende praksis til nytillflyttere, til trods for, at antallet af lægekapaciteter i området egentlig burde være tilstrækkeligt til at dække behovet. I det tilfælde er der pludselig behov for flere læger (lægekapaciteter) til området, selv om de eksisterende burde kunne løfte opgaven. Lægekapacitet reguleres via Sundhedsloven, jf. afsnit 3.3.

### **3.2 Styring af patientkapacitet**

Patientkapaciteten styres i høj grad af de beslutninger, der træffes i Samarbejdsudvalget for almen praksis (SU). SU har i flere henseender kompetencen til at træffe beslutninger, der får betydning for udnyttelsen af patientkapaciteten i den enkelte lægepraksis.

Mangel på patientkapacitet kan ofte påvirkes ved få virkemidler, men det kræver, at der stilles skarpt på de evt. vilkår, der kan eller skal fastsættes i forbindelse med at SU giver tilladelser til diverse særordninger, se afsnit 3.2.2. Derfor må betydningen af samarbejdsudvalgets beslutninger ikke undervurderes i det samlede arbejde med lægedækning.

I de følgende afsnit beskrives de af overenskomstens særordninger, som SU kan give tilladelse til, hvilke vilkår, der kan eller skal fastsættes og hvordan de påvirker lægedækningen.

#### **3.2.1 Patientintervallet**

Inden de enkelte særordninger beskrives, er det væsentligt at forstå, indenfor hvilket interval man opererer, når man taler om patientkapacitet.

I overenskomsten fra 2018 kan en lægekapacitets patientinterval som hovedregel fastsættes til 1.550 – 2.700 tilmeldte, som beskrevet under afsnit 1.2.3. En lægekapacitet kan lukkes for tilgang ved 1.600 tilmeldte og der er ingen tvivl om, at man blandt praktiserende læger ofte stadig kan møde en opfattelse af, at normen for, hvor mange patienter en læge skal have tilmeldt dermed er 1.600.

Tidligere fremgik begrebet "normtal" i overenskomsten, men med overenskomsten fra 2011 udgik begrebet. Før 2011 var normtallet – som var fastsat til 1.600 patienter – et nøgletal i den årlige beregning af det antal læger, der var nødvendige for at dække behovet.

Fra og med overenskomsten fra 2011 afdækkes behovet for yderligere kapacitet i regionen ved den årlige lægedækningsberegning. I relation til arbejdet med lægedækning, kan beregningen være en ustabil indikator, idet den ikke tager højde for de ændringer (ex. ophør, sygdom mm.), der sker i løbet af året.

I dag er "normtal" ikke et udtryk, der anvendes i overenskomsten, og der er ingen angivelse af, hvor mange patienter en læge normalt kan forventes at have tilmeldt. Vi ønsker derfor at udfordre den antagelse, at det er "normen" at lukke for patienttilgang ved 1.600 patienter, idet den kan være med til at begrænse de muligheder, der er i overenskomsten.

At en læge har flere end 1.600 patienter er på ingen måde ensbetydende med, at lægen har *for mange* patienter, og det er væsentligt at have for øje, når SU behandler sager, hvori der fastsættes åbne-/lukkegrænser.

### **3.2.2 Særordninger**

Overenskomsten rummer flere muligheder for, at en lægepraksis kan indskrænke eller udvide sin patientkapacitet.

Der er tale om følgende særordninger hvis typiske formål er at aflaste en konkret læge eller en samlet lægepraksis:

1. Lukning af særlige grunde
2. Selektiv lukning
3. Ekstra ansat læge
4. Delepraksis
5. Generationsskifte

For samtlige særordninger gælder det, at der kan fastsættes vilkår i forbindelse med tilladelser.

Særordningerne kan som sagt få stor betydning for lægedækningen i et område, og det er derfor vigtigt, at SU skeler til den samlede lægedækningssituation, når der meddeles afslag eller tilladelser, og særligt når der fastsættes vilkår.

Administrationens indstillinger til SU beror på en konkret afvejning af lægedækningen i relation til kapaciteten i den pågældende og de omkringliggende lægepraksis, og anbefalingerne i de følgende afsnit er udarbejdet ud fra administrationens erfaring på området. Der vil i sagsfremstillinger fremover så vidt muligt blive henvist til det relevante afsnit i strategien.

I vurderingen af de konkrete ansøgninger er det naturligvis også væsentligt at holde for øje, at overenskomsten giver visse rettigheder, ligesom der er et politisk spillerum til at imødekomme ansøgninger, hvis der er særlig grunde, der taler for det.

#### **3.2.2.1 Lukning af særlige grunde**

Ifølge overenskomsten kan praksis ansøge SU om at lukke for patienttilgangen til praksis, selvom patientantallet ligger under 1.600 patienter pr. lægekapacitet. Lukning for patienttilgang under 1.600 er en væsentlig undtagelse, som kan medføre, at patientkapaciteten i et område sættes under pres.

En lukning for tilgang vil betyde en indskrænkning af borgernes lægevalg og vil i nogle tilfælde indebære en betydelig forringelse. Det bør derfor overvejes, om en tilladelse

til lukning er den rigtige løsning ved behov for aflastning hos en læge. Det står jo f.eks. lægen frit for at sikre sig aflastning ved hjælp af vikar.

For at sikre en ensartet sagsbehandling af læger i ensartede sager opstilles nogle hovedregler for tildeling af særlige åbne-/lukkegrænser, der benyttes som rettesnor ved behandling af ansøgninger, dog under hensyntagen til den enkelte situation.

- Nynedsatte læger kan som udgangspunkt få tilladelse til en åbne-/lukkegrænse på 1.400/1.450 i maksimalt 2 år fra nedsættelsestidspunktet.
- Læger der er fyldt 60 år kan som udgangspunkt få tilladelse til en åbne-/lukkegrænse på 1.400/1.450.
- Ved fagligt arbejde uden for praksis gives der kun tilladelse, hvis der er ekstra patientkapacitet i området, dog ikke lavere end 1.400/1.550. Tilladelsen ophører hvis forholdet ophører.
- Ved sygdom vil det afhænge af sygdommens karakter, hvor meget aflastning, der er behov for. Hvis behovet overskrider en åbne-/lukkegrænse på 1.450/1.500 og skal vare i mere end 1 år, kan lægen tilskyndes til en anden form for aflastning (f.eks. vikar).
- Søges der af andre grunde, kan det overvejes at give tidsbegrænset tilladelse i op til et år med åbne-/lukkegrænser på 1.400/1.450.

Nedsat patientantal i en kortere periode i forbindelse med ny-nedsatte eller ældre praktiserende læger er udbredt i Region Midtjylland og bør fortsat anvendes som et rekrutterings- og fastholdelsesinstrument. Det er særligt væsentligt, at perioden for ny-nedsatte læger tidsbegrænses, da de efter et stykke tid må forventes at kunne passe det samme antal patienter som øvrige erfarne læger.

### *3.2.2.2 Selektiv lukning*

Hvis lukning for patienttilgang af særlige grunde må anses for at forringe borgernes valgmulighed urimeligt, kan SU give tilladelse til selektiv lukning. Det vil sige, at patienter fra et nærmere defineret geografisk område (typisk postnummer), og/eller patienter der flytter til området, fortsat kan tilmeldes praksis. En selektiv lukning betyder imidlertid, at borgerne ikke stilles lige i forhold til lægevalg. Selektiv lukning betragtes derfor ikke som en optimal løsning på lægedækningsproblemer. Da selektiv lukning er en kortsigtet løsning, og lægedækning en dynamisk størrelse, bør tilladelser til selektiv lukning begrænses til 1 år, hvorefter lægedækningsituationen kan vurderes på ny.

Der kan være områder, hvor alle praksis er lukket for tilgang og regionen har svært ved at udvide kapaciteten. Når en lukning for tilgang af særlige grunde tvinger borgerne til at vælge læge mere end 15 km fra bopælen, bør muligheden for selektiv lukning overvejes. Denne type selektiv lukning tidsbegrænses også til et år, da der

sideløbende bør arbejdes for en mere langsigtet løsning, typisk en udvidelse af kapaciteten.

Da en praksis kan falde i patienttal til trods for selektiv lukning, fastsættes der en åbnegrænse, hvor den pågældende praksis åbnes på normal vis af hensyn til borgernes frie lægevalg.

### *3.2.2.3 Ekstra ansat læge*

En lægepraksis der stiller sin arbejdskraft til rådighed ved siden af arbejdet i praksis, kan søge SU om tilladelse til at ansætte en ekstra læge. Ordningen er en mulighed, ikke en ret.

Inden der gives tilladelse til ekstra ansat læge, bør det altid overvejes, om der er andre muligheder for at yde aflastning, eksempelvis ved anvendelse af vikar. Dette begrundet i hensynet til en fornuftig anvendelse af regionens lægekapaciteter.

En ekstra ansat læge påvirker ikke antallet af registrerede lægekapaciteter i en lægepraksis og patientintervallet er derfor uændret.

Alene af den grund bør der ikke fastsættes åbne-/lukkegrænser medmindre særlige forhold tilsiger det, eller praksis tilkendegiver et ønske herom.

En tilladelse bør altid tidsbegrænses eller ophøre, når det/de forhold der begrundede tilladelsen ophører.

Muligheden for en ekstra ansat læge minder på mange måder om en delepraksis. Praksis får - udover de lægekapaciteter der er i praksis - mulighed for at tilknytte yderligere en speciallæge i almen medicin.

En tilladelse til ekstra ansat læge kan være et fornuftigt alternativ til delepraksis i situationer, hvor der ikke er et langvarigt behov for at aflaste en konkret person. Derudover kan ordningen med fordel anvendes midlertidigt i områder, hvor antallet af lægekapaciteter ikke fuldt ud imødekommer efterspørgslen.

Tilladelse til ekstra ansat læge er en meget fleksibel bestemmelse, der både kan gives med meget brede rammer, men også kan indsnævres i det omfang SU finder det relevant.

### *3.2.2.4 Delepraksis*

Delepraksis vil sige, at der gives tilladelse til at optage en ekstra læge i praksis i forhold til eksisterende lægekapaciteter. Dette er en mulighed, der er reguleret i overenskomsten, for praktiserende læger med behov for nedsat arbejdsmængde.



Der sondres mellem delepraksis i lægedækningstruede områder og i områder, der ikke er lægedækningstruede.

I områder, der af regionen er udpeget som lægedækningstruede, er delepraksis en rettighed, som praksis kan tage i anvendelse i op til 6 år, uden forudgående tilladelse fra SU.

Er praksis ikke beliggende i et af regionen udpeget lægedækningstruet område, skal praksis søge SU om tilladelse til delepraksis. Tilladelse til delepraksis meddeles, hvor den praktiserende læge på grund af kronisk sygdom eller alvorlig sygdom i nær familie har brug for aflastning.

Derudover *kan* SU give tilladelse til delepraksis, hvis den praktiserende læge stiller sin arbejdskraft til rådighed for andre faglige funktioner så som undervisning, konsulentarbejde eller fagpolitisk arbejde i minimum 10 timer pr. uge. Tilladelse til etablering af delepraksis er en personlig ordning som bortfalder, når lægen udtræder af praksis, eller forholdene der begrundede tilladelsen bortfalder.

Inden der gives tilladelse til delepraksis begrundet i andre faglige funktioner, bør det altid overvejes, om der er andre muligheder for at yde aflastning, eksempelvis ved anvendelse af vikar. Dette begrundet i hensynet til en fornuftig anvendelse af regionens lægekapaciteter.

I relation til sikring af lægedækningen, er det væsentligt, at SU i sin behandling af ansøgninger om delepraksis retter særligt fokus mod åbne-/lukkegrænser, da regionen ønsker, at lægeressourcerne udnyttes fuldt ud.

Overenskomsten giver SU mulighed for at fastsætte en minimumsgrænse (åbnegrænse) for patientkapaciteten, som den pågældende delepraksis forpligtiger sig til at tilbyde. Er området lægedækningstruet eller på anden måde udfordret mht. lægekapacitet, kan det være hensigtsmæssigt at fastsætte så høj en minimumsgrænse som muligt, dog under hensyn til, at den pågældende praksis opnår den aflastning, som er formålet med delepraksis.

Ligeledes er det muligt for SU at fastsætte en lukkegrænse. Overenskomsten indeholder ikke et krav om, at der skal fastsættes en lukkegrænse. Derimod anfører overenskomsten, at en pålagt lukkegrænse skal kunne begrundes i hensynet til de omkringliggende praksis i områder, hvor der ikke mangler kapacitet. Det vil sige, at SU udelukkende i et område med høj ekstra kapacitet, må fastsætte en lukkegrænse. I områder med lav ekstra kapacitet, er der ikke grundlag for en lukkegrænse. Almindeligvis vil det ikke være i regionens interesse at pålægge lukkegrænser.

Eksisterende delepraksis har mulighed for at ansøge SU om ændring af pålagt lukkegrænse. Ved sådanne ansøgninger vil de samme betragtninger om åbne-/lukkegrænser gøre sig gældende som ved en nyetablering af delepraksis.

#### *3.2.2.5 Generationsskifteaftaler*

SU kan give en praksis tilladelse til en generationsskifteaftale, som giver en praktiserende læge ret til at ansætte en speciallæge i almen medicin med henblik på praksisoverdragelse. Efter seks måneder skal lægerne indgå i kompagniskabspraksis i en varighed på op til fem år, hvorefter der sker fuldstændig overdragelse samtidig med, at den overdragende praktiserende læge ophører i praksis.

Generationsskifteaftaler er ikke så udbredt i Region Midtjylland, og regionen modtager relativt få ansøgninger. I forhold til en effektiv kapacitetsudnyttelse er det dog relevant i forbindelse med en tilladelse at overveje eventuelle begrænsninger til tilladelsen. Det kunne eksempelvis være at gøre overgangsperioden kortere end de maksimale 5 år.

### **3.3 Styring af lægekapacitet**

Almen praksis er et liberalt erhverv og traditionelt set har lægedækningen været sikret via køb og salg af lægekapaciteter, uden nævneværdig indblanding fra regionen.

Den enkelte læge vælger selv, i hvilket område denne vil erhverve sig en praksis. Det kan betyde, at der er områder i regionen, hvor der ikke er tilstrækkeligt med læger, som ønsker at nedsætte sig i praksis. Denne observation er i overensstemmelse med en national tendens, som beskrives i rapporten fra regeringens lægedækningsudvalg (Lægedækning i hele Danmark 2017).

I modsætning til den direkte styringsbeføjelse, som regionen har i sekundærsektoren, foregår en del af styringen i praksissektoren via de forskellige instrumenter, som har indflydelse på omsætningen af lægekapaciteter i et givent område.

I Region Midtjylland foregår styring på lægedækningsområdet ud fra en antagelse om, at regionen kan påvirke, hvor lægerne søger hen, ved at regulere i mulighederne for, hvor lægerne kan få ansættelser eller erhverve sig en lægekapacitet. Dette kræver en aktiv anvendelse af regionens muligheder for at indskrænke og udvide kapaciteten i forskellige områder, ligesom det forudsætter stringens i brugen af de forskellige instrumenter, som påvirker kapaciteten i den ene eller den anden retning.

Der er flere årsager til, at lægekapaciteten kan være udfordret i et bestemt område. I Region Midtjylland arbejder vi bl.a. med de to begreber "områdeproblematikker" og "markedsproblematikker".

### 3.3.1 Områdeproblematikker

Ligesom det sker generelt i det danske samfund, opleves urbanisering også i Region Midtjylland, hvor regionens byer bliver større samtidig med, at andre dele af regionen fraflyttes, typisk øer eller udkantsområder. Denne udvikling skal ses i sammenhæng med, at de områder der fraflyttes, ofte har lange afstande til beskæftigelses-, sundheds- og uddannelses tilbud. Denne tendens har også indvirkning på lægedækningen, fordi mange unge læger allerede har bosat sig i regionens større byer og ikke ønsker at flytte til yderområderne.

Udkantsområderne er i et lægedækningsperspektiv ofte udfordrede, da en række forhold gør, at de praktiserende læger kan opfatte udkantsområderne som mindre attraktive at drive praksis i. Sådanne forhold omfatter bl.a., men er ikke begrænset til:

- *Afstand* til andre ydere i primærsektoren (kolleger og andre speciallæger) og til behandlingsmulighederne i sekundærsektoren.
- *Behandlingskapacitet*: De lange afstande gør, at lægerne i udkantsområder er mere tilbøjelige til at påtage sig flere opgaver, end det er tilfældet for almen praksis i mere tætbefolkede områder.
- *Patientpopulation*: Er ofte karakteriseret ved et mere komplekst sygdomsbillede med eksempelvis flere kronikere, ældre medicinske patienter, multisyge eller polyfarmacipatienter (patienter, som får mindst fem forskellige slags medicin på samme tid).

Det hører dog med til det samlede billede, at der også er karakteristika ved disse områder, som rent faktisk kan virke tiltrækkende på lægerne, f.eks. at det er en faglig varieret hverdag, og at man rent faktisk får brugt alle sine kompetencer som speciallæge i almen medicin.

### 3.3.2 Markedsproblematikker

Inden for de senere år opleves der i tiltagende grad lægedækningsproblemer i Region Midtjyllands større byer, hvor generationsskiftene ikke forløber uproblematisk, og hvor der opleves udfordringer med at udvide lægekapaciteten således, at den svarer til tilflytning til byerne. Udfordringer forbundet med generationsskifte er bl.a.:

- *Økonomi*: Ulige forventninger mellem køber og sælger til prisen på ydernumrene.
- *Praksissammensætningen*: De fleste af de yngre læger foretrækker at nedsætte sig i praksisfællesskaber, mens de afgangslæger oftere er sololæger. Der er eksempler på, at flere yngre læger har købt hvert sin solopraksis i det samme område fra en ældre læge, for så at slå disse sammen i et fællesskab i en ny praksis. Sådanne tilfælde viser, at et hensigtsmæssigt generationsskifte kan være afhængig af timing, tilfældigheder og at de rette personer bringes i kontakt på det rette tidspunkt.

- Det kan også være lokaleforhold, placering eller andre forhold, der gør en praksis mindre attraktiv, og dermed forhindrer, at "markedet" selv sikrer generationsskifte.
- Manglende interesse i at udvide eksisterende praksis. Hvis de etablerede praksis i en af de større byer ikke er interesseret i at aftage en ekstra lægekapacitet fra regionen, er det vanskeligt for regionen at udvide lægekapaciteten tilstrækkeligt til at matche befolkningstilvæksten. "Markedet" kan altså ikke sikre den rette tilpasning af lægekapacitet og patientkapacitet.

### 3.3.3 Styringsredskaber

I tilfælde af, at en lægepraksis ophører, uden at der er en køber/aftager, regulerer Sundhedslovens § 227 regionernes muligheder for at sikre patienterne et fremtidigt, alment lægeligt tilbud. Region Midtjylland har opstillet en model for håndtering af sådanne praksisophør, som beskrevet i kapitel 2.

Ud over håndtering af akutte situationer (kort sigt), anviser Sundhedsloven ligeledes, hvordan regionerne kan udvide eller flytte lægekapaciteten i forbindelse med praksisplanlægningen. Det fremgår således:

- Ydernumre (lægekapaciteter), som regionen har fået indleveret eller oprettet, kan sælges til speciallæger i almen medicin, som ønsker at drive praksis på almindelige overenskomstmæssige vilkår.
- Regionen giver tilladelser til flytning af praksis, medmindre det er i strid med eller ændrer forudsætningerne for praksisplanen.

#### 3.3.3.1 Kapacitetsudvidelse

Hvis der opstår behov for at udvide patientkapaciteten i et område, typisk hvis der har været stor befolkningstilvækst, kan det gøres ved at oprette nye lægekapaciteter. Disse annonceres til eksisterende lægepraksis eller læger, der ønsker at starte ny praksis i området. Der er her tale om såkaldte "0-ydernumre", hvor der ikke på forhånd er tilknyttet patienter, og disse sælges til markedsprisen, som fastsættes via en budprocedure.

Udvidelse af kapacitet via oprettelse af 0-ydernumre vil typisk ske ved, at en eksisterende praksis byder på og udvider med den ekstra lægekapacitet. Samtidig åbnes praksis tilsvarende op for ekstra patienter. Det sker dog også, at en helt ny læge starter praksis op uden på forhånd tilmeldte patienter.

#### *Udvidet annoncering af lægekapaciteter med lokaler og udstyr*

Hvis det eksisterende marked, bestående af praktiserende læger i et område, ikke kan forestå en kapacitetsudvidelse, og omstændighederne i øvrigt taler for det, kan det være hensigtsmæssigt at gøre det mere attraktivt for en ny læge at starte praksis i området. En udvidet annoncering kan indeholde mulighed for at leje kliniklokaler af kommunen eller regionen samt mulighed for at lease klinikudstyr af regionen til

markedspris. Der kan være tale om kommunalt eller regionalt ejede lokaler eller lokaler, som lejes hos en privat udlejer og derefter videreudlejes til lægen. Dermed opnås følgende fordele:

- En nystartet læge undgår investeringer i lokaler og udstyr i opstarten af klinikken, hvor der som udgangspunkt kun er få patienter tilmeldt og dermed beskeden indtjening.
- Ved at leje kliniklokaler af kommunen/regionen er lægen ikke bundet i et langvarigt erhvervslejemål.
- Den private udlejer har garanti fra kommunen/regionen for lejeindtægterne, og dermed opnås en billigere husleje.
- Lægen har fleksibilitet til at kunne komme ud af arrangementet med overenskomstens påkrævede 6 måneders varsel.
- Regionen kan binde lægekapaciteten til de indrettede kliniklokaler og i tilfælde af, at lægen ønsker at stoppe, forsøge at afsætte klinikken ved at sælge til en ny læge, udbyde driften eller i sidste ende drive den som regionsklinik. I alle tilfælde fortsætter den nye praksis, og den påkrævede kapacitetsudvidelse er opnået.
- Kommunen får mulighed for at påtage sig en aktiv rolle i den lokale lægedækning, hvilket ofte er et ønske fra de berørte kommuner, til trods for, at lægedækningen og forsyningspligten er regionens ansvar.

Ovenstående model kan tilbydes inden for rammerne af Sundhedsloven og reglerne for statsstøtte, da der ikke er tale om individuel driftsstøtte, men at lægen betaler markedslejen. Det er i den forbindelse væsentligt at understrege, at lægen betaler den fulde husleje svarende til, hvad kommunen eller regionen betaler i det private lejemål.

Eftersom almen praksis er et liberalt erhverv, vil Region Midtjylland altid forsøge at få markedet til at løse lægedækningsudfordringer og dermed som udgangspunkt forsøge at minimere, og helst undgå, regional involvering i praksisopstart og drift, i form af lokaler og udstyr.

### *3.3.3.2 Flytning af lægekapacitet*

Hvis en lægepraksis ønsker at overtage en lægekapacitet fra en anden lægepraksis, eller en eksisterende praksis ønsker at flytte til en ny adresse, skal praksis søge regionen om tilladelse til dette, da en flytning kan ændre lægedækningssituationen i både det område der flyttes til og fra. Det er altså væsentligt, at flytning af lægekapaciteter styres nøje af regionen.

I henhold til Sundhedsloven, skal regionsrådet meddele tilladelse til flytning af lægepraksis, medmindre flytningen er i strid med eller ændrer forudsætningerne for Praksisplanen.

Af Praksisplanen fremgår det, at

*"...det er et mål for Praksisplanudvalget, at alle borgere i Region Midtjylland kan tilmeldes en praksis i nærhed af deres bopæl, som lægebetjenes kontinuerligt af speciallæger i almen medicin" og "... at både nærhed og kontinuitet opnås i lægedækningen, men hvor begge hensyn ikke kan imødekommes samtidig, prioriteres kontinuitet højere end nærhed til bopæl".*

Et ønske om en praksisflytning kræver en konkret vurdering af en række forhold, der berører både borgerne og praksis, og dermed lægedækningen i de konkrete områder. I Region Midtjylland er det vedtaget, at der ved flytning af praksis bør lægges vægt på først og fremmest et borgerperspektiv, men også et praksisperspektiv<sup>3</sup>.

Set fra et borgerperspektiv er det væsentligt, at følgende kriterier er opfyldt:

- At praksisflytningen ikke forringer lægedækningen i det område, der fraflyttes eller resulterer i en u hensigtsmæssig kapacitetsudnyttelse i det lægedækningsområde, der tilflyttes.
- At borgernes lægevalgsmuligheder ikke forringes.
- At der er nærhed og kontinuitet i lægedækningen.
- At de tilmeldte borgere har mulighed for at flytte med praksis.
- At der tages hensyn til befolkningsudviklingen i området.

### *3.3.3.3 Kapacitetsindskrænkning*

Region Midtjylland har også mulighed for at foretage kapacitetsindskrænkelse og reducere antallet af lægekapaciteter i et område. Det kan regionen gøre i de tilfælde, hvor der ikke er behov for den eksisterende lægekapacitet, eksempelvis hvis der har været stor fraflytning fra området. Ved at mindske antallet af lægekapaciteter i et område, som er overdimensioneret, sikres det at kapaciteten ikke bliver besat af en læge. Den pågældende læge må nedsætte sig i praksis i et andet område, hvor der er større behov for at have en praktiserende læge, og dermed optimeres kapacitetsfordelingen.

Regionen har grundlæggende to muligheder for at indskrænke kapaciteten i et område; enten via tilbagetrækning af ubesatte lægekapaciteter i praksis eller ved køb af ubesatte lægekapaciteter fra praktiserende læger.

#### *A. Tilbagetrækning af ubesatte lægekapaciteter placeret i praksis*

I de tilfælde, hvor en praksis råder over en ubesat lægekapacitet, typisk som følge af en kompagnons udtræden, har praksis jf. overenskomstens ét år til at besætte lægekapaciteten med en navngiven læge. Der er i Region Midtjylland udarbejdet en

---

<sup>3</sup> Se "Region Midtjyllands kriterier for flytning af lægekapaciteter"

procedure for regionens behandling af ansøgninger om forlængelse af ubesatte lægekapaciteter (også omtalt som "ledige ydernumre").

- Retten til at disponere over en ubesat lægekapacitet forlænges i udgangspunktet kun for en periode på 1 år ad gangen.
- Forlængelse af retten til at disponere den ubesatte lægekapacitet kræver, at den ekstra kapacitet repræsenterer en patientvolumen, som svarer til minimum en halv kapacitet (+800 patienter). Derudover forpligter praksis sig til – som minimum – at holde åbent for tilgang, for 1.600 patienter pr. lægekapacitet.
- Forlængelse af retten til at disponere over den ubesatte lægekapacitet i yderligere 1 år sker desuden under hensynstagen til bl.a. følgende forhold:
  1. Lav ekstrakapacitet i området, hvilket betyder, at der er risiko for, at området snarligt bliver lægedækningstruet
  2. Høj gennemsnitsalder blandt lægerne i området
  3. Stor afstand til de omkringliggende praksis
  4. En praksisstruktur i området kendetegnet ved mange solopraksis
  5. Sygdomsbyrden
  6. Flere praksis i området har tilkendegivet, at de planlægger ophør inden for det kommende år
  7. Andre forhold, fx historik i forhold til afsættelse af ydernumre osv.

I det tilfælde hvor en ubesat lægekapacitet repræsenterer mindre end en halv kapacitet (-800 patienter) er udgangspunktet, at retten til at disponere over lægekapaciteten ikke forlænges. En sådan tilbagetrækning af lægekapacitet kan medføre behov for at sikre borgerne andre lægevalgsmuligheder, og forlænges retten til at beholde lægekapaciteten ikke, foretages derfor en konkret vurdering af, hvorvidt lægekapaciteten skal annonceres til de øvrige praksis i området med henblik på fortsat at sikre lægedækningen.

#### *B. Køb af lægekapaciteter (ydernumre)*

Region Midtjylland har, jf. Sundhedslovens § 227, stk. 2, ligeledes mulighed for at opkøbe lægekapaciteter (ydernumre) hvis region og læge kan blive enige om en handel. Formålet er i det tilfælde at sikre, at en lægekapacitet fjernes fra et område, hvor der ikke er behov for denne, rent patientkapacitetsmæssigt. Hvis lægekapaciteten fastholdes i området, og der kommer en ny læge og besætter lægekapaciteten, kan det i værste fald betyde, at der er en betydelig overkapacitet, både læge- og patientmæssigt, og regionen udnytter dermed ikke sine tilgængelige lægekapaciteter optimalt.

Region Midtjylland har endnu ikke opkøbt ubesatte lægekapaciteter, og en aktiv anvendelse af denne mulighed vil forudsætte en konkret politisk beslutning.

## 4 Langsigtede og strukturelle løsninger

Instrumenterne og processerne i afsnit 2 og 3 beskriver Region Midtjyllands håndtering af lægedækningsudfordringer på kort- og mellemlang sigte i forbindelse med praksisophør og den daglige administration af kapaciteten på området. Det er en helt central del af arbejdet med at sikre lægedækningen i regionen, at der er en klar linje i håndtering af disse sager mellem de forskellige politiske fora og administrativt, og med denne reviderede strategi er det sikret, at der er et klart administrationsgrundlag at forholde sig til, som ligger inden for både lovgivningens og overenskomstens rammer.

Men ud over at håndtere den daglige drift arbejder regionen naturligvis også på at sikre den fremtidige rekruttering til almen praksis med mere langsigtede indsatser. Dette sker i tæt samarbejde med PLO-Midtjylland, de kommende almen medicinere, organiseret i FYAM (Forum for Yngre Almen Medicinere) og kommunerne. Disse parter koordinerer indsatsen i Lægedæknings- og rekrutteringsudvalget, som er et underudvalg under Praksisplanudvalget, hvor også uddannelsessiden er repræsenteret ved uddannelseskoordinator.

Region Midtjylland koncentrerer sin indsats for at sikre lægedækning i de områder af regionen, hvor udfordringerne er størst, i de lægedækningstruede områder. Det er således også vigtigt at holde sig for øje, at i langt de fleste områder af regionen, kan lægedækningen sikres ved, at markedet selv regulerer køb og salg af lægeklinikkerne og lægekapaciteterne. Som udgangspunkt ønsker Region Midtjylland at intervenere så lidt som muligt i markedet, og vil kun undtagelsesvis gå ind i projekter i områder, hvor det er nemt at rekruttere.

Nogle initiativer kan imidlertid være med til, helt generelt, at fremme rekrutteringen til specialet, hvilket selvfølgelig vil få en positiv indvirkning for lægedækningen i hele regionen.

### 4.1 Problemkategorier

For at skabe struktur i tilgangen til problemerne omkring rekruttering til almen praksis har Region Midtjylland, sammen med ovenstående aktører, kategoriseret de problematikker, som er årsagerne til, at lægedækningen er udfordret i visse egne af regionen. Inden for hver kategori er koblet en række initiativer og løsningsforslag, som på sigt vil kunne afhjælpe problemerne – se Tabel 1. Løsningsforslagene er opsamlet i en "idébank" med input fra alle parter, ligesom forslag fra regeringens nationale lægedækningsudvalg er indarbejdet.

Oversigten er ikke fyldestgørende og er dynamisk på den måde, at der hele tiden kan indarbejdes nye løsningsforslag, ligesom nyopståede problematikker sandsynligvis vil kunne rummes under de fem kategorier som er:



1. Områdeproblematikker
2. Belastning af lægerne
3. Rekruttering til specialet (speciallæge i almen medicin)
4. Almen praksis struktur
5. Uddannelsesstruktur

Tabel 1 – Problemstillinger og udvalg af løsninger inden for lægedækning i almen praksis

| Problemstilling   | Uddybning   | Mulige løsninger  |
|---|---|---|
| 1. Område-problematikker generelt<br>(Landsdækkende tendens til at befolkningen søger mod byerne og landbefolkning ældes) | De unge flytter fra yderområderne for at studere og vender ikke tilbage.<br>Mangel på jobs til højtuddannede (ægtefællejob). Manglende infrastruktur (Internet).<br>Imageproblemer? Skoler og daginstitutioner. Kulturelle tilbud.<br>Kan også være særligt belastede byområder.  | Aktivt promovere områderne specifikt og generelt. Aflive myter og fordomme. "Branding". Vende det negative til noget positivt – "det gode liv på landet". Business Case på lægelivet i udkanten. Sikre at der rettes op, hvor der faktisk er problemer (f.eks. infrastruktur).  |
| 2. Ekstra belastning af Praktiserende Læger i udkantsområderne  | Aldrende befolkning. Tungere patientgruppe. Sværere at skaffe vikarhjælp. Længere til andre speciallæger, så man må klare mere selv. Længere mellem lægerne og dermed mindre mulighed for vagtring/fridage. Større vagtbelastning. Større risiko for at blive "alene" i et område, hvis en kollega stopper. Vanskeligere at få faglige sparring.  | Aflastning af almen praksis generelt og specifikt i udkants/lægedækningstruede områder. Klynge-samarbejdet og kollektivt, forpligtende ansvar for at hjælpe hinanden.<br>"Hjælpe" patienterne med kun at henvende sig hvis nødvendigt. Kun lægefaglig indsats, ellers mere brug af praksispersonale. Lempe vagtforpligtelsen. Ændre honorarstrukturen efter patienttyngde                                     |
| 3. Manglende rekruttering til specialet<br>(Speciallæge i almen medicin)  | Er det ikke attraktivt at blive praktiserende læge? Har specialet et imageproblem? Er der fordomme om livet som praktiserende læge, som ikke holder? Taler man specialet ned, ved at fokusere på problemer? Giver det udfordringer at skulle være selvstændig med ansvar for klinik, personale mv.? Kan virkeligheden leve op til de unge lægers forventninger? (Løn, arbejdsforhold mv.). Står det | Tale specialet op. Fokusere på positive sider. Fortælle de gode historier. Fokusere på det attraktive i at være praktiserende læge. Fokusere på de unge lægers krav og forventninger og sikre forventningsafstemning. Hjælpe de unge læger i gang, og mindske den økonomiske risiko ved at gå ind i almen praksis. Forsikre lægerne om hvor vigtig en rolle almen praksis spiller i fremtidens sundhedsvæsen. |

| Problemstilling  | Uddybning  | Mulige løsninger   |
|--|--|--|
|  | klart hvilken rolle almen praksis skal spille i fremtidens sundhedssystem?   | Fastholdelse af lægerne.   |
| 4. Almen Praksis (og Sundhedsvæsenets) fremtidige struktur | Opgaveglidning fra hospitalerne til almen praksis. Centralisering, få store, specialiserede sygehuse giver længere afstand. Hurtigere udskrivning fra sygehuse betyder mere plejkrævende patienter i eget hjem og større behov for koordinering.<br>Er den nuværende praksisstruktur den mest hensigtsmæssige til at løse fremtidens udfordringer? | Endnu tættere kommunalt samarbejde med almen praksis. Patienthoteller og akutpladser. Sundheds- eller lægehuse, hvor flere læger samles, så det er muligt at påtage sig de nye opgaver. Opgaveglidning væk fra almen praksis, i takt med at der kommer opgaver fra hospitalerne?<br>Forsøg med regionsklinik i områder, hvor det ikke er muligt at rekruttere. |
| 5. Uddannelsesmæssige aspekter/struktur                    | For få uddannes i udkantsområderne, så de oplever ikke hvor givende lægelivet på landet er. Strukturen på området gør, at lægerne har slået sig ned geografisk, når de er færdiguddannede, og derfor ikke er tilstrækkeligt mobile.  | Justere uddannelsen og udbuddet af uddannelsespladser. Gøre uddannelsespladser i udkanten mere attraktive.   |

## 4.2 Det politiske spillerum

Hvor hovedparten af de tiltag, der er beskrevet i kapitel 2 og 3, har karakter af rent driftsmæssige procedurer, f.eks. håndtering af et praksisophør, hvor administrationen er nødt til at kunne handle efter på forhånd fastlagte procedurer, så er der større politisk råderum i beslutninger om, hvor kræfterne skal lægges i lægedækningsinitiativer på den lange bane.

Flere af de initiativer, der ligger i idébanken, er kendetegnet ved, at der er forskellige politiske tilgange til graden af regional involvering i løsningerne. Afhængig af politisk ståsted kan man anskue almen praksis, der jo består af selvstændige private virksomheder, og vurdere i hvor høj grad regionen skal understøtte strukturudviklingen eller lade sektoren selv om at udvikle og sikre den nødvendige tilpasning.

Fælles for tilgangen til initiativerne er naturligvis, at regionen skal holde sig inden for de lovgivningsmæssige rammer, samt overenskomstens aftaler, i den rækkefølge. Således har kammeradvokaten på et møde i Danske Regioner den 11. maj 2017 slået

endegyldigt fast, at der ikke er hjemmel i sundhedsloven til at yde direkte eller indirekte driftsstøtte til alment praktiserende læger. Hvis ikke regionerne kan leve op til forsyningspligten ved brug af almen praksis, som honoreres efter overenskomsten, er regionerne forpligtet til at forsøge at opfylde forsyningspligten ved udbud eller etablering af regionsklinik (se desuden afsnit 2.). Hvor der tidligere er blevet brugt forskellige løsninger med at udbetale engangsbeløb eller varige tilskud til f.eks. vikar, hvis det var svært at tiltrække eller fastholde læger, er denne mulighed nu, med sundhedslovsændringen, der trådte i kraft i 2014, definitivt udelukket. Kun hvis regionen indgår en lokal aftale med PLO om at lægerne skal levere en særlig ydelse, *ud over forpligtelsen i overenskomsten*, kan der blive tale om en ekstra honorarudbetaling. Hvis regionen på denne måde køber en ekstra ydelse af lægerne, skal regionen sikre sig, at honoreringen for ydelsen er fastsat på et sagligt grundlag, så regionen ikke betaler for meget for ydelsen og dermed indirekte kommer til at yde driftsstøtte til lægerne.

Det er vigtig at foretage denne juridiske vurdering, når regionen skal tage stilling til forslag, som sigter på at forbedre rekrutteringen inden for almen praksis.

Som eksempel på et område, hvor regionen kan beslutte at investere i den fremtidige lægedækning, og altså prioritere politisk, kan nævnes etablering af sundheds- og lægehuse. Regionen kan sandsynligvis gøre det mere attraktivt at slå sig ned som praktiserende læge i lægedækningstruede områder, hvis regionen stiller moderne kliniklokaler til rådighed. Flere læger gør opmærksom på, at det er nemmere at sikre generationsskifte, hvis kliniklokalerne er moderne og attraktive, og den nye læge kan leje i stedet for at eje. Både regionen og regeringen har tidligere tilkendegivet, at man gerne ser en tilpasning af praksisstrukturen, så almen praksis fremover i højere grad består af større lægehuse med flere læger, end deciderede solopraksis, idet større praksis har bedre muligheder for at benytte hjælpepersonale og er mindre sårbare ved sygdom, ferie og andet fravær. Desuden tilkendegiver de yngre læger, ifølge medlemsundersøgelse fra FYAM, at de vil foretrække at arbejde i større klinikfællesskaber med mulighed for faglig sparring.

Ønsker regionen i større grad at satse på denne løsningsmodel, kræver det vilje til at investere i etablering af lægeklinikker/sundhedshuse, hvorfra almen praksis kan drives, og dermed skal der afsættes midler til at investere i "mursten". Der er i nogle tilfælde også muligheder for statslig støtte til denne omlægning.

Samtidig er det væsentligt at understrege, at selv hvis der afsættes statslige midler, og regionen investerer i lægehuse eller udstyr, så *skal* disse udlejes på markedsvilkår, ifølge sundhedsloven. Regionen kan altså politisk beslutte at hjælpe med at udvikle og påvirke praksisstrukturen, og i nogle tilfælde foretage investeringen, men lægerne får ikke billigere eller gratis husleje ud af det. Det kræver en konstant forventningsafstemning med sektoren.

Der er et stort politisk råderum for at påvirke, i hvilken retning regionen ønsker at arbejde med lægedækningen på den lange bane.

Nogle af de løsningsmodeller, der optræder i idékataloget er naturligvis mindre omfattende og mere praktiske løsninger, som i mindre grad kræver politiske beslutninger at igangsætte. Der er en balance mellem disse mindre omfattende initiativer til håndtering af rekrutteringstiltag, det kunne være "branding" møder i udvalgte kommuner, eller andre promovringstiltag i lægedækningstruede områder, som regionen deltager i og måske medfinansierer, og så initiativer, som kræver politisk bearbejdelse og godkendelse, f.eks. større investeringer i kliniklokaler eller forsøg med regionsklinik. Hvor initiativer i den første kategori vil indgå i den daglige administration af området, vil tiltag i den anden kategori skulle igennem den politiske beslutningsproces.

Region Midtjylland vil også i årene fremover skulle forholde sig til rekruttering og fastholdelse af de alment praktiserende læger, og der vil opstå situationer, hvor regionen kan blive tvunget til at iværksætte alternative tilbud til borgerne, for at sikre nærhed i sundhedstilbuddene.

Med nærværende strategi er der skabt et solidt grundlag for at sikre en ensartet og hensigtsmæssig styring af området, så regionens eksisterende lægekapacitet udnyttes bedst muligt, ud fra et borgerperspektiv, samt en platform for at arbejde videre på de store linjer for fremtidens almene praksis, der uden tvivl kommer til at spille en væsentlig rolle i de borgernære sundhedstilbud.