

Koncern Praksis

Kapacitetsplan for speciallægepraksis Maj 2012

REGION

Resumé	5
Indledning	5
Forslag til ændringer i kapaciteten	5
1. Baggrund og forudsætninger for udarbejdelse af kapacitetsplan for speciallægepraksis	11
2. Planens grundlag og opbygning	12
2.1. Grundlag for planen	12
2.2. Disponering af planen	13
3. Generelle forhold af betydning for vurdering af kapacitet og aktiviteten indenfor de enkelte specialer	14
3.1. Forhold vedr. kapaciteten	14
3.1.1. Praksisplanens bestemmelser vedr. planlægning og styring af kapaciteten	15
3.1.2. Omfang og sammensætning af kapaciteten	16
3.1.3. Geografisk spredning af kapaciteten	17
3.1.4. Ventetid på behandling	17
3.1.5. Anvendelse af praksispersonale	17
3.1.6. Strukturen i speciallægepraksis	18
3.1.7. Aldersprofil og ophørsprognose for praktiserende speciallæger og hospitalsansatte læger	18
3.1.8. Forventet behovsudvikling ud fra den behandlingsmæssige og den demografiske udvikling i specialet	19
3.1.9. Særligt vedr. lokalaftaler	19
3.2. Forhold vedr. aktiviteten	20
3.2.1. Praksisomsætning (nedre omsætningsgrænse, knækgrænse, omsætningsloft mv.)	20
3.2.2. Udgifts- og aktivitetsudvikling	20
3.2.3. Tværregionalt samarbejde	20
4. Kapacitetsplanen set i lyset af den overordnede udvikling for speciallægepraksissektoren i Region Hovedstaden og sammenlignet med speciallægekapaciteten i hele landet	21
4.1. Visioner for fremtidens speciallægepraksis på baggrund af Praksisplan for Speciallægepraksis	21
4.2. Den samlede speciallægekapacitet og fordelingen på praksisformer i Region Hovedstaden sammenlignet med hele landet	22
5. Sammenfatning af anbefalinger vedrørende kapaciteten	24
6. Kapacitetsgennemgang af praksisspecialer	27
6.1. Anæstesiologi	27
6.1.1. Kapacitet	27
6.1.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen	29
6.1.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten	31
6.2 Børne- og ungdomspsykiatri	33
6.2.1. Kapacitet	33
6.2.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen	35
6.2.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten	36
6.3. Psykiatri	38
6.3.1. Kapacitet	38
6.3.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen	40
6.3.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten	42
² 6.4. Dermatologi	44

6.4.1. Kapacitet.....	44
6.4.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen	46
6.4.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten	48
6.5. Reumatologi.....	50
6.5.1. Kapacitet.....	50
6.5.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen	53
6.5.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten	55
6.6. Intern medicin: gastroenterologi.....	56
6.6.1. Kapacitet.....	56
6.6.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen	59
6.6.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten	60
6.7. Intern medicin: kardiologi.....	61
6.7.1. Kapacitet.....	61
6.7.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen	64
6.7.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten	65
6.8. Intern medicin: lungemedicin	66
6.8.1. Kapacitet.....	66
6.8.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen	69
6.8.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten	70
6.9 Intern medicin: endokrinologi.....	71
6.10. Neurologi.....	72
6.10.1. Kapacitet	72
6.10.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen.....	74
6.10.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten.....	76
6.11. Pædiatri.....	78
6.11.1. Kapacitet	78
6.11.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen.....	80
6.11.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten.....	81
6.12. Gynækologi	83
6.12.1. Kapacitet.....	83
6.12.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen.....	86
6.12.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten.....	88
6.13. Kirurgi	89
6.13.1. Kapacitet	89
6.13.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen.....	92
6.13.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten.....	94
6.14. Ortopædkirurgi.....	95
6.14.1. Kapacitet	95
6.14.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen.....	97
6.14.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten.....	100
6.15. Plastikkirurgi	101
6.15.1. Kapacitet	101
6.15.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen.....	104
6.15.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten.....	106
6.16. Øjenlæger	107
6.16.1. Kapacitet	107
6.16.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen.....	110
6.16.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten.....	111
6.17. Øre-næse-halslægehjælp	113
6.17.1. Kapacitet	113
6.17.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen.....	113

6.17.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten.....	117
Bilag 1.....	119

Resumé

Indledning

Kapacitetsplan for speciallægepraksis er udarbejdet på baggrund af de anbefalinger vedr. kapaciteten, der indgår i Praksisplan for Speciallægepraksis 2008-2011, vedtaget af Regionsrådet i oktober 2008.

Kapacitetsplanen gennemgår alle specialer, der er omfattet af Praksisplan for Speciallægepraksis, med henblik på at vurdere kapaciteten i speciallægepraksis. Kapaciteten gennemgås ud fra en ensartet systematik for alle specialer.

Kapacitetsplanen har til formål at implementere anbefalingerne vedr. speciallægekapaciteten i den generelle praksisplan og i de specialevisse delplaner fra 2008. Planen omhandler de fremtidige mål for kapaciteten indenfor de enkelte specialer samt behandling af sager vedr. forslag til ændringer i kapaciteten. Herunder at der udarbejdes et grundlag for en hensigtsmæssig fordeling af kapaciteten på det intern medicinske område i relation til de grenspecialer, der er repræsenteret i speciallægepraksis.

Eventuelle kapacitetsudvidelser skal ske inden for den økonomiske ramme for speciallægepraksissektoren, som er aftalt ved overenskomstforhandlingerne i 2011 (jfr. protokollat af 31.3.2011 om økonomisk ramme).

Kapacitetsplanen er udarbejdet af styregruppen for implementering af praksisplan for speciallægepraksis.

Forslag til ændringer i kapaciteten

Fuldtidspraksis:

Af overenskomst om speciallægehjælp, § 2, stk. 2 fremgår, at hovedmålsætningen er at sikre befolkningen speciallægehjælp efter sundhedslovens bestemmelser ved hovedsageligt fuldtidspraktiserende speciallæger uden tidsbegrænset ydernummer.

En evt. omfordeling af kapaciteten mellem specialerne med henblik på at tilgodese et ensartet serviceniveau på tværs af specialerne kan ske i forbindelse med salg af de eksisterende fuldtidspraksis. En sådan omfordeling af kapaciteten mellem specialerne skal godkendes af samarbejdsudvalget vedr. speciallægepraksis. De speciallægelige

repræsentanter betinger sig, at forslaget efterfølgende tillige skal godkendes af FAPS' bestyrelse, samt at en konvertering ikke må medføre tab for den pågældende speciallæge.

For nuværende vurderes det, at der særligt er behov for udvidelser indenfor psykiatrien. En evt. udvidelse af kapaciteten forudsætter godkendelse i Regionsrådet:

1. B&U psykiatri (anbefaling opnormering af 1 deltidskapacitet til 1 fuldtidskapacitet)
2. Psykiatri (anbefaling opnormering med 1 fuldtidskapacitet)

En prioriteret udvidelse af kapaciteten som anført vil kunne medvirke til at udjævne forskelle i serviceniveau specialerne imellem og nedbringe ventetider til et acceptabelt niveau indenfor alle specialer.

De nye praksis oprettes i givet fald som 0-ydernumre til opslag i de hospitalsplanområder, hvor dækningen indenfor de pågældende specialer er lavest

Deltidspraksis:

Det fremgår som nævnt af overenskomst om speciallægehjælp, at hovedmålsætningen er at sikre befolkningen speciallægehjælp ved hovedsageligt fuldtidspraktiserende speciallæger.

Foreningen af Speciallæger og Region Hovedstaden har en fælles interesse i, at de mange deltidsydernumre (i alt 110 excl. patologiske speciallægepraksis) så vidt muligt bør konverteres til fuldtidsydernumre. Konverteringen sker gennem frivillig sammenlægning af deltidspraksis og uden udbetaling af goodwillstatning. Deltidspraksis har fortsat mulighed for at blive solgt som deltidspraksis og fortsætte som sådan. Parterne er enige om, at konverteringen ikke må medføre en kapacitetsudvidelse og ikke belaste den for sektoren vedtagne økonomiske ramme, jfr. økonomiprotokollat af 31.3.2011.

Det bemærkes, at der kan være specialer, hvor der er faglige grunde til at opretholde deltidspraksis. Dette skal i givet fald drøftes i samarbejdsudvalget og forelægges det specialespecifikke sundhedsfaglige råd.

Det er intentionen, at FAPS og Region Hovedstaden i videst muligt omfang vil understøtte, at speciallæger med en deltidspraksis opkøber indtil flere deltidspraksis og sammenlægger disse med henblik på at opnå en fuldtidspraksis. Parterne er i den forbindelse enige om, at udgangspunktet er, at kapaciteten i en fuldtidspraksis kan variere svarende til i størrelsesordenen 2-7 deltidspraksis, jfr. nedenstående skema vedr. de fremtidige mål for kapaciteten indenfor de enkelte specialer.

Der vil dog være tale om en konkret afvejning af konvertering fra deltids- til fuldtidspraksis i forbindelse med det enkelte praksisopkøb. Den vigtigste parameter i denne vurdering vil være, at kapaciteten indenfor sektoren ikke

udvides i forhold til den samlede kapacitet i 2010 tillagt evt. aftalte stigninger. Disse konverteringer må således ikke udvide den samlede kapacitet og sætte den samlede sektors økonomiramme under pres. Samarbejdsudvalget vedr. speciallægepraksis vil i hvert enkelt tilfælde præcist vurdere, hvor mange deltidspraksis der skal til for at opnå en fuldtidspraksis, uden at der herved sker kapacitetsudvidelser.

For at understøtte konverteringen fra deltids- til fuldtidspraksis vil opkøb evt. kunne ske successivt, men også i disse tilfælde må der ikke ske kapacitetsudvidelser. Samarbejdsudvalget vil fastsætte rammerne for udvidelse af omsætningen i hver enkelt praksis efter opkøb af et deltidsydernummer. Det er en forudsætning for FAPS, at disse opkøb og vilkårene herfor også godkendes af FAPS' bestyrelse.

Endvidere opfordrer parterne deltidspraksis til at samarbejde med fuldtidspraksis for herved at få adgang til relevant apparatur og herved sikre den faglige kvalitet i arbejdet.

Gennemsnitsalderen for de 110 deltidspraksis er 63,3 år.¹ Omdannelsen af deltidskapacitet til fuldtidskapacitet forventes derfor at kunne gennemføres indenfor en kortere årrække.

Modeller for konvertering fra deltids- til fuldtidspraksis.

Der er opstillet tre modeller, som giver mulighed for at vurdere, hvor mange deltidspraksis der skal til for at opnå en fuldtidspraksis indenfor de enkelte specialer. Parterne er enige om, at modellerne kan anvendes som udgangspunkt for konvertering af deltidspraksis til fuldtidspraksis.

Model A:

<i><u>Faktisk omsætning deltidspraksis/overenskomstmæssig knæk-grænse fuldtidspraksis</u></i>

Konverteringsmodellen viser, hvor mange fuldtidspraksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspraksis.

Model B:

<i><u>Faktisk omsætning deltidspraksis/faktisk omsætning fuldtidspraksis</u></i>
--

¹ Beregningen af gennemsnitlig alder for speciallæger i deltidspraksis er ekskl. 12 deltidspraktiserende patologer, der er besluttet nedlagt pr. 1. august 2012.

Konverteringsmodellen viser, hvor mange fuldtidspraksis med en gennemsnitlig omsætning, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspaksis.

Model C:

Overenskomstmæssig omsætningsgrænse deltidspaksis
/overenskomstmæssig knækgrænse fuldtidspraksis

Konverteringsmodellen viser, hvor mange fuldtidspraksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den maksimalt mulige omsætning i deltidspaksis op til omsætningsloftet.

Parterne er enige om, at model C lægges til grund ved udarbejdelse af skøn over kapacitetsbehovet. Af sidste kolonne i nedenstående skema fremgår målsætningen for konvertering af deltidspaksis til fuldtidspraksis for hvert speciale. Det skal understreges, at den konkrete konvertering aftales i samarbejdsudvalget.

Udover modelberegningerne fremgår det af skemaets første kolonne, hvor stor den samlede udnyttede omsætning er i det pågældende speciale for deltid- og fuldtidspraksis i alt. Dvs. forskellen på faktisk omsætning i speciallægepraksis og den omsætning, som speciallægepraksis formelt har mulighed for, hvis de udnyttede omsætningsgrænserne fuldt ud i henhold til specialets knækgrænse for fuldtidspraksis og omsætningsloftet for deltidspaksis.

Speciale	Udnyttet omsætning i alt (fuldtidspraksis + deltidspaksis) omregnet til fuldtidspraksis med omsætning op til knæk-grænsen)	Model A <i>Faktisk omsætning deltidsp. /knækgrænse fuldtidspr.</i>	Model B <i>Faktisk omsætning deltidsp. /faktisk omsætning fuldtidspr.</i>	Model C <i>Omsætn.-grænse deltidsp. /knækgrænse fuldtidspr.</i>	Fremtidigt mål for konvertering af deltidspaksis (model C)
Anæstesiologi	2,7F	1,0F	1,4F	1,4F	7 deltidsp. konverteres til 1 fuldtidspr
B&U psykiatri	1,8F	0,1F	0,1F	0,3F	1 deltidsp. opnormeres til 1 fuldtidspr
Psykiatri	20,0F	4,3F	7,2F	6,4F	23 deltidsp. konverte-

					res til 6 fuldtidspr
Dermatologi	9,9F	0,5F	0,7F	0,4F	2 deltidsspr. konverte- res til 1 fuldtidspr
Reumatologi	10,5F	2,9F	4,3F	4,2F	14 deltidspr. konverte- res til 4 fuldtidspr
Intern medicin: gastroentero- logi	0,2F	0,9F	0,9F	1,0F	4 deltidsspr. konverte- res til 1 fuldtidspr
Intern medicin: kardiologi	0,5F	1,5F	1,2F	2,0F	8 deltidsspr. konverte- res til 2 fuldtidspr
Intern medicin: lunge- Medicin	0,3F	0,9F	0,7F	1,3F	5 deltidsspr. konverte- res til 1 fuldtidspr
Intern medicin: endokrinologi	-	-	-	-	Den enlige deltidspr. er klausuleret til nedl.
Neurologi	4,0F	0,6F	0,9F	1,4F	5 deltidsspr. konverte- res til 1 fuldtidspr
Pædiatri	3,2F	1,6F	2,7F	2,2F	8 deltidsspr. konverte- res til 2 fuldtidspr
Gynækologi	0,7F	1,9F	1,9F	2,4F	10 deltidspr. konverte- res til 2 fuldtidspr
Kirurgi	3,0F	1,2F	1,1F	2,1F	10 deltidspr. konverte- res til 2 fuldtidspr
Ortopædkirurgi	0,7F	1,5F	1,6F	1,6F	8 deltidsspr. konverte- res til 2 fuldtidspr

Plastikkirurgi	1,3F	0,8F	0,9F	0,8F	4 deltidsspr. konverte- res til 1 fuldtidsspr
Øjenlæger	10,0F	Ingen deltid	Ingen deltid	Ingen deltid	Ingen deltid til konv.
Ørel-næse - halsægehjælp	4,0F	Ingen deltid	Ingen deltid	Ingen deltid	Ingen deltid til konv.
Patologisk anatomi	12 deltidsspraksis er aftalt lukket pr. 1. august 2012				
Diagnostisk radiologi	Der udestår en nærmere analyse af specialet på baggrund af Hospitals- og Psykiatriplan 2020				

Grenspecialisering indenfor intern medicin

Kapacitetsplanen skal sikre grundlaget for den fremtidige grenspecialisering indenfor intern medicin. Fremover skal interne medicinske speciallægepraksis være grenspecialiserede indenfor følgende områder: gastroenterologi, kardiologi, lungemedicin. Speciallægeydernumre med anden eller ingen grenspecialisering konverteres til praksis inden for de nævnte grenspecialer efter forelæggelse for samarbejdsudvalget.

Indenfor grenspecialet endokrinologi er der i forbindelse med speciallægepraksisplanens vedtagelse truffet beslutning om nedlæggelse af den enlige deltidsspraksis. Indenfor intern medicin er der yderligere en deltidsspraksis, som ikke er grenspecialiseret. De to nævnte kapaciteter foreslås ved ledighed konverteret til et fuldtidsydernummer indenfor lungemedicin med henblik på en kapacitetsudvidelse af dette speciale.

Ikke grenspecialiserede kapaciteter der hovedsagelig beskæftiger sig med enten kardiologi eller lungemedicin forventes konverteret til det pågældende grenspeciale.

Økonomiske rammer for ændring af kapaciteten

Fuldtidsspraksis:

Det er en klar forudsætning for kapacitetsplanen, at evt. forslag til kapacitetsændringer samlet set holdes indenfor en uændret økonomisk ramme.

En evt. opnormering med nye fuldtidskapaciteter forudsætter derfor, at både samarbejdsudvalget vedr. speciallægepraksis og Regionsrådet godkender en udvidelse af den økonomiske ramme for speciallægepraksis.

Særligt vedr. fremme af praksisfællesskaber

Udvikling af speciallægepraksis bør understøttes, bl.a. ved at fremme af praksisfællesskaber.

1. Baggrund og forudsætninger for udarbejdelse af kapacitetsplan for speciallægepraksis

Den nuværende praksisplan dokumenterer, at der er et betydeligt potentiale herfor, som kan udnyttes gennem regionens projekt til facilitering af praksisfællesskaber med henblik på at understøtte rekruttering, fastholdelse og kvalitet i praksissektoren.

Praksisplan for Speciallægepraksis, vedtaget af Regionsrådet i oktober 2008, har karakter af en rammeplan.

På baggrund af årshandleplanen for 2011, der blev godkendt på speciallægesamarbejdsudvalgets møde den 8. februar 2011, er det for så vidt angår kapacitetsdelen besluttet at igangsætte en gennemgang og vurdering af kapaciteten indenfor de enkelte specialer.

Kapacitetsvurderingen sker ud fra en fælles skabelon, der sikrer, at speciallægekapaaciteten i hospitalsvæsenet og i praksissektoren så vidt muligt vurderes i en helhed.

Det indgår, at statusbeskrivelser for specialerne skal foretages med udgangspunkt i de i Praksisplan for Speciallægepraksis udarbejdede data.

Det er en forudsætning, at de økonomiske konsekvenser af evt. forslag til kapacitetsændringer samlet set holdes indenfor en uændret økonomisk ramme, dvs. at evt. forslag til kapacitetsjusteringer ikke sammenlagt må medføre merudgifter til speciallægepraksis.

Samarbejdsudvalget har i sin beslutning vedr. årshandleplanen lagt til grund, at udkast til kapacitetsplan gældende for alle specialer skal søges udarbejdet inden udgangen af indeværende planperiode i 2011.

Kapacitetsplanen omhandler samtlige specialer, der er omfattet af speciallægepraksisplanen, eksklusiv patologisk anatomi og diagnostisk radiologi. Disse specialer har været genstand for en særlig udredning inden for rammerne af arbejdet med Hospitals- og Psykiatriplan (HOPP) 2020.

2. Planens grundlag og opbygning

2.1. Grundlag for planen

Følgende materiale har ligget til grund for udarbejdelse af kapacitetsplanen:

Sygesikringens yderregister samt register vedr. ydelser og aktivitet (Targit):

Udtræk af aktuelle oplysninger fra de pågældende registre sikrer, at der kan ske en systematisk sammenligning med de data, der fremgår af de specialevisse delplaner til Praksisplan for Speciallægepraksis vedr. yderkapacitet og ydelses- og aktivitetsudvikling.

En sammenligning af speciallægekapaciteten og udgifterne til speciallægehjælp i Region Hovedstaden med kapacitet og udgifter i hele landet er muliggjort gennem oplysninger fra Danske Regioner.

Det forventede fremtidige ydelsesbehov indenfor de enkelte specialer relateret til den demografiske udvikling er belyst ud fra Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivninger for Region Hovedstaden.

Sundhedsstyrelsens Lægeprognose:

Sundhedsstyrelsen har i november 2010 udgivet Lægeprognose for udbuddet af læger i perioden 2010-2030. Oplysningerne herfra vedr. det forventede udbud af læger indenfor de enkelte specialer er sammenholdt med oplysningerne fra Sundhedsstyrelsens tilsvarende publikation: Lægeprognose for udbuddet af læger i perioden 2004 -2025, september 2006. Sidstnævnte indgik i grundlaget for udarbejdelse af Praksisplan for Speciallægepraksis, oktober 2008.

Kapacitet i hospitalsvæsenet:

Koncern HR har leveret oplysninger vedr. antal normerede speciallægestillinger på de relevante hospitalsafdelinger samt aldersoplysninger vedr. de pågældende læger, der muliggør udarbejdelse af aldersprofiler og ophørsprognoser for speciallægekapaciteten på tværs af sektorerne. Opgørelsen er eksklusiv speciallæger under uddannelse.

De udarbejdede aldersprofiler og ophørsprognoser for de enkelte specialer er udover Sundhedsstyrelsens Lægeprognose sammenholdt med

dimensioneringen af hoveduddannelsesforløb i Region Hovedstaden, oplyst af Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse, Øst.

Dette giver mulighed for at sammenholde den forventede afgang af speciallæger med antallet af nyuddannede læger og dermed forventningerne til evt. rekrutteringsproblemer indenfor de enkelte specialer.

Det bemærkes, at nærværende plan indeholder en række faglige termer, som er forklaret i bilag 1 til kapacitetsplanen: Læsevejledning til anvendte termer.

2.2. Disponering af planen

En række faktorer er af betydning, når der skal ske en belysning, vurdering og stillingtagen til kapaciteten i speciallægepraksis.

Disse faktorer, som er gældende på tværs af samtlige specialer, er gennemgået i afsnit 3 og er inddelt hhv. i generelle forhold vedr. kapaciteten (afsnit 3.1.) og aktiviteten (afsnit 3.2.)

I afsnit 4 er kapacitetsplanen for speciallægepraksis vurderet i lyset af den overordnede udvikling for speciallægepraksissektoren og dennes indplacering i den samlede praksissektor og sundhedsvæsenet som sådan.

I afsnit 4.1. er beskrevet de hovedmålsætninger, der gælder for fremtidens speciallægepraksis på baggrund af Praksisplan for Speciallægepraksis, og som kapacitetsplanens anbefalinger skal leve op til. I afsnit 4.2. belyses den samlede speciallægekapacitet og fordelingen på praksisformer i Region Hovedstaden sammenlignet med hele landet.

Afsnit 3 og 4 danner baggrund for afsnit 6, der gennemgår og vurderer kapaciteten indenfor de enkelte specialer ud fra en ensartet skabelon og systematik for gennemgangen. Gennemgangen sker ud fra følgende underafsnitsopdeling for samtlige specialer:

- Kapacitet
- Udgifts- og ydelsesudvikling i specialet
- Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten i specialet

Der er dermed tilstræbt en ensartethed, der indebærer, at beskrivelser og kapacitetsanbefalinger kan læses uafhængigt af hinanden.

Planens samlede kapacitetsmæssige og økonomiske konsekvenser fremgår af det indledende resumeafsnit (afsnit 0).

Kapacitetsplanen omfatter i alt 17 specialer, der i planen fremgår i samme rækkefølge som den der er anvendt i Praksisplan for Speciallægepraksis.

En sammenfatning af anbefalinger vedr. kapaciteten indenfor de enkelte specialer fremgår af afsnit 5.

3. Generelle forhold af betydning for vurdering af kapacitet og aktiviteten indenfor de enkelte specialer

Ved en beskrivelse og vurdering af kapaciteten i speciallægepraksis er det væsentligt systematisk at forholde sig til de vigtigste af de faktorer, der øver indflydelse herpå.

Udover speciallægepraksisplanens bestemmelser vedr. planlægning og styring, der rummer en række generelle og specialerelaterede anbefalinger vedr. de fremtidige rammer for kapaciteten, drejer det sig om forhold vedr. omfang og sammensætning af den nuværende kapacitet, praksis` geografiske lokalisering samt ventetid på behandling.

Herudover gælder det forhold vedr. den demografiske udvikling og det forventede udbud samt efterspørgslen efter speciallæger, herunder aldersprofil, rekruttering og fastholdelse.

Vedr. sidstnævnte forhold er det nødvendigt at foretage en samlet vurdering på tværs af hospitalssektoren og praksissektoren, således at behovet for speciallægekapacitet vurderes under et.

Endvidere gælder det forhold vedr. praksisomsætning og aktivitetsudviklingen, herunder mindste omsætning, knækgrænser og omsætningsloft samt udviklingen i ydelser og udgifter mv..

Betydningen af de nævnte forhold er i det følgende beskrevet generelt som grundlag for den konkrete og specifikke gennemgang og vurdering af kapaciteten, der er foretaget i de respektive afsnit vedr. de enkelte specialer (jfr. afsnit 6.1.- 6.17.).

3.1. Forhold vedr. kapaciteten

3.1.1. Praksisplanens bestemmelser vedr. planlægning og styring af kapaciteten

Praksisplan for Speciallægepraksis omhandler tilrettelæggelse og udvikling af tilbuddet til regionens borgere om behandling hos de praktiserende speciallæger.

Praksisplanen, der er udarbejdet med baggrund i Regionsrådets beslutninger vedr. den fremtidige hospitalsstruktur, har til formål at indgå som en del af grundlaget for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening i regionen.

Planen er et led i styringen af kapaciteten i speciallægepraksis og skal medvirke til at fremme koordineringen af samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen, ligesom den skal medvirke til at sikre den faglige kvalitet i praksis samt en god service til regionens borgere.

Overenskomstens planlægningsbestemmelser betyder, at regionen har frihed til at fastlægge kapaciteten og serviceniveauet i regionen, når det sker i respekt for overenskomstens hovedmålsætning om at sikre befolkningen adgang til speciallægehjælp efter sundhedslovens bestemmelser ved hovedsageligt fuldtidspraktiserende speciallæger. Hertil kommer hensyntagen til speciallægekapaciteten indenfor hospitalsvæsenet. Endvidere skal overenskomstens bestemmelser og økonomiprotokollat for sektoren iagttages.

Ved planlægningen skal endvidere de nye retningslinjer for handicapvenlig adgang i medfør af overenskomstens § 42 respekteres.

Den gældende speciallægepraksisplan tilrettelægger alene rammerne vedr. styringen af den fremtidige kapacitet i form af en række generelle og specialespecifikke anbefalinger hhv. i planens kapacitetsdel og i delplanerne for de enkelte specialer. Speciallægepraksisplanens generelle og specialespecifikke anbefalinger vedr. kapaciteten fremgår af speciallægepraksisplanens resumédel. Nærværende kapacitetsplan forholder sig til disse anbefalinger og skal skabe grundlaget for en konkret udmøntning af disse indenfor de enkelte specialer.

Vedr. den generelle del omfatter praksisplanen sammenlagt 16 anbefalinger, der relaterer sig til følgende emneområder:

- omfang af kapacitet, sammensætning og geografisk lokalisering (7 anbefalinger),
- deltidspædagogik og overlægepraksis (5 anbefalinger),
- organisation og struktur (3 anbefalinger) samt
- rekruttering og fastholdelse (1 anbefaling).

Sammenfattende er hovedindholdet af de generelle anbefalinger som følger:

Det er en afgørende forudsætning, at speciallægekapaciteten i hospitalsvæsenet og praksissektoren så vidt muligt vurderes i en helhed og ud

fra fælles kriterier, når der skal tages stilling til den fremtidige kapacitet i speciallægepraksis.

Den geografiske lokalisering af praksis skal vurderes ud fra hensynet til en ligelig fordeling af praksis på hovedområder.

Hertil kommer en stillingtagen til speciallægenes fremtidige fordeling på praksisformer. Der skal indgå en vurdering af den nuværende deltidskapacitet i lyset af målsætningen om, at speciallægepraksis som hovedregel skal udøves som fuldtidspraksis, herunder om der er en særlig begrundelse for at opretholde deltidspraksis enten ud fra særlige faglige eller rekrutterings- og fastholdelsesmæssige grunde.

Endelig fremgår det af de generelle anbefalinger, at der skal ske en nærmere vurdering på følgende hovedområder: den organisatoriske struktur, muligheder og behov for anvendelse af praksispersonale samt behovet for evt. særlige rekrutterings- og fastholdelsestiltag.

De specialespecifikke anbefalinger knytter sig til de enkelte delplaner og er en vurdering af de generelle kapacitetsmæssige rammer på specialniveau. Blandt de væsentligste specialespecifikke anbefalinger er, at der skal ske en fastlæggelse og fordeling af kapaciteten indenfor de internmedicinske grenspecialer.

3.1.2. Omfang og sammensætning af kapaciteten

Udover fuldtidspraksis kan speciallægepraksis i henhold til overenskomsten tilrettelægges som deltidspraksis, overlægepraksis og delepraksis, ligesom der kan ske ansættelse af assisterende speciallæger. Indgåelse af delepraksis samt ansættelse af assisterende speciallæger kan dog kun ske efter tilladelse fra samarbejdsudvalget.

En indikator for at vurdere, om der er tilstrækkelig kapacitet er at foretage en sammenligning af Region Hovedstadens speciallægedækning med dækningen i de øvrige regioner og hele landet. Der må dog tages forbehold for, at specialet kan være forskelligt organiseret i de enkelte regioner.

Der er på denne baggrund sket en omregning af speciallægekapaciteten til fuldtidspraksis, og der er foretaget en sammenligning med de tilsvarende "fuldtidsheder" i de øvrige regioner pr. 1. januar 2011. Denne sammenligning fremgår af de specialespecifikke kapitler i afsnit 6.

Speciallægepraksisplanerne for de tidligere amter/kommuner, der indgik ved fusionen i Region Hovedstaden, havde en række anbefalinger om justeringer af kapaciteten, der for enkelte specialers vedkommende endnu ikke er fuldt implementerede. Der er nærmere redegjort herfor under gennemgangen af de enkelte specialer i afsnit 6, hvor status for implementeringen er belyst, i det omfang anbefalingerne ikke er gennemført.

3.1.3. Geografisk spredning af kapaciteten

I forbindelse med Regionsrådets vedtagelse af Praksisplan for Speciallægepraksis blev det besluttet, at målsætningen om en ligelig geografisk betjening skal understøttes ved, at der ved nyetablering, ledighed samt ønske om flytning af praksis sker en hensigtsmæssig placering ud fra opdelingen i hovedområder. Retningslinjer herfor blev godkendt på samarbejdsudvalgets møde den 18. februar 2009.

Såfremt der som led i kapacitetsplanen for de enkelte specialer træffes beslutning om en tilpasning af kapaciteten, skal der samtidig ske en stillingtagen til, hvorledes denne justering skal foretages i forhold til regionens funktionsområder.

3.1.4. Ventetid på behandling

Den ventetid, som patienten oplever fra deres kontakt til praksis og til de kommer til den første konsultation hos speciallægen, kan være en indikator for, om speciallægepraksiskapaciteten er tilstrækkelig. Ventetider skal dog altid sammenholdes med den aktuelle ydelsesprofil indenfor specialet.

Ved sin godkendelse af speciallægepraksisplanen lagde Regionsrådet vægt på arbejdet med at sikre fyldestgørende informationer om ventetider.

Ved forhandlingerne i foråret om fornyelse af overenskomsten om speciallægehjælp blev det aftalt, at samtlige praktiserende speciallæger med ydernummer pr. 1. juni 2011 skal indberette ventetid til sundhed.dk. Der skal oplyses den ventetid, som speciallægen skønner, at der aktuelt vil gå fra en ny ikke-akut patient første gang kontakter speciallægens praksis, til patientens første konsultation. Ventetidsoplysningerne på sundhed.dk skal opdateres mindst hver 2. måned. Primo 2012 havde ca. 85 % af de praktiserende speciallæger indberettet ventetid til ikke akut behandling.

3.1.5. Anvendelse af praksispersonale

Efter speciallægeoverenskomsten kan speciallægen lade klinikpersonale selvstændigt udføre visse undersøgelser og behandlinger, råd og vejledning uden at opgaverne umiddelbart skal forudgås eller efterfølges af en direkte lægelig kontakt mellem lægen og patienten.

Klinikpersonalets selvstændige udførelse af behandlingsopgaver mv. sker i alle tilfælde på foranledning af speciallægen, det vil sige efter anmodning fra speciallægen, under supervision af og på dennes ansvar. De af klinikpersonalet udførte overenskomstsmæssige ydelser honoreres på samme måde, som hvis de udføres af speciallægen.

Speciallægerne har i varierende omfang mulighed for at overlade en del af arbejdet til klinikpersonale. Der er indgået aftale med Danske Regioner om, at speciallægelige kerneydelser altid skal varetages af speciallæger.

Spørgeskemaundersøgelsen i speciallægepraksis ultimo 2007 viste, at der er et potentiale for større anvendelse af klinikpersonale, og at de væsentligste barrierer herfor er utilstrækkelige fysiske rammer samt manglende

økonomiske muligheder hos speciallægen. En yderligere udvikling på dette område skal derfor bl.a. ses i sammenhæng med det såkaldte praksisfællesskabsprojekt, jfr. afsnit 3.1.6., og vil derfor ikke blive yderligere behandlet i denne kapacitetsplan.

3.1.6. Strukturen i speciallægepraksis

Af Praksisplan for Speciallægepraksis fremgår det som anbefaling, at regionen skal sikre, at der indledes en dialog mellem regionen, speciallægepraksis og kommunerne om egnede praksislokaler.

Etablering af flerlægepraksis/samarbejdspraksis skønnes generelt at have en række fordele:

- Øgede rekrutteringsmuligheder
- Øget brug af praksispersonale
- Fælles apparaturudnyttelse
- Faglig sparring
- Større bredde i praksiskompetencer

Spørgeskemaundersøgelsen i speciallægepraksis ultimo 2007 viste, at hen imod halvdelen af de speciallæger (89 ud af 215 speciallæger i undersøgelsen), som aktuelt ikke indgår i lokalfællesskab, ønsker at indgå i lokalfællesskab med andre ydergrupper. Der er således et betydeligt potentiale for en udvikling på området.

Regionen har igangsat et projekt med henblik på at facilitere praksisfællesskaber for dermed at understøtte rekruttering, fastholdelse og kvalitet i praksissektoren.

3.1.7. Aldersprofil og ophørsprognose for praktiserende speciallæger og hospitalsansatte læger

Speciallægerne alderssammensætning kan i et vist omfang have betydning for den eksisterende kapacitet, men kan navnlig blive betydningsfuld, hvis der indenfor et givent speciale konstateres særlige rekrutteringsproblemer. En systematisk gennemgang af aldersprofil og ophørsprognose for såvel praktiserende speciallæger som hospitalsansatte læger sammenholdt med den aktuelle uddannelsesdimensionering i Region Hovedstaden og Sundhedsstyrelsens Lægeprognose for de enkelte specialer kan være med til at afdække evt. rekrutteringsproblemer vurderet for sektorerne under et.

Indenfor det enkelte speciale kan der indenfor de nærmeste år blive behov for et betydeligt generationsskifte. Såfremt der ud fra det faktiske antal hoveduddannelsesforløb og lægeprognosen indenfor de enkelte specialer kan konstateres et uddannelsesmæssigt underskud kan det blive vanskeligt at gennemføre et sådant generationsskifte.

Generelt tegner Sundhedsstyrelsens seneste lægeprognose et lysere billede af rekrutteringssituationen, med hensyn til færdiguddannede speciallæger indenfor alle specialer, og med en tidshorisont på 4-5 år skulle det være

muligt at rekruttere læger til praksissektoren. Frem til 2015 kan der blive rekrutteringsproblemer for enkelte specialer.

Analysen af aldersprofilen indikerer, at der indenfor det enkelte speciale for en begrænset årrække må være en særlig opmærksomhed på behovet for fastholdelse af de nuværende speciallæger. Praksisplanen for Speciallægepraksis lægger i den forbindelse vægt på muligheden for mere fleksible tilknytningsformer mellem sektorerne.

3.1.8. Forventet behovsudvikling ud fra den behandlingsmæssige og den demografiske udvikling i specialet

Opgaverne og mængden af ydelser i speciallægepraksis afhænger bl.a. af den behandlingsmæssige udvikling indenfor specialet, ligesom befolkningsudviklingen, befolkningens sundhedstilstand mv. spiller ind.

I Sundhedsstyrelsens nye specialevejledninger for de enkelte specialer, udmeldt i februar 2010, i forbindelse med specialeplanlægningen har man beskrevet de behandlingsmæssige udfordringer og udviklingen i de behandlingsmæssige behov, som speciallægerne står overfor i de kommende år. Disse vejledninger indgår i grundlaget for Hospitals- og Psykiatriplan 2020 og i 3-partsgruppernes arbejde, når det gælder beskrivelse og stillingtagen til den fremtidige opgavefordeling.

Endvidere er der foretaget en vurdering af konsekvenserne for den forventede ydelseefterspørgsel ud fra en gennemgang af befolkningsudviklingen frem til 2015.

3.1.9. Særligt vedr. lokalaftaler

Udover de i overenskomsten aftalte ydelser kan der med hjemmel i overenskomsten indgås lokale aftaler (§ 64 og § 65 aftaler), der fraviger eller supplerer den eksisterende overenskomst. Omfanget af lokalaftaler har betydning for den speciallægekapacitet, der efterspørges i praksissektoren.

I lokalaftaler aftales vilkår for ydelser, der foretages efter beslutning i den enkelte region. Disse vilkår omfatter en beskrivelse af ydelsen og evt. anvendelse af apparatur. Herudover kan indgå krav vedr. speciallægens kvalifikationer, indberetning til kvalitetsdatabaser eller andre kvalitetshensyn samt bestemmelser om honorering.

Kapacitetsplanen tager sit afsæt i de eksisterende lokalaftaler.

Det er en opgave for de nedsatte 3-partsgrupper indenfor rammerne af deres årshandleplaner løbende at overveje den mest hensigtsmæssige opgavefordeling og det deraf afledte behov for evt. nye lokalaftaler. Evt. ændringsforslag kan efter høring i det sundhedsfaglige råd og efter en administrativ vurdering forelægges samarbejdsudvalget.

Det er i praksisplanens generelle anbefalinger vedr. kapaciteten forudsat, at der i kapacitetsvurderingen inddrages de beslutninger, der som led i den løbende planlægningsproces indenfor specialerne ændrer opgavefordelingen

mellem sektorerne og at der årligt skal foretages en vurdering af den nuværende kapacitet indenfor fuldtidspraksis under hensyn til udnyttelse af kapaciteten.

3.2. Forhold vedr. aktiviteten

3.2.1. Praksisomsætning (nedre omsætningsgrænse, knækgrænse, omsætningsloft mv.)

Overenskomsten fastsætter kriterier for de praktiserende speciallægers omsætning. Den praktiserende speciallæge skal både opretholde et vist omsætningsniveau (nedre omsætningsgrænse) og samtidig er en anden aktivitetsindikator den såkaldte knækgrænse, som bevirker, at honorarerne reduceres med 40 %, hvis omsætningen i praksis, eksklusiv § 64 og 65 aftaler, når en vis grænse. Hertil kommer et loft for omsætningen i deltidspraksis. Beløbsstørrelserne for de nævnte grænser varierer fra speciale til speciale. En oversigt over beløbsgrænserne fremgår af afsnittene vedr. de enkelte specialer.

Omsætningen i praksis kan være en indikator på, i hvor høj grad kapaciteten i den enkelte praksis udnyttes. For hovedparten af specialerne er der i perioden 2008-2010 sket en forøgelse i ydelsesproduktionen, der i væsentligt omfang kan henføres til den foregående overenskomsts bestemmelse om fjernelse af 1. knækgrænse og en opregulering af den tilbageværende knækgrænse. Hermed har de heltidspraktiserende speciallæger fået mulighed for en højere indtjening, før der sker fradrag i omsætningen. Hertil kommer en opregulering af de deltidspraktiserende speciallægers omsætningsloft.

3.2.2. Udgifts- og aktivitetsudvikling

Ved en vurdering af speciallægekapaciteten er det relevant at inddrage udgifts- og ydelsesudviklingen i Region Hovedstaden indenfor det enkelte speciale og sammenholde denne med den tilsvarende udvikling på landsplan. Det er endvidere væsentligt at sammenholde ydelsesudviklingen korrigeret for sektorforskelle i speciallægepraksis og indenfor hospitalsvæsenets ambulante virksomhed.

3.2.3. Tværregionalt samarbejde

I speciallægepraksis er der frit valg af speciallæger over hele landet, og nogle borgere i regionen vælger at blive behandlet i andre regioner, ligesom borgere i andre regioner behandles af praktiserende speciallæger i Region Hovedstaden. Typisk er der tale om, at Region Sjællands borgere har et lidt højere forbrug hos praktiserende speciallæger i Region Hovedstaden end borgerne i hovedstadsregionen har hos speciallægepraksis i Region Sjælland.

Region Hovedstadens speciallægekapacitet tilrettelægges ud fra behovet for speciallægehjælp hos borgerne i regionen

4. Kapacitetsplanen set i lyset af den overordnede udvikling for speciallægepraksis-sektoren i Region Hovedstaden og sammenlignet med speciallægekapaciteten i hele landet

4.1. Visioner for fremtidens speciallægepraksis på baggrund af Praksisplan for Speciallægepraksis

Speciallægepraksis omfatter i Region Hovedstaden 19 forskellige specialer. Speciallægepraksis fungerer som selvstændige erhvervsdrivende, der på vegne af regionen og i henhold til speciallægeoverenskomsten leverer sundhedsydelser til borgerne.

Speciallægepraksis er en heterogen størrelse, hvor der er stor variation på tværs af specialerne i forhold til speciallægepraksis` rolle og betydning i sundhedsvæsenet.

For nogle specialer udgør speciallægepraksis fundamentet i varetagelsen af opgaver indenfor specialiet, mens speciallægepraksis indenfor andre specialer udgør et mindre, men betydningsfuldt supplement til hospitalernes ambulante funktioner. Endvidere har strukturreformen og en ny hospitalsstruktur med øget specialisering og samling af funktioner på større enheder og dermed større afstande, understøttet af Sundhedsstyrelsens specialevejledninger, medført behov for nye rammer for planlægning af speciallægepraksis.

I Region Hovedstaden ønskes et sammenhængende og patientorienteret sundhedsvæsen, hvor der tænkes i helheder for den enkelte patient, og hvor der er kvalitet og sammenhæng i de sundhedsydelser, der leveres hhv. i praksis og på hospitaler. Den vedtagne praksisplan for speciallægepraksis samt nærværende kapacitetsplan skal understøtte dette.

Visionen for speciallægepraksis er at se speciallægepraksis som en integreret del af det samlede sundhedsvæsen i regionen, hvor patienterne sikres et sammenhængende og meningsfuldt patientforløb.

Organiseringen af speciallægepraksis som selvstændigt erhvervsdrivende giver en særlig udfordring med hensyn til sikring af integration og koordination. Dette fordrer, at der kan indgås forpligtende patientforløbsaftaler mellem regionen og speciallægenes repræsentanter, hvor der opstilles kvalitetskrav til opgavevaretagelsen i den enkelte praksis. Af speciallægepraksisplanen fremgår det, at der ønskes en speciallægepraksissektor, der er organiseret og tilrettelagt i overensstemmelse med fremtidens opgaver.

Nærværende kapacitetsplan skal bidrage til at skabe de nødvendige kapacitetsmæssige forudsætninger for at realisere ovenstående målsætninger.

De samlede udgifter til speciallægehjælp udgør ca. 20 % af praksissektorens udgifter i Region Hovedstaden.

4.2. Den samlede speciallægekapacitet og fordelingen på praksisformer i Region Hovedstaden sammenlignet med hele landet

En opgørelse af de enkelte regioners speciallægekapacitet pr. 01.1.2011 fordelt på praksisformer fremgår af nedenstående tabel.

Ved beregningen er en deltidspraksis opgjort som 0,5 fuldtidspraksis og en overlægepraksis som 0,1 fuldtidspraksis. Det skal understreges, at omsætningen i deltidspraksis kan variere betydeligt, og omregningsfaktoren er alene udtryk for den hidtil teknisk anvendte beregningsmetode. Beregningen er fastholdt, idet sammenligning med øvrige regioner ellers ikke kan foretages.

Tabel 1: Speciallægekapaciteten pr. 01.1.2011 i de enkelte regioner fordelt på praksisformer.

Region	Heltid	Deltid	Overlæger	Speciallæger i alt	Speciallæger i alt opgjort som "fuldtidsenheder**"
Region Hovedstaden	441	131	6	578	507,1
Region Sjælland	124	22	3	149	135,3
Region Syd	167	15	9	191	175,4
Region Midt	151	27	13	191	165,8
Region Nord	75	4	6	85	77,6
I alt	958	199	37	1194	1061,2

En opgørelse af speciallægedækningen pr. 01.1.2011 fordelt på de enkelte regioner fremgår af nedenstående tabel 2.

Tabel 2: Speciallægedækningen pr. 01.11.2011 i de enkelte regioner. Indeks hele landet = 100.

Region	Befolkningstal pr. 01.1.2011	%-vis andel af landets befolkning	Antal af speciallægepraksis opgjort som "fuldtidsenheder"	% andel af landets speciallægepraksis opgjort som "fuldtidsenheder"	Indeks
Region Hovedstaden	1.699.387	30,6	507,1	47,8	156
Region Sjælland	819.763	14,9	135,3	12,7	85
Region Syd	1.200.656	21,6	175,4	16,5	76
Region Midt	1.260.993	22,7	165,8	15,6	69
Region Nord	579.829	10,4	77,6	7,3	70
I alt	5.560.628	100	1061,2	100	100

Note: Ved omregning til "fuldtidsenheder" tæller 1 deltidspædagog som 0,5 fuldtidspædagog og 1 overlægepraksis som 0,1 fuldtidspædagog

Ved en vurdering af dækningsgraderne skal man navnlig tage i betragtning, at Region Hovedstaden har en meget høj andel af deltidspædagogende speciallæger, 122 ud af 199 eller svarende til ca. to tredjedele af den samlede deltidspædagogkapacitet på landsplan. 12 af de deltidspædagogende speciallæger udøver praksis indenfor patologisk anatomi, som er aftalt lukket fra 1. august 2012.

Produktionen i deltidspædagog kan som nævnt variere betydeligt, og den anvendte omregningsfaktor på 0,5 fuldtidspædagog er alene udtryk for den teknisk anvendte beregningsfaktor, som benyttes af Danske Regioner.

Det fremgår af anbefalingerne i Praksisplan for Speciallægepraksis, dels at der i videst muligt omfang skal gennemføres en konvertering af bestående deltidspædagog til heltidspædagog, idet denne konvertering samtidig kan indebære en justering af speciallægekapaciteten, dels at deltidspædagog fremover kun anvendes, hvis der er særligt faglige eller rekrutterings- og fastholdelsesmæssige grunde, der taler for det. Konverteringen skal ske ved opkøb ad frivillighedens vej og ikke ved lukning af deltidspædagog med deraf følgende kompensation.

5. Sammenfatning af anbefalinger vedrørende kapaciteten

Med henblik på at skabe et samlet overblik er anbefalingerne vedr. kapaciteten i det efterfølgende sammenfattet for samtlige specialer. I afsnit 6.1. - 6.17 er der for hvert speciale, der er omfattet af Praksisplan for Speciallægepraksis, foretaget en gennemgang og vurdering af kapaciteten ud fra en ensartet systematik, jfr. afsnit 3 og 4.

De efterfølgende afsnit kan derfor læses uafhængigt af hinanden og fremstår som delkapacitetsplaner for specialerne i praksissektoren. Ved det samlede udkast til kapacitetsplan vil disse afsnit derfor blive selvstændige delplaner og udsendes til de respektive specialer sammen med den generelle hoveddel.

Det indgår som en fælles anbefaling for alle specialer, at udvikling af kapaciteten kan sikres gennem fremme af praksisfællesskaber, der kan understøtte rekruttering, fastholdelse og kvalitet i praksissektoren. Et praksisfællesskab er, når flere af praksissektorens ydere, gerne på tværs af faggrupper, går sammen i et fællesskab, evt. i et samarbejde med kommunale eller andre regionale funktioner. Praksisfællesskab er ikke nødvendigvis ensbetydende med kompagniskab.

Der skønnes fremadrettet, at være behov for en højere grad af subspecialisering indenfor nogle specialer. Der peges i delplanerne på følgende specialer: gynækologi, kirurgi, ortopædkirurgi, plastikkirurgi samt øjen- og øre-næse-hals specialerne.

De resterende anbefalinger er gennemgående for samtlige specialer og vedrører sammensætningen af kapaciteten på fuldtids- og deltidspraksis.

Indenfor 2 af specialerne (B&U-psykiatri, psykiatri) peges på behovet for en opnormering med nye fuldtidskapaciteter. Denne vurdering sker navnlig ud fra ventetiden i disse specialer. En evt. opnormering med nye fuldtidskapaciteter forudsætter, at Regionsrådet godkender genåbningen af kapaciteter, som speciallægesamarbejdsudvalget har truffet beslutning om at "indefryse" Endvidere forudsættes udgifterne ved opnormeringen at kunne indeholdes i den centralt fastsatte økonomiske ramme, således at omsætningen for den samlede speciallægesektor ikke overstiger omsætningen for den samlede sektor i 2010 tillagt aftalte stigninger.

Indenfor samtlige specialer er det et fremtidigt mål, at deltidspødsis tilstræbes konverteret til fuldtidspødsis gennem opkøb. Mulige modeller for konverteringen har været drøftet i styregruppen for speciallægepraksisplanen.

Særligt indenfor intern medicin er det et fremtidigt mål, at alle kapaciteter skal defineres med en specialetilknytning til ét af følgende grenspecialer: gastroenterologi, kardiologi, lungemedicin.

De specialespecifikke anbefalinger, der har karakter af fremtidige mål for kapaciteten, er som følger:

Anæstesiologi:

At 7 deltidspødsis gennem opkøb tilstræbes konverteret til 1 fuldtidspødsis, således at det fremtidige mål for fuldtidskapaciteter i alt er 10.

B&U psykiatri:

At den samlede kapacitet med fuldtidspødsiserende speciallæger som fremtidigt mål fastsættes til i alt 7, idet der sker nyetablering af 1 fuldtidspødsis gennem opnormering af 1 deltidspødsis.

Psykiatri:

At den samlede kapacitet med fuldtidspødsiserende speciallæger som fremtidigt mål fastsættes til i alt 51, idet der sker nyetablering af 1 fuldtidspødsis og 23 deltidspødsis gennem opkøb tilstræbes konverteret til 6 fuldtidspødsis.

Dermato-venerologi:

At den samlede kapacitet med fuldtidspødsiserende speciallæger som fremtidigt mål fastsættes til i alt 47, idet 2 deltidspødsis tilstræbes konverteret til 1 fuldtidspødsis.

Reumatologi:

At 14 deltidspødsis gennem opkøb tilstræbes konverteret til 4 fuldtidspødsis, således at det fremtidige mål for fuldtidskapaciteter i alt er 26.

Intern medicin: gastroenterologi:

At 4 deltidspødsis gennem opkøb tilstræbes konverteret til 1 fuldtidspødsis, således at det fremtidige mål for fuldtidskapaciteter i alt er 4.

Intern medicin: kardiologi:

At 8 deltidspødsis gennem opkøb tilstræbes konverteret til 2 fuldtidspødsis således at det fremtidige mål for fuldtidskapaciteter i alt er 11.

Intern medicin: lungemedicin:

At 5 deltidspødsis gennem opkøb tilstræbes konverteret til 1 fuldtidspødsis, således at det fremtidige mål for fuldtidskapaciteter i alt er 7.

Indenfor grenspecialet endokrinologi er der i forbindelse med speciallægepraksisplanens vedtagelse truffet beslutning om nedlæggelse af den eksisterende deltidspraksis. Indenfor intern medicin er der yderligere en deltidspraksis, som ikke er grenspecialiseret. De 2 nævnte kapaciteter foreslås på sigt konverteret til et fuldtidsydernummer indenfor lungemedicin.

Neurologi:

At 5 deltidspraksis gennem opkøb tilstræbes konverteret til 1 fuldtidspraksis, således at det fremtidige mål for fuldtidskapaciteter i alt er 12.

Pædiatri:

At 8 deltidspraksis gennem opkøb tilstræbes konverteret til 2 fuldtidspraksis, således at det fremtidige mål for fuldtidskapaciteter i alt er 11

Gynækologi:

At 10 deltidspraksis gennem opkøb tilstræbes konverteret til 2 fuldtidspraksis, således at det fremtidige mål for fuldtidskapaciteter i alt er 42.

Kirurgi:

At 10 deltidspraksis gennem opkøb tilstræbes konverteret til 2 fuldtidspraksis, således at det fremtidige mål for fuldtidskapaciteter i alt er 29.

Ortopædkirurgi:

At 8 deltidspraksis gennem opkøb tilstræbes konverteret til 2 fuldtidspraksis, således at det fremtidige mål for fuldtidskapaciteter i alt er 10.

Plastikkirurgi:

At 4 deltidspraksis gennem opkøb tilstræbes konverteret til 1 fuldtidspraksis, således at det fremtidige mål for fuldtidskapaciteter i alt er 9.

Oftalmologi:

At den samlede kapacitet med fuldtidspraktiserende speciallæger som fremtidigt mål uændret fastsættes til i alt 50.

Ørelægehjælp:

At den samlede kapacitet med fuldtidspraktiserende speciallæger som fremtidigt mål uændret fastsættes til i alt 56.

6. Kapacitetsgennemgang af praksisspecialer

6.1. Anæstesiologi

6.1.1. Kapacitet

a. Kapacitet i speciallægepraksis

Inden for det anæstesiologiske område er der 17 kapaciteter i Region Hovedstaden.

Tabel 1 viser, at 9 af speciallægerne driver praksis som fuldtidspraksis, 7 som deltidspraksis og 1 som overlægepraksis.

Samtlige praksis består af enkeltmandspraksis. Ingen fuldtidspraksis fungerer som delepraksis, og 1 fuldtidspraksis har ansat assisterende speciallæge.

Siden praksisplanens udarbejdelse primo 2008 er den samlede kapacitet reduceret med 2 fuldtidspraksis, 1 deltidspraksis og 1 overlægepraksis. Der er tale om kapaciteter, der har været klausuleret til lukning ifølge tidligere praksisplaner.

Af nedenstående tabel fremgår antal praktiserende anæstesiologer fordelt på praksisformer og planområder i Region Hovedstaden ultimo 2011.

Tabel 1: Antal praktiserende anæstesiologer fordelt på praksisformer og planlægningsområder i Region Hovedstaden ultimo 2011.

Planlægningsområde	Antal indbyggere	Hel-tid	Del-tid	Over-læge	I alt	Om-regnet til hel-tid	Ændr. ved ligelig ford. efter bef.tal
Nord	313.199	-	2	-	2	1,0	+1,3
Midt	435.135	2	2	-	4	3,0	+0,2
Byen	421.938	4	1	-	5	4,5	-1,4
Syd	484.902	3	1	-	4	3,5	+0,2
Bornholm	41.896	-	1	1	2	0,6	-0,3
Reg. H. i alt	1.697.070	9	7	1	17	12,6	-

De praktiserende anæstesiologer fordeler sig ikke ligeligt efter befolkningstal i optageområderne.

I forhold til status ved praksisplanens udarbejdelse primo 2008 er der stadig en overvægt af praksis i optageområde Byen og en underkapacitet i optageområde Nord.

Prognose for speciallægedækning

De praktiserende anæstesiologers fordeling på alder ultimo 2011 er følgende:

Tabel 2: Praktiserende anæstesiologers fordeling på alder ultimo 2011.

Alder	Antal	% fordeling
<49 år	1	5,9
50-54 år	2	11,8
55-59 år	5	29,4
60-64 år	5	29,4
65-69 år	3	17,6
Over 70 år	1	5,9
I alt	17	100

Gennemsnitsalderen er 59,8 år. 1 anæstesiolog er under 50 år. 9 af de 17 anæstesiologiske speciallæger er over 60 år.

Med kilde i Sundhedsstyrelsens Lægeprognoser forventes nedenstående udvikling i antal speciallæger i anæstesiologi i hele landet..

Tabel 3: Forventet udvikling i antal speciallæger i anæstesiologi i hele landet 2010-2025.

Speciale: Anæstesiologi	2010	2015	2020	2025
Lægeprognose 06	863	859	840	804
Lægeprognose 10	932	1.012	1.075	1.103
	Stigning/ fald år 10-15	Stigning/ fald år 15-20	Stigning/ fald år 10-20	Stigning/ fald år 10-25
Lægeprognose 06	- 0,5 %	- 2,2 %	- 2,7 %	- 6,8 %
Lægeprognose 10	+8,6 %	+6,2 %	+15,3 %	+18,3 %

Hvor Lægeprognosen fra 2006 angav et fald i antal speciallæger på i alt 6,8 % i perioden 2010-25, tegner Lægeprognosen fra 2010 et noget mere optimistisk billede med en stigningstakt på 18,3 % i samme periode, eller en forskel på de to prognoser på i alt godt 25 %

Også på det korte sigt frem til 2015 forventes der en stigning i udbuddet af anæstesiologiske speciallæger på 8,6 %, hvorimod den tidligere prognose angav et fald på 0,5 %.

b. Hospitalsvæsenet

Nøgletal for aktiviteten i hospitalsvæsenet i 2010

Antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre): 2.017

Antal ambulante besøg: 15.472

I nedenstående tabel sammenholdes antal konsultationer i speciallægepraksis med aktiviteten i hospitalsvæsenet. Oplysningerne er dog ikke umiddelbart sammenlignelige.

	Antal 1. konsultationer	Antal konsultationer
Speciallægehjælp, anæstesiologi, 2010	6.346	44.729
	Antal pers. i ambulante besøg	Antal ambulante besøg i alt
Hospitalsambulatorier	2.017	15.472

6.1.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen

De samlede bruttohonorarudgifter til anæstesiologiske speciallægepraksis har i 2010 andraget 29.688.598 kr.

Knækgrænsen for fuldtidspraksis indenfor specialet udgjorde 3.885.618 kr., den nedre omsætningsgrænse for heltidspraksis 954.591 kr., mens omsætningsloftet for deltidspaksis var 771.143 kr.

Ud fra regnskabstallene kan der konstateres følgende:

Ingen fuldtidspraksis lå under den nedre omsætningsgrænse og ingen fuldtidsydere havde en omsætning udover knækgrænsen.

Fuldtidspraksis havde en samlet omsætning i praksis på 25.759.326 kr. Såfremt alle heltidspraksis havde produceret op til knækgrænsen, ville omsætningen have været 34.970.562 kr. eller svarende til en forskel på 9.211.236 kr. Forskellen svarer til den uudnyttede kapacitet i fuldtidspraksis.

Deltidspraksis havde en samlet omsætning på 3.926.310 kr. Såfremt alle deltidspaksis havde produceret op til omsætningsloftet, ville omsætningen have været 5.398.001 kr. eller svarende til en forskel på 1.471.691 kr., som udgør den uudnyttede kapacitet i deltidspaksis.

Værdien af deltidspaksis omsætning i forhold til fuldtidspraksis er i det følgende beregnet ud fra 3 kriterier:

- a) Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspraksis før knækket, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspaksis, svarer dette til 0,1 fuldtidspraksis
- b) Såfremt der tages udgangspunkt i den gennemsnitlige omsætning i fuldtidspraksis, således at konverteringen svarer til hvor mange fuldtidspraksis med en gennemsnitlig omsætning, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspaksis, svarer dette til 1,4 fuldtidspraksis
- c) Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspraksis før knækket, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den maksimalt mulige omsætning i deltidspaksis op til omsætningsloftet, svarer dette til 1,4 fuldtidspraksis

I forhold til praksisplanens udarbejdelse i 2008 er der tale om en nogenlunde uændret pendling til og fra øvrige regioner. 8 % af de ydelser, som produceres i anæstesiologiske speciallægepraksis i Region Hovedstaden vedrører behandling af borgere i øvrige regioner primært Region Sjælland. Kun godt 1 % af forbruget hos Regions Hovedstadens borgere indenfor dette speciale hentes hos praktiserende speciallæger i andre regioner.

I nedenstående tabel er vist den samlede produktion af anæstesiologiske speciallægeydelser i Region Hovedstaden i treårsperioden 2008-2010, hvoraf tillige fremgår udviklingen i de enkelte hovedgrupper af ydelser

Tabel 4: Udvikling i produktion af ydelser hos praktiserende anæstesiologer i Region Hovedstaden i perioden 2008-2010.

Ydelsesgrupper	2008	2009	2010
Konsultationer	40.581	40.398	43.784
Besøg og afstandstillæg	49	55	229
Tillægsydelser	56.404	53.529	56.912
Særydelser	10.720	10.937	12.476
Laboratorieundersøgelser	1	1	-
I alt	107.755	104.920	116.401

Patientgrundlag og ydelsesudvikling:

I nedenstående tabel ses det, at forbruget af anæstesiologiske ydelser hos borgere med bopæl i Region Hovedstaden er stigende med alderen og relativt højere i aldersgrupperne over 50 år i forhold til befolkningsfordelingen (ca. dobbelt så højt i forhold til gennemsnittet for befolkningen).

Desuden ses en fremskrivning af borgernes forbrug af ydelser fra 2010 til 2015. Prognosen er dels baseret på forbruget af ydelser i 2010, dels på en forudsætning om, at borgerne i de enkelte aldersgrupper har et uændret forbrug pr. indbygger frem til 2015.

Nedenstående tabel 5 viser, at der over den kommende 5-årige periode vil ske en mindre samlet befolkningstilvækst, men med forskydning mellem aldersgrupperne. Indeks er beregnet i forhold til befolkningstallet i 2010, der sættes til 100.

Tabel 5: Forbruget af anæstesiologiske ydelser i praksissektoren i 2010 i Region Hovedstaden fordelt på aldersgrupper demografisk fremskrevet til 2015.

Alder	Ydelser 2010	Ydelsesforbrug pr. 1.000 indbyggere 2010	Forventet bef.udvikling. Indeks 2010- 15 (2010=100)	Fremskrevet demografisk behov for ydelser i 2015
0-19 år	11.081	28,5	100	11.081
20-29 år	3.519	15,4	111	3.906
30-39 år	9.324	36,6	91	8.484
40-49 år	18.294	73,8	100	18.294
50-59 år	21.445	119,6	119	25.520
60-69 år	19.490	100,3	96	18.710
70-79 år	14.243	128,9	115	16.379
80 år>	7.275	96,8	88	6.402
	104.671	61,7	102	108.776

Det fremskrevne demografiske behov til 2015 viser alt andet lige en vækst i ydelserne på 4.105 svarende til ydelsesaktiviteten i 0,3 fuldtidspraksis.

6.1.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten

Vurdering:

Speciallægekapacitetens omfang og sammensætning:

Region Hovedstadens dækning med anæstesiologiske speciallæger ligger 40 % over landsgennemsnittet. Udgiften pr. indbygger indenfor specialet ligger tilsvarende ca. 40 % over landsgennemsnittet.

41 % af den aktuelle speciallægekapacitet består af deltidspaksis.

Det er vurderingen, at der hverken er særligt faglige eller rekrutterings- og fastholdelsesmæssige grunde til at fastholde deltidspaksis indenfor specialet.

Den nuværende kapacitet indenfor deltidspaksis tilstræbes konverteret til fuldtidspaksis.

Delplanen indenfor anæstesiologi indeholdt anbefaling om, at behovet for en evt. justering af kapaciteten skal vurderes i relation til opgaveflytning mellem sektorer, herunder også evt. behov for anæstesi ydelser til andre kirurgiske specialer end øre-næse-hals og øjenspecialerne.

Ventetider på behandling:

Jfr. oplysninger på sundhed.dk. kan den aktuelle gennemsnitlige ventetid til ikke akut behandling opgøres til 4 uger. Variationen i ventetider ligger mellem 1-26 uger.

Speciallægekapacitetens udnyttelse:

Gennemgangen under afsnit 1.2. viser, at ingen af fuldtidsyderne arbejder udover knækgrænsen.

I forhold til gældende knækgrænser er der en betydelig uudnyttet kapacitet indenfor specialet. Den samlede uudnyttede kapacitet i specialet svarer til omsætningen i 2,7 fuldtidspraksis.

Demografisk behovsudvikling:

Udviklingen i demografien viser, at der kun kan forventes en mindre stigning i behovet for anæstesiologiske speciallægeydelser frem mod 2015, der ligger væsentligt under den gennemsnitlige ydelsesaktivitet i en heltidspraksis.

Udfordringer vedr. rekruttering og fastholdelse:

Primo 2011 er 52,9 % af anæstesiologerne i speciallægepraksis over 60 år, hvilket kan indikere, at der ligger en udfordring med hensyn til rekruttering til specialet i de kommende år.

Under forudsætning af en antagelse om, at anæstesiologerne gennemsnitligt ophører i praksis som 65-årige vil der i perioden 2011-15, dvs. frem til slutningen af næste planperiode, være brug for rekruttering af op til 9 anæstesiologer.

Ifølge dimensioneringsplan 2008-2012 for introduktions- og hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen udgivet af Sundhedsstyrelsen, maj 2010, er der indenfor anæstesiologi årligt 54 hoveduddannelsesforløb på landsplan, hvoraf de 24 finder sted i Region Øst. Der er p.t. ingen problemer med rekruttering til uddannelsesforløbene.

Ud fra en gennemgang af de anæstesiologiske hospitalsansatte speciallægers aldersfordeling og ud fra en tilsvarende antagelse om, at disse gennemsnitligt ophører som 65-årige, vil der i perioden 2011-2015 skulle rekrutteres 19 anæstesiologer til hospitalsafdelingerne i Region Hovedstaden.

Umiddelbart ligger det samlede antal speciallæger, der forventes at gå på pension i omhandlede periode i Region Hovedstaden (28) væsentligt under antallet af nyuddannede i samme periode, i alt 120.

Dette taler for, at der ikke vil blive rekrutteringsproblemer til speciallægepraksis.

Konklusion og mål for kapaciteten:

At 7 deltidspaksis gennem opkøb tilstræbes konverteret til 1 fuldtidspraksis, således at det fremtidige mål for fuldtidskapaciteter i alt er 10.

6.2 Børne- og ungdomspsykiatri

6.2.1. Kapacitet

a. Kapacitet i speciallægepraksis

Indenfor specialet børne- og ungdomspsykiatri er der 7 kapaciteter i Region Hovedstaden.

Tabel 1 viser, at 6 af speciallægerne driver praksis som fuldtidspraksis og 1 som deltidspaksis.

Samtlige praksis drives som enkeltmandspraksis. Ingen fuldtidspraksis fungerer som delepraksis, og ingen fuldtidspraksis har ansat assisterende speciallæger.

Siden praksisplanens udarbejdelse primo 2008 har der været generations-skifte i den ene deltidspaksis.

Af nedenstående tabel fremgår antal praktiserende børne- og ungdomspsykiatere fordelt på praksisformer og planområder i Region Hovedstaden ultimo 2011.

Tabel 1: Antal praktiserende børne- og ungdomspsykiatere fordelt på praksisformer og planlægningsområder i Region Hovedstaden ultimo 2011.

Plan-lægnings-område	Antal indbyggere	Hel-tid	Del-tid	Over-læge	I alt	Om-regnet til heltid	Ænd-ring ved ligelig ford. efter bef.tal
Nord	313.199	1	-	-	1	1,0	+0,2
Midt	435.135	2	1	-	3	2,5	-0,8
Byen	421.938	2	-	-	2	2,0	-0,4
Syd	484.902	1	-	-	1	1,0	+0,9
Bornholm	41.896	-	-	-	-	-	+0,2
Reg. H. i alt	1.697.070	6	1	-	7	6,5	-

De praktiserende børne- og ungdomspsykiatere fordeler sig ikke ligeligt efter befolkningstal i optageområderne.

I forhold til status ved praksisplanens udarbejdelse primo 2008 er der stadig en beskedent overvægt af praksis navnlig i optageområde Midt og en underkapacitet i optageområde Syd.

Prognose for speciallægedækning

De praktiserende børne- og ungdomspsykiateres fordeling på alder ultimo 2011 er følgende:

Tabel 2: Praktiserende børne- og ungdomspsykiateres fordeling på alder ultimo 2011.

Alder	Antal	% fordeling
<49 år	-	-
50-54 år	3	42,8
55-59 år	2	28,6
60-64 år	2	28,6
65-69 år	-	-
Over 70 år	-	-
I alt	7	100

Gennemsnitsalderen er 56,5 år. Der er ingen børne- og ungdomspsykiatere under 50 år. 2 børne- og ungdomspsykiatere er over 60 år.

Med kilde i Sundhedsstyrelsens Lægeprognoser forventes nedenstående udvikling i antal børne- og ungdomspsykiatere i hele landet.

Tabel 3: Forventet udvikling i antal børne- og ungdomspsykiatere i hele landet 2010 - 2025.

Speciale: B&U psykiatri	2010	2015	2020	2025
Lægeprognose 06	74	57	41	51
Lægeprognose 10	88	85	87	101
	Stigning/ fald år 10-15	Stigning/ fald år 15-20	Stigning/ fald år 10-20	Stigning/ fald år 10-25
Lægeprognose 06	-23,0 %	-28,1 %	-44,6 %	-31,1 %
Lægeprognose 10	-3,4 %	-2,3 %	-1,1 %	+14,8 %

Hvor Lægeprognosen fra 2006 angav et fald i antal speciallæger på i alt 31,1 % i perioden 2010-25 tegner Lægeprognosen fra 2010 et lidt mere optimistisk billede med en stigningstakt på 14,8 % i samme periode. Både på det korte og mellemlange sigt frem til hhv. 2015 og 2020 forventes der dog et fald i udbuddet af børne- og ungdomspsykiatriske speciallæger i størrelsesordenen 2-3 %.

b. Hospitalsvæsenet

Nøgletal for aktiviteten i hospitalsvæsenet i 2010

Antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre): 17.447

Antal ambulante besøg: 32.320

I nedenstående tabel sammenholdes antal konsultationer i B&U-psykiatrisk speciallægepraksis med aktiviteten i hospitalsvæsenet. Oplysningerne er dog ikke umiddelbart sammenlignelige.

	Antal 1. konsultationer	Antal konsultationer i alt
Speciallægehjælp, B&U psykiatri, 2010	617	8.726
	Antal personer i ambulante besøg	Antal ambulante besøg i alt
Hospitalsambulatorier	17.449	32.320

6.2.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen

De samlede bruttohonorarudgifter til speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri har i 2010 andraget 12.281.535 kr.

Knækgrænsen for fuldtidspraksis indenfor specialet udgjorde 2.772.932 kr., den nedre omsætningsgrænse for fuldtidspraksis 849.589 kr., mens omsætningsloftet for deltidspaksis var 771.134 kr.

Ud fra regnskabstallene kan der konstateres følgende:

1 fuldtidspraksis lå under den nedre omsætningsgrænse. Ingen fuldtidspraksis lå over knækgrænsen.

Fuldtidspraksis havde en samlet omsætning i praksis på 11.995.166 kr. Såfremt alle fuldtidspraksis havde produceret op til knækgrænsen, ville omsætningen have været 16.637.592 kr. eller svarende til en forskel på 4.642.426 kr. Forskellen svarer til den uudnyttede kapacitet i heltidspraksis.

Den enlige deltidspaksis havde en samlet omsætning på 286.368 kr. Omsætningen skal ses i forhold til generationsskifte i praksis i 2010.

Værdien af deltidspaksis' omsætning i forhold til fuldtidspraksis er i det følgende beregnet ud fra 3 kriterier:

- Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspraksis før knækket, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspaksis, svarer dette til 0,1 fuldtidspraksis
- Såfremt der tages udgangspunkt i den gennemsnitlige omsætning i fuldtidspraksis, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en gennemsnitlig omsætning, der går på den faktiske samlede omsætning i deltidspaksis, svarer dette til 0,1 fuldtidspraksis

- c) Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspraksis før knækket, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den maksimalt mulige omsætning i deltidspraksis op til omsætningsloftet, svarer dette til 0,3 fuldtidspraksis

Af den samlede ydelsesproduktion i børne- og ungdomspsykiatriske speciallægepraksis gik ca. 7 % af ydelserne til borgere udenfor regionen. Omvendt havde borgerne i Region Hovedstaden et forbrug af ydelser i Region Sjælland, svarende til godt 8 % af det samlede ydelsesforbrug. Niveaulet for pendling svarer til forholdene ved praksisplanens udarbejdelse i 2008.

I nedenstående tabel er vist den samlede produktion af børne- og ungdomspsykiatriske speciallægeydelser i Region Hovedstaden i treårsperioden 2008-2010, hvoraf tillige fremgår udviklingen i de enkelte hovedgrupper af ydelser

Tabel 4: Udvikling i produktion af ydelser hos praktiserende børne- og ungdomspsykiatere i Region Hovedstaden i perioden 2008-2010.

Ydelsesgrupper	2008	2009	2010
Konsultationer	11.593	12.810	12.597
Besøg og afstandstillæg	7	1.524	956
Rammeaftaler/§3 aftale	140	161	124
Kørselsgodtgørelse	-	1.229	897
I alt	11.740	15.726	14.574

I 2010 har der været et fald i ydelsesaktiviteten, hvilket kan henføres til generationsskifte i praksis.

Patientgrundlag og ydelsesudvikling:

Der forventes at være et stort set uændret antal 0-19 årige, som er målgruppen for B&U-psykiaternes behandlingsvirksomhed, i perioden 2010-2015 (hhv. 389.323 i 2010 og 388.146 i 2015).

Der forventes derfor ikke at blive nogen vækst i ydelserne på grundlag af udviklingen i de demografiske behov.

6.2.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten

Vurdering:

Speciallægekapacitetens omfang og sammensætning:

Region Hovedstadens dækning med B&U-psykiatriske speciallægepraksis ligger 33 % over landsgennemsnittet. Udgiften pr. indbygger indenfor specialet ligger tilsvarende 32 % over landsgennemsnittet.

14 % af den aktuelle speciallægekapacitet består af deltidspraksis.

Det er vurderingen, at der hverken er faglige eller rekrutterings- og fastholdelsesmæssige grunde til at fastholde deltidspraksis indenfor specialet.

Den nuværende kapacitet indenfor deltidspraksis tilstræbes konverteret til fuldtidspraksis.

Delplanen indenfor B&U psykiatri indeholdt anbefaling om, at samarbejdsudvalget følger udviklingen af kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatriske speciallægepraksis i perioden og vurderer muligheder for praksisfællesskaber evt. med ydere fra andre specialer.

Ventetider på behandling:

Jfr. oplysninger på sundhed.dk kan den aktuelle gennemsnitlige ventetid til ikke akut behandling opgøres til 20 uger. Variationen i ventetider ligger mellem 8-30 uger.

Speciallægekapacitetens udnyttelse:

Gennemgangen under afsnit 1.2. viser, at ingen af heltidsyderne arbejder udover knækgrænsen.

I forhold til gældende knækgrænser er der en uudnyttet kapacitet indenfor specialet svarende til omsætningen i 1,8 heltidspraksis.

Demografisk behovsudvikling:

Udviklingen i demografien viser, at der kan forventes et uændret behov for børne- og ungdomspsykiatriske speciallægeydelser frem mod 2015.

Udfordringer vedr. rekruttering og fastholdelse:

Primo 2011 er 28,6 % af børne- og ungdomspsykiaterne i speciallægepraksis over 60 år, hvilket kan indikere, at der ligger en udfordring med hensyn til rekruttering til specialet i de kommende år.

Under forudsætning af en antagelse om, at børne- og ungdomspsykiaterne gennemsnitligt ophører i praksis som 65-årige vil der i perioden 2011-15, dvs. frem til slutningen af næste planperiode, være brug for rekruttering af op til 2 praktiserende børne- og ungdomspsykiatere.

Ifølge dimensioneringsplan 2008-2012 for introduktions- og hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen udgivet af Sundhedsstyrelsen, maj 2010, er der indenfor børne- og ungdomspsykiatri årligt 20 hoveduddannelsesforløb på landsplan, hvoraf de 9 finder sted i Region Øst. Der er p.t. problemer med rekruttering til uddannelsesforløbene.

Ud fra en gennemgang af de hospitalsansatte børne- og ungdomspsykiateres aldersfordeling og ud fra en tilsvarende antagelse om, at disse gennemsnitligt ophører som 65-årige, vil der i perioden 2011-2015 skulle rekrutteres 10 børne- og ungdomspsykiatere til hospitalsafdelingerne i Region Hovedstaden.

Umiddelbart ligger det samlede antal speciallæger, der forventes at gå på pension (12) i omhandlede periode under antallet af nyuddannede i samme periode, i alt 45.

De nuværende problemer med at besætte ledige uddannelsesstillinger samt faldet i udbuddet af børne- og ungdomspsykiatriske speciallæger frem til 2020 indikerer dog, at der evt. kan blive rekrutteringsproblemer til speciallægepraksis.

Konklusion og mål for kapaciteten:

At den samlede kapacitet med fuldtidspraktiserende speciallæger som fremtidigt mål fastsættes til i alt 7, idet der sker nyetablering af 1 fuldtidspraksis gennem opnormering af 1 deltidspaksis

6.3. Psykiatri

6.3.1. Kapacitet

a. Kapacitet i speciallægepraksis

Inden for det psykiatriske område er der 67 kapaciteter i Region Hovedstaden.

Tabel 1 viser, at 44 af speciallægerne driver praksis som fuldtidspraksis og 23 som deltidspaksis.

Samtlige praksis drives som enkeltmandspraksis. 9 fuldtidspraksis fungerer som delepraksis. 5 fuldtidspraksis har ansat assisterende speciallæger.

Siden praksisplanens udarbejdelse primo 2008 har der været ejerskifte i 7 fuldtidspraksis og 6 deltidspaksis.

Af nedenstående tabel fremgår antal praktiserende psykiatere fordelt på praksisformer og planområder i Region Hovedstaden ultimo 2011.

Tabel 1: Antal praktiserende psykiatere fordelt på praksisformer og planlægningsområder i Region Hovedstaden ultimo 2011.

Plan- læg- nings- område	Antal indbyg- gere	Hel- tid	Del- tid	Over- læge	I alt	Om- reg- net til hel- tid	Ænd- ring ved ligelig ford. efter bef.tal
Nord	313.199	9	-	-	9	9,0	+1,2
Midt	435.135	12	11	-	22	17,5	-3,3
Byen	421.938	15	9	-	24	19,5	-5,7
Syd	484.902	8	3	-	11	9,5	+6,4
Born- holm	41.896	-	-	-	-	-	+1,4

Reg. H. i alt	1.697.070	44	23	-	67	55,5	-
--------------------------	------------------	-----------	-----------	----------	-----------	-------------	----------

De praktiserende psykiatere fordeler sig ikke ligeligt efter befolkningstal i optageområderne.

I forhold til status ved praksisplanens udarbejdelse primo 2008 er der stadig en betydelig overvægt af praksis i optageområde Byen og optageområde Midt og en tilsvarende underkapacitet i optageområde Syd.

Prognose for speciallægedækning

De praktiserende psykiateres fordeling på alder ultimo 2011 er følgende:

Tabel 2: Praktiserende psykiateres fordeling på alder ultimo 2011.

Alder	Antal	% fordeling
<49 år	3	4,5
50-54 år	11	16,4
55-59 år	16	23,9
60-64 år	11	16,4
65-69 år	18	26,9
Over 70 år	8	11,9
I alt	67	100

Gennemsnitsalderen er 60,7 år. Kun 3 psykiatere er under 50 år. 37 af de 67 psykiatriske speciallæger er over 60 år.

Med kilde i Sundhedsstyrelsens Lægeprognoser forventes nedenstående udvikling i antal speciallæger i psykiatri i hele landet.

Tabel 3: Forventet udvikling i antal speciallæger i psykiatri i hele landet 2010-2025.

Speciale: Psykiatri	2010	2015	2020	2025
Lægeprognose 06	658	540	470	527
Lægeprognose 10	774	753	749	809
	Stigning/ fald år 10-15	Stigning/ fald år 15-20	Stigning/ fald år 20-25	Stigning/ fald år 25-30
Lægeprognose 06	-17,9 %	-13,0 %	-28,6 %	-19,9 %
Lægeprognose 10	-2,7 %	-0,5 %	-3,2 %	+4,5 %

Hvor Lægeprognosen fra 2006 angav et fald i antal speciallæger på i alt 19,9 % i perioden 2010-25, tegner Lægeprognosen fra 2010 et lidt mere

optimistisk billede med en positiv stigningstakt på 4,5 % i samme periode. Helt frem til 2020 forventes der dog et fald i udbuddet af psykiatriske speciallæger i størrelsesordenen 2-3 %.

b. Hospitalsvæsenet

Nøgletal for aktiviteten i hospitalsvæsenet i 2010

Antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre): 17.449

Antal ambulante besøg: 32.320

	Antal 1. kons.	Antal kons. i alt
Speciallægepraksis, psykiatri, 2010	11.434	124.167
	Antal personer i ambulante besøg	Antal ambulante besøg i alt
Hospitalsambulatorier	17.449	32.320

Oplysningerne vedr. aktiviteten skønnes direkte sammenlignelige.

Sammenholdes antallet af 1. konsultationer i psykiatriske speciallægepraksis, som i 2010 udgjorde 11.434, med aktiviteten i hospitalsvæsenet i form af ovenstående nævnte antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre: 17.449) fremgår det, at 39,6 % af patienterne til ambulant speciallægebehandling ses hos de praktiserende speciallæger.

6.3.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen

De samlede bruttohonorarudgifter til psykiatriske speciallægepraksis har i 2010 andraget 93.623.723 kr.

Knækgrænsen for heltidspraksis indenfor specialet udgjorde 2.986.787 kr., den nedre omsætningsgrænse for heltidspraksis 866.484 kr., mens omsætningsloftet for deltidspaksis var 771.134 kr.

Ud fra regnskabstallene kan der konstateres følgende:

3 fuldtidspraksis lå under den nedre omsætningsgrænse. 3 fuldtidsydere havde en omsætning udover knækgrænsen.

Fuldtidspraksis havde en samlet omsætning i praksis på 79.221.682 kr. Såfremt alle heltidspraksis havde produceret op til knækgrænsen, ville omsætningen have været 134.405.415 kr. eller svarende til en forskel på 55.183.733 kr. Forskellen svarer til den uudnyttede kapacitet i fuldtidspraksis.

Deltidspraksis havde en samlet omsætning på 12.886.998 kr. Såfremt alle deltidspaksis havde produceret op til omsætningsloftet, ville omsætningen have været 17.736.082 kr. eller svarende til en forskel på 4.849.084 kr., som udgør den uudnyttede kapacitet i deltidspaksis.

Værdien af deltidspølsis` omsætning i forhold til fuldtidspølsis er i det følgende beregnet ud fra 3 kriterier:

- a) Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspølsis før knækket, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspølsis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspølsis, svarer dette til 4,3 fuldtidspølsis
- b) Såfremt der tages udgangspunkt i den gennemsnitlige omsætning i fuldtidspølsis, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspølsis med en gennemsnitlig omsætning, der går på den faktiske samlede omsætning i deltidspølsis, svarer dette til 7,2 fuldtidspølsis
- c) Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspølsis før knækket, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspølsis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den maksimalt mulige omsætning i deltidspølsis op til omsætningsloftet, svarer dette til 6,4 fuldtidspølsis

Der er en beskeden pendling til og fra øvrige regioner i størrelsesordenen 3-4 % begge veje.

I nedenstående tabel er vist den samlede produktion af psykiatriske speciallægeydelser i Region Hovedstaden i treårsperioden 2008-2010, hvoraf tillige fremgår udviklingen i de enkelte hovedgrupper af ydelser.

Tabel 4: Udvikling i produktion af ydelser hos praktiserende psykiatere i Region Hovedstaden i perioden 2008-2010.

Ydelsesgrupper	2008	2009	2010
Konsultationer	182.042	187.456	190.116
Besøg og afstandstillæg	1.256	4.817	3.705
Tillægsydelser	10.775	14.406	13.041
Attester	15	43	36
Kørselsgodtgørelse	-	1.812	630
I alt	194.088	208.543	207.528

Patientgrundlag og ydelsesudvikling:

I nedenstående tabel ses det, at forbruget af psykiatriske ydelser er størst i aldersgruppen 40-49 år og gruppen af 50-59 årige (ca. dobbelt så højt i forhold til gennemsnittet for befolkningen).

Desuden ses en fremskrivning af borgernes forbrug af ydelser fra 2010 til 2015. Prognosen er dels baseret på forbruget af ydelser i 2010, dels på en forudsætning om, at borgerne i de enkelte aldersgrupper har et uændret forbrug pr. indbygger frem til 2015.

Tabel 5 viser, at der over den kommende 5-årige periode vil ske en mindre samlet befolkningstilvækst, men med forskydning mellem aldersgrupperne. Indeks er beregnet i forhold til befolkningstallet i 2010, der sættes til 100.

Tabel 5: Forbruget af psykiatriske ydelser i praksissektoren i 2010 i Region Hovedstaden fordelt på aldersgrupper demografisk fremskrevet til 2015.

Alder	Ydelser 2010	Ydelsesforbrug pr. 1.000 indbyggere 2010	Forventet bef.udvikling. Indeks 2010- 15 (2010=100)	Fremskrevet demografisk behov for ydelser i 2015
0-19 år	3.837	9,9	100	3.843
20-29 år	23.527	102,7	111	26.031
30-39 år	40.200	157,8	91	36.602
40-49 år	53.160	214,3	100	53.133
50-59 år	42.985	239,8	119	51.106
60-69 år	25.681	132,2	96	24.722
70-79 år	10.309	93,3	115	11.808
80 år>	8.482	112,9	88	7.448
	208.181	123,9	102	214.698

Det fremskrevne demografiske behov til 2015 viser alt andet lige en vækst i ydelserne på 6.517, svarende til den gennemsnitlige ydelsesaktivitet i 1,8 fuldtidspraksis.

6.3.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten

Vurdering:

Speciallægekapacitetens omfang og sammensætning:

Region Hovedstadens dækning med praktiserende speciallæger ligger 27 % over landsgennemsnittet.

34,3 % af den aktuelle speciallægekapacitet består af deltidspaksis.

Det er vurderingen, at der hverken er særligt faglige eller rekrutterings- og fastholdelsesmæssige grunde til at fastholde deltidspaksis indenfor specialet.

Den nuværende kapacitet indenfor deltidspaksis tilstræbes konverteret til fuldtidspraksis.

Delplanen indenfor psykiatri indeholdt anbefaling om løbende at følge kapacitetsudviklingen indenfor specialet. Hertil kommer, at der skal være et særligt fokus på rekruttering og fastholdelse indenfor psykiatrien, herunder mulighed for konvertering af deltidspaksis til fuldtidspraksis.

Ventetider på behandling:

Jfr. oplysninger på sundhed.dk kan den aktuelle gennemsnitlige ventetid til ikke akut behandling opgøres til 16 uger. Variationen i ventetider ligger mellem 2-52 uger.

Speciallægekapacitetens udnyttelse:

Gennemgangen under afsnit 1.2. viser, at kun få af heltidsyderne arbejder udover knækgrænsen.

I forhold til gældende knækgrænser er der en betydelig uudnyttet kapacitet indenfor specialet. Den samlede uudnyttede kapacitet kan opgøres til 20 fuldtidspraksis.

Demografisk behovsudvikling:

Udviklingen i demografien viser, at der kan forventes et øget behov for psykiatriske speciallægeydelser frem mod 2015, der svarer til den gennemsnitlige ydelsesaktivitet i knap 2 heltidspraksis.

Udfordringer vedr. rekruttering og fastholdelse:

Primo 2011 er 54,4 % af psykiaterne i speciallægepraksis over 60 år, hvilket kan indikere, at der ligger en udfordring med hensyn til rekruttering til specialet i de kommende år.

Under forudsætning af en antagelse om, at psykiaterne gennemsnitligt ophører i praksis som 65-årige vil der i perioden 2011-15, dvs. frem til slutningen af næste planperiode, være brug for rekruttering af op til 37 psykiatere.

Ifølge dimensioneringsplan 2008-2012 for introduktions- og hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen udgivet af Sundhedsstyrelsen, maj 2010, er der indenfor psykiatri årligt 50 hoveduddannelsesforløb på landsplan, hvoraf de 23 finder sted i Region Øst. Der er p.t. ingen problemer med rekruttering til uddannelsesforløbene.

Ud fra en gennemgang af de hospitalsansatte psykiateres aldersfordeling og ud fra en tilsvarende antagelse om, at disse gennemsnitligt ophører som 65-årige, vil der i perioden 2011-2015 skulle rekrutteres 73 psykiatere til hospitalsafdelingerne i Region Hovedstaden.

Umiddelbart ligger det samlede antal speciallæger, der forventes at gå på pension i omhandlede periode i Region Hovedstaden (110) nogenlunde på samme niveau som antallet af nyuddannede i samme periode, i alt 115.

Sammenholdt med det forventede fald i udbuddet af psykiatriske speciallæger frem til 2020 må der evt. forventes at kunne blive rekrutteringsproblemer til speciallægepraksis.

Konklusion og mål for kapaciteten:

At den samlede kapacitet med fuldtidspraktiserende speciallæger som fremtidigt mål fastsættes til i alt 51, idet der sker nyetablering af 1

fuldtidspraksis og 23 deltidspaksis gennem opkøb tilstræbes konverteret til 6 fuldtidspraksis.

6.4. Dermatologi

6.4.1. Kapacitet

a. Kapacitet i speciallægepraksis

Der er 48 kapaciteter i Region Hovedstaden.

Tabel 1 viser, at 46 af speciallægerne driver praksis som fuldtidspraksis og 2 som deltidspaksis.

Ud af de 46 fuldtidspraktiserende speciallæger fungerer de 30 i enkeltmandspraksis. Herudover er der 7 kompagniskabspraksis med 2 eller 3 kapaciteter i hver praksis, i alt 16 kapaciteter i kompagniskabspraksis.

En fuldtidspraksis fungerer som delepraksis. 1 fuldtidspraksis har ansat assisterende speciallæge, mens 2 praksis har ansat uddannelsesamanuenser.

Siden praksisplanens udarbejdelse primo 2008 har der været ejerskifte i 7 fuldtidspraksis. Herudover er der et ledigt heltidsydernummer, som er blevet nedlagt, indtil nærværende kapacitetsvurdering har fundet sted.

Af nedenstående tabel fremgår antal praktiserende dermatologer fordelt på praksisformer og planområder i Region Hovedstaden ultimo 2011.

Tabel 1: Antal praktiserende dermatologer fordelt på praksisformer og planlægningsområder i Region Hovedstaden ultimo 2011.

Planlæg- nings område	Antal indb.	Hel- tid	Del- tid	Over- læge	I alt	Omregn et til heltid	Ænd- ring ved ligelig ford. efter bef.tal
Nord	313.199	8	-	-	8	8,0	+0,7
Midt	435.135	14	1	-	15	14,5	-2,5
Byen	421.938	12	1	-	13	12,5	-0,8
Syd	484.902	11	-	-	11	11,0	+2,4
Born- holm	41.896	1	-	-	1	1,0	+0,2
Reg. H. i alt	1.697.070	46	2	-	48	47,0	-

De praktiserende dermatologer fordeler sig ikke ligeligt efter befolkningstal i optageområderne.

I forhold til status ved praksisplanens udarbejdelse primo 2008 er der stadig en overvægt af praksis navnlig i optageområde Midt og en tilsvarende underkapacitet i optageområde Syd.

Prognose for speciallægedækning

De praktiserende dermatologers fordeling på alder ultimo 2011 er følgende:

Tabel 2: Praktiserende dermatologers fordeling på alder ultimo 2011.

Alder	Antal	% fordeling
<49 år	10	20,8
50-54 år	7	14,6
55-59 år	15	31,3
60-64 år	7	14,6
65-69 år	8	16,7
Over 70 år	1	2,0
I alt	48	100

Gennemsnitsalderen er 56,6 år. 10 dermatologer er under 50 år. 16 af de 48 dermatologiske speciallæger er over 60 år.

Med kilde i Sundhedsstyrelsens Lægeprognoser forventes nedenstående udvikling i antal speciallæger i dermatologi i hele landet.

Tabel 3: Forventet udvikling i antal speciallæger i dermatologi i hele landet 2010-2025.

Speciale: Dermatologi	2010	2015	2020	2025
Lægeprognose 06	125	116	132	153
Lægeprognose 10	150	147	164	196
	Stigning/ fald år 10-15	Stigning/ fald år 15-20	Stigning/ fald år 10-20	Stigning/ fald år 10-25
Lægeprognose 06	-7,2 %	+13,8 %	+5,6 %	+22,4 %
Lægeprognose 10	-2,0 %	+11,6 %	+9,3 %	+30,7 %

Hvor Lægeprognosen fra 2006 angav en stigning i antal speciallæger på i alt 22,4 % i perioden 2010-25 er stigningen i Lægeprognosen fra 2010 på 30,7 %.

På det korte sigt frem til 2015 forventes der dog et mindre fald i udbuddet af speciallæger i størrelsesordenen 2 %.

b. Hospitalsvæsenet

Nøgletal for aktiviteten i hospitalsvæsenet i 2010

Antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre): 17.825

Antal ambulante besøg: 91.984

	Antal 1. konsultationer	Antal senere konsultationer i alt
Speciallægehjælp, dermato-venerologi, 2010	140.409	346.086
	Antal personer i ambulante besøg	Antal ambulante besøg i alt
Hospitalsambulatorier	17.825	91.984

Oplysningerne vedr. aktiviteten skønnes umiddelbart sammenlignelige.

Sammenholdes antallet af 1. konsultationer i dermatologiske speciallægepraksis, som i 2010 udgjorde 140.409, med aktiviteten i hospitalsvæsenet i form af ovennævnte antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre: 17.825) fremgår det, at 89 % af patienterne til ambulant speciallægebehandling ses hos de praktiserende speciallæger.

I speciallægepraksis er der i gennemsnit 2,8 senere konsultationer for hver 1. konsultation. I hospitalsambulatorierne er forløbet typisk længere, idet antallet af senere besøg for hver patient er 4,8 i forhold til besøget første gang.

Dette kan forklares med forskellig sygdomsgrad hos patienterne med mere komplekse tilfælde og konkurrerende lidelser i hospitalssektoren.

6.4.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen

De samlede bruttohonorarudgifter til dermatologiske speciallægepraksis har i 2010 andraget 168.110.863 kr.

Knækgrænsen for fuldtidspraksis indenfor specialet udgjorde 4.408.328 kr., den nedre omsætningsgrænse for fuldtidspraksis 1.922.876 kr., mens omsætningsloftet for deltidspaksis var 919.429 kr.

Ud fra regnskabstallene kan der konstateres følgende:

To fuldtidspraksis lå under den nedre omsætningsgrænse. 8 fuldtidspraksis havde en omsætning udover knækgrænsen.

Fuldtidspraksis havde en samlet omsætning i praksis på 159.273.726 kr. Såfremt alle fuldtidspraksis havde produceret op til knækgrænsen, ville omsætningen have været 202.783.088 kr. eller svarende til en forskel på 43.509.362 kr. Forskellen svarer til den uudnyttede kapacitet i fuldtidspraksis.

Deltidspraksis havde en samlet omsætning på 2.344.668 kr. Såfremt alle deltidspkaksis havde produceret op til omsætningsloftet, ville omsætningen have været 1.838.858 kr. Der er derfor ikke nogen uudnyttet kapacitet i deltidspkaksis.

Værdien af deltidspkaksis` omsætning i forhold til fuldtidspkaksis er i det følgende beregnet ud fra 3 kriterier:

- a) Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspkaksis før knækket, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspkaksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspkaksis, svarer dette til 0,5 fuldtidspkaksis
- b) Såfremt der tages udgangspunkt i den gennemsnitlige omsætning i fuldtidspkaksis, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspkaksis med en gennemsnitlig omsætning, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspkaksis, svarer dette til 0,7 fuldtidspkaksis
- c) Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspkaksis før knækket, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspkaksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den maksimalt mulige omsætning i deltidspkaksis op til omsætningsloftet, svarer dette til 0,4 fuldtidspkaksis

Pendlingen til og fra øvrige regioner har været uændret siden praksisplanens udarbejdelse i 2008.

I nedenstående tabel er vist den samlede produktion af dermatologiske speciallægeydelser i Region Hovedstaden i treårsperioden 2008-2010, hvorefter tillige fremgår udviklingen i de enkelte hovedgrupper af ydelser

Tabel 4: Udvikling i produktion af ydelser hos praktiserende dermatologer i Region Hovedstaden i perioden 2008-2010.

Ydelsesgrupper	2008	2009	2010
Konsultationer	537.029	541.743	569.870
Besøg og afstandstillæg	2.933	3.797	3.954
Tillægsydelser	149.645	145.008	154.523
Operationer	74.786	82.855	90.257
Tillægsydelser, rammeaftaler	2.933	4.050	3.962
Venerologisk konsultation	664	625	636
Laboratorieundersøgelser	2.339	2.149	2.534
Kørselsgodtgørelse	981	1.936	2.968
I alt	771.310	782.163	828.704

Patientgrundlag og ydelsesudvikling:

I nedenstående tabel ses det, at forbruget af dermatologiske ydelser hos borgere med bopæl i Region Hovedstaden er stigende med alderen og relativt højere i aldersgrupperne over 60 år i forhold til befolkningsfordelingen (hen imod ca. dobbelt så højt i forhold til gennemsnittet for befolkningen).

Desuden ses en fremskrivning af borgernes forbrug af ydelser fra 2010 til 2015. Prognosen er dels baseret på forbruget af ydelser i 2010, dels på en forudsætning om, at borgerne i de enkelte aldersgrupper har et uændret forbrug pr. indbygger frem til 2015.

Tabel 5 viser, at der over den kommende 5-årige periode vil ske en mindre samlet befolkningstilvækst, men med forskydning mellem aldersgrupperne. Indeks er beregnet i forhold til befolkningstallet i 2010, der sættes til 100.

Tabel 5: Forbruget af dermatologiske ydelser i praksissektoren i 2010 i Region Hovedstaden fordelt på aldersgrupper demografisk fremskrevet til 2015.

Alder	Ydelser 2010	Ydelsesforbrug pr. 1.000 indbyggere 2010	Forventet bef.udvikling. Indeks 2010-15 (2010=100)	Fremskrevet demografisk behov for ydelser i 2015
0-19 år	116.070	298,1	100	115.706
20-29 år	101.909	444,8	111	112.743
30-39 år	108.500	425,9	91	98.789
40-49 år	105.606	425,9	100	105.596
50-59 år	94.943	529,6	119	112.869
60-69 år	123.984	638,5	96	119.403
70-79 år	87.066	788,2	115	99.760
80 år>	60.689	807,9	88	53.299
	798.767	475,4	102	818.165

Det fremskrevne demografiske behov til 2015 viser alt andet lige en vækst i ydelserne på 19.398 omtrentlig svarende til den gennemsnitlige ydelsesaktivitet i 1 heltidspraksis.

6.4.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten

Vurdering:

Speciallægekapacitetens omfang og sammensætning:

Region Hovedstadens dækning med dermatologiske speciallæger ligger 47 % over landsgennemsnittet. Udgiften pr. indbygger indenfor specialet ligger tilsvarende 43 % over landsgennemsnittet.

Kun en beskednen del, 4,2 % af den aktuelle speciallægekapacitet, består af deltidspraksis.

Det er vurderingen, at der hverken er faglige eller rekrutterings- og fastholdelsesmæssige grunde til at fastholde deltidsspraksis indenfor specialet.

Den nuværende kapacitet indenfor deltidsspraksis tilstræbes konverteret til fuldtidsspraksis.

Det fremgår af spørgeskemaundersøgelsen gennemført i speciallægepraksis ultimo 2007, at de 2 deltidsspeciallæger dengang angav ønske om at ændre praksisform til fuldtidsspraksis.

Ventetider på behandling:

Jfr. oplysninger på sundhed.dk kan den aktuelle gennemsnitlige ventetid til ikke akut behandling opgøres til 5 uger. Variationen i ventetider ligger mellem 2-12 uger.

Speciallægekapacitetens udnyttelse:

Gennemgangen under afsnit 1.2. viser, at 8 af de 48 fuldtidsydere arbejder udover knækgrænsen.

I forhold til gældende knækgrænser er der en betydelig uudnyttet kapacitet indenfor specialet i fuldtidsspraksis. Den uudnyttede kapacitet svarer til produktionen i 10 fuldtidsspraksis med en produktion op til knækgrænsen.

I deltidsspraksis er der ingen uudnyttet kapacitet.

Demografisk behovsudvikling:

Udviklingen i demografien viser, at der kan forventes et øget behov for dermatologiske speciallægeydelser frem mod 2015, svarende til den gennemsnitlige ydelsesaktivitet i en heltidsspraksis.

Udfordringer vedr. rekruttering og fastholdelse:

Primo 2011 er 33 % af dermatologerne i speciallægepraksis over 60 år, hvilket kan indikere, at der ligger en udfordring med hensyn til rekruttering til specialet i de kommende år.

Under forudsætning af en antagelse om, at dermatologerne gennemsnitligt ophører i praksis som 65-årige, vil der i perioden 2011-15, dvs. frem til slutningen af næste planperiode, være brug for rekruttering af op til 16 dermatologer.

Ifølge dimensioneringsplan 2008-2012 for introduktions- og hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen udgivet af Sundhedsstyrelsen, maj 2010, er der indenfor dermatologi årligt 13 hoveduddannelsesforløb på landsplan, hvoraf de 5 finder sted i Region Øst. Der er p.t. ingen problemer med rekruttering til uddannelsesforløbene.

Ud fra en gennemgang af de hospitalsansatte dermatologiske speciallægers aldersfordeling og ud fra en tilsvarende antagelse om, at disse gennemsnitligt ophører som 65-årige, vil der i perioden 2011-2015 skulle rekrutteres 7 dermatologer til hospitalsafdelingerne i Region Hovedstaden.

Umiddelbart ligger det samlede antal speciallæger, der forventes at gå på pension (23) i omhandlede periode nogenlunde på samme niveau som antallet af nyuddannede i samme periode, i alt 25.

Navnlig på det korte sigt frem til 2015, hvor udbuddet af speciallæger indenfor dermato-venerologi vil falde, kan der evt. blive rekrutteringsproblemer i speciallægepraksis.

Konklusion og mål for kapaciteten:

At den samlede kapacitet med fuldtidspraktiserende speciallæger som fremtidigt mål fastsættes til i alt 47, idet 2 deltidspkaksis tilstræbes konverteret til 1 fuldtidspraksis.

6.5. Reumatologi

6.5.1. Kapacitet

a. Kapacitet i speciallægepraksis

Indenfor det reumatologiske område er der 36 kapaciteter i Region Hovedstaden.

Tabel 1 viser, at 22 af speciallægerne driver praksis som fuldtidspraksis og 14 som deltidspkaksis.

1 fuldtidspraksis drives som kompagniskabspraksis. 2 fuldtidspraksis fungerer som delepraksis. 4 fuldtidspraksis har ansat assisterende speciallæger. 1 fuldtidspraksis har ansat en uddannelsesamanuensis.

Der er i planperioden besat 2 fuldtidsydernumre efter opslag.

Siden praksisplanens udarbejdelse primo 2008 har der været ejerskifte i 4 fuldtidspraksis og 4 deltidspkaksis. 1 fuldtidsydernummer og 1 deltidsyder-nummer er blevet nedlagt. De ledige ydernumre er nedlagt indtil nærværende kapacitetsvurdering har fundet sted.

Af nedenstående tabel fremgår antal praktiserende reumatologer fordelt på praksisformer og planlægningsområder, forstået som hospitalsoptage-områder, i Region Hovedstaden ultimo 2011.

Tabel 1: Antal praktiserende reumatologer fordelt på praksisformer og planlægningsområder i Region Hovedstaden ultimo 2011.

Planlæg- nings- område	Antal indb.	Hel- tid	Del- tid	Over- læge	I alt	Omreg- net til heltid	Ænd- ring ved ligelig ford. efter bef.tal
Nord	313.199	5	1	-	6	5,5	-0,2
Midt	435.135	7	6	-	13	10,0	-2,6
Byen	421.938	5	3	-	8	6,5	+0,8
Syd	484.902	5	4	-	9	7,0	+1,2
Bornholm	41.896	-	-	-	-	-	+0,7
Reg. H. i alt	1.697.070	22	14	-	36	29,0	-

De praktiserende reumatologer fordeler sig ikke ligeligt efter befolkningstal i optageområderne.

I forhold til status ved praksisplanens udarbejdelse primo 2008 er der stadig en overvægt af praksis navnlig i optageområde Midt og en underkapacitet i optageområde Syd.

Prognose for speciallægedækning

De praktiserende reumatologers fordeling på alder ultimo 2011 er følgende:

Tabel 2: Praktiserende reumatologers fordeling på alder ultimo 2011.

Alder	Antal	% fordeling
<49 år	2	5,6
50-54 år	4	11,1
55-59 år	10	27,8
60-64 år	7	19,4
65-69 år	9	25,0
Over 70 år	4	11,1
I alt	36	100

Gennemsnitsalderen er 61,3 år. Kun 2 reumatologer er under 50 år. 20 af de 36 reumatologiske speciallæger er over 60 år.

Med kilde i Sundhedsstyrelsens Lægeprognoser forventes nedenstående udvikling i antal speciallæger i reumatologi i hele landet.

Tabel 3: Forventet udvikling i antal speciallæger i reumatologi i hele landet 2010-2025.

Speciale: Reumatologi	2010	2015	2020	2025
Lægeprognose 06	165	149	175	207
Lægeprognose 10	195	193	217	254
	Stigning/ fald år 10-15	Stigning/ fald år 15-20	Stigning/ fald år 10-20	Stigning/ fald år 10-25
Lægeprognose 06	-10,7 %	+17,4 %	+6,1 %	+25,4 %
Lægeprognose 10	-1,0 %	+12,4 %	+11,3 %	+30,3 %

Hvor Lægeprognosen fra 2006 angav en stigning i antal speciallæger på i alt 25,4 % i perioden 2010-25, tegner Lægeprognosen fra 2010 et lidt mere optimistisk billede med en stigningstakt på 30,3 % i samme periode.

På det korte sigt frem til 2015 forventes der dog et fald i udbuddet af reumatologiske speciallæger på 1 %. Den forrige prognose angav et fald på 10,7 %.

b. Hospitalsvæsenet

Nøgletal for aktiviteten i hospitalsvæsenet i 2010

Antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre): 17.125

Antal ambulante besøg: 82.087

	Antal 1. konsultationer	Antal senere konsultationer i alt
Speciallægehjælp, reumatologi, 2010	31.555	89.615
	Antal personer i ambulante besøg	Antal ambulante besøg i alt
Hospitalsambulatorier	17.125	82.087

Oplysningerne vedr. aktiviteten skønnes umiddelbart sammenlignelige.

Sammenholdes antallet af 1. konsultationer i reumatologiske speciallægepraksis, som i 2010 udgjorde 31.555, med aktiviteten i hospitalsvæsenet i form af ovenstående nævnte antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre = 17.125) fremgår det, at 65 % af patienterne til ambulante speciallægebehandling ses hos de praktiserende speciallæger i reumatologi.

I speciallægepraksis er der i gennemsnit 2,8 senere konsultationer for hver 1. konsultation. I hospitalsambulatorierne er forløbet typisk længere, idet

antallet af senere besøg for hver patient er 4,8 i forhold til besøget første gang.

Dette kan forklares med forskellig sygdomsgrad hos patienterne med mere komplekse tilfælde og konkurrerende lidelser i hospitalssektoren.

6.5.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen

De samlede bruttohonorarudgifter til reumatologiske speciallægepraksis har i 2010 andraget 52.615.593 kr.

Knækgrænsen for fuldtidspraksis indenfor specialet udgjorde 2.972.726 kr., den nedre omsætningsgrænse for fuldtidspraksis 903.620 kr., mens omsætningsloftet for deltidspraksis var 771.134 kr.

Ud fra regnskabstallene kan der konstateres følgende:

En fuldtidspraksis lå under den nedre omsætningsgrænse. 2 fuldtidspraksis havde en omsætning, der lå udover knækgrænsen.

Fuldtidspraksis havde en samlet omsætning i praksis på 43.954.055 kr. Såfremt alle fuldtidspraksis havde produceret op til knækgrænsen, ville omsætningen have været 71.345.424 kr. eller svarende til en forskel på 27.391.369 kr. Forskellen svarer til den uudnyttede kapacitet i fuldtidspraksis.

Deltidspraksis havde en samlet omsætning på 8.661.538 kr. Såfremt alle deltidspraksis havde produceret op til omsætningsloftet, ville omsætningen have været 12.338.144 kr. eller svarende til en forskel på 3.676.606 kr., som udgør den uudnyttede kapacitet i deltidspraksis.

Værdien af deltidspraksis` omsætning i forhold til fuldtidspraksis er i det følgende beregnet ud fra 3 kriterier:

- a) Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspraksis før knækket, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspraksis, svarer dette til 2,9 fuldtidspraksis
- b) Såfremt der tages udgangspunkt i den gennemsnitlige omsætning i fuldtidspraksis, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en gennemsnitlig omsætning, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspraksis, svarer dette til 4,3 fuldtidspraksis
- c) Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspraksis før knækket, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den maksimalt mulige omsætning i deltidspraksis op til omsætningsloftet, svarer dette til 4,2 fuldtidspraksis

Der er tale om en pendling til og fra øvrige regioner af samme omfang som ved praksisplanens udarbejdelse i 2008.

I nedenstående tabel er vist den samlede produktion af reumatologiske speciallægeydelser i Region Hovedstaden i treårsperioden 2008-2010, hvoraf tillige fremgår udviklingen i de enkelte hovedgrupper af ydelser

Tabel 4: Udvikling i produktion af ydelser hos praktiserende reumatologer i Region Hovedstaden i perioden 2008-2010.

Ydelsesgrupper	2008	2009	2010
Konsultationer	112.782	105.643	99.931
Besøg og afstandstillæg	298	288	238
Tillægsydelser	152.293	148.727	144.483
Laboratorieundersøgelser	3	4	133
I alt	265.376	254.662	244.785

Samlet har der for dette speciale været tale om en tilbagegang i ydelsesproduktionen til trods for en opregulering af knækgrænse og omsætningsloft.

Patientgrundlag og ydelsesudvikling:

I nedenstående tabel ses det, at forbruget af reumatologiske ydelser hos borgere med bopæl i Region Hovedstaden er stigende med alderen og er størst i aldersgruppen 70-79 årige (ca. tre gange så højt i forhold til gennemsnittet for befolkningen).

Desuden ses en fremskrivning af borgernes forbrug af ydelser fra 2010 til 2015. Prognosen er dels baseret på forbruget af ydelser i 2010, dels på en forudsætning om, at borgerne i de enkelte aldersgrupper har et uændret forbrug pr. indbygger frem til 2015.

Tabel 5 viser, at der over den kommende 5-årige periode vil ske en mindre samlet befolkningstilvækst, men med forskydning mellem aldersgrupperne. Indeks er beregnet i forhold til befolkningstallet i 2010, der sættes til 100.

Tabel 5: Forbruget af reumatologiske ydelser i praksissektoren i 2010 i Region Hovedstaden fordelt på aldersgrupper demografisk fremskrevet til 2015.

Alder	Ydelser 2010	Ydelsesforbrug pr. 1.000 indbyggere 2010	Forventet bef.udvikling. Indeks 2010-15 (2010=100)	Fremskrevet demografisk behov for ydelser i 2015
0-19 år	2.280	5,9	100	2.290
20-29 år	8.197	35,8	111	9.074
30-39 år	19.950	78,3	91	18.162
40-49 år	40.727	164,2	100	40.711

50-59 år	49.874	278,2	119	59.290
60-69 år	53.195	273,9	96	51.221
70-79 år	38.525	348,7	115	44.134
80 år>	17.691	235,5	88	15.536
	230.709	137,3	102	240.418

Det fremskrevne demografiske behov til 2015 viser alt andet lige en vækst i ydelserne på 9.709 svarende til den gennemsnitlige ydelsesaktivitet i 1,2 fuldtidspraksis.

6.5.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten

Vurdering:

Speciallægekapacitetens omfang og sammensætning:

Region Hovedstaden har en høj dækning med speciallæger indenfor specialet, der er mere end dobbelt så høj som landsgennemsnittet. Det samme gør sig gældende for den gennemsnitlige udgift pr. indbygger.

38,9 % af den aktuelle speciallægekapacitet består af deltidspaksis.

Det er vurderingen, at der hverken er særligt faglige eller rekrutterings- og fastholdelsesmæssige grunde til at fastholde deltidspaksis indenfor specialet.

Den nuværende kapacitet indenfor deltidspaksis tilstræbes konverteret til fuldtidspaksis.

Delplanen indenfor reumatologi indeholdt anbefaling om, at samarbejdsudvalget skal have særligt fokus på rekruttering og fastholdelse indenfor det reumatologiske speciale.

Ventetider på behandling:

Jfr. oplysninger på sundhed.dk kan den aktuelle gennemsnitlige ventetid til ikke akut behandling opgøres til 8 uger. Variationen i ventetider ligger mellem 1-22 uger.

Speciallægekapacitetens udnyttelse:

Gennemgangen under afsnit 1.2. viser, at ingen af fuldtidsyderne arbejder udover knækgrænsen.

I forhold til gældende knækgrænser er der en betydelig uudnyttet kapacitet indenfor specialet. Den samlede uudnyttede kapacitet svarer til produktionen i 10,5 fuldtidspaksis.

Demografisk behovsudvikling:

Udviklingen i demografien viser, at der kan forventes et øget behov for reumatologiske speciallægeydelser frem mod 2015, svarende til mere end den gennemsnitlige produktion i en heltidspaksis.

Udfordringer vedr. rekruttering og fastholdelse:

Primo 2011 er 60 % af reumatologerne i speciallægepraksis over 60 år, hvilket kan indikere, at der ligger en udfordring med hensyn til rekruttering til specialet i de kommende år.

Under forudsætning af, at reumatologerne gennemsnitligt ophører i praksis som 65-årige vil der i perioden 2011-15, dvs. frem til slutningen af næste planperiode, være brug for rekruttering af op til 24 reumatologer.

Ifølge dimensioneringsplan 2008-2012 for introduktions- og hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen udgivet af Sundhedsstyrelsen, maj 2010, er der indenfor reumatologi årligt 18 hoveduddannelsesforløb på landsplan, hvoraf de 8 finder sted i Region Øst. Der er p.t. et mindre problem med rekruttering til uddannelsesforløbene, idet der i 2010 var én vakant uddannelsesstilling ud af de 8.

Ud fra en gennemgang af de reumatologiske hospitalsansatte speciallægers aldersfordeling og ud fra en tilsvarende antagelse om, at disse gennemsnitligt ophører som 65-årige, vil der i perioden 2011-2015 skulle rekrutteres 9 reumatologer til hospitalsafdelingerne i Region Hovedstaden.

Umiddelbart ligger det samlede antal speciallæger, der forventes at gå på pension (33) i omhandlede periode nogenlunde på niveau med antallet af nyuddannede i samme periode, i alt 40.

Dette taler for, at der evt. vil kunne blive rekrutteringsproblemer til speciallægepraksis på det korte sigt (2015), indtil udbuddet af reumatologiske speciallæger stiger væsentligt sidst i prognoseperioden frem mod 2025.

Konklusion og mål for kapaciteten:

At 14 deltidspraksis gennem opkøb tilstræbes konverteret til 4 fuldtidspraksis, således at det fremtidige mål for fuldtidskapaciteter i alt er 26.

6.6. Intern medicin: gastroenterologi

6.6.1. Kapacitet

a. Kapacitet i speciallægepraksis

Indenfor intern medicin: gastroenterologi er der 8 kapaciteter i Region Hovedstaden.

Tabel 1 viser, at 3 af speciallægerne driver praksis som fuldtidspraksis, 4 som deltidspraksis og 1 som overlægepraksis.

Alle praksis drives som enkeltmandspraksis. Ingen fuldtidspraksis fungerer som delepraksis. 1 fuldtidspraksis har ansat assisterende speciallæge.

Siden praksisplanens udarbejdelse primo 2008 har der været afgang i 1 deltidspraksis, der er lagt sammen med en deltidspraksis i kardiologi.

Af nedenstående tabel fremgår antal praktiserende gastroenterologer fordelt på praksisformer og planområder i Region Hovedstaden ultimo 2011.

Tabel 1. Antal praktiserende gastroenterologer fordelt på praksisformer og planlægningsområder i Region Hovedstaden ultimo 2011.

Planlægnings-område	Antal indbyggere	Heltid	Deltid	Overlæge	I alt	Omregnet til heltid	Ændr. ved ligelig ford. efter bef.tal
Nord	313.199	-	-	-	-	-	+0,9
Midt	435.139	1	2	-	3	2,0	-0,7
Byen	421.938	2	1	-	3	2,5	-1,2
Syd	484.902	-	1	1	2	0,6	+0,9
Bornholm	41.896	-	-	-	-	-	+0,1
Reg. H i alt	1.697.070	3	4	1	8	5,1	-

I forhold til status ved praksisplanens udarbejdelse primo 2008 er der stadig en overvægt af praksis i optageområde Byen og Midt samt en underkapacitet i optageområde Nord og Syd, jfr. tabellens sidste kolonne.

Prognose for speciallægedækning

De praktiserende gastroenterologers fordeling på alder er følgende:

Tabel 2. Praktiserende gastroenterologers fordeling på alder medio 2011.

Alder	Antal	% fordeling
<50 år	-	-
50-54 år	1	12,5
55-59 år	2	25,0
60-64 år	1	12,5
65-69 år	3	37,5
Over 70 år	1	12,5
I alt	8	100,0

Ingen gastroenterolog er under 50 år. 5 af de 8 gastroenterologer er over 60 år. Gennemsnitsalderen er 62,8 år.

Med kilde i Sundhedsstyrelsens Lægeprognoser forventes nedenstående udvikling i antal speciallæger i gastroenterologi i hele landet.

Tabel 3. Forventet udvikling i antal speciallæger i intern medicin: gastroenterologi i hele landet i 2010.

Speciale: Intern medicin: gastroenterologi	2010	2015	2020	2025
Lægeprognose 06	125	122	135	144
Lægeprognose 10	142	161	183	212
	Stigning/ fald år 10-15	Stigning/ fald år 15-20	Stigning/ fald år 10-20	Stigning/ fald år 10-25
Lægeprognose 06	-2,5 %	+10,7 %	+8,0 %	+15,2 %
Lægeprognose 10	+13,4 %	+13,7 %	+28,9 %	+49,3 %

Den seneste Lægeprognose fra 2010 tegner et billede af, at stigningstakten frem mod 2025 vedr. udbuddet af speciallæger vil blive mere end tre gange så stor i forhold til den foregående prognose fra 2006. Også på det korte sigt frem mod 2015 forventes der en positiv udvikling med en stigning på 13,4 %, hvor den tidligere prognose angav et fald i udbuddet af speciallæger på 2,5 %.

b. Hospitalsvæsenet

Nøgletal for aktiviteten i hospitalsvæsenet i 2010

Antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre): 5.483

Antal ambulante besøg: 23.405

	Antal 1. konsultationer	Antal senere konsultationer i alt
Speciallægehjælp, gastroenterologi, 2010	3.990	15.450
	Antal personer i ambulante besøg	Antal ambulante besøg i alt
Hospitalsambulatorier	5.483	23.405

Oplysningerne vedr. aktiviteten skønnes umiddelbart sammenlignelige.

Sammenholdes antallet af 1. konsultationer i gastroenterologiske speciallægepraksis, som i 2010 udgjorde 3.990, med aktiviteten i hospitalsvæsenet i form af ovenstående nævnte antal personer til ambulante besøg (unikke CPR-numre: 5.483) fremgår det, at 42 % af patienterne til ambulant speciallægebehandling ses hos de praktiserende speciallæger.

I speciallægepraksis er der i gennemsnit 3,9 senere konsultationer for hver 1. konsultation. I hospitalsambulatorierne er forløbet typisk lidt længere, idet antallet af senere besøg for hver patient er 4,3 i forhold til besøget første gang.

6.6.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen

De samlede bruttohonorarudgifter til gastroenterologiske speciallægepraksis har i 2010 andraget 14.146.948 kr.

Knækgrænsen for fuldtidspraksis indenfor specialet udgjorde 3.630.177 kr., den nedre omsætningsgrænse for fuldtidspraksis 1.677.938 kr., mens omsætningsloftet for deltidspraksis var 919.429 kr.

Ud fra regnskabstallene kan der konstateres følgende:

Ingen fuldtidspraksis lå under den nedre omsætningsgrænse. Hovedparten af fuldtidsyderne arbejder op til knækgrænsen.

Fuldtidspraksis havde en samlet omsætning på 10.527.592 kr. Såfremt alle fuldtidspraksis havde produceret op til knækgrænsen, ville omsætningen have været 10.890.534 kr. svarende til en forskel på 362.939 kr. Forskellen svarer til den uudnyttede kapacitet i fuldtidspraksis.

Deltidspraksis havde en samlet omsætning på 3.326.042 kr. Såfremt alle deltidspraksis havde produceret op til omsætningsloftet, ville omsætningen have været 3.677.716 kr. eller svarende til en forskel på 351.674 kr. som udgør den uudnyttede kapacitet i deltidspraksis.

Værdien af deltidspraksis' omsætning i forhold til fuldtidspraksis er i det følgende beregnet ud fra 3 kriterier:

- a) Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspraksis før knækket, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspraksis, svarer dette til 0,9 fuldtidspraksis
- b) Såfremt der tages udgangspunkt i den gennemsnitlige omsætning i fuldtidspraksis, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en gennemsnitlig omsætning, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspraksis, svarer dette til 0,9 fuldtidspraksis
- c) Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspraksis før knækket, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den maksimalt mulige omsætning i deltidspraksis op til omsætningsloftet, svarer dette til 1,0 fuldtidspraksis

I nedenstående tabel er vist den samlede produktion af gastroenterologiske speciallægeydelser i Region Hovedstaden i treårsperioden 2008-2010, hvoraf tillige fremgår udviklingen i de enkelte hovedgrupper af ydelser:

Ydelsesgrupper	2008	2009	2010
Konsultationsydelser	14.949	15.269	13.857
Besøg og afstandstillæg	-	-	-
Undersøgelsesydelser, common trunk	21.729	21.960	20.292
Undersøgelsesydelser, gastroenterologi	3.571	4.247	3.894
Behandlingsydelser, common trunk	-	-	-
Behandlingsydelser, gastroenterologi	138	133	152
I alt	40.387	41.609	38.195

Patientgrundlag og ydelsesudvikling

Ud fra tilgængelige statistiske data er det ikke muligt for de enkelte intern medicinske grenspecialer at foretage en fremskrivning af ydelsesforbruget frem til 2015 på baggrund af tallene for befolkningsudviklingen.

En fremskrivning for det interne medicinske speciale som sådan viser en befolkningsrelateret vækst i ydelsesforbruget på 14.537 svarende til ydelsesaktiviteten i 0,8 heltidspraksis.

Det det planlagte screeningsprogram for tarmkræft vil kunne få betydning for kapacitetsvurderingen.

6.6.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten

Vurdering:

Den gennemsnitlige udgift pr. indbygger i Region Hovedstaden indenfor specialet intern medicin som sådan ligger ca. dobbelt så højt som landsgennemsnittet.

62 % af den aktuelle speciallægekapacitet består af deltidspæktis.

Det er vurderingen, at der hverken er faglige eller rekrutterings- og fastholdelsesmæssige grunde til at fastholde deltidspæktis indenfor specialet.

Den nuværende kapacitet indenfor deltidspæktis tilstræbes konverteret til heltidspæktis.

Delplanen indenfor gastroenterologi indeholder anbefaling om, at samarbejdsudvalget sikrer fordelingen mellem de interne medicinske specialer, herunder antallet af medicinsk gastroenterologiske kapaciteter.

Ventetider på behandling

Jfr. oplysninger på sundhed.dk kan den aktuelle gennemsnitlige ventetid til ikke akut behandling opgøres til 4 uger. Variationen i ventetider ligger mellem 2-5 uger.

Speciallægekapacitetens udnyttelse

Gennemgangen under afsnit 1.2. viser, at de fleste fuldtidsydere arbejder op til knækgrænsen.

I forhold til de gældende knækgrænser og omsætningsloft er der kun en beskeden uudnyttet kapacitet indenfor specialet på i alt 0,2 fuldtidspraksis.

Demografisk behovsudvikling

Udviklingen i demografien viser, at der kun kan forventes et lidt større behov for intern medicinske speciallægeydelser frem mod 2015, der er mindre end den gennemsnitlige ydelsesaktivitet i en fuldtidspraksis.

Udfordringer vedr. rekruttering og fastholdelse

På baggrund af de for Koncern Praksis tilgængelige oplysninger er det ikke muligt at belyse denne problematik for de intern medicinske grenspecialer. Bedømt ud fra det intern medicinske speciale som helhed forventes der ikke at blive rekrutteringsproblemer til de internmedicinske grenspecialer i praksissektoren.

Konklusion og mål for kapaciteten

At 4 deltidspaksis gennem opkøb tilstræbes konverteret til 1 fuldtidspraksis, således at det fremtidige mål for fuldtidskapaciteter i alt er 4.

6.7. Intern medicin: kardiologi

6.7.1. Kapacitet

a. Kapacitet i speciallægepraksis

Indenfor intern medicin: kardiologi er der 19 kapaciteter i Region Hovedstaden.

Tabel 1 viser, at 9 af speciallægerne driver praksis som fuldtidspraksis, 8 som deltidspaksis og 2 som overlægepraksis.

Alle praksis drives som enkeltmandspaksis. 3 fuldtidspraksis fungerer som delepraksis og 3 fuldtidspraksis har ansat assisterende speciallæge.

6 deltidssydernumre er slået sammen til 3 fuldtidsydernumre gennem overtagelse af praksis. De 2 af deltidspaksis, der er overtaget, var praksis uden egentlig grenspecialisering.

Af nedenstående tabel fremgår antal praktiserende kardiologer, fordelt på praksisformer og planområder i Region Hovedstaden ultimo 2011.

Tabel 1. Antal praktiserende kardiologer fordelt på praksisformer og planlægningsområder i Region Hovedstaden ultimo 2011.

Planlægningsområde	Antal indbyggere	Heltid	Deltid	Overlæge	I alt	Omregnet til heltid	Ændring ved ligelig fordeling efter bef.tal
Nord	313.199	2	1	-	3	2,5	-0,1
Midt	435.135	2	2	-	4	3,0	+0,4
Byen	421.938	4	2	2	8	5,2	-1,9
Syd	484.902	1	3	-	4	2,5	+1,3
Bornholm	41.896	-	-	-	-	-	+0,3
Reg. H. i alt	1.697.070	9	8	2	19	13,2	-

I forhold til status ved praksisplanens udarbejdelse primo 2008 er der stadig en overvægt af praksis i optageområde Byen samt en underkapacitet i optageområde Syd.

Prognose for speciallægedækning:

De praktiserende kardiologers fordeling på alder er følgende:

Tabel 2. Praktiserende kardiologers fordeling på alder ultimo 2011.

Alder	Antal	% fordeling
<50 år	-	-
50-54 år	3	15,8
55-59 år	3	15,8
60-64 år	4	21,1
65-69 år	2	10,5
Over 70 år	7	36,8
I alt	19	100

Gennemsnitsalderen er 64,4 år. Ingen kardiolog er under 50 år. 13 af de 19 kardiologiske speciallæger er over 50 år.

Med kilde i Sundhedsstyrelsens Lægeprognoser 2010 forventes nedenstående udvikling i antal speciallæger i kardiologi i hele landet.

Tabel 3. Forventet udvikling i antal kardiologiske speciallæger i hele landet 2010-25.

Speciale: Kardiologi	2010	2015	2020	2025
Lægeprognose 06	234	237	264	290
Lægeprognose 10	300	331	377	422
	Stigning/ fald år 10-15	Stigning/ fald år 15-20	Stigning/ fald år 10-20	Stigning/ fald år 10-25
Lægeprognose 06	1,3 %	11,4 %	12,8 %	23,9 %
Lægeprognose 10	10,3 %	13,9 %	25,7 %	40,7 %

Den seneste Lægeprognose fra 2010 tegner et billede af, at stigningstakten frem mod 2025 vil blive ca. dobbelt så stor i forhold til den foregående lægeprognose. Også på det korte sigt frem mod 2015 forventes der en positiv udvikling med en stigning 10,3 %, hvor den tidligere prognose kun angav en beskeden stigning på 1,3 %.

b. Hospitalsvæsenet

Nøgletal for aktiviteten i hospitalsvæsenet 2010:

Antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre): 15.226

Antal ambulante besøg: 67.843

	Antal 1. konsultationer	Antal senere konsultationer i alt
Speciallægehjælp, kardiologi, 2010	16.815	50.676
	Antal personer i ambulante besøg	Antal ambulante besøg i alt
Hospitalsambulatorier	15.226	67.483

Oplysningerne vedr. aktiviteten skønnes umiddelbart sammenlignelige.

Sammenholdes antallet af 1. konsultationer i kardiologiske speciallægepraksis, som i 2010 udgjorde 16.815, med aktiviteten i hospitalsvæsenet i form af ovenstående nævnte antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre = 15.226) fremgår det, at 52 % af patienterne til ambulante speciallægebehandling ses hos de praktiserende speciallæger.

I speciallægepraksis er der i gennemsnit 3,0 senere konsultationer for hver 1. konsultation. I hospitalsambulatorierne er forløbet typisk lidt længere, idet antallet af ambulante besøg for hver patient er 4,4 i forhold til besøget første gang.

6.7.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen

De samlede bruttohonorarudgifter til kardiologiske speciallægepraksis har i 2010 andraget 46.756.611 kr.

Knækgrænsen indenfor specialet udgjorde 3.630.177 kr., den nedre omsætningsgrænse for fuldtidspraksis 1.677.938 kr., mens omsætningsloftet for deltidspaksis var 919.429 kr.

Ud fra regnskabstallene kan der konstateres følgende:

Ingen fuldtidspraksis lå under den nedre omsætningsgrænse. 6 af de 9 fuldtidsydere arbejder udover knækgrænsen.

Fuldtidspraksis havde en samlet omsætning på 41.265.905 kr. Såfremt alle fuldtidspraksis havde produceret op til knækgrænsen ville omsætningen have været 32.671.593 kr. Der er altså ingen overskydende kapacitet i speciallægepraksis men en betydelig produktion udover knækgrænserne.

Deltidspraksis havde en samlet omsætning på 5.442.629 kr. Såfremt alle deltidspaksis havde produceret op til omsætningsloftet ville omsætningen have været 7.355.432 kr. eller svarende til en forskel på 1.912.803 kr., som udgør den uudnyttede kapacitet i deltidspaksis.

Værdien af deltidspaksis` omsætning i forhold til fuldtidspraksis er i det følgende beregnet ud fra 3 kriterier:

- a) Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspraksis før knækket, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspaksis, svarer dette til 1,5 fuldtidspraksis
- b) Såfremt der tages udgangspunkt i den gennemsnitlige omsætning i fuldtidspraksis, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en gennemsnitlig omsætning, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspaksis, svarer dette til 1,2 fuldtidspraksis
- c) Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspraksis før knækket, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den maksimalt mulige omsætning i deltidspaksis op til omsætningsloftet, svarer dette til 2,0 fuldtidspraksis

I nedenstående tabel er vist den samlede produktion af kardiologiske speciallægeydelser i Region Hovedstaden i treårsperioden 2008-2010, hvoraf tillige fremgår udviklingen i de enkelte hovedgrupper af ydelser

Tabel 4: Udviklingen i produktionen af ydelser hos praktiserende kardiologer i Region Hovedstaden i perioden 2008-2010.

Ydelsesgrupper	2008	2009	2010
Konsultationsydelser	32.032	42.017	50.436
Besøg og afstandstillæg	14	45	6
Undersøgelsesydelser, common trunk	6.779	16.147	21.776
Undersøgelsesydelser, kardiologi	11.140	8.234	16.156
Behandlingsydelser, common trunk	4.521	4.459	4.653
Behandlingsydelser, kardiologi	3.977	4.468	5.990
I alt	58.463	75.370	99.017

Patientgrundlag og ydelsesudvikling

Ud fra tilgængelige statistiske data er det ikke muligt for de enkelte intern medicinske grenspecialer på baggrund af tallene for befolkningsudviklingen at foretage en fremskrivning af forbruget til 2015.

En fremskrivning for det intern medicinske speciale som sådan viser en befolkningsrelateret vækst i ydelsesforbruget på 14.537 ydelser svarende til ydelsesaktiviteten i 0,8 heltidspraksis.

6.7.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten

Vurdering:

Samtlige anbefalinger om ændringer af kapaciteten indenfor det kardiologiske speciale i henhold til tidligere praksisplaner er gennemført med undtagelse af nedlæggelse af 3 deltidskapaciteter i Københavns kommune, som er klausuleret til lukning.

53 % af den aktuelle speciallægekapacitet består af deltidspaksis.

Det er vurderingen, at der hverken er faglige eller rekrutterings- og fastholdelsesmæssige grunde, jfr. nedenfor, for fremover at fastholde deltidspaksis indenfor specialet.

Den nuværende kapacitet indenfor deltidspaksis vil hensigtsmæssigt kunne konverteres til fuldtidspaksis.

Delplanen indenfor kardiologi indeholder anbefaling om, at samarbejdsudvalget i planperioden sikrer, at alle intern medicinske speciallægekapaciteter er defineret med en specialetilknytning.

Ventetider på behandling

Jfr. oplysninger på sundhed.dk kan den aktuelle gennemsnitlige ventetid til ikke akut behandling opgøres til 3 uger. Variationen i ventetider ligger mellem 1-8 uger.

Speciallægekapacitetens udnyttelse

Gennemgangen under afsnit 1.2. viser, at mere end halvdelen af fuldtidsyderne arbejder udover knækgrænsen.

I forhold til den gældende knækgrænse er der kun en beskedent udnyttet kapacitet indenfor specialet.

Demografisk behovsudvikling

Udviklingen i demografien viser, at der kun kan forventes et lidt større behov for kardiologiske speciallægeydelser frem mod 2015, der er mindre end den gennemsnitlige ydelsesaktivitet i en heltidspraksis.

Udfordringer vedr. rekruttering og fastholdelse

På baggrund af de for Koncern Praksis tilgængelige oplysninger er det ikke muligt at belyse denne problematik for de internmedicinske grenspecialer. Bedømt ud fra det intern medicinske speciale som helhed forventes der ikke at blive rekrutteringsproblemer til grenspecialerne i praksissektoren.

Konklusion og mål for kapaciteten:

At 8 deltidspraksis gennem opkøb tilstræbes konverteret til 2 fuldtidspraksis, således at det fremtidige mål for fuldtidskapaciteter i alt er 11.

6.8. Intern medicin: lungemedicin

6.8.1. Kapacitet

a. Kapacitet i speciallægepraksis

Indenfor intern medicin: lungemedicin er der 10 kapaciteter i Region Hovedstaden.

Tabel 1 viser, at 5 af speciallægerne driver praksis som fuldtidspraksis og 5 som deltidspraksis.

1 fuldtidspraksis drives som kompagniskabspraksis. 2 praksis fungerer som delepraksis. Ingen fuldtidspraksis har ansat assisterende speciallæge.

Af nedenstående tabel fremgår antal praktiserende lungemedicinere fordelt på praksisformer og planområder i Region Hovedstaden medio 2011.

Tabel 1. Antal praktiserende lungemedicinere fordelt på praksisformer og planlægningsområder i Region Hovedstaden primo 2011.

Planlægningsområde	Antal indb.	Hel-tid	Del-tid	Over-læge	I alt	Omreg-net til heltid	Ænd-ring ved ligelig fordeling efter bef.tal
Nord	313.199	2	-	-	2	2,0	-0,4
Midt	435.135	1	2	-	3	2,0	+0,2
Byen	421.938	3	3	-	6	4,5	-2,4
Syd	484.902	-	-	-	-	-	+2,4
Bornhol m	41.896	-	-	-	-	-	+0,2
Reg. H. i alt	1.697.070	6	5	-	11	8,5	-

De praktiserende lungemedicinere fordeler sig ikke ligeligt efter befolkningstal i optageområderne.

I forhold til status ved praksisplanens udarbejdelse primo 2008 er der stadig en betydelig overvægt af praksis navnlig i optageområde Byen samt en underkapacitet i optageområde Syd.

Prognose for speciallægedækning

De praktiserende lungemedicineres fordeling på alder er følgende:

Tabel 2. Praktiserende lungemedicineres fordeling på alder ultimo 2011.

Alder	Antal	% fordeling
<50 år	-	-
50-54 år	2	20
55-59 år	2	20
60-64 år	1	10
65-69 år	1	10
Over 70 år	4	40
I alt	10	100

Gennemsnitsalderen er 64,6 år. Ingen lungemedicinere er under 50 år. 6 af de 10 lungemedicinske speciallæger er over 60 år, heraf 4 over 70 år.

Med kilde i Sundhedsstyrelsens Lægeprognoser forventes nedenstående udvikling i antal speciallæger i lungemedicin i hele landet.

Tabel 3. Forventet udvikling i antal speciallæger i intern medicin: lungemedicin i hele landet 2010.

Speciale: Intern medicin: lunge medicin	2010	2015	2020	2025
Lægeprognose 06	89	95	111	137
Lægeprognose 10	115	136	170	205
	Stigning/ fald år 10-15	Stigning/ fald år 15-20	Stigning/ fald år 10-20	Stigning/ fald år 10-25
Lægeprognose 06	+6,7 %	+16,8 %	+24,7 %	+53,9 %
Lægeprognose 10	+18,3 %	+25,0 %	+47,8 %	+78,3 %

Den seneste lægeprognose tegner et billede af, at stigningstakten frem mod 2025 vil blive ca. 25 % højere i forhold til den foregående lægeprognose. Også på det korte sigt frem mod 2015 forventes der en positiv udvikling med en stigning på 18,3 %, hvor den tidligere prognose kun angav en stigning i udbuddet på 6,7 %.

b. Hospitalsvæsenet

Nøgletal for aktiviteten i hospitalsvæsenet i 2010:

Antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre): 15.341

Antal ambulante besøg: 50.857

	Antal 1. konsultationer	Antal konsultationer i alt
Speciallægehjælp, lungemedicin, 2010	6.525	36.017
	Antal personer i ambulante besøg	Antal ambulante besøg i alt
Speciallægehjælp, lungemedicin, 2010	15.341	50.857

Oplysningerne vedr. aktiviteten skønnes umiddelbart sammenlignelige.

Sammenholdes antallet af 1. konsultationer i lungemedicinske speciallægepraksis, som i 2010 udgjorde 6.525, med aktiviteten i hospitalsvæsenet i form af ovenstående nævnte antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre = 15.341) fremgår det, at 30 % af patienterne til ambulant speciallægebehandling ses hos de praktiserende speciallæger.

I speciallægepraksis er der i gennemsnit 5,5 senere konsultationer for hver 1. konsultation. I hospitalsambulatorierne er forløbet typisk lidt kortere, idet

antallet af senere besøg for hver patient er 3,3 i forhold til besøget første gang.

De tilgængelige oplysninger giver ikke umiddelbart mulighed for at forklare forskellen.

6.8.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen

De samlede bruttohonorarudgifter til lungemedicinske speciallægepraksis har i 2010 andraget 32.634.966 kr.

Knækgrænsen for fuldtidspraksis indenfor specialet udgjorde 3.630.177 kr., den nedre omsætningsgrænse for fuldtidspraksis 1.677.938 kr., mens omsætningsloftet for deltidspaksis var 919.429 kr.

Ud fra regnskabstallene kan der konstateres følgende:

Ingen fuldtidspraksis lå under den nedre omsætningsgrænse. 4 af de 6 fuldtidsydere arbejder udover knækgrænsen.

Fuldtidspraksis havde en samlet omsætning på 29.217.078 kr. Såfremt alle fuldtidspraksis havde produceret op til knækgrænsen ville omsætningen have været 21.781.062 kr. Der er således ingen uudnyttet kapacitet i fuldtidspraksis.

Deltidspraksis havde en samlet omsætning på 3.417.888 kr. Såfremt alle deltidspaksis havde produceret op til omsætningsloftet ville omsætningen have været 4.597.145 kr. eller svarende til en forskel på 1.179.257 kr., som udgør den uudnyttede kapacitet i deltidspaksis.

Værdien af deltidspaksis` omsætning i forhold til fuldtidspraksis er i det følgende beregnet ud fra 3 kriterier:

- a) Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspraksis før knækket, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspaksis, svarer dette til 0,9 fuldtidspraksis
- b) Såfremt der tages udgangspunkt i den gennemsnitlige omsætning i fuldtidspraksis, således at konverteringen svarer til hvor mange fuldtidspraksis med en gennemsnitlig omsætning, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspaksis, svarer dette til 0,7 fuldtidspraksis
- c) Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspraksis før knækket, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den maksimalt mulige omsætning i deltidspaksis op til omsætningsloftet, svarer dette til 1,3 fuldtidspraksis

I nedenstående tabel er vist den samlede produktion af lungemedicinske speciallægeydelser i Region Hovedstaden i treårsperioden 2008-2010, hvoraf tillige fremgår udviklingen i de enkelte hovedgrupper af ydelser

Tabel 4: Udvikling i produktion af ydelser hos praktiserende lungemedicinere i Region Hovedstaden 2008-2010.

Ydelsesgrupper	2008	2009	2010
Konsultationsydelser	26.603	25.581	36.017
Besøg og afstandstillæg	-	-	-
Undersøgelsesydelser, common trunk	118.389	106.432	137.464
Undersøgelsesydelser, lungemedicin	4.430	4.099	6.329
Behandlingsydelser, common trunk	23.861	24.884	30.368
Behandlingsydelser, lungemedicin	-	-	-
I alt	173.283	160.996	210.178

Patientgrundlag og ydelsesudvikling

Ud fra tilgængelige statistiske data er det ikke muligt for de enkelte interne medicinske grenspecialer at foretage en fremskrivning af forbruget frem til 2015 på baggrund af tallene for befolkningsudviklingen.

En fremskrivning for det intern medicinske speciale som helhed viser en befolkningsrelateret vækst i ydelsesforbruget på 14.537 frem til 2015, svarende til ydelsesaktiviteten i 0,8 heltidspraksis.

6.8.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten

Vurdering:

Samtlige anbefalinger om ændring af kapaciteten indenfor det lungemedicinske speciale i henhold til tidligere praksisplaner er gennemført med undtagelse af nedlæggelse af 1 deltidspædagog i Københavns kommune, som er klausuleret til lukning.

Den gennemsnitlige udgift pr. indbygger i Region Hovedstaden indenfor specialet intern medicin som sådan ligger ca. dobbelt så højt som landsgennemsnittet.

50 % af den aktuelle speciallægekapacitet består af deltidspædagog.

Det er vurderingen, at der hverken er faglige eller rekrutterings- og fastholdelsesmæssige grunde til at fastholde deltidspædagog indenfor specialet.

Den nuværende kapacitet indenfor deltidspødsis vil hensigtsmæssigt kunne konverteres til fuldtidspødsis.

Delplanen indenfor lungemedicin indeholder anbefaling om, at regionen vurderer kapaciteten indenfor det lungemedicinske speciale af hensyn til udviklingen på det allergologiske område.

Ventetider på behandling

Jfr. oplysninger fra sundhed.dk kan den aktuelle gennemsnitlige ventetid til ikke akut behandling opgøres til 9 uger. Variationen i ventetider ligger mellem 4-21 uger.

Speciallægekapacitetens udnyttelse

Gennemgangen under afsnit 1.2. viser, at mere end halvdelen af fuldtidspødsierne arbejder udover knækgrænsen.

I forhold til gældende knækgrænser og omsætningsloft er der kun en ringe udnyttet kapacitet indenfor specialet. Den udnyttede kapacitet svarer sammenlagt til 0,3 fuldtidspødsis.

Demografisk behovsudvikling

Udviklingen i demografien viser, at der kan forventes et lidt større behov for lungemedicinske speciallægeydelser frem mod 2015, der er mindre end den gennemsnitlige ydelsesaktivitet i en fuldtidspødsis.

Udfordringer vedr. rekruttering og fastholdelse

På baggrund af de for Koncern Praksis foreliggende oplysninger er det ikke muligt at belyse denne problematik for de intern medicinske grenspecialer. Bedømt ud fra det intern medicinske speciale som helhed forventes der ikke at blive rekrutteringsproblemer til grenspecialerne i praksissektoren.

Konklusion og mål for kapaciteten:

At 5 deltidspødsis gennem opkøb tilstræbes konverteret til 1 fuldtidspødsis, således at det fremtidige mål for fuldtidspødsiteter i alt er 7.

6.9 Intern medicin: endokrinologi

Delplanen for det endokrinologiske speciale fra 2008 indeholder følgende specialespecifikke anbefalinger:

- At regionen tillader den endokrinologiske speciallægekapacitet klassificeret til et andet intern medicinsk speciale, alternativt klausulerer kapaciteten til lukning
- At samarbejdsudvalget ved vurderingen af den intern medicinske kapacitet overvejer, hvilket speciale den endokrinologiske kapacitet kunne overgå til ved salg

På denne baggrund er der ikke udarbejdet nogen beskrivelse for intern medicin: endokrinologi, men kapaciteten medregnes i vurderingen af den

samlede kapacitet indenfor de internmedicinske grenspecialer med henblik på klassificering til et andet speciale indenfor intern medicin.

Konklusion og mål for kapaciteten:

At den enlige deltidspraksis indenfor grenspecialet endokrinologi i henhold til anbefaling i Praksisplan for Speciallægepraksis nedlægges og fremover reserveres til grenspecialet lungemedicin.

6.10. Neurologi

6.10.1. Kapacitet

a. Kapacitet i speciallægepraksis

Inden for det neurologiske område er der 17 kapaciteter i Region Hovedstaden.

Tabel 1 viser, at 11 af speciallægerne driver praksis som fuldtidspraksis, 5 som deltidspraksis og 1 som overlægepraksis.

Alle praksis drives som enkeltmandspraksis. Ingen fuldtidspraksis fungerer som delepraksis. 1 fuldtidspraksis har ansat assisterende speciallæge.

Siden praksisplanens udarbejdelse primo 2008 har der været ejerskifte i 2 fuldtidspraksis og 1 deltidspraksis.

Af nedenstående tabel fremgår antal praktiserende neurologer fordelt på praksisformer og planområder i Region Hovedstaden ultimo 2011.

Tabel 1: Antal praktiserende neurologer fordelt på praksisformer og planlægningsområder i Region Hovedstaden ultimo 2011.

Planlægnings-områder	Antal indb.	Heltid	Deltid	Overlæge	I alt	Omregnet til heltid	Ændring ved ligelig ford. efter bef.tal
Nord	313.199	2	1	-	3	2,5	-
Midt	435.135	4	2	-	6	5,0	-1,5
Byen	421.938	4	2	1	6	5,0	-1,6
Syd	484.902	1	-	-	2	1,1	+2,8
Bornholm	41.896	-	-	-	-	-	+0,3
Reg. H. i alt	1.697.070	11	5	1	17	13,6	-

De praktiserende neurologer fordeler sig ikke ligeligt efter befolkningstal i optageområderne.

I forhold til status ved praksisplanens udarbejdelse primo 2008 er der stadig en overvægt af praksis i optageområde Byen og optageområde Midt og en underkapacitet i optageområde Syd.

Prognose for speciallægedækning

De praktiserende neurologers fordeling på alder ultimo 2011 er følgende:

Tabel 2: Praktiserende neurologers fordeling på alder ultimo 2011.

Alder	Antal	% fordeling
<49 år	2	11,8
50-54 år	5	29,4
55-59 år	2	11,8
60-64 år	3	17,6
65-69 år	3	17,6
Over 70 år	2	11,8
I alt	17	100

Gennemsnitsalderen er 58,7 år. 2 neurologer er under 50 år. 17 neurologiske speciallæger er over 60 år.

Med kilde i Sundhedsstyrelsens Lægeprognoser forventes nedenstående udvikling i antal speciallæger i neurologi i hele landet.

Tabel 3: Forventet udvikling i antal speciallæger i neurologi i hele landet 2010-2025.

Speciale: Neurologi	2010	2015	2020	2025
Lægeprognose 06	223	239	271	307
Lægeprognose 10	267	315	367	428
	Stigning/ fald år 10-15	Stigning/ fald år 15-20	Stigning/ fald år 10-20	Stigning/ fald år 10-25
Lægeprognose 06	+7,2 %	+13,4 %	+21,5 %	+37,7 %
Lægeprognose 10	+18,0 %	+16,5 %	+37,5 %	+60,3 %

Hvor Lægeprognosen fra 2006 angav en stigning i antal speciallæger på i alt 37,7 % i perioden 2010-25 angiver Lægeprognosen fra 2010 en stigningstakt på 60,3 % i samme periode. Også på det korte sigt frem mod 2015 er der en væsentlig stigning i udbuddet af neurologiske speciallæger på 18,0 %.

b. Hospitalsvæsenet

Nøgletal for aktiviteten i hospitalsvæsenet i 2010

Antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre): 28.216

Antal ambulante besøg: 72.825

	Antal 1. konsultationer	Antal konsultationer i alt
Speciallægehjælp, neurologi, 2010	15.291	35.788
	Antal personer i ambulante besøg	Antal ambulante besøg i alt
Hospitalsambulatorier	28.216	78.825

Oplysningerne vedr. aktiviteten skønnes umiddelbart sammenlignelige.

Sammenholdes antallet af 1. konsultationer i neurologiske speciallægepraksis, som i 2010 udgjorde 15.291, med aktiviteten i hospitalsvæsenet i form af ovenstående nævnte antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre: 28.216) fremgår det, at 35,1 % af patienterne til ambulant speciallægebehandling ses hos de praktiserende speciallæger.

I speciallægepraksis er der i gennemsnit 2,3 senere konsultationer for hver 1. konsultation. I hospitalsambulatorierne er forløbet typisk lidt længere, idet antallet af senere besøg for hver patient er 2,8.

6.10.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen

De samlede bruttohonorarudgifter til neurologiske speciallægepraksis har i 2010 andraget 23.272.542 kr.

Knækgrænsen for fuldtidspraksis indenfor specialet udgjorde 2.772.932 kr., den nedre omsætningsgrænse for fuldtidspraksis 866.484 kr., mens omsætningsloftet for deltidspaksis var 771.134 kr.

Ud fra regnskabstallene kan der konstateres følgende:

Ingen fuldtidspraksis lå under den nedre omsætningsgrænse. Kun 1 fuldtidsyder havde en omsætning udover knækgrænsen.

Fuldtidspraksis havde en samlet omsætning i praksis på 21.404.212 kr. Såfremt alle fuldtidspraksis havde produceret op til knækgrænsen, ville omsætningen have været 30.502.252 kr. eller svarende til en forskel på 9.098.040 kr. Forskellen svarer til den uudnyttede kapacitet i fuldtidspraksis.

Deltidspraksis havde en samlet omsætning på 1.773.540 kr. Såfremt alle deltidspaksis havde produceret op til omsætningsloftet, ville omsætningen have været 3.855.670 kr. eller svarende til en forskel på 2.082.130 kr., som udgør den uudnyttede kapacitet i deltidspaksis.

Værdien af deltidspaksis omsætning i forhold til fuldtidspraksis er i det følgende beregnet ud fra 3 kriterier:

- a) Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspraksis før knækket, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspaksis svarer dette til 0,6 fuldtidspraksis
- b) Såfremt der tages udgangspunkt i den gennemsnitlige omsætning i fuldtidspraksis, således at konverteringen svarer til hvor mange fuldtidspraksis med en gennemsnitlig omsætning, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspaksis, svarer dette til 0,9 fuldtidspraksis
- c) Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspraksis før knækket, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den maksimalt mulige omsætning i deltidspaksis op til omsætningsloftet, svarer dette til 1,4 fuldtidspraksis.

Der er tale om en pendling til og fra øvrige regioner af samme omfang som ved praksisplanens udarbejdelse i 2008.

I nedenstående tabel er vist den samlede produktion af neurologiske speciallægeydelser i Region Hovedstaden i treårsperioden 2008-2010, hvoraf tillige fremgår udviklingen i de enkelte hovedgrupper af ydelser.

Tabel 4: Udvikling i produktion af ydelser hos praktiserende neurologer i Region Hovedstaden i perioden 2008-2010.

Ydelsesgrupper	2008	2009	2010
Konsultationer	39.674	42.957	45.338
Besøg og afstandstillæg	1.519	1.733	1.482
Særydelser	881	1.804	2.017
Kørselsgodtgørelse	361	67	-
I alt	42.435	46.561	49.339

Patientgrundlag og ydelsesudvikling:

I nedenstående tabel ses det, at forbruget af neurologiske ydelser hos borgere med bopæl i Region Hovedstaden er stigende med alderen og relativt højere i aldersgrupperne over 60 år i forhold til befolkningsfordelingen.

Desuden ses en fremskrivning af borgernes forbrug af ydelser fra 2010 til 2015. Prognosen er dels baseret på forbruget af ydelser i 2010, dels på en forudsætning om, at borgerne i de enkelte aldersgrupper har et uændret forbrug pr. indbygger frem til 2015.

Tabel 5 viser, at der over den kommende 5-årige periode vil ske en mindre samlet befolkningstilvækst, men med forskydning mellem aldersgrupperne. Indeks er beregnet i forhold til befolkningstallet i 2010, der sættes til 100.

Tabel 5: Forbruget af neurologiske ydelser i praksissektoren i 2010 i Region Hovedstaden fordelt på aldersgrupper demografisk fremskrevet til 2015.

Alder	Ydelser 2010	Ydelsesforbrug pr. 1.000 indbyggere 2010	Forventet bef.udvikling. Indeks 2010- 15 (2010=100)	Fremskrevet demografisk behov for ydelser i 2015
0-19 år	1.042	2,7	100	1.048
20-29 år	3.481	15,2	111	3.852
30-39 år	5.836	22,9	91	5.311
40-49 år	8.128	32,8	100	8.132
50-59 år	7.500	41,8	119	8.908
60-69 år	8.777	45,2	96	8.453
70-79 år	8.202	74,2	115	9.391
80 år>	4.593	61,1	88	4.031
	47.553	28,3	102	49.126

Det fremskrevne demografiske behov til 2015 viser alt andet lige en vækst i ydelserne på 1.573 svarende til den gennemsnitlige ydelsesaktivitet i 0,4 fuldtidspraksis. Dette skal sammenholdes med den beskrevne uudnyttede kapacitet i fuldtidspraksis.

6.10.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten

Vurdering:

Speciallægekapacitetens omfang og sammensætning:

Region Hovedstadens dækning med neurologiske speciallæger ligger 33 % over landsgennemsnittet, og den gennemsnitlige udgift pr. indbygger 22 % højere end for landet som helhed.

35 % af den aktuelle speciallægekapacitet består af deltidspaksis.

Det er vurderingen, at der hverken er særligt faglige eller rekrutterings- og fastholdelsesmæssige grunde til at fastholde deltidspaksis indenfor specialet.

Den nuværende kapacitet indenfor deltidspaksis tilstræbes konverteret til fuldtidspraksis.

Delplanen indenfor neurologi indeholdt anbefaling om, at det skal overvejes at udvide kapaciteten i speciallægepraksis, således at der sker en tilpasning af kapaciteten på området til efterspørgslen.

Ventetider på behandling:

Jfr. oplysninger på sundhed.dk kan den aktuelle gennemsnitlige ventetid til ikke akut behandling opgøres til 6 uger. Variationen i ventetid ligger mellem 2-11 uger.

Speciallægekapacitetens udnyttelse:

Gennemgangen under afsnit 1.2. viser, at kun 1 af fuldtidsyderne arbejder udover knækgrænsen.

I forhold til gældende knækgrænser er der en betydelig uudnyttet kapacitet indenfor specialet. Den samlede uudnyttede kapacitet svarer til produktionen i 4 fuldtidspraksis.

Demografisk behovsudvikling:

Udviklingen i demografien viser, at der kun kan forventes et øget behov for neurologiske speciallægeydelser frem mod 2015, svarende til under den gennemsnitlige ydelsesaktivitet i en fuldtidspraksis.

Udfordringer vedr. rekruttering og fastholdelse:

Primo 2011 er 47 % af neurologerne i speciallægepraksis over 60 år, hvilket kan indikere, at der ligger en udfordring med hensyn til rekruttering til specialet i de kommende år.

Under forudsætning af en antagelse om, at neurologerne gennemsnitligt ophører i praksis som 65-årige vil der i perioden 2011-15, dvs. frem til slutningen af næste planperiode, være brug for rekruttering af op til 8 neurologer.

Ifølge dimensioneringsplan 2008-2012 for introduktions- og hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen udgivet af Sundhedsstyrelsen, maj 2010, er der indenfor neurologi årligt 26 hoveduddannelsesforløb på landsplan, hvoraf de 12 finder sted i Region Øst. Der er p.t. ingen problemer med rekruttering til uddannelsesforløbene.

Ud fra en gennemgang af de neurologiske hospitalsansatte speciallægers aldersfordeling og ud fra en tilsvarende antagelse om, at disse gennemsnitligt ophører som 65-årige, vil der i perioden 2011-2015 skulle rekrutteres 5 neurologer til hospitalsafdelingerne i Region Hovedstaden.

Umiddelbart ligger det samlede antal speciallæger, der forventes at gå på pension i omhandlede periode i Region Hovedstaden (13) væsentligt under antallet af nyuddannede i samme periode, i alt 60.

Dette taler for, at der ikke vil blive rekrutteringsproblemer til speciallægepraksis.

Konklusion og mål for kapaciteten:

At 5 deltidspraksis gennem opkøb tilstræbes konverteret til 1 fuldtidspraksis, således at det fremtidige mål for fuldtidskapaciteter i alt er 12.

6.11. Pædiatri

6.11.1. Kapacitet

a. Kapacitet i speciallægepraksis

Inden for det pædiatriske område er der 17 kapaciteter i Region Hovedstaden.

Tabel 1 viser, at 9 af speciallægerne driver praksis som fuldtidspraksis og 8 som deltidspaksis.

Alle praksis drives som solopraksis. 1 fuldtidspraksis fungerer som delepraksis. 3 fuldtidspraksis har ansat assisterende speciallæger.

Siden praksisplanens udarbejdelse primo 2008 har der været ejerskifte i 1 fuldtidspraksis og i 1 deltidspaksis.

Af nedenstående tabel fremgår antal praktiserende pædiatere fordelt på praksisformer og planområder i Region Hovedstaden ultimo 2011.

Tabel 1: Antal praktiserende pædiatere fordelt på praksisformer og planlægningsområder i Region Hovedstaden ultimo 2011.

Planlægningsområde	Antal indb.	Hel-tid	Del-tid	Over-læge	I alt	Om-regnet til heltid	Ændring ved ligelig ford. efter bef.tal
Nord	313.199	2	-	-	2	2,0	+0,4
Midt	435.135	2	3	-	5	3,5	-0,2
Byen	421.938	3	4	-	7	5,0	-1,8
Syd	484.902	1	1	-	2	1,5	+2,2
Bornholm	41.896	1	-	-	1	1,0	-0,7
Reg. H. i alt	1.697.070	9	8	-	17	13,0	-

De praktiserende pædiatere fordeler sig ikke ligeligt efter befolkningstal i optageområderne.

I forhold til status ved praksisplanens udarbejdelse primo 2008 er der stadig en overvægt af praksis i optageområde Byen og en underkapacitet i optageområde Syd.

Prognose for speciallægedækning

De praktiserende pædiateres fordeling på alder medio 2011 er følgende:

Tabel 2: Praktiserende pædiateres fordeling på alder medio 2011.

Alder	Antal	% fordeling
<49 år	3	17,6
50-54 år	3	17,6
55-59 år	4	23,5
60-64 år	3	17,6
65-69 år	4	23,5
Over 70 år	-	-
I alt	17	100

Gennemsnitsalderen er 57,2 år. 3 pædiatere er under 50 år. 7 af de 17 pædiatriske speciallæger er over 60 år.

Med kilde i Sundhedsstyrelsens Lægeprognoser forventes nedenstående udvikling i antal speciallæger i pædiatri i hele landet.

Tabel 3: Forventet udvikling i antal speciallæger i pædiatri i hele landet 2010-2025.

Speciale: Pædiatri	2010	2015	2020	2025
Lægeprognose 06	311	307	333	372
Lægeprognose 10	378	408	454	505
	Stigning/ fald år 10-15	Stigning/ fald år 15-20	Stigning/ fald år 10-20	Stigning/ fald år 10-25
Lægeprognose 06	-1,3 %	+8,5 %	+7,1 %	+19,6 %
Lægeprognose 10	+7,9 %	+11,3 %	+20,1 %	+33,6 %

Hvor Lægeprognosen fra 2006 angav en stigning i antal speciallæger på i alt 19,6 % i perioden 2010-25 angiver Lægeprognosen fra 2010 en stigningstakt på 33,6 % i samme periode.

Også på det korte sigt frem til 2015 er der en stigning i udbuddet af pædiatriske speciallæger på knap 8 % mod et fald i den foregående prognose på 1,3 %.

b. Hospitalsvæsenet

Nøgletal for aktiviteten i hospitalsvæsenet i 2010

Antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre): 29.376

Antal ambulante besøg i alt: 96.825

	Antal 1. konsultationer	Antal konsultationer i alt
Speciallægehjælp, neurologi, 2010	15.291	35.788
	Antal personer i ambulante besøg	Antal ambulante besøg i alt
Hospitalsambulatorier	29.376	96.825

Oplysningerne vedr. aktiviteten skønnes umiddelbart sammenlignelige.

Sammenholdes antallet af 1. konsultationer i pædiatriske speciallægepraksis, som i 2010 udgjorde 15.291, med aktiviteten i hospitalsvæsenet i form af ovenstående nævnte antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre = 29.376) fremgår det, at 23 % af patienterne til ambulant speciallægebehandling ses hos de praktiserende speciallæger.

I speciallægepraksis er der i gennemsnit 2,3 senere konsultationer for hver 1. konsultation. I hospitalsambulatorierne er forløbet typisk lidt længere, idet antallet af senere besøg for hver patient er 3,3 i forhold til besøget første gang.

6.11.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen

De samlede bruttohonorarudgifter til pædiatriske speciallægepraksis har i 2010 andraget 24.663.869 kr.

Knækgrænsen for fuldtidspraksis indenfor specialet udgjorde 3.558.124 kr., den nedre omsætningsgrænse for fuldtidspraksis 961.406 kr., mens omsætningsloftet for deltidspaksis var 771.134 kr.

Ud fra regnskabstallene kan der konstateres følgende:

Ingen fuldtidspraksis lå under den nedre omsætningsgrænse.

Fuldtidspraksis havde en samlet omsætning i praksis på 18.998.127 kr. Såfremt alle fuldtidspraksis havde produceret op til knækgrænsen, ville omsætningen have været 28.464.992 kr. eller svarende til en forskel på 9.466.865 kr. Forskellen svarer til den uudnyttede kapacitet i heltidspraksis.

Deltidspraksis havde en samlet omsætning på 5.665.741 kr. Såfremt alle deltidspaksis havde produceret op til omsætningsloftet, ville omsætningen have været 7.711.340 kr. eller svarende til en forskel på 2.045.599 kr., som udgør den uudnyttede kapacitet i deltidspaksis.

Værdien af deltidspaksis` omsætning i forhold til fuldtidspraksis er i det følgende beregnet ud fra 3 kriterier:

- a) Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspraksis før knækket, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspaksis, svarer dette til 1,6 fuldtidspraksis
- b) Såfremt der tages udgangspunkt i den gennemsnitlige omsætning i fuldtidspraksis, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en gennemsnitlig omsætning, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspaksis, svarer dette til 2,7 fuldtidspraksis
- c) Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspraksis før knækket, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den maksimalt mulige omsætning i deltidspaksis op til omsætningsloftet, svarer dette til 2,2 fuldtidspraksis

Der er tale om en omtrentlig uændret pendling til og fra øvrige regioner set i forhold til praksisplanens udarbejdelse primo 2008.

I nedenstående tabel er vist den samlede produktion af pædiatriske speciallægeydelser i Region Hovedstaden i treårsperioden 2008-2010, hvoraf tillige fremgår udviklingen i de enkelte hovedgrupper af ydelser

Tabel 4: Udvikling i produktion af ydelser hos praktiserende pædiatere i Region Hovedstaden i perioden 2008-2010.

Ydelsesgrupper	2008	2009	2010
Konsultationer	34.474	37.931	39.815
Besøg og afstandstillæg	149	-	1
Særydelser	50.872	66.236	60.604
Rammeaftaler/§3 aftaler	162	118	326
Laboratorieundersøgelser	5.523	7.045	6.763
I alt	91.180	111.330	107.509

Patientgrundlag og ydelsesudvikling:

Der forventes at være et stort set uændret antal 0-19 årige som er målgruppen for pædiaternes behandlingsvirksomhed, i perioden 2010-2015 (hhv. 389.323 i 2010 og 388.146 i 2015).

Der forventes derfor ikke at blive nogen vækst i ydelserne afledt af den demografiske udvikling.

6.11.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten

Vurdering:

Speciallægekapacitetens omfang og sammensætning:

Samtlige anbefalinger om ændringer af kapaciteten indenfor det pædiatriske speciale i henhold til tidligere praksisplaner er gennemført med undtagelse af en deltidskapacitet i Københavns kommune, der er klausuleret til lukning ved ophør. Den pågældende deltidspraktiserende speciallæge er 56 år, og det foreslås, at kapaciteten indgår i forbindelse med anbefaling af konvertering af deltidspraksis til fuldtidspraksis, jfr. nedenfor.

Region Hovedstadens dækning med pædiatriske speciallæger ligger 60 % over landsgennemsnittet. Udgiften pr. indbygger indenfor specialet ligger på landsgennemsnittet.

56 % af den aktuelle speciallægekapacitet består af deltidspraksis.

Det er vurderingen, at der hverken er særligt faglige eller rekrutterings- og fastholdelsesmæssige grunde til at fastholde deltidspraksis indenfor specialet.

Den nuværende kapacitet indenfor deltidspraksis vil hensigtsmæssigt kunne konverteres til fuldtidspraksis.

Delplanen indenfor pædiatri indeholdt ikke specialespecifikke anbefalinger vedr. kapaciteten.

Ventetider på behandling:

Jfr. oplysninger på sundhed.dk kan den aktuelle gennemsnitlige ventetid til ikke-akut behandling opgøres til 4 uger. Variationen i ventetider ligger mellem 1-12 uger.

Speciallægekapacitetens udnyttelse:

Gennemgangen under afsnit 1.2. viser, at ingen af fuldtidsyderne arbejder udover knækgrænsen.

I forhold til gældende knækgrænser er der en betydelig uudnyttet kapacitet indenfor specialet. Den samlede uudnyttede kapacitet svarer til produktionen i 3,2 fuldtidspraksis.

Demografisk behovsudvikling:

Udviklingen i demografien viser, at behovet for pædiatriske speciallæge-ydelser frem mod 2015 vil være konstant.

Udfordringer vedr. rekruttering og fastholdelse:

Primo 2011 er 39 % af pædiaterne i speciallægepraksis over 60 år, hvilket kan indikere, at der ligger en udfordring med hensyn til rekruttering til specialet i de kommende år.

Under forudsætning af en antagelse om, at pædiaterne gennemsnitligt ophører i praksis som 65-årige vil der i perioden 2011-15, dvs. frem til slutningen af næste planperiode, være brug for rekruttering af op til 7 pædiatere.

Ifølge dimensioneringsplan 2008-2012 for introduktions- og hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen udgivet af Sundhedsstyrelsen, maj 2010, er der indenfor pædiatri årligt 27 hoveduddannelsesforløb på landsplan, hvoraf de 12 finder sted i Region Øst. Der er p.t. ingen problemer med rekruttering til uddannelsesforløbene.

Ud fra en gennemgang af de hospitalsansatte pædiateres aldersfordeling og ud fra en tilsvarende antagelse om, at disse gennemsnitligt ophører som 65-årige, vil der i perioden 2011-2015 skulle rekrutteres 20 pædiatere til hospitalsafdelingerne i Region Hovedstaden.

Umiddelbart ligger det samlede antal speciallæger, der forventes at gå på pension i omhandlede periode i Region Hovedstaden (27) noget under antallet af nyuddannede i samme periode, i alt 60.

Dette taler for, at der ikke forventes at blive rekrutteringsproblemer til speciallægepraksis.

Konklusion og mål for kapaciteten:

At 8 deltidspædiatri gennem opkøb tilstræbes konverteret til 2 fuldtidspædiatri, således at det fremtidige mål for fuldtidskapaciteter i alt er 11.

6.12. Gynækologi

6. 12.1. Kapacitet

a. Kapacitet i speciallægepraksis

Inden for det gynækologiske område er der 50 kapaciteter i Region Hovedstaden.

Tabel 1 viser, at 40 af speciallægerne driver praksis som fuldtidspædiatri og 10 som deltidspædiatri.

Alle praksis drives som enkeltmandspædiatri. 1 fuldtidspædiatri fungerer som delepraksis. 5 fuldtidspædiatri har ansat assisterende speciallæger.

Siden praksisplanens udarbejdelse primo 2008 har der været ejerskifte i 7 fuldtidspædiatri og 2 deltidspædiatri.

Af nedenstående tabel fremgår antal praktiserende gynækologer fordelt på praksisformer og planområder i Region Hovedstaden ultimo 2011.

Tabel 1: Antal praktiserende gynækologer fordelt på praksisformer og planlægningsområder i Region Hovedstaden ultimo 2011.

Planlæg- nings- område	Antal indb.	Heltid	Deltid	Over- læge	I alt	Omregnet til heltid	Ændring ved ligelig ford. efter bef.tal
Nord	313.199	7	-	-	7	7,0	+1,3
Midt	435.135	10	6	-	16	13,0	-1,5
Byen	421.938	16	4	-	20	18,0	-6,8
Syd	484.902	7	-	-	7	7,0	+5,9
Bornholm	41.896	-	-	-	-	-	+1,1
Reg. H. i alt	1.697.070	40	10	-	50	45,0	-

De praktiserende gynækologer fordeler sig ikke ligeligt efter befolkningstal i optageområderne.

I forhold til status ved praksisplanens udarbejdelse primo 2008 er der stadig en betydelig overvægt af praksis i optageområde Byen og en tilsvarende underkapacitet i optageområde Syd.

Prognose for speciallægedækning

De praktiserende gynækologers fordeling på alder ultimo 2011 er følgende:

Tabel 2: Praktiserende gynækologers fordeling på alder ultimo 2011.

Alder	Antal	% fordeling
<49 år	5	10
50-54 år	13	26
55-59 år	13	26
60-64 år	13	26
65-69 år	6	12
Over 70 år	-	-
I alt	50	100

Gennemsnitsalderen er 57,3 år. 5 gynækologer er under 50 år. 19 af de 50 gynækologiske speciallæger er over 60 år.

Med kilde i Sundhedsstyrelsens Lægeprognoser forventes nedenstående udvikling i antal speciallæger i gynækologi i hele landet.

Tabel 3: Forventet udvikling i antal speciallæger i gynækologi i hele landet 2010-2025.

Speciale: Gynækologi	2010	2015	2020	2025
Lægeprognose 06	449	407	394	409
Lægeprognose 10	531	543	559	596
	Stigning/ fald år 10-15	Stigning/ fald år 15-20	Stigning/ fald år 10-20	Stigning/ fald år 10-25
Lægeprognose 06	-9,4 %	-3,2 %	-12,2 %	-8,9 %
Lægeprognose 10	+2,3 %	+2,9 %	+5,3 %	+12,2 %

Hvor Lægeprognosen fra 2006 angav et fald i antal speciallæger på i alt 8,9 % i perioden 2010-25 tegner Lægeprognosen fra 2010 et lidt mere optimistisk billede med en stigningstakt på 12,2 % i samme periode.

Også på det korte sigt frem til 2015 forventes der nu en lille fremgang i udbuddet af gynækologiske speciallæger på 2,3 %, hvor den tidligere prognose angav et fald på 9,4 %.

b. Hospitalsvæsenet

Nøgletal for aktiviteten i hospitalsvæsenet i 2010

Antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre): 70.995

Antal ambulante besøg: 284.520

	Antal 1. konsultationer	Antal konsultationer i alt
Speciallægehjælp, gynækologi, 2010	87.062	222.951
	Antal personer i ambulante besøg	Antal ambulante besøg i alt
Hospitalsambulatorier	70.995	284.520

Oplysningerne vedr. aktiviteten skønnes umiddelbart sammenlignelige.

Sammenholdes antallet af 1. konsultationer i gynækologiske speciallægepraksis, som i 2010 udgjorde 87.062, med aktiviteten i hospitalsvæsenet i form af ovenstående nævnte antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre = 70.995) fremgår det, at 55 % af patienterne til ambulant speciallægebehandling ses hos de praktiserende speciallæger.

I speciallægepraksis er der i gennemsnit 2,6 senere konsultationer for hver 1. konsultation. I hospitalsambulatorierne er forløbet typisk længere, idet antallet af senere besøg for hver patient er 4,0 i forhold til besøget første gang.

6.12.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen

De samlede bruttohonorarudgifter til gynækologiske speciallægepraksis har i 2010 andraget 163.002.531 kr.

Knækgrænsen for fuldtidspraksis indenfor specialet udgjorde 3.907.192 kr., den nedre omsætningsgrænse for fuldtidspraksis 1.295.275 kr., mens omsætningsloftet for deltidspaksis var 919.429 kr.

Ud fra regnskabstallene kan der konstateres følgende:

Ingen fuldtidspraksis lå under den nedre omsætningsgrænse. 15 af fuldtidsyderne har en omsætning, der ligger udover knækgrænsen.

Fuldtidspraksis havde en samlet omsætning i praksis på 155.560.554 kr. Såfremt alle fuldtidspraksis havde produceret op til knækgrænsen, ville omsætningen have været 156.287.680 kr. eller svarende til en forskel på 727.126 kr. Forskellen svarer til den uudnyttede kapacitet i fuldtidspraksis.

Deltidspraksis havde en samlet omsætning på 7.238.014 kr. Såfremt alle deltidspaksis havde produceret op til omsætningsloftet, ville omsætningen have været 9.194.290 kr. eller svarende til en forskel på 1.956.276 kr., som udgør den uudnyttede kapacitet i deltidspaksis.

Værdien af deltidspaksis` omsætning i forhold til fuldtidspraksis er i det følgende beregnet ud fra 3 kriterier:

- a) Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspraksis før knækket, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspaksis, svarer dette til 1,9 fuldtidspraksis
- b) Såfremt der tages udgangspunkt i den gennemsnitlige omsætning i fuldtidspraksis, således at konverteringen svarer til hvor mange fuldtidspraksis med en gennemsnitlig omsætning, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspaksis, svarer dette til 1,9 fuldtidspraksis
- c) Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspraksis før knækket, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den maksimalt mulige omsætning i deltidspaksis op til omsætningsloftet, svarer dette til 2,4 fuldtidspraksis

Der er tale om en uændret pendling til og fra øvrige regioner set i forhold til situationen ved praksisplanens udarbejdelse primo 2008.

I nedenstående tabel er vist den samlede produktion af gynækologiske speciallægeydelser i Region Hovedstaden i treårsperioden 2008-2010, hvorefter tillige fremgår udviklingen i de enkelte hovedgrupper af ydelser.

Tabel 4: Udvikling i produktion af ydelser hos praktiserende gynækologer i Region Hovedstaden i perioden 2008-2010.

Ydelsesgrupper	2008	2009	2010
Konsultationer mv.	244.100	268.844	287.945
Besøg og afstandstillæg	502	496	325
Tillægsydelser	214.868	228.130	241.019
Operationer	56.330	65.082	68.560
Operationer analogisering	832	748	777
Ydelser rammeaftaler	870	419	763
Laboratorieundersøgelser	100.337	113.701	135.869
I alt	617.839	677.420	735.258

Patientgrundlag og ydelsesudvikling:

I nedenstående tabel ses det, at forbruget af gynækologiske ydelser hos kvindelige borgere med bopæl i Region Hovedstaden er højest i aldersgruppen 20 – 50 år.

Desuden ses en fremskrivning af borgernes forbrug af ydelser fra 2010 til 2015. Prognosen er dels baseret på forbruget af ydelser i 2010, dels på en forudsætning om, at de kvindelige borgere i de enkelte aldersgrupper har et uændret forbrug pr. indbygger frem til 2015.

Tabel 5 viser, at der over den kommende 5-årige periode vil ske en mindre samlet befolkningstilvækst, men med forskydning mellem aldersgrupperne. Indeks er beregnet i forhold til befolkningstallet i 2010, der sættes til 100.

Tabel 5: Forbruget af gynækologiske ydelser i praksissektoren i 2010 i Region Hovedstaden fordelt på aldersgrupper demografisk fremskrevet til 2015.

Alder	Ydelser 2010	Ydelsesforbrug pr. 1.000 indb. 2010	Forventet bef.udvikling Indeks 2010 - 15 (2010=100)	Fremskrevet demografisk behov for ydelser i 2015
0-19 år	13.275	68,9	99	13.071
20-29 år	137.918	1150,0	108	149.480
30-39 år	236.687	1856,8	92	217.527
40-49 år	153.598	1241,5	100	153.559
50-59 år	69.507	695,7	106	74.017
60-69 år	47.822	478,6	97	46.516

70-79 år	25.795	428,5	115	29.651
80 år>	14.315	322,4	97	13.817
I alt	698.917	803,6	101	697.638

Det fremskrevne demografiske behov til 2015 viser alt andet lige et beskedent fald i ydelserne på 1.279 og dermed ikke noget behov for ekstra speciallægekapacitet relateret til befolkningsudviklingen.

6.12.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten

Vurdering:

Speciallægekapacitetens omfang og sammensætning:

Region Hovedstadens dækning med gynækologiske speciallæger ligger 80 % over landsgennemsnittet. Udgiften pr. indbygger indenfor specialet ligger 90 % over landsgennemsnittet.

20 % af den aktuelle speciallægekapacitet består af deltidspraksis.

Det er vurderingen, at der hverken er særligt faglige eller rekrutterings- og fastholdelsesmæssige til at fastholde deltidspraksis indenfor specialet.

Den nuværende kapacitet indenfor deltidspraksis tilstræbes konverteret til fuldtidspraksis.

Delplanen indenfor gynækologi indeholdt ikke specialespecifikke anbefalinger vedr. kapaciteten.

Ventetider på behandling:

Jfr. oplysninger på sundhed.dk kan den aktuelle gennemsnitlige ventetid til ikke akut behandling opgøres til 4 uger. Variationen i ventetider ligger mellem 1-13 uger.

Speciallægekapacitetens udnyttelse:

Gennemgangen under afsnit 1.2. viser, at 15 af fuldtidsyderne svarende til knap 40 % arbejder udover knækgrænsen.

I forhold til gældende knækgrænser er der kun en meget beskedent uudnyttet kapacitet indenfor specialet i fuldtidspraksis.

Målt i forhold til knækgrænsen i fuldtidspraksis svarer den uudnyttede kapacitet til produktionen i 0,7 fuldtidspraksis.

Demografisk behovsudvikling:

Udviklingen i demografien viser, at der kan forventes et beskedent fald i behovet for gynækologiske speciallægeydelser.

Udfordringer vedr. rekruttering og fastholdelse:

Primo 2011 er 38 % af gynækologerne i speciallægepraksis over 60 år, hvilket kan indikere, at der ligger en udfordring med hensyn til rekruttering til specialet i de kommende år.

Under forudsætning af en antagelse om, at gynækologerne gennemsnitligt ophører i praksis som 65-årige vil der i perioden 2011-15, dvs. frem til slutningen af næste planperiode, være brug for rekruttering af op til 19 gynækologer.

Ifølge dimensioneringsplan 2008-2012 for introduktions- og hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen udgivet af Sundhedsstyrelsen, maj 2010, er der indenfor gynækologi årligt 32 hoveduddannelsesforløb på landsplan, hvoraf de 14 finder sted i Region Øst. Der er p.t. ingen problemer med rekruttering til uddannelsesforløbene.

Ud fra en gennemgang af de gynækologiske hospitalsansatte speciallægers aldersfordeling og ud fra en tilsvarende antagelse om, at disse gennemsnitligt ophører som 65-årige, vil der i perioden 2011-2015 skulle rekrutteres 25 gynækologer til hospitalsafdelingerne i Region Hovedstaden.

Umiddelbart ligger det samlede antal speciallæger, der forventes at gå på pension i omhandlede periode i Region Hovedstaden (44) væsentligt under antallet af nyuddannede i samme periode, i alt 70.

Dette taler for, at der ikke forventes at blive tale om rekrutteringsproblemer til speciallægepraksis.

Konklusion og mål for kapaciteten:

At 10 deltidspaksis gennem opkøb tilstræbes konverteret til 2 fuldtidspaksis, således at det fremtidige mål for fuldtidskapaciteter i alt er 42.

6.13. Kirurgi

6.13.1. Kapacitet

a. Kapacitet i speciallægepraksis

Indenfor dette speciale er urologi udskilt som selvstændigt speciale og åreknudebehandling er blevet en opgave for karkirurger.

Indenfor det kirurgiske område er der 37 kapaciteter i Region Hovedstaden.

Tabel 1 viser, at 27 af speciallægerne driver praksis som fuldtidspaksis, 10 som deltidspaksis.

1 fuldtidspaksis indenfor specialet drives som kompagniskabspraksis med 2 kapaciteter. 1 fuldtidspaksis fungerer som delepraksis. 2 fuldtidspaksis har ansat assisterende speciallæger.

Siden praksisplanens udarbejdelse primo 2008 har der været generations-skifte i 2 fuldtidspraksis og 2 deltidspaksis.

Af nedenstående tabel fremgår antal praktiserende kirurger fordelt på praksisformer og planområder i Region Hovedstaden ultimo 2011.

Tabel 1: Antal praktiserende kirurger fordelt på praksisformer og planlægningsområder i Region Hovedstaden ultimo 2011

Planlægnings-område	Antal indb.	Hel-tid	Del-tid	Over-læge	I alt	Om-regnet til heltid	Ændring ved ligelig ford. efter bef.tal
Nord	313.199	4	2	-	6	5,0	+0,9
Midt	435.135	8	5	-	14	10,5	-2,3
Byen	421.938	7	2	-	9	8,0	-
Syd	484.902	8	1	-	9	8,5	+0,7
Bornholm	41.896	-	-		1	-	+0,8
Reg. H. i alt	1.697.070	27	10		37	32,0	-

De praktiserende kirurger fordeler sig ikke ligeligt efter befolkningstal i optageområderne.

I forhold til status ved praksisplanens udarbejdelse primo 2008 er der stadig en overvægt af praksis i optageområde Midt og en underkapacitet i optageområde Nord og Syd, når dækningen vurderes i relation til befolkningstallet.

Prognose for speciallægedækning

De praktiserende kirurgers fordeling på alder ultimo 2011 er følgende:

Tabel 2: Praktiserende kirurgers fordeling på alder ultimo 2011

Alder	Antal	% fordeling
<49 år	-	-
50-54 år	11	29,7
55-59 år	8	21,6
60-64 år	7	18,9
65-69 år	7	18,9
Over 70 år	4	10,8
I alt	37	100

Gennemsnitsalderen er 59,9 år. Ingen kirurger er under 50 år. 18 af de 37 kirurgiske speciallæger er over 60 år.

Med kilde i Sundhedsstyrelsens Lægeprognoser forventes nedenstående udvikling i antal speciallæger i kirurgi i hele landet.

Tabel 3: Forventet udvikling i antal speciallæger i gynækologi i hele landet 2010-2025.

Speciale: Kirurgi	2010	2015	2020	2025
Lægeprognose 06	434	420	444	463
Lægeprognose 10	425	440	475	518
	Stigning/ fald år 10-15	Stigning/ fald år 15-20	Stigning/ fald år 10-20	Stigning/ fald år 10-25
Lægeprognose 06	-3,3 %	+5,7 %	+2,3 %	+6,7 %
Lægeprognose 10	+3,5 %	+8,0 %	+11,8 %	+21,9 %

Hvor Lægeprognosen fra 2006 angav en stigning i antal speciallæger på i alt 6,7 % i perioden 2010-25 tegner Lægeprognosen fra 2010 et mere optimistisk billede med en stigningstakt på 21,9 % i samme periode.

På det korte sigt frem mod 2015 vil der dog kun blive en mindre stigning i udbuddet af kirurgiske speciallæger på 3,5 %, hvor der i den tidligere prognose forventedes et fald på 3,3 %.

b. Hospitalsvæsenet

Nøgletal for aktiviteten i hospitalsvæsenet i 2010

Antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre): 47.214

Antal ambulante besøg: 102.643

	Antal 1. konsultationer	Antal konsultationer i alt
Speciallægehjælp, kirurgi, 2010	43.371	72.034
	Antal personer i ambulante besøg	Antal ambulante besøg i alt
Hospitalsambulatorier	47.214	102.643

Oplysningerne vedr. aktiviteten skønnes umiddelbart sammenlignelige.

Sammenholdes antallet af 1. konsultationer i kirurgiske speciallægepraksis, som i 2010 udgjorde 43.371, med aktiviteten i hospitalsvæsenet i form af ovenstående nævnte antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre: 47.214) fremgår det, at 48 % af patienterne til ambulant speciallægebehandling ses hos de praktiserende speciallæger.

I speciallægepraksis er der i gennemsnit 1,7 senere konsultationer for hver 1. konsultation. I hospitalsambulatorierne er forløbet typisk lidt længere, idet antallet af senere besøg for hver patient er 2,2 i forhold til besøget første gang.

6.13.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen

De samlede bruttohonorarudgifter til kirurgiske speciallægepraksis har i 2010 andraget 140.877.007 kr.

Knækgrænsen for fuldtidspraksis indenfor specialet udgjorde 4.484.964 kr., den nedre omsætningsgrænse for fuldtidspraksis 2.252.285 kr., mens omsætningsloftet for deltidspraksis var 919.429 kr.

Ud fra regnskabstallene kan der konstateres følgende:

To fuldtidspraksis lå under den nedre omsætningsgrænse. 20 af de 27 heltidsydere arbejder udover knækgrænsen.

Fuldtidspraksis havde en samlet omsætning i praksis på 135.461.148. Såfremt alle fuldtidspraksis havde produceret op til knækgrænsen, ville omsætningen have været 125.578.992 kr. eller svarende til en forskel på 9.882.156 kr. Forskellen svarer til den uudnyttede kapacitet i praksis.

Deltidspraksis havde en samlet omsætning på 5.415.858 kr. Såfremt alle deltidspraksis havde produceret op til omsætningsloftet, ville omsætningen have været 9.194.290 kr. eller svarende til en forskel på 3.778.432 kr., som udgør den uudnyttede kapacitet i deltidspraksis.

Værdien af deltidspraksis` omsætning i forhold til fuldtidspraksis er i det følgende beregnet ud fra 3 kriterier:

- a) Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspraksis før knækket, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspraksis, svarer dette til 1,2 fuldtidspraksis
- b) Såfremt der tages udgangspunkt i den gennemsnitlige omsætning i fuldtidspraksis, således at konverteringen svarer til hvor mange fuldtidspraksis med en gennemsnitlig omsætning, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspraksis, svarer dette til 1,1 fuldtidspraksis
- c) Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspraksis før knækket, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den maksimalt mulige omsætning i deltidspraksis op til omsætningsloftet, svarer dette til 2,1 fuldtidspraksis

Omfanget af pendling til og fra øvrige regioner er uændret i forhold til situationen ved praksisplanens udarbejdelse primo 2008.

I nedenstående tabel er vist den samlede produktion af kirurgiske speciallægeydelser i Region Hovedstaden i treårsperioden 2008-2010, hvoraf tillige fremgår udviklingen i de enkelte hovedgrupper af ydelser

Tabel 4: Udvikling i produktion af ydelser hos praktiserende kirurger i Region Hovedstaden i perioden 2008-2010.

Ydelsesgrupper	2008	2009	2010
Konsultationer	82.063	84.497	84.879
Besøg og afstandstillæg	5	1	-
Tillægsydelser	102.119	109.235	116.883
Særydelser	62.629	65.535	61.209
Operationer, analogisering	311	303	196
§3 aftaler	3.235	3.188	3.158
Hovedgr. text ubekendt	-	902	89
Laboratorieundersøgelser	1.986	1.994	2.056
I alt	252.348	265.655	268.470

Patientgrundlag og ydelsesudvikling:

I nedenstående tabel ses det, at forbruget af kirurgiske ydelser hos borgere med bopæl i Region Hovedstaden er stigende med alderen og relativt højest i aldersgrupperne over 60 år i forhold til befolkningsfordelingen (ca. dobbelt så højt i forhold til gennemsnittet for befolkningen)

Desuden ses en fremskrivning af borgernes forbrug af ydelser fra 2010 til 2015. Prognosen er dels baseret på forbruget af ydelser i 2010, dels på en forudsætning om, at borgerne i de enkelte aldersgrupper har et uændret forbrug pr. indbygger frem til 2015.

Tabel 5 viser, at der over den kommende 5-årige periode vil ske en mindre samlet befolkningstilvækst, men med forskydning mellem aldersgrupperne. Indeks er beregnet i forhold til befolkningstallet i 2010, der sættes til 100.

Tabel 5: Forbruget af kirurgiske ydelser i praksissektoren i 2010 i Region Hovedstaden fordelt på aldersgrupper demografisk fremskrevet til 2015.

Alder	Ydelser 2010	Ydelsesforbrug pr. 1.000 indbyggere 2010	Forventet bef.udvikling. Indeks 2010-15 (2010=100)	Fremskrevet demografisk behov for ydelser i 2015
0-19 år	4.122	10,6	100	4.122
20-29 år	23.249	101,5	111	25.806
30-39 år	40.335	158,3	91	36.705
40-49 år	51.220	206,6	100	51.220
50-59 år	46.176	257,6	119	54.949

60-69 år	52.631	271,0	96	50.526
70-79 år	29.318	265,4	115	33.716
80 år>	11.290	150,3	88	9.935
	258.341		102	266.979

Det fremskrevne demografiske behov til 2015 viser alt andet lige en vækst i ydelserne på 8.638 svarende til den gennemsnitlige ydelsesaktivitet i 1 fuldtidspraksis.

6.13.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten

Vurdering:

Speciallægekapacitetens omfang og sammensætning:

Region Hovedstadens dækning med kirurgiske speciallæger ligger dobbelt så højt som landsgennemsnittet. Udgiften pr. indbygger indenfor specialet ligger 86 % over landsgennemsnittet.

28 % af den aktuelle speciallægekapacitet består af deltidspødsis.

Som kapacitetsanbefaling blev det i delplanen angivet, at samarbejdsudvalget skal vurdere, om kapaciteten skal opdeles efter specialekriterier.

Det er vurderingen, at der hverken er faglige eller rekrutterings- og fastholdelsesmæssige grunde til at fastholde deltidspødsis indenfor specialet.

Den nuværende kapacitet indenfor deltidspødsis tilstræbes konverteret til fuldtidspødsis.

Ventetider på behandling:

Jfr. oplysninger på sundhed.dk kan den aktuelle gennemsnitlige ventetid til ikke akut behandling opgøres til 2 uger. Variationen i ventetider ligger mellem 1-8 uger.

Speciallægekapacitetens udnyttelse:

Gennemgangen under afsnit 1.2. viser, at 20 ud af de 27 fuldtidspødsdere arbejder udover knækgrænsen.

I forhold til gældende knækgrænser er der kun en mindre uudnyttet kapacitet indenfor specialet. Den samlede uudnyttede kapacitet svarer til produktionen i 3 fuldtidspødsis.

Demografisk behovsudvikling:

Udviklingen i demografien viser, at der kan forventes et øget behov for kirurgiske speciallægeydelser frem mod 2015, svarende til den gennemsnitlige ydelsesaktivitet i en fuldtidspødsis.

Udfordringer vedr. rekruttering og fastholdelse:

Primo 2011 er 38 % af kirurgerne i speciallægepraksis over 60 år, hvilket kan indikere, at der ligger en udfordring med hensyn til rekruttering til specialet i de kommende år.

Under forudsætning af en antagelse om, at kirurgerne gennemsnitligt ophører i praksis som 65-årige vil der i perioden 2011 - 15, dvs. frem til slutningen af næste planperiode, være brug for rekruttering af op til 15 kirurger.

Ifølge dimensioneringsplan 2008 - 2012 for introduktions- og hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen udgivet af Sundhedsstyrelsen, maj 2010, er der indenfor kirurgi årligt 33 hoveduddannelsesforløb på landsplan, hvoraf de 15 finder sted i Region Øst. Der er p.t. ingen problemer med rekruttering til uddannelsesforløbene.

Ud fra en gennemgang af de kirurgiske hospitalsansatte speciallægers aldersfordeling og ud fra en tilsvarende antagelse om, at disse gennemsnitligt ophører som 65-årige, vil der i perioden 2011 - 2015 skulle rekrutteres 30 kirurger til hospitalsafdelingerne i Region Hovedstaden.

Umiddelbart ligger det samlede antal speciallæger, der forventes at gå på pension (45) i omhandlede periode væsentligt under antallet af nyuddannede i samme periode, i alt 75.

Dette taler for, at der ikke bliver rekrutteringsproblemer til speciallægepraksis.

Konklusion og mål for kapaciteten:

At 10 deltidspaksis gennem opkøb tilstræbes konverteret til 2 fuldtidspaksis, således at det fremtidige mål for fuldtidskapaciteter i alt er 29.

6.14. Ortopædkirurgi

6.14.1. Kapacitet

a. Kapacitet i speciallægepraksis:

Indenfor det ortopædkirurgiske område er der 16 kapaciteter i Region Hovedstaden.

Tabel 1 viser, at 8 af speciallægerne driver praksis som fuldtidspaksis og 8 som deltidspaksis. Der er ingen overlægepraksis.

Ingen fuldtidspaksis fungerer som delepraksis. 3 fuldtidspaksis har ansat assisterende speciallæger.

Siden praksisplanens udarbejdelse primo 2008 er den samlede kapacitet reduceret med 1 deltidspaksis, og der har været generationsskifte i 1 fuldtidspaksis.

Af nedenstående tabel fremgår antal praktiserende ortopædkirurger fordelt på praksisformer og planområder i Region Hovedstaden ultimo 2011.

Tabel 1: Antal praktiserende ortopædkirurger fordelt på praksisformer og planlægningsområder i Region Hovedstaden ultimo 2011.

Planlægningsområde	Ant. indb.	Heltid	Deltid	Overlæge	I alt	Omregnet til heltid
Nord	313.199	2	-	-	2	2,0
Midt	435.135	2	1	-	3	2,5
Byen	421.938	2	6	-	8	5,0
Syd	484.902	2	1	-	3	2,5
Bornholm	41.896	-	-	-	-	-
Reg. H. i alt	1.697.070	8	8	-	16	12,0

De praktiserende ortopædkirurger fordeler sig ikke ligeligt efter befolkningstal i optageområderne.

I forhold til praksisplanens udarbejdelse primo 2008 er der stadig en overvægt af praksis i optageområde Byen og en underkapacitet i optageområde Syd.

Prognose for speciallægedækning

De praktiserende ortopædkirurgers fordeling på alder primo 2011 er følgende:

Tabel 2: Praktiserende ortopædkirurgers fordeling på alder primo 2011.

Alder	Antal	% fordeling
<49 år	1	6,3
50-54 år	1	6,3
55-59 år	5	31,3
60-64 år	1	6,3
65-69 år	7	43,8
Over 70 år	1	6,3
I alt	16	100

Gennemsnitsalderen er 61,6 år. Kun en enkelt ortopædkirurg er under 50 år. 9 af de 16 ortopædkirurgiske speciallæger er over 60 år.

Med kilde i Sundhedsstyrelsens Lægeprognoser forventes nedenstående udvikling i antal speciallæger i ortopædkirurgi i hele landet.

Tabel 3: Forventet udvikling i antal speciallæger i ortopædkirurgi i hele landet 2010-2025.

Speciale: Ortopædkirurgi	2010	2015	2020	2025
Lægeprognose 04	595	590	582	556
Lægeprognose 10	663	718	750	760
	Stigning/ fald år 10-15	Stigning/ fald år 15-20	Stigning/ fald år 10-20	Stigning/ fald år 10-25
Lægeprognose 04	-0,8 %	-1,4 %	-2,2 %	-6,6 %
Lægeprognose 10	+8,3 %	+4,5 %	+13,1 %	+14,6 %

Hvor Lægeprognosen fra 2004 angav et fald i antal speciallæger på i alt 6,6 % i perioden 2010-25 tegner Lægeprognosen fra 2010 et langt mere optimistisk billede med en stigning på 14,6 % i samme periode, eller en forskel mellem de to prognoser på i alt godt 20 %.

b. Hospitalsvæsenet:

Nøgletal for aktiviteten i hospitalsvæsenet i 2010:

Antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre): 88.458

Antal ambulante besøg: 236.008

	Antal 1. konsultationer	Antal konsultationer i alt
Speciallægehjælp, ort.kirurgi 2010	28.529	42.510
	Antal pers. i ambulante besøg	Antal ambulante besøg i alt
Hospitalsambulatorier	88.458	236.008

Oplysningerne vedr. aktiviteten skønnes at være umiddelbart sammenlignelige.

Sammenholdes antallet af 1. konsultationer i ortopædkirurgiske speciallægepraksis, som i 2010 udgjorde godt 28.000, med aktiviteten i hospitalsvæsenet i form af ovennævnte antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre = 88.458), kan det anslås, at godt 20 % af patienterne til ambulant speciallægebehandling ses hos de praktiserende speciallæger.

6.14.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen

De samlede bruttohonorarudgifter til ortopædkirurgiske speciallægepraksis har i 2009 andraget 41.240.701 kr.

Knækgrænsen for fuldtidspraksis indenfor specialet udgjorde 4.579.345 kr., den nedre omsætningsgrænse for fuldtidspraksis 2.004.422 kr., mens omsætningsloftet for deltidspaksis var 919.429 kr.

Ud fra regnskabstallene kan der konstateres følgende:

Kun en enkelt fuldtidspraksis lå under den nedre omsætningsgrænse, hvilket skyldes ophør i praksis i løbet af året.

De resterende fuldtidspraksis havde en samlet omsætning i praksis på 33.889.993 kr. Såfremt alle heltidspraksis havde produceret op til knækgrænsen, ville omsætningen have været 36.634.760 kr. eller svarende til en forskel på 2.744.767 kr. Forskellen svarer til den uudnyttede kapacitet i fuldtidspraksis.

Deltidspraksis havde en samlet omsætning på 6.978.842 kr. Såfremt alle deltidspaksis havde produceret op til omsætningsloftet, ville omsætningen have været 7.355.432 kr. eller svarende til en forskel på 376.590 kr., som udgør den uudnyttede kapacitet i deltidspaksis.

Værdien af deltidspaksis omsætning i forhold til fuldtidspraksis er i det følgende beregnet ud fra 3 kriterier:

- a) Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspraksis før knækket, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspaksis, svarer dette til 1,5 fuldtidspraksis
- b) Såfremt der tages udgangspunkt i den gennemsnitlige omsætning i fuldtidspraksis, således at konverteringen svarer til hvor mange fuldtidspraksis med en gennemsnitlig omsætning, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspaksis, svarer dette til 1,6 fuldtidspraksis
- c) Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspraksis før knækket, således at konverteringen svarer til hvor mange fuldtidspraksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den maksimalt mulige omsætning i deltidspaksis op til omsætningsloftet, svarer dette til 1,6 fuldtidspraksis

Der er en meget beskeden pendling til og fra øvrige regioner. Af den samlede ydelsesproduktion i ortopædkirurgiske speciallægepraksis i 2010 gik ca. 6 % af ydelserne til Region Sjællands borgere eller lidt færre end ved praksisplanens udarbejdelse i 2008.

I nedenstående tabel er vist den samlede produktion af ortopædkirurgiske speciallægeydelser i Region Hovedstaden i treårsperioden 2008-2010, hvoraf tillige fremgår udviklingen i de enkelte hovedgrupper af ydelser.

Tabel 4: Udvikling i produktion af ydelser hos praktiserende ortopædkirurger i Region Hovedstaden i perioden 2008-2010.

Ydelsesgrupper	2008	2009	2010
Konsultationer	40.836	40.466	42.510
Besøg og afstandstillæg	13	2	23
Tillægsydelser	9.370	10.618	11.684
Særydelser	24.832	25.195	25.310
Operationer analogisering	349	335	382
I alt	75.437	76.641	79.913

Patientgrundlag og ydelsesudvikling:

I nedenstående tabel ses det, at forbruget af ortopædkirurgiske speciallægeydelser hos borgere med bopæl i Region Hovedstaden er stigende med alderen og relativt højere i aldersgrupperne over 60 år i forhold til befolkningsfordelingen (ca. dobbelt så højt i forhold til gennemsnittet for befolkningen).

Desuden ses en fremskrivning af borgernes forbrug af ydelser fra 2010 til 2015. Prognosen er dels baseret på forbruget af ydelser i 2010, dels på en forudsætning om, at borgerne i de enkelte aldersgrupper har et uændret forbrug pr. indbygger frem til 2015.

Tabel 5 viser, at der over den kommende 5-årige periode vil ske en mindre samlet befolkningstilvækst, men med forskydning mellem aldersgrupperne, således at tilvæksten er størst i gruppen over 60 år, hvilket vil afspejle sig i forbruget af ortopædkirurgiske ydelser. Indeks er beregnet i forhold til befolkningstallet i 2010, der sættes til 100.

Tabel 5: Forbruget af ortopædkirurgiske ydelser i praksissektoren i 2010 i Region Hovedstaden fordelt på aldersgrupper demografisk fremskrevet til 2015.

Alder	Ydelser 2010	Ydelsesforbrug pr. 1.000 indb. 2010	Forventet bef.udvikling. Indeks 2010- 15 (2010 =100)	Fremskrevet demografisk behov for ydelser i 2015
0-19 år	5.551	14,3	100	5.551
20-29 år	6.902	30,1	111	7.661
30-39 år	8.131	31,9	91	7.399
40-49 år	11.990	48,4	100	11.990
50-59 år	14.993	83,6	119	17.842
60-69 år	16.898	87,0	96	16.222
70-79 år	8.730	79,0	115	10.039
80 år>	3.261	43,4	88	2.869
	76.456	45,5		79.573

Det fremskrevne demografiske behov til 2015 viser alt andet lige en vækst i ydelserne på 3.117 svarende til ydelsesaktiviteten i 0,5 fuldtidspraksis. Dette skal sammenholdes med den beskrevne ”friværdis” i fuldtidspraksis.

6.14.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten

Vurdering:

Speciallægekapacitetens omfang og sammensætning:

Halvdelen af den aktuelle speciallægekapacitet består af deltidspraksis. Det er vurderingen, at der hverken er faglige eller rekrutterings- og fastholdelsesmæssige grunde til at fastholde deltidspraksis indenfor specialet. Den nuværende kapacitet indenfor deltidspraksis tilstræbes konverteret til fuldtidspraksis.

Delplanen indenfor ortopædkirurgi indeholdt anbefaling om, at det skal overvejes at udvide kapaciteten i speciallægepraksis, således at der sker en tilpasning af kapaciteten på området til efterspørgslen.

Ventetider på behandling:

Jfr. oplysninger på sundhed.dk kan den aktuelle gennemsnitlige ventetid til ikke akut behandling opgøres til 8 uger. Variationen i ventetider ligger mellem 4-17 uger.

Speciallægekapacitetens udnyttelse:

Gennemgangen under afsnit 1.2. viser, at adskillige af fuldtidsyderne arbejder udover knækgrænsen.

I forhold til gældende knækgrænse er der kun en mindre uudnyttet kapacitet indenfor specialet i fuldtidspraksis. Den samlede uudnyttede kapacitet i specialet svarer til produktionen i 0,7 fuldtidspraksis.

Demografisk behovsudvikling:

Udviklingen i demografien viser, at der kan forventes et øget behov for ortopædkirurgiske speciallægeydelser frem mod 2015.

Udfordringer vedr. rekruttering og fastholdelse:

Primo 2011 er 9 af ortopædkirurgerne i speciallægepraksis over 60 år, hvilket kan indikere, at der ligger en udfordring med hensyn til rekruttering til specialet i de kommende år.

Under forudsætning af en antagelse om, at ortopædkirurgerne gennemsnitligt ophører i praksis som 65-årige vil der i perioden 2011-15, dvs. frem til slutningen af næste planperiode, være brug for rekruttering af op til 9 ortopædkirurger.

Ifølge dimensioneringsplan 2008-12 for introduktions- og hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen udgivet af Sundhedsstyrelsen maj 2010 er der indenfor ortopædkirurgi årligt 37 hoveduddannelsesforløb på

landsplan, hvoraf de 17 finder sted i Region Øst. Der er p.t. ingen problemer med rekruttering til uddannelsesforløbene.

Ud fra en gennemgang af de ortopædkirurgiske hospitalsansatte speciallægers aldersfordeling og ud fra en tilsvarende antagelse om, at disse gennemsnitligt ophører som 65-årige, vil der i perioden 2011-2015 skulle rekrutteres 22 ortopædkirurger til hospitalsafdelingerne i Region Hovedstaden.

Umiddelbart ligger det samlede antal speciallæger, der forventes at gå på pension (31) i omhandlede periode noget under antallet af nyuddannede i samme periode, i alt 85.

Dette taler for, at der ikke vil blive rekrutteringsproblemer til speciallægepraksis.

Konklusion og mål for kapaciteten:

At 8 deltidspødsis gennem opkøb tilstræbes konverteret til 2 fuldtidspødsis, således at det fremtidige mål for fuldtidskapaciteter i alt er 10.

6.15. Plastikkirurgi

6.15.1. Kapacitet

a. Kapacitet i speciallægepraksis

Indenfor det plastikkirurgiske område er der 12 kapaciteter i Region Hovedstaden.

Tabel 1 viser, at 8 af speciallægerne driver praksis som fuldtidspødsis og 4 som deltidspødsis.

Alle praksis drives som enkeltmandspødsis. 1 heltidspødsis fungerer som delepraksis. Ingen fuldtidspødsis har ansat assisterende speciallæger.

Der har ikke været udskiftninger i kapaciteten siden praksisplanens udarbejdelse primo 2008.

Af nedenstående tabel fremgår antal praktiserende plastikkirurger fordelt på praksisformer og planområder i Region Hovedstaden ultimo 2011.

Tabel 1: Antal praktiserende plastikkirurger fordelt på praksisformer og planlægningsområder i Region Hovedstaden ultimo 2011.

Planlæg- nings- område	Antal indb.	Hel- tid	Del- tid	Over- læge	I alt	Om- regnet til heltid	Ændring ved ligelig ford. efter bef.tal
Nord	313.199	1	-	-	1	1,0	+0,9
Midt	435.135	3	1	-	4	3,5	-0,9
Byen	421.938	3	1	-	4	3,5	+0,5
Syd	484.902	1	2	-	3	2,0	-0,7
Born- holm	41.896	-	-	-	-	-	+0,2
Reg. H. i alt	1.697.070	8	4	-	12	10,0	-

De praktiserende plastikkirurger fordeler sig nogenlunde ligeligt efter befolkningstal i optageområderne.

I forhold til status ved praksisplanens udarbejdelse primo 2008 er der stadig en mindre underkapacitet af praksis i optageområde Nord og optageområde Byen og en tilsvarende mindre overvægt af praksis i optageområde Midt og optageområde Syd.

Prognose for speciallægedækning

De praktiserende plastikkirurgers fordeling på alder ultimo 2011 er følgende:

Tabel 2: Praktiserende plastikkirurgers fordeling på alder ultimo 2011.

Alder	Antal	% fordeling
<49 år	1	8,3
50-54 år	4	33,3
55-59 år	3	25,0
60-64 år	2	16,7
65-69 år	2	16,7
Over 70 år	-	-
I alt	12	100

Gennemsnitsalderen er 55,9 år. 1 plastikkirurg er under 50 år. 4 af de 12 plastikkirurger er over 60 år.

Med kilde i Sundhedsstyrelsens Lægeprognoser forventes nedenstående udvikling i antal speciallæger i plastikkirurgi i hele landet.

Tabel 3: Forventet udvikling i antal speciallæger i plastikkirurgi i hele landet 2010-2025.

Speciale: Plastikkirurgi	2010	2015	2020	2025
Lægeprognose 06	69	72	83	91
Lægeprognose 10	81	86	103	120
	Stigning/ fald år 10-15	Stigning/ fald år 15-20	Stigning/ fald år 10-20	Stigning/ fald år 10-25
Lægeprognose 06	+4,3 %	+15,3 %	+20,3 %	+31,9 %
Lægeprognose 10	+6,2 %	+19,8 %	+27,2 %	+48,1 %

Hvor Lægeprognosen fra 2006 angav en stigning i antal speciallæger på i alt 31,9 % i perioden 2010-25 angiver Lægeprognosen fra 2010 en noget større stigningstakt på 48,1 % i samme periode.

På kort sigt frem til 2015 forventes der dog kun en begrænset stigning i udbuddet af plastikkirurgiske speciallæger på 6,2 %.

b. Hospitalsvæsenet

Nøgletal for aktiviteten i hospitalsvæsenet i 2010

Antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre): 10.281

Antal ambulante besøg: 37.012

	Antal 1. konsultationer	Antal senere konsultationer i alt
Speciallægehjælp, plastikkirurgi, 2010	8.025	17.562
	Antal personer i ambulante besøg	Antal ambulante besøg i alt
Hospitalsambulatorier	10.281	37.012

Oplysningerne vedr. aktiviteten skønnes at være umiddelbart sammenlignelige.

Sammenholdes antallet af 1. konsultationer i plastikkirurgiske speciallægepraksis, som i 2010 udgjorde 8.025, med aktiviteten i hospitalsvæsenet i form af ovenstående nævnte antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre = 10.281) fremgår det, at 44 % af patienterne til ambulante speciallæge-behandling ses hos de praktiserende speciallæger.

I speciallægepraksis er der i gennemsnit 2,2 senere konsultationer for hver 1. konsultation. I hospitalsambulatorierne er forløbet typisk lidt længere, idet

antallet af senere besøg for hver patient er 3,6 i forhold til besøget første gang.

6.15.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen

De samlede bruttohonorarudgifter til plastikkirurgiske speciallægepraksis har i 2010 andraget 29.458.105 kr.

Knækgrænsen for fuldtidspraksis indenfor specialet udgjorde 3.938.205 kr., den nedre omsætningsgrænse for fuldtidspraksis 1.128.995 kr., mens omsætningsloftet for deltidspaksis var 771.134 kr.

Ud fra regnskabstallene kan der konstateres følgende:

Ingen fuldtidspraksis lå under den nedre omsætningsgrænse. 3 ud af de 8 fuldtidsydere havde en omsætning udover knækgrænsen.

Fuldtidspraksis havde en samlet omsætning i praksis på 26.380.278 kr. Såfremt alle fuldtidspraksis havde produceret op til knækgrænsen, ville omsætningen have været 31.505.640 kr. eller svarende til en forskel på 5.125.362 kr. Forskellen svarer til den uudnyttede kapacitet i fuldtidspraksis.

Deltidspraksis havde en samlet omsætning på 3.077.826 kr. Såfremt alle deltidspaksis havde produceret op til omsætningsloftet, ville omsætningen have været 3.084.536 kr. eller svarende til en forskel på 6.710 kr., som udgør den uudnyttede kapacitet i deltidspaksis.

Værdien af deltidspaksis omsætning i forhold til fuldtidspraksis er i det følgende beregnet ud fra 3 kriterier:

- a) Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspraksis før knækket, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspaksis, svarer dette til 0,8 fuldtidspraksis
- b) Såfremt der tages udgangspunkt i den gennemsnitlige omsætning i fuldtidspraksis, således at konverteringen svarer til hvor mange fuldtidspraksis med en gennemsnitlig omsætning, der går på den samlede faktiske omsætning i deltidspaksis svarer dette til 0,9 fuldtidspraksis
- c) Såfremt der tages udgangspunkt i omsætningsgrænsen i fuldtidspraksis før knækket, således at konverteringen svarer til, hvor mange fuldtidspraksis med en omsætning op til overenskomstens knækgrænse, der går på den maksimalt mulige omsætning i deltidspaksis op til omsætningsloftet, svarer dette til 0,8 fuldtidspraksis

I forhold til situationen ved praksisplanens udarbejdelse i 2008 har der været en stigning i forbruget for Region Sjællands borgere hos Region Hovedstadens praktiserende plastikkirurger på ca. 3 %. Borgerne i Region Hovedstaden har ikke noget forbrug af plastikkirurgiske speciallægeydelser

udenfor regionen, da der ikke er plastikkirurgiske speciallæger i Region Sjælland.

I nedenstående tabel er vist den samlede produktion af plastikkirurgiske speciallægeydelser i Region Hovedstaden i treårsperioden 2008-2010, hvoraf tillige fremgår udviklingen i de enkelte hovedgrupper af ydelser

Tabel 4: Udvikling i produktion af ydelser hos praktiserende plastikkirurger i Region Hovedstaden i perioden 2008-2010.

Ydelsesgrupper	2008	2009	2010
Konsultationer	17.073	17.308	18.469
Tillægsydelser	5.277	10.416	14.572
Operationer	21.704	23.011	26.187
Forbindsstoffer	-	-	264
I alt	44.054	50.735	59.492

Patientgrundlag og ydelsesudvikling:

I nedenstående tabel ses det, at forbruget af plastikkirurgiske ydelser hos borgere med bopæl i Region Hovedstaden er højest for aldersgruppen 40-60 år.

Desuden ses en fremskrivning af borgernes forbrug af ydelser fra 2010 til 2015. Prognosen er dels baseret på forbruget af ydelser i 2010, dels på en forudsætning om, at borgerne i de enkelte aldersgrupper har et uændret forbrug pr. indbygger frem til 2015.

Tabel 5 viser, at der over den kommende 5-årige periode vil ske en mindre samlet befolkningstilvækst, men med forskydning mellem aldersgrupperne. Indeks er beregnet i forhold til befolkningstallet i 2010, der sættes til 100.

Tabel 5: Forbruget af plastikkirurgiske ydelser i praksissektoren i 2010 i Region Hovedstaden fordelt på aldersgrupper demografisk fremskrevet til 2015.

Alder	Ydelser 2010	Ydelsesforbrug pr. 1.000 indbyggere 2010	Forventet bef.udvikling. Indeks 2010-15 (2010=100)	Fremskrevet demografisk behov for ydelser i 2015
0-19 år	4.064	10,4	100	4.037
20-29 år	6.598	28,8	111	7.324
30-39 år	9.780	38,4	91	8.907
40-49 år	10.670	43,0	100	10.661
50-59 år	7.782	43,4	119	9.249
60-69 år	8.067	41,5	96	7.761
70-79 år	4.196	38,0	115	4.810
80 år>	1.918	25,5	88	1.682
	53.075	31,6	102	54.431

Det fremskrevne demografiske behov til 2015 viser alt andet lige en vækst i ydelserne på 1.356 svarende til den gennemsnitlige ydelsesaktiviteten i 0,3 fuldtidspraksis.

6.15.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten

Vurdering:

Speciallægekapacitetens omfang og sammensætning:

Region Hovedstadens dækning med plastikkirurgiske speciallæger ligger dobbelt så højt som landsgennemsnittet. Udgiften pr. indbygger indenfor specialet ligger mere end dobbelt så højt i forhold til landsgennemsnittet.

33 % af den aktuelle speciallægekapacitet består af deltidspaksis.

Det er vurderingen, at der hverken er særligt faglige eller rekrutterings- og fastholdelsesmæssige grunde til at fastholde deltidspaksis indenfor specialet.

Den nuværende kapacitet indenfor deltidspaksis tilstræbes konverteret til fuldtidspaksis.

Delplanen indenfor plastikkirurgi indeholder anbefaling af, at regionen overvejer om kapaciteten i speciallægepraksis på dette område kan udvides, således at der sker en tilpasning af den samlede kapacitet på området til efterspørgslen.

Ventetider på behandling:

Jfr. oplysninger på sundhed.dk kan den aktuelle gennemsnitlige ventetid til ikke akut behandling opgøres til 4 uger. Variationen i ventetider ligger mellem 1-8 uger.

Speciallægekapacitetens udnyttelse:

Gennemgangen under afsnit 1.2. viser, at 3 ud af de 8 fuldtidsydere arbejder udover knækgrænsen.

I forhold til gældende knækgrænser er der kun en mindre uudnyttet kapacitet. Målt i forhold til knækgrænsen i heltidspaksis svarer den uudnyttede kapacitet til produktionen i 1,3 fuldtidspaksis.

I deltidspaksis er der også meget begrænset "frirum". Den samlede uudnyttede kapacitet i specialet svarer til produktionen i 1,3 fuldtidspaksis.

Demografisk behovsudvikling:

Udviklingen i demografien viser, at der kan forventes en mindre stigning i behovet for plastikkirurgiske speciallægeydelser frem mod 2015, svarende til under den gennemsnitlige ydelsesaktivitet i en fuldtidspaksis.

Udfordringer vedr. rekruttering og fastholdelse:

Primo 2011 er 33 % af plastikkirurgerne i speciallægepraksis over 60 år, hvilket kan indikere, at der ligger en udfordring med hensyn til rekruttering til specialet i de kommende år.

Under forudsætning af en antagelse om, at plastikkirurgerne gennemsnitligt ophører i praksis som 65-årige vil der i perioden 2011-15, dvs. frem til slutningen af næste planperiode, være brug for rekruttering af op til 4 plastikkirurger.

Ifølge dimensioneringsplan 2008-2012 for introduktions- og hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen udgivet af Sundhedsstyrelsen, maj 2010, er der indenfor plastikkirurgi årligt 9 hoveduddannelsesforløb på landsplan, hvoraf de 4 finder sted i Region Øst. Der er p.t. ingen problemer med rekruttering til uddannelsesforløbene.

Ud fra en gennemgang af de hospitalsansatte plastikkirurgers aldersfordeling og ud fra en tilsvarende antagelse om, at disse gennemsnitligt ophører som 65-årige, vil der i perioden 2011-2015 skulle rekrutteres 3 plastikkirurger til hospitalsafdelingerne i Region Hovedstaden.

Umiddelbart ligger det samlede antal speciallæger, der forventes at gå på pension (7) i omhandlede periode væsentligt under antallet af nyuddannede i samme periode, i alt 20.

Dette taler for, at der ikke vil blive rekrutteringsproblemer til speciallægepraksis.

Konklusion og mål for kapaciteten:

At 4 deltidspædagogik gennem opkøb tilstræbes konverteret til 1 fuldtidspædagogik, således at det fremtidige mål for fuldtidspædagogik i alt er 9.

6.16. Øjenlæger

6.16.1. Kapacitet

a. Kapacitet i speciallægepraksis

Det skal indledningsvis bemærkes, at øjenspecialet er et særligt speciale uden henvisningspligt.

Der er 50 øjenlægekapaciteter i Region Hovedstaden.

Tabel 1 viser, at samtlige øjenlæger driver praksis som fuldtidspædagogik.

I alt 3 praksis drives som kompagniskabspraksis med i alt 6 kapaciteter. 1 fuldtidspædagogik fungerer som delepraksis. 4 fuldtidspædagogik har ansat assisterende speciallæger. 1 fuldtidspædagogik har ansat uddannelsesassistent.

Siden praksisplanens udarbejdelse primo 2008 har der været gennemført generationsskifte i 8 fuldtidspædagogik.

Af nedenstående tabel fremgår antal praktiserende øjenlæger fordelt på praksisformer og planområder i Region Hovedstaden medio 2011.

Tabel 1: Antal praktiserende øjenlæger fordelt på praksisformer og planlægningsområder i Region Hovedstaden medio 2011.

Planlægningsområde	Antal indb.	Heltid	Deltid	Overlæge	I alt	Omregnet til heltid	Ændring ved ligelig ford. efter bef.tal
Nord	313.199	8	-	-	8	8,0	+1,2
Midt	435.135	14	-	-	14	14,0	-1,2
Byen	421.938	17	-	-	17	17,0	-4,5
Syd	484.902	8	-	-	8	8,0	+6,3
Bornholm	41.896	3	-	-	3	3,0	-1,8
Reg. H. i alt	1.697.070	50	-	-	50	50,0	-

De praktiserende øjenlæger fordeler sig ikke ligeligt efter befolkningstal i optageområderne.

I forhold til status ved praksisplanens udarbejdelse primo 2008 er der stadig en betydelig overvægt af praksis i optageområde Byen og en tilsvarende underkapacitet i optageområde Syd.

Prognose for speciallægedækning

De praktiserende øjenlægers fordeling på alder medio 2011 er følgende:

Tabel 2: Praktiserende øjenlægers fordeling på alder medio 2011.

Alder	Antal	% fordeling
<49 år	12	24,0
50-54 år	6	12,0
55-59 år	13	26,0
60-64 år	11	22,0
65-69 år	7	14,0
Over 70 år	1	2,0
I alt	50	100

Gennemsnitsalderen er 57,0 år. 12 øjenlæger er under 50 år. 19 af de 50 øjenlæger er over 60 år.

Med kilde i Sundhedsstyrelsens Lægeprognoser forventes nedenstående udvikling i antal speciallæger indenfor øjenlægehjælp i hele landet.

Tabel 3: Forventet udvikling i antal øjenlæger i hele landet 2010-2025.

Speciale: Oftalmologi	2010	2015	2020	2025
Lægeprognose 06	296	301	316	340
Lægeprognose 10	311	315	329	361
	Stigning/ fald år 10-15	Stigning/ fald år 15-20	Stigning/ fald år 10-20	Stigning/ fald år 10-25
Lægeprognose 06	+1,7 %	+5,0 %	+6,8 %	+14,9 %
Lægeprognose 10	+1,2 %	+4,4 %	+5,8 %	+16,1 %

Hvor Lægeprognosen fra 2006 angav en stigning i antal speciallæger på i alt 14,9 % i perioden 2010-25 angiver Lægeprognosen fra 2010 en lidt højere stigningstakt på 16,1 % i samme periode.

På det korte sigt frem til 2015 forventes der kun en svag stigning i udbuddet af øjenspeciallæger på 1,2 %, svarende til stigningen i den forrige prognose.

b. Hospitalsvæsenet

Nøgletal for aktiviteten i hospitalsvæsenet i 2010

Antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre): 23.198

Antal ambulante besøg: 104.618.

	Antal 1. konsultationer	Antal konsultationer i alt
Speciallægehjælp, øjenspeciallægehjælp, 2010	241.518	351.493
	Antal personer i ambulante besøg	Antal ambulante besøg i alt
Hospitalsambulatorier	23.198	104.618

Oplysningerne vedr. aktiviteten skønnes umiddelbart sammenlignelige.

Sammenholdes antallet af 1. konsultationer i oftalmologiske speciallægepraksis, som i 2010 udgjorde 241.518 med aktiviteten i hospitalsvæsenet i form af ovenstående nævnte antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre = 23.198) fremgår det, at 91 % af patienterne til ambulant speciallægebehandling ses hos de praktiserende speciallæger.

I speciallægepraksis er der i gennemsnit 1,5 senere konsultationer for hver 1. konsultation. I hospitalsambulatorierne er forløbet typisk længere, idet antallet af senere besøg for hver patient er 4,5 i forhold til besøget første gang.

6.16.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen

De samlede bruttohonorarudgifter til øjenlægepraksis har i 2010 andraget 174.474.304 kr.

Knækgrænsen for fuldtidspraksis indenfor specialet udgjorde 3.767.910 kr., den nedre omsætningsgrænse for fuldtidspraksis 1.541.090 kr. Der er som nævnt ingen deltidspaksis indenfor specialet.

Ud fra regnskabstallene kan der konstateres følgende:

1 fuldtidspraksis lå under den nedre omsætningsgrænse. 16 af de 50 fuldtidsydere havde en omsætning udover knækgrænsen.

Fuldtidspraksis havde en samlet omsætning i praksis på 173.136.219 kr. Såfremt alle fuldtidspraksis havde produceret op til knækgrænsen, ville omsætningen have været 188.395.500 kr. eller svarende til en forskel på 15.259.281 kr. Forskellen svarer til den uudnyttede kapacitet i fuldtidspraksis.

Af den samlede ydelsesproduktion i øjenlægepraksis i 2010 gik ca. 3,7 % af ydelserne i 2010 til øvrige regioners borgere eller lidt flere end ved praksisplanens udarbejdelse i 2008.

I nedenstående tabel er vist den samlede produktion af øjenlægeydelser i Region Hovedstaden i treårsperioden 2008-2010, hvoraf tillige fremgår udviklingen i de enkelte hovedgrupper af ydelser

Tabel 4: Udvikling i produktion af ydelser hos praktiserende øjenlæger i Region Hovedstaden i perioden 2008-2010.

Ydelsesgrupper	2008	2009	2010
Konsultationer og besøg	350.224	356.997	369.369
Afstandstillæg	71	66	53
Tillægsydelser	189.819	198.887	206.956
Operationer	103.239	115.057	127.769
Operationer, analogisering	612	637	838
Ydelser, rammeaftaler	2.569	4.152	1.999
Ubekendte ydelser	140	135	31
Kørselsgodtgørelse	60	80	80
I alt	646.734	676.011	707.095

Patientgrundlag og ydelsesudvikling:

I nedenstående tabel ses det, at forbruget af øjenlægeydelser hos borgere med bopæl i Region Hovedstaden er stigende med alderen og relativt størst i

aldersgrupperne over 60 år i forhold til befolkningsfordelingen (ca. tre gange så højt i forhold til gennemsnittet for befolkningen).

Desuden ses en fremskrivning af borgernes forbrug af ydelser fra 2010 til 2015. Prognosen er dels baseret på forbruget af ydelser i 2010, dels på en forudsætning om, at borgerne i de enkelte aldersgrupper har et uændret forbrug pr. indbygger frem til 2015.

Tabel 5 viser, at der over den kommende 5-årige periode vil ske en mindre samlet befolkningstilvækst, men med forskydning mellem aldersgrupperne. Indeks er beregnet i forhold til befolkningstallet i 2010, der sættes til 100.

Tabel 5: Forbruget af øjenlægeydelser i praksissektoren i 2010 i Region Hovedstaden fordelt på aldersgrupper demografisk fremskrevet til 2015.

Alder	Ydelser 2010	Ydelsesforbrug pr. 1.000 indbyggere 2010	Forventet bef.udvikling. Indeks 2010-15 (2010=100)	Fremskrevet demografisk behov for ydelser i 2015
0-19 år	69.735	179,1	100	69.517
20-29 år	19.910	86,9	111	22.026
30-39 år	32.736	128,5	91	29.806
40-49 år	59.914	241,6	100	59.901
50-59 år	86.466	482,3	119	102.788
60-69 år	169.978	875,3	96	163.687
70-79 år	152.623	1381,6	115	174.865
80 år>	103.432	1376,9	88	90.838
	690.794	411,1	102	713.428

Det fremskrevne demografiske behov til 2015 viser alt andet lige en vækst i ydelserne på 22.634 svarende til den gennemsnitlige ydelsesaktivitet i 1,6 fuldtidspraksis.

6.16.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten

Vurdering:

Speciallægekapacitetens omfang og sammensætning:

Region Hovedstadens dækning med øjenspeciallægepraksis samt gennemsnitsudgiften pr. indbygger ligger på niveau med landsgennemsnittet.

Delplanen for øjenlægehjælp indeholdt anbefaling om, at regionen udvider kapaciteten i praksissektoren med henblik på opgaveglidning fra hospitalssektoren.

Ventetider på behandling:

Jfr. oplysninger på sundhed.dk kan den aktuelle gennemsnitlige ventetid til ikke akut behandling opgøres til 13 uger. Variationen i ventetider ligger mellem 1-68 uger.

Speciallægekapacitetens udnyttelse:

Gennemgangen under afsnit 1.2. viser, at 16 af de 50 fuldtidsydere arbejder udover knækgrænsen.

I forhold til gældende knækgrænser er der en mindre uudnyttet kapacitet indenfor specialet i fuldtidspraksis. Målt i forhold til knækgrænsen i fuldtidspraksis svarer den uudnyttede kapacitet til produktionen i 4,0 fuldtidspraksis.

Demografisk behovsudvikling:

Udviklingen i demografien viser, at der kan forventes et øget behov for øjenlægeydelser frem mod 2015, svarende til den gennemsnitlige ydelsesaktivitet i knap 2 fuldtidspraksis.

Udfordringer vedr. rekruttering og fastholdelse:

Primo 2011 er 38 % af øjenlægerne i speciallægepraksis over 60 år, hvilket kan indikere, at der ligger en udfordring med hensyn til rekruttering til specialet i de kommende år.

Under forudsætning af en antagelse om, at øjenlægerne gennemsnitligt ophører i praksis som 65-årige vil der i perioden 2011-15, dvs. frem til slutningen af næste planperiode, være brug for rekruttering af op til 19 øjenlæger.

Ifølge dimensioneringsplan 2008-2012 for introduktions- og hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen udgivet af Sundhedsstyrelsen, maj 2010, er der indenfor øjenlægehjælp årligt 19 hoveduddannelsesforløb på landsplan, hvoraf de 7 finder sted i Region Øst. Der er p.t. ingen problemer med rekruttering til uddannelsesforløbene.

Ud fra en gennemgang af de hospitalsansatte øjenlægers aldersfordeling og ud fra en tilsvarende antagelse om, at disse gennemsnitligt ophører som 65-årige, vil der i perioden 2011-2015 skulle rekrutteres 8 øjenlæger til hospitalsafdelingerne i Region Hovedstaden.

Umiddelbart ligger det samlede antal speciallæger, der forventes at gå på pension (27) i omhandlede periode nogenlunde i balance med antallet af nyuddannede i samme periode, i alt 35.

Der forventes ikke at blive rekrutteringsproblemer til speciallægepraksis.

Konklusion og mål for kapaciteten:

At den samlede kapacitet med fuldtidspraktiserende speciallæger som fremtidigt mål fastsættes til i alt 51, idet der sker nyetablering af 1 fuldtidspraksis.

6.17. Øre-næse-halslægehjælp

6.17.1. Kapacitet

a. Kapacitet i speciallægepraksis

Det skal indledningsvis bemærkes, at øre-næse-halsspecialet er et særligt speciale uden henvisningspligt.

Der er 56 øre-næse-halslægekapaciteter i Region Hovedstaden.

Alle øre-næse-halslæger driver praksis som fuldtidspraksis.

Der er udelukkende enkeltmandspraksis indenfor specialet. 3 fuldtidspraksis fungerer som delepraksis. Ingen fuldtidspraksis har ansat assisterende speciallæger.

Siden praksisplanens udarbejdelse primo 2008 har der været generations-skifte i 9 fuldtidspraksis.

Af nedenstående tabel fremgår antal praktiserende øre-næse-halslæger fordelt på praksisformer og planområder i Region Hovedstaden medio 2011.

Tabel 1: Antal praktiserende øre- næse- halslæger fordelt på praksisformer og planlægningsområder i Region Hovedstaden medio 2011.

Planlæg- nings- område	Antal indb.	Heltid	Deltid	Over- læge	I alt	Om- regnet til heltid	Ændring ved ligelig ford. efter bef.tal
Nord	313.199	11	-	-	11	11,0	-0,7
Midt	435.135	16	-	-	16	16,0	-1,7
Byen	421.938	15	-	-	15	15,0	-1,1
Syd	484.902	12	-	-	12	12,0	+4,0
Bornholm	41.896	2	-	-	2	2,0	-0,6
Reg. H. i alt	1.697.070	56	-	-	56	56,0	-

De praktiserende øre-næse-halslæger fordeler sig ikke ligeligt efter befolkningstal i optageområderne.

I forhold til status ved praksisplanens udarbejdelse primo 2008 er der stadig en overvægt af praksis navnlig i optageområde Midt og en underkapacitet i optageområde Syd.

Prognose for speciallægedækning

De praktiserende ørelægers fordeling på alder ultimo 2011 er følgende:

Tabel 2: Praktiserende øre-næse-halslægers fordeling på alder ultimo 2011.

Alder	Antal	% fordeling
<49 år	15	26,7
50-54 år	10	17,9
55-59 år	6	10,7
60-64 år	18	32,1
65-69 år	5	8,9
Over 70 år	2	3,6
I alt	56	100

Gennemsnitsalderen er 56,5 år. 15 øre-næse-halslæger er under 50 år. 25 af de 56 øre-næse-halslæger er over 60 år.

Med kilde i Sundhedsstyrelsens Lægeprognoser forventes nedenstående udvikling i antal øre-næse-halslæger i hele landet.

Tabel 3: Forventet udvikling i antal øre-næse-halslæger i hele landet 2010-2025.

Speciale: Øre-næse-halslægehjælp	2010	2015	2020	2025
Lægeprognose 06	296	301	316	340
Lægeprognose 10	311	315	329	361
	Stigning/ fald år 10-15	Stigning/ fald år 15-20	Stigning/ fald år 10-20	Stigning/ Fald år 10-25
Lægeprognose 06	+1,7	+5,0	+6,8	+14,9
Lægeprognose 10	+1,3	+4,4	+5,8	+16,1

Hvor Lægeprognosen fra 2006 angav en stigning i antal speciallæger på i alt 14,9 % i perioden 2010-25 angiver Lægeprognosen fra 2010 en lidt større stigningstakt på 16,1 % i samme periode.

På det korte sigt frem til 2015 forventes der dog kun en svag stigning i udbuddet af øre-næse-hals speciallæger på 1,3 % svarende til stigningstakten i den tidligere prognose.

b. Hospitalsvæsenet

Nøgletal for aktiviteten i hospitalsvæsenet i 2010

Antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre): 31.186

Antal ambulante besøg: 87.922

	Antal 1. konsultationer	Antal senere konsultationer i alt
Speciallægehjælp, øre- næse-halslægehjælp, 2010	205.867	324.864
	Antal personer i ambulante besøg	Antal ambulante besøg i alt
Hospitalsambulatorier	31.186	87.922

Oplysningerne vedr. aktiviteten skønnes umiddelbart sammenlignelige.

Sammenholdes antallet af 1. konsultationer i øre-næse-halslægepraksis, som i 2010 udgjorde 205.867, med aktiviteten i hospitalsvæsenet i form af ovenstående nævnte antal personer til ambulante besøg (unikke CPR numre: 31.186) fremgår det, at 87 % af patienterne til ambulant speciallægebehandling ses hos de praktiserende speciallæger.

I speciallægepraksis er der i gennemsnit 1,6 senere konsultationer for hver 1. konsultation. I hospitalsambulatorierne er forløbet typisk længere, idet antallet af senere besøg for hver patient er 2,8 i forhold til besøget første gang.

6.17.2. Udgifts- og ydelsesudviklingen

De samlede bruttohonorarudgifter til øre-næse-halslægepraksis har i 2010 andraget 194.340.087 kr.

Knækgrænsen for fuldtidspraksis indenfor specialet udgjorde 4.096.624 kr., den nedre omsætningsgrænse for fuldtidspraksis 1.593.696 kr. Der er som nævnt ingen deltidspaksis indenfor specialet.

Ud fra regnskabstallene kan der konstateres følgende:

Kun 1 fuldtidspraksis lå under den nedre omsætningsgrænse. 12 ud af de 57 fuldtidsydere havde en omsætning udover knækgrænsen.

Fuldtidspraksis havde en samlet omsætning i praksis på 192.524.232 kr. Såfremt alle heltidspraksis havde produceret op til knækgrænsen, ville omsætningen have været 233.507.568 kr. eller svarende til en forskel på 40.983.336 kr. Forskellen svarer til den uudnyttede kapacitet i fuldtidspraksis.

Pendlingen til og fra øvrige regioner er af samme omfang som ved praksisplanens udarbejdelse i 2008.

I nedenstående tabel er vist den samlede produktion af ørelægeydelser i Region Hovedstaden i treårsperioden 2008-2010, hvoraf tillige fremgår udviklingen i de enkelte hovedgrupper af ydelser

Tabel 4: Udvikling i produktion af ydelser hos praktiserende øre-næse-halslæger i Region Hovedstaden i perioden 2008-2010.

Ydelsesgrupper	2008	2009	2010
Konsultationer og besøg	332.640	342.521	357.690
Afstandstillæg	219	168	244
Undersøgelser og biopsi	480.970	530.836	556.959
Operationer	71.707	65.708	63.918
Operationer, analogisering	7.804	7.477	7.882
Operationer, rammeaftaler	2.272	3.269	4.051
Kørselsgodtgørelse	-	12	20
I alt	859.612	949.991	990.764

Patientgrundlag og ydelsesudvikling:

I nedenstående tabel ses det, at forbruget af ørelægeydelser hos borgere med bopæl i Region Hovedstaden er højest i de yngste og ældste aldersgrupper i forhold til befolkningsfordelingen.

Desuden ses en fremskrivning af borgernes forbrug af ydelser fra 2010 til 2015. Prognosen er dels baseret på forbruget af ydelser i 2010, dels på en forudsætning om, at borgerne i de enkelte aldersgrupper har et uændret forbrug pr. indbygger frem til 2015.

Tabel 5 viser, at der over den kommende 5-årige periode vil ske en mindre samlet befolkningstilvækst, men med forskydning mellem aldersgrupperne. Indeks er beregnet i forhold til befolkningstallet i 2010, der sættes til 100.

Tabel 5: Forbruget af øre-næse-halslægeydelser i praksissektoren i 2010 i Region Hovedstaden fordelt på aldersgrupper demografisk fremskrevet til 2015.

Alder	Ydelser 2010	Ydelsesforbrug pr. 1.000 indbyggere 2010	Forventet bef.udvikling. Indeks 2010-15 (2010=100)	Fremskrevet demografisk behov for ydelser i 2015
0-19 år	347.198	891,8	100	346.149
20-29 år	56.601	247,1	111	62.632
30-39 år	87.100	341,9	91	79.304
40-49 år	100.922	407,0	100	100.911
50-59 år	103.257	576,0	119	122.757
60-69 år	129.046	664,5	96	124.266
70-79 år	91.482	828,1	115	104.810
80 år>	61.584	819,8	88	54.085
	977.190	581,6	102	994.914

Det fremskrevne demografiske behov til 2015 viser alt andet lige en vækst i ydelserne på 17.724 svarende til den gennemsnitlige ydelsesaktivitet i 1 fuldtidspraksis. Dette skal sammenholdes med den beskrevne uudnyttede kapacitet i fuldtidspraksis.

6.17.3. Vurdering, konklusion og fremtidigt mål for kapaciteten

Vurdering:

Speciallægekapacitetens omfang og sammensætning:

Region Hovedstadens dækning med øre-næse-halslæge praksis ligger 17 % over landsgennemsnittet. Udgiften pr. indbygger indenfor specialet ligger 9 % over landsgennemsnittet.

Delplanen for otologi indeholdt anbefaling om, at regionen udvider kapaciteten i praksissektoren med henblik på opgaveglidning fra hospitalssektoren.

Ventetider på behandling:

Jfr. oplysninger på sundhed.dk kan den aktuelle gennemsnitlige ventetid til ikke akut behandling opgøres til 2 uger. Variationen i ventetider ligger mellem 1-6 uger.

Speciallægekapacitetens udnyttelse:

Gennemgangen under afsnit 1.2. viser, at 12 ud af de 57 fuldtidsydere arbejder udover knækgrænsen.

I forhold til gældende knækgrænser er der en betydelig uudnyttet kapacitet indenfor specialet i heltidspraksis. Målt i forhold til knækgrænsen svarer den uudnyttede kapacitet til produktionen i 10 heltidspraksis.

Demografisk behovsudvikling:

Udviklingen i demografien viser, at der kan forventes et øget behov for ørelægeydelser frem mod 2015 svarende til den gennemsnitlige ydelsesaktivitet i 1 fuldtidspraksis.

Udfordringer vedr. rekruttering og fastholdelse:

Primo 2011 er 37 % af de praktiserende øre-næse-halslæger over 60 år, hvilket kan indikere, at der ligger en udfordring med hensyn til rekruttering til specialet i de kommende år.

Under forudsætning af en antagelse om, at øre-næse-halslægerne gennemsnitligt ophører i praksis som 65-årige vil der i perioden 2011-15, dvs. frem til slutningen af næste planperiode, være brug for rekruttering af op til 21 øre-næse-halslæger.

Ifølge dimensioneringsplan 2008-2012 for introduktions- og hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen udgivet af Sundhedsstyrelsen, maj 2010, er der indenfor øre-næse-halslægehjælp årligt 24

hoveduddannelsesforløb på landsplan, hvoraf de 11 finder sted i Region Øst. Der er p.t. ingen problemer med rekruttering til uddannelsesforløbene.

Ud fra en gennemgang af de hospitalsansatte øre-næse-halslæger aldersfordeling og ud fra en tilsvarende antagelse om, at disse gennemsnitligt ophører som 65-årige, vil der i perioden 2011-2015 skulle rekrutteres 8 øre-næse-halslæger til hospitalsafdelingerne i Region Hovedstaden.

Umiddelbart ligger det samlede antal speciallæger, der forventes at gå på pension (29) i omhandlede periode væsentligt under antallet af nyuddannede i samme periode, i alt 55.

Dette taler for, at der ikke vil blive rekrutteringsproblemer til special-lægepraksis.

Konklusion og mål for kapaciteten:

At den samlede kapacitet med fuldtidspraktiserende speciallæger som fremtidigt mål uændret fastsættes til i alt 56.

Bilag 1

Forklaring til anvendte termer i kapacitetsplanen:

Ydernummer:

Et identifikationsnummer, som tildeles den enkelte praksis, der praktiserer efter gældende overenskomst. Et ydernummer kan være delt mellem flere speciallæger.

Kapacitet:

Udtryk for det antal speciallæger, der har ret til at praktisere efter overenskomsten.

Fuldtidspraksis:

En praksis, der drives på fuldtid uden fuldtidsansættelse i andet regi. Det forudsættes, at praksis har en årlig omsætning, der overstiger en for specialet fastsat nedre omsætningsgrænse.

Den fuldtidspraktiserende speciallæge skal levere en mængde og bredde i antallet af de i overenskomsten aftalte ydelser.

Deltidspraksis:

En praksis, hvor omsætningen ikke kan overstige et for specialet fastsat omsætningsloft.

Overlægepraksis:

En praksis, der giver en overlæge ret til at drive praksis på hospital 3 timer ugentligt. Omsætningen i praksis ikke kan overstige et for specialet fastsat omsætningsloft. Nye praksis kan ikke etableres på disse vilkår.

Delepraksis:

En praksis, hvor 2 eller flere speciallæger sammen driver en fuldtidspraksis. Det forudsættes, at mindst én af speciallægerne ikke har fuldtidsansættelse andetsteds. Omsætningen i delepraksis reguleres som i fuldtidspraksis.

Enkeltmandspraksis:

En enkeltmandspraksis drives af én speciallæge.

Kompagniskabspraksis:

En praksis drives af to eller flere speciallæger på samme ydernummer og omfatter flere kapaciteter. Praksis har fælles økonomi, lokaler og personale.

Samarbejdspraksis:

Praksis, der drives i samarbejde mellem flere praksis. I en samarbejdspraksis har hver praksis eget ydernummer.

Assisterende speciallæge:

En assisterende speciallæge er ansat i en praksis. Det er et krav, at 50 % af ydelserne udføres af den speciallæge, der ejer praksis. Ansættelse forudsætter godkendelse i samarbejdsudvalget.

§ 64 aftale:

En lokal aftale mellem regionen og en eller flere praktiserende speciallæger, der supplerer eller erstatter bestemmelser i speciallægeoverenskomsten.

§ 65 aftale:

En rammeaftale i overenskomsten, som regionen kan tilslutte sig.

Limitering:

Et aftalt loft over antal ydelser som speciallægen kan foretage på et givent område.

Tillægsydelser:

Ydelseshonorar, der udbetales som tillæg til konsultationshonorar.

Knækgrænser/omsætningsloft:

Efter speciallægeoverenskomsten reduceres speciallægers honorarer med 40 %, når den samlede omsætning når én for specialet fastlagt grænse, knækgrænsen. Knækgrænsen varierer mellem specialerne.

For deltidspraktiserende speciallæger og overlægepraksis er der et omsætningsloft. Omsætningsloftet varierer mellem specialerne.

Praksisfællesskaber:

Et praksisfællesskab er når flere af praksissektorens ydere, gerne på tværs af faggrupper, indgår i et fællesskab om lokaler, praksispersonale og lign.

Planområder/nærområder:

Ved planområder forstås den opdeling af kommuner/ københavnske bydele, der er anvendt i HOPP 2020 i forhold til de 4 områdehospitaler: Hillerød, Herlev, Bispebjerg, Hvidovre.

Indenfor er det enkelte planområde er kommuner/ københavnske bydele igen opdelt i nærområder.

Opdelingen i planområder/nærområder anvendes som udgangspunkt for flytteansøgninger og ved fordeling af evt. nye kapaciteter.