

Förord

Mot bakgrund av överenskommelsen år 1954 om gemensam nordisk arbetsmarknad för hälso- och sjukvårdspersonal som träffades mellan Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige beslöt läkarförbundens centralstyrelser i mitten på 1970-talet att förbunden ska verka för:

en balanserad läkararbetsmarknad i varje land;

att behörighetsregler och utbildningssystem i respektive land utformas så att en gemensam nordisk arbetsmarknad kan upprätthållas;

att dessa förhållanden regleras så, att nordiska läkares tillgång till den internationella arbetsmarknaden underlättas.

Som ett led i arbetet för en balanserad arbetsmarknad bedrivs sedan år 1976 ett gemensamt prognosarbete. Den samnordiska arbetsgruppen kring arbetsmarknadsprognoser, behörighetsregler och utbildningssystem lämnade 1978 sin första rapport med prognoser över tillgång och efterfrågan av läkare i de nordiska länderna. Därefter har prognoser redovisats vartannat år från och med år 1982.

Föreliggande rapport är den sextonde i ordningen. Mandat till gruppen för att göra ny prognos kommer från Nordiska Läkarrådet. Denna rapport innehåller – för Finland, Island, Norge och Sverige – en tillgångs- och efterfrågeberäkning fram till år 2020. Varje land har gjort sin egen prognos och dessa redovisas nationsvis. De antaganden som ligger till grund för respektive lands prognos har prövats och diskuterats inom den samnordiska arbetsgruppen. Danmark skiljer sig ut något genom dess framskrivning av antal specialister enligt olika scenarion. Ansvariga för innehållet i denna rapport är:

Hannu Halila, Piitu Parmanne

Finlands Läkarförbund

María Heimisdóttir

Læknafélag Islands

Anders Taraldset

Den norske lægeforening

Kåre Jansson, Magnus Lindblå

Sveriges läkarförbund

Hans Mathiasen, Bettina V Anderssen

Lægeforeningen

Samnordisk arbetsgrupp för prognos- och specialistutbildningsfrågor (SNAPS)

Maj 2010

Innehåll

Inledning	3
Lägesbeskrivning	9
Finland.....	9
Island	10
Norge	11
Sverige.....	13
Danmark	14
Arbetsmarknadsprognos	16
Finland.....	16
Island	20
Norge	24
Sverige.....	28
Danmark	36
Definitioner	42
Läkartätheten i Norden 2005 - 2020	44

Inledning

Under arbetet med denna SNAPS-rapport har arbetsgruppen diskuterat ett antal faktorer som påverkar läkares arbetsmarknad i Norden. En sammanfattning av den gemensamma diskussionen redovisas nedan. Hur de enskilda länderna – i sitt prognosarbete – har tagit hänsyn till dessa faktorer framgår av de nationsvisa kapitlen.

Den framtida efterfrågan på vård

Teknologiska landvinningar och stigande inkomster

Det mesta talar för att den nya medicinska teknologin i kombination med stigande inkomstnivå kommer innebära ökad efterfrågan på vård. Bland hälsoekonomer finns en utbredd uppfattning att nya kunskaper, teknologier och metoder i bred bemärkelse är den enskilt viktigaste förklaringsfaktorn till att efterfrågan på vård ökar så snabbt jämfört med många andra varor och tjänster. Sådan medicinsk teknologi kan avse innovationer i läkemedel, teknisk utrustning eller ny typ av diagnostik. Men det inkluderar också den ökade kunskapsmassa som vårdens medarbetare tillägnar sig. För implementeringen av nya behandlingsmetoder och kunskaps-spridningen bland läkare kommer statsmakternas vilja att satsa på den kliniska forskningen att få en avgörande betydelse.

Kunskaper om vårt mänskliga DNA, robotiseringen inom kirurgin, förbättrade laboratorieutrustningar samt nya biologiska tester, är områden med stor potential. Med hjälp av stamceller kan utslitna organ återskapas. Konstgjort material kan ersätta delar av kroppsvävnader på ett sätt som möjliggör att människa och medicinsk teknik integreras. Det är uppenbart att vi i framtiden kommer ha betydligt bättre och fler redskap mot allvarliga medicinska åkommor.

Även den ökade kunskapen bland invånarna om de nya möjligheterna kommer att förstärka efterfrågan på vård och behandlingar. Människor har idag bättre möjligheter än någonsin tidigare att leta upp information om t.ex. läkemedel och diagnoser på egen hand.

Avslutningsvis vill SNAPS-gruppen nämna något om betydelsen av våra förändrade levnadsvanor. Här är dock bilden långt ifrån entydig. På många sätt tillägnar vi oss en alltmer hälsosam livsstil samtidigt som en påtagligt negativ förändring t.ex. är den tilltagande fetman bland barn. Idag händer att små barn redan i fyraårsåldern uppvisar kraftig fetma. Det är någonting som ofta håller i sig under hela uppväxten och sedan leder till besvär som vuxen. En allvarlig

konsekvens är att diabetes nu ökar kraftigt. Även hjärt- och kärlsjukdomar – liksom vissa former av cancer – kryper allt längre ned i åldrarna till följd av fetman.

Demografi

Ett gemensamt drag för de nordiska länderna är att andelen ”äldre” (65-åringar och upp) kommer att fördubblas under de närmaste årtiondena. Redan idag använder äldrebefolkningen cirka hälften av det totala antalet vårdplatser inom sjukvården. Behovet av mer vård till följd av en åldrande befolkning förklaras främst av att behandlingen av de äldre pågår under längre tid och att andelen kroniska sjukdomsfall ökar med stigande genomsnittsålder. Sammantaget pekar dock studier på att effekten av den ökade livslängden inte med nödvändighet blir dramatisk. Studierna har visat att det i huvudsak är de två sista åren i livet som drar stora sjukvårdskostnader, oavsett om man dör ung eller gammal. SNAPS-gruppen bedömer att det främst är behovet av ”vardagssjukvård” som kommer öka till följd den ökade livslängden. Vi menar att förskjutningen i genomsnittsålder kommer att rikta ökat fokus mot en utbyggd när-sjukvård – inte minst för att undvika onödig sjukhusintagning av de allra äldsta.

Efterfrågan på läkare

Bättre samordning och systemeffektivitet

Efterfrågan på läkare torde vara starkt kopplat till den framtida efterfrågan på sjukvård. Kopplingen är dock långt ifrån självklar. De nordiska sjukvårdssystemen lider alla av bristande systemeffektivitet, varvid en konsekvens blir att läkararbetskraften inte utnyttjas på bästa sätt. Många rapporter och analyser pekar just på brister i samordningen mellan olika vårdnivåer, huvudmän och yrkesgrupper. Hur en bättre samordning skall åstadkommas är inte självklart. Den kan skapas både genom att införa marknadsstyrning i vissa delar av vården och genom ökad politisk styrning i andra delar. Ett ganska ambitiöst arbete med att reformera systemen pågår i alla de nordiska länderna. En del av reformerna går ut på att öka inslaget av konkurrens genom olika former av vårdpengssystem. Särskilt inom ”vardagssjukvården” försöker de nordiska länderna på olika vägar ge privata vårdgivare ökat utrymme och förskjuta en del av makten över vårdproduktionen från politik till medborgare. Andra reformer handlar om att minska antalet sjukvårdshuvudmän (t.ex. färre landsting, regionförbund och kommuner). Härmed hoppas många att t.ex. förutsättningarna för sammanslagningar av sjukhus skall förbättras. På samma sätt hoppas man att den mest högspecialiserade vården lättare ska kunna samordnas till några få nationella eller europeiska centra.

SNAPS-gruppen bedömer att det finns en stor effektiviseringspotential i våra sjukvårdssystem. Ett reformerat sjukvårdssystem skulle kunna minska behovet av läkare ganska radikalt framöver. Att bedöma vilka politiskt beslutade reformer som kommer att genomföras är dock vanskligt då sådana antaganden lätt kan få drag av önsketänkande. För att ändå fånga ett sådant scenario har vi valt att lägga fram lågalternativ vid sidan av grundprognosen. Lågalternativet ger en fingervisning om hur vi bedömer att efterfrågan på läkare kan komma att utvecklas om sjukvårdens styrning och organisation reformeras i enlighet med vad som i olika program föreslagits från de nordiska läkarförbunden.

Bättre samverkan och kompetenssammansättning

Även en förändrad kompetenssammansättning och förändrade arbetsuppgifter för olika yrkesgrupper kan komma att dämpa efterfrågan på läkare. Olika former av task shifting kan frigöra tid för läkares arbete med patienterna. I författningarna för hälso- och sjukvården finns bestämmelser som fastställer att vissa arbetsuppgifter endast får utföras av läkare. Samtidigt befinner sig större delen av arbetsuppgifterna i en gråzon, där det inte är uttalat vem som skall göra vad.

I en tid då alltmer av sjukvårdsproduktionen kommer att utföras i konkurrens ökar kravet på kostnadsmedvetande bland vårdgivarna. Eftersom läkarna är den kostsammaste yrkeskategorin i vården måste vi räkna med att en viss omfördelning och glidning av traditionella läkararbetsuppgifter kommer att ske till andra yrkesgrupper. Samtidigt tillkommer hela tiden nya och mer avancerade diagnos- och behandlingsmöjligheter där läkarna måste ta förstahandsansvaret.

Det framtida utbudet av läkare

Utlandsstuderande och migration

I de nordiska länderna kan konstateras en ökad migration av läkare. Huvuddelen av migrationen sker ännu mellan de nordiska länderna men trenden är att migration från övriga Europa ökar starkt.

I den svenska, norska och isländska sjukvården arbetar en stor andel läkare som genomfört sin grundutbildning i annat land. Flertalet isländska läkare fullgör även sin vidareutbildning utomlands, framför allt i Sverige, USA och Norge. De flesta återvänder till Island men ca 10 % isländska läkare per år antas stanna kvar i utlandet för gott. I Danmark utgör antagningen av norska och svenska studerande på läkarprogrammet ca ¼ av det totala antalet anmälda till medicinstudiet. Knappt hälften av dem återvänder till hemlandet för att fullgöra sin specialistutbildning.

År 2007 var 15-20 % av läkarna i Sverige utbildade utomlands. I Norge ligger siffran på 35-40 %. En stor del av de utlandsutbildade är svenskar och norrmän som studerat medicin utomlands. Minst 1 192 norska läkare med norskt medborgarskap är t.ex. utbildade i Tyskland. För Norge har vi detaljerad statistik som visar att 37,3 % av de utlandsutbildade också är utländska medborgare. De flesta är tyskar (802 st), svenskar (581 st) och danskar (406 st).

Antalet svenskar och norrmän som studerar utomlands fortsätter att öka. För närvarande uppgår antalet svenskar till 2 600 st och antalet norrmän till 2 500 st. Som utbildningsland dominerar Polen och därefter kommer för svenskar Danmark, Ungern, och Rumänien i fallande ordning. För norrmän gäller Ungern, Danmark, Slovakien, Tjeckien, Tyskland, Lettland, Rumänien och Storbritannien. Antalet norrmän som studerar medicin är sjunkande i Tyskland och Sverige, men fortfarande ökande i hela Östeuropa (undantaget Ungern). De allra flesta svenskar och norrmän planerar att göra sin specialistutbildning i hemlandet. En fortsatt nettoimmigration kan därför förväntas av egna medborgare.

Nästan 200 finska studenter studerar medicin utomlands, speciellt i Estland, Ryssland och Tyskland. De flesta, speciellt de som studerar i Estland antas komma att jobba i Finland som färdiga läkare. Nettoinvandringen till Finland antas bli positiv på grund av migration från nya medlemsländer i EU och Ryssland. Utöver återvändande nyutbildade läkare bedömer SNAPS-gruppen att migrationen av specialister från Östeuropa till Norden kommer att fortsätta. Den omfattande immigrationen från icke-nordiska länder kommer att ställa stora krav på mottagning, introduktion och handledning.

Pensionsavgångar och deltidjobb

Gemensamt för de nordiska länderna är att det finns relativt många ”seniorläkare”. Cirka 40 procent av specialistläkarna är över 55 år och ca 65 procent är äldre än 50 år. Det innebär att pensionsavgångarna under perioden 2010 – 2020 kommer att bli mycket stora. Avgångsproblematiken förstärks av att allt fler specialistläkare visar intresse för att lämna arbetsmarknaden innan de fyller 65 år.

Eftersom det inte kommer att finnas tillräckligt med inhemskt nyutbildade läkarspecialister, kommer behovet av läkarimport att fortsätta växa. Detta innebär att de nordiska länderna redan nu bör bygga ut AT och specialistutbildningen. ”Specialistproduktionstiden” ofta är 10 år eller mer.

En delösning på avgångsscenarioet kan också bli att ”seniorläkare” ges större möjlighet att arbeta deltid i slutet av sin karriär. Med en sådan inriktning tror vi att det kommer bli lättare att locka dessa att fortsätta några år efter att den officiella pensionsåldern, på deltid eller på andra särskilda seniorvillkor.

Under många år har andelen kvinnor av den totala läkarpopulationen ökat. För läkare i de yngsta åldersgrupperna (upp till 40 år) utgör kvinnor mer än hälften av det totala antalet läkare. För Danmark gäller det upp till 45 år och för Finland upp till 50 år. I Finland kan man redan idag konstatera att kvinnor utgör mer än hälften av antalet läkare. Med kvinnors ökade inträde på läkararbetsmarknaden förstärks sannolikt önskemålen om att arbeta deltid

SNAPS-gruppen bedömer att ökade möjligheterna till deltidstjänst/deltidsfunktioner kommer öka utbudet av läkararbetskraft i de äldre åldersgrupperna. Vi menar att ökningen av antalet deltidarbetande ”seniorläkare” kommer att kompensera för vad som går förlorat p.g.a. fler deltidsanställningar bland yngre och föräldralediga.

Arbetstider

Alltsedan de misslyckade försöken att ena ministerrådet och europaparlamentet om ett nytt arbetstidsdirektiv har alla förslag till förändring av arbetstidsdirektivet legat på is. I nuläget gäller fortfarande det arbetstidsdirektiv som sedan millennieskiftet ifrågasatts av en mängd medlemsstater.

En förändring av direktivet är just nu avlägsen. Om en förändring kommer till stånd blir de direkta följderna av större betydelse för andra EU-länder än de nordiska. I ett längre perspektiv kan dock även de nordiska arbetstidsförhållandena påverkas, exempelvis om användandet av en opt-out regel blir norm inom EU. I så fall kommer ett större arbetstidsuttag än nu möjliggöras.

Lägesbeskrivning

Finland

Läkarna i arbetsför ålder under 65 år var 18 933 till antalet i början av år 2010. Av de läkare som arbetade var hälften heltidsanställda vid sjukhus, en femtedel vid hälsostationer och tio procent vid privatmottagningar. Kvinnornas andel av läkarna i arbetsför ålder hade ökat till 57 procent, medan motsvarande siffra var 50 procent så sent som 2000. Könnsstrukturen inom läkarkåren har mycket riktigt förändrats under det gångna decenniet, vilket bland annat framgår av att deltidsarbete blivit allt vanligare. Av de kvinnliga läkarna deltidsarbetar 20 procent medan motsvarigheten för de manliga läkarna är 13 procent.

Vid årsskiftet 2010 var färre än 100 läkare arbetslösa. Sysselsättningsläget för läkare är utmärkt och sedan de sista åren av 1990-talet har det rått läkarbrist inom den offentliga sektorn. I oktober 2009 var antalet läkarvakanser inom primärvården 250 och inom den specialiserade sjukvården 500. År 2009 förbättrades dock – för första gången på tio år – läkarsituationen inom den offentliga sektorn. Orsakerna står att finna i det ökande antalet utbildningar, projekten för utveckling av primärvården samt den allmänna ekonomiska situationens inverkan på läkarnas arbetsmöjligheter inom den privata sektorn.

Det utbildas läkare vid fem universitet och nybörjarplatserna är totalt cirka 600. Det var mot slutet av 1990-talet och i början av 2000-talet som antalet nybörjarplatser utökades på grund av läkarbristen inom den offentliga sektorn. Under de två senaste åren har männens procentuella andel av dem som börjar studera vuxit och är nu något mindre än hälften.

De stora åldersgruppernas pensionering innebär ett kraftigt bortfall av arbetskraft i hela Finland. Under de följande tio åren når en fjärdedel av läkarna pensionsåldern. Detta slår hårdast mot specialistläkarna, eftersom antalet erfarna specialister som går i pension överstiger antalet läkare i specialiseringsutbildning. Det finns visserligen skillnader mellan specialområdena i fråga om åldersstrukturen, och det blivande behovet av arbetskraft varierar mellan de olika specialiteterna. Men trots detta kommer 500 specialisters årliga pensionsavgång att få konsekvenser inom alla områden. Detta ger upphov till ett tryck som gäller både hur utbildningen av specialister ska ordnas och hur studieplatserna ska räcka till.

Det förutsätts att läkare går i pension vid fyllda 65, men cirka 1 000 läkare fortsätter arbeta sedan de nått pensionsåldern. En del läkare förkortar sin arbetstid innan de pensionerar sig. Av alla läkare över 60 år deltidsarbetar var tredje kvinna och var fjärde man.

I Finland bor cirka 750 läkare med utländsk nationalitet. De största grupperna utgörs av estniska (200), ryska (110) och tyska (60) läkare. I utlandet finns cirka 1 200 finländska läkare i arbetsför ålder, av dem 490 i Sverige och 60 i Norge. Inemot 200 finländare studerar medicin utomlands; de flesta avlägger examen i Estland, Ryssland, Sverige eller Tyskland.

Totalutgifterna för hälsovården år 2008 var 15,5 miljarder euro, vilket utgjorde 8,4 procent av BNP eller 2 908 euro per person. Av utgifterna för hälsovården finansieras 75 procent av den offentliga sektorn och kommunerna svarar för den största andelen (35 %). Det är privathushållen (19 %) som står för den största finansieringsandelen inom den privata sektorn.

Island

Vid årsskiftet 2009/2010 fanns det i Island ca 1067 läkare 70 år och yngre (som är både den formella och den faktiska pensionsåldern). Därtill kommer ca 544 läkare som befinner sig utomlands.

Majoriteten av läkarna utomlands är i åldern 30 – 40 år. Sannolikt är största delen under vidareutbildning, eftersom de flesta isländska läkare gör sin vidareutbildning i utlandet. Det finns dock en grupp som anses ha utflyttat för gott (läkare äldre än 40 år), och antalet har stigit under de senaste åren.

I oktober 2008 orsakade kollapsen av tre av de största bankerna på Island omfattande konsekvenser för den Isländska ekonomin. Valutan föll cirka 80 %, inflationen sköt i höjden, många företag gick i konkurs, arbetslösheten gick på kort tid från att vara närmast obefintlig till ungefär 9 %, och så vidare. Till följd av detta var regeringen tvungen att kraftigt skära i de offentliga utgifterna på alla sektorer, inklusive hälso- och sjukvården. 2010 års budgetminskning inom hälso- och sjukvården uppgår till ungefär 7 %. Läkarlönerna har minskat med 10-

15 % efter kollapsen, men många läkare har reducerat inkomstbortfallet genom en ökning av arbetstiderna vilket är möjligt på grund av det lägre antalet läkare i landet.

Den finansiella krisen har förändrat verkligheten inom hälso- och sjukvårdssektorn. Unga läkare planerar nu att allt tidigare lämna landet för att specialisera sig, läkare som precis förvärvat sin specialitet utomlands är inte lika lockade av att återvända, vissa yngre läkare så återvänt till Island för cirka 5 – 10 år sedan, efter att ha specificerat sig utomlands, har funnit läkartjänster utomlands och många läkare arbetar nu deltid utanför Island.

Det är enkelt för Isländska läkare att finna arbete utomlands. De flesta Isländska läkarna har specialiserat sig utomlands och har därför bra nätverk och goda kontakter bland utländska läkare och utländska kliniker och sjukhus. I stort sett varje utgåva av den Isländska medicinska tidskriften innehåller annonser där utländska sjukvårdshuvudmän, sjukhus eller kliniker erbjuder attraktiva tjänster. Allt sammantaget har lett till ett minskat utbud av läkare på Island, och det är cirka 100 läkare färre som arbetar på Island jämfört med för två år sedan. Detta är en utveckling som Læknafélag Islands varit oroliga för sedan den ekonomiska kollapsen och som man utan någon vidare framgång försökt göra regeringen uppmärksam på.

Norge

I april 2010 hade Norge ca 20 900 läkare under 67 år (som är den generella pensionsåldern). Ca 11 300 arbetar vid sjukhus, ca 5 100 inom primärvården (i båda siffrorna inkluderas AT-läkare), ca 860 i privat specialistpraktik, ca 200 är företagsläkare och ca 700 har forskartjänster. Ca 2 400 var i andra eller okända tjänster. Ca 300 är inte yrkesverksamma, vilket vägs upp av minst lika många över 67 år som är yrkesverksamma. Dessa siffror inkluderar endast läkare i heltidstjänst.

Antalet vakanta läkartjänster är sjunkande både vid sjukhus och i allmänhälsovården. Läkararbetsmarknaden är nära att vara i balans. Antalet vakanta läkartjänster kan uppskattas till ca 87 vid sjukhus, huvudsakligen specialisttjänster och tjänster i psykiatri, och ca 85 i allmänmedicin.

16 % eller 3 374 läkare är utländska medborgare. 35,7 % eller 1 206 av dessa är nordiska medborgare, varav 616 från Sverige, 418 från Danmark, 103 från Island och 69 från Finland.

Antalet läkare från Tyskland och Polen är ökande, och det är nu 813 tyska och 113 polska medborgare som arbetar som läkare i Norge. Under åren 1994 - 2009 har ca 14 000 utländska läkare (och ca 9 700 norska) fått norsk legitimation ("autorsasjon"), varav ca 10 000 är nordiska medborgare, varav 5 620 från Sverige, 3 775 från Danmark, 313 från Island och 287 från Finland. Endast ett fåtal av alla dessa utländska läkare är verksamma i Norge, men av dem som fått legitimation under perioden är så många som ca 2 900 fortfarande kvar i landet. Därutöver finns utländska läkare med tillfällig behörighet (licens). Andelen utländska läkare är högst i de fyra nordligaste fylkena (gränsande till Finland och norra Sverige), samt Hedmark (gränsande till Mellansverige), Östfold (gränsande till Mellansverige) och Sogn og Fjordane (i Väst-Norge). Andelen utländska läkare som har norsk specialistkompetens är ökande (53,3 %), medan andelen norska läkare som har specialistkompetens er sjunkande (52,3 %).

I ett längre tidsperspektiv har antalet läkare ökat betydligt både vid sjukhus och inom primärvården. Enligt Statistiska Centralbyrån i Norge har antalet årsarbeten av läkare mellan 1990 och 2008 ökat från 4 576 till 8 912 årsarbetare vid somatiska sjukhus, från 741 till 1 532 vid psykiatriska sjukhus (år 2007), och från 3 016 till 4 533 inom primärvården, totalt en ökning från 8 333 till 14 977, en ökning på 79,7 procent på 18 år.

Fördelningen av läkartjänster styrdes tidigare genom ett partssammansatt organ. Representanterna för den kommunala sektorn sade upp detta avtal med verkan från 1 januari, 1999. Avtalet ersattes av en ny lagstiftning och ett nytt statligt partssammansatt organ, "Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling". Detta organ skall i högre grad än tidigare styra specialistutbildningen, dimensionera och fördela tjänsterna i specialistutbildningen. Organet är dock bara rådgivande till Helsedepartementet, som fattar besluten.

Antagningssiffran är sedan läsåret 1998/99 höjd till ca 600 totalt. Därutöver har antalet norska läkarstuderande i utlandet ökat kraftigt. De senaste åren har uppskattningsvis ca 350 studenter varje år påbörjat studier utomlands, och det finns nu totalt ca 2 500 norska läkarstuderande i andra länder, varav 1 105 i Polen, 485 i Ungern, 244 i Danmark, 240 i Slovakien, 181 i Tjeckien, 76 i Tyskland och 47 i Latvia. I Tyskland och Sverige är antalet norska läkarstuderande sjunkande (i Tyskland från 375 i läsåret 1998/99 till 76 i läsåret 2009/10, i Sverige från 115 i läsåret 1998/99 till nio i läsåret 2007/08), medan antalet fortfarande är ökande i Polen, Tjeckien, Slovakien och Latvia Se <http://www.legeforeningen.no/id/1455>.

År 2008 kostade den norska hälso- och sjukvården 217 miljarder NOK vilket motsvarar 8,6 % av GDP (= BNP) (som i 2006), en reduktion från 10,0 % år 2003. Siffrorna omfattar såväl offentlig som privat sjukvård. Se <http://www.ssb.no/emner/09/01/helsesat/>

Referens:

http://www.oecd.org/document/16/0,2340,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html

http://www.irdes.fr/EcoSante/Download/OECDHealthData_FrequentlyRequestedData.xls

Sverige

I slutet av år 2009 fanns det i Sverige uppskattningsvis 35 350 läkare under 65 år (som är den formella pensionsåldern). Sedan slutet på 1990-talet har det varit brist på läkare inom flera specialiteter. Bristen har varit särskilt stor inom allmänmedicin, psykiatri, laboratoriemedicin och geriatrik. Genom aktiva rekryteringar utomlands har en del av behoven kunnat tillgodoses. Under de närmaste 10-åren kommer stora pensionsavgångar ske bland läkare. Under perioden kommer uppskattningsvis mellan 1 000 och 1 200 läkare att gå i pension varje år.

Arbetsmarknaden för läkare bedöms som fortsatt god, och Arbetslösheten för läkare är låg. Uppskattningsvis 50 läkare uppbär regelbundet ersättning från Arbetslöshetskassan, och ca 500 läkare (varav många sannolikt är utländska läkare) är anmälda som arbetssökande hos den offentliga arbetsförmedlingen.

Efter en lång period med svag inkomstutveckling under 1990-talet och en bit in på 2000-talet förbättrades landstingens skatteunderlag väsentligt i mitten på 2000-talet. År 2009 drabbades hela världsekonomin av en allvarlig finanskris som minskade landstingens skatteunderlag. Under hela perioden 2005 – 2010 har dock sektorn som helhet vuxit relativt kraftigt. Regeringen har därtill aviserat ökade statsbidrag för att möta de växande behoven av vård och omsorg. På lite längre sikt ter sig dock den ekonomiska situationen ganska besvärlig för landstingen. Antalet svenskar i yrkesverksam ålder växer inte och detta hämmar skatteunderlagets tillväxt. Samtidigt beräknas vårdbehoven öka med minst 1,5 % per år¹ fram till år 2020.

¹ Sveriges Kommuner och Landsting räknar i sin senaste långsiktsprognois med en ökning på mellan 0,7-1,7 % per år under perioden 2010 - 2035

Utgifterna för hälso- och sjukvård (enligt nationalräkenskaperna) har ökat under de senaste åren och uppgick år 2008 till närmare 297 miljarder SEK, vilket motsvarar ca 9,4 % av BNP. Det finns en politisk förståelse för att hälso- och sjukvårdens andel av BNP måste öka ytterligare.

Danmark

I Danmark finns det enligt Sundhedsstyrelsens Läkarpåbudsprognos 2005 – 2025 i runt 11 500 yrkesaktiva specialistläkare under 70 år och ungefär 8 500 yrkesaktiva läkare utan specialisering år 2010. Utav de 11 500 yrkesaktiva specialistläkarna är ungefär 4 500 allmänpraktiserande läkare och knappt 900 fulltidspraktiserande specialistläkare. Arbetslösheten bland läkare har under flera år varit obetydlig, och det har varit en stor efterfrågan på läkare, inte minst specialistläkare.

Sedan början av 1990-talet har intagningen av magisterstuderande på den medicinska fakulteten mer än fördubblats och år 2009 togs det in ungefär 1 400 medicinstuderande. Detta ökande intag börjar nu slå igenom - således kan man genom de senaste åren se en ökning i det årliga antalet av utexaminerade magisterstudenter från ungefär 450 till runt 875 i år 2010 och de kommande åren.

I Danmark har man under några år kunnat konstatera att man inte har lyckats få alla huvudutbildningsplatser i det mera perifert belägna sjukhusområdena, alltså de som geografisk ligger med ett något större avstånd till de medicinska universiteten, tillsatta. Samtidigt med att man ser en stigning av antalet färdigutbildade i magisterårskullarna verkar detta problem dock vara avtagande, då det även syns en stigning i antalet tillsatta huvudutbildningsplatser – se tabell över utlysta och tillsatta huvudutbildningsplatser 2006 – 2009.

Det förväntas att alla huvudutbildningsplatser de kommande 5 – 10 åren kommer bli tillsatta om man förutsätter att det nuvarande årliga utbudet av huvudutbildningsplatser på 875 till 900 bibehålls. Denna tendens förväntas stödjas av att man har fastställt en 4-års gräns från det att man påbörjar den kliniska basutbildningen tills det att man påbörjar ett huvudutbildningsperiod. Resultatet av denna så kallade 4-års regeln kommer synas först år 2012.

Utlysta och tillsatta huvudutbildningsplatser 2006 - 2009

Specialitet	2006		2007		2008		2009	
	Utlysta	Tillsatta	Utlysta	Tillsatta	Utlysta	Tillsatta	Utlysta	Tillsatta
Allmänmedicin	198	188	211	184	216	194	219	187
Anestesiologi	40	37	40	42	49	49	54	54
Arbetsmedicin	10	2	10	7	10	3	7	4
Barn- och ungdomspsykiatri	17	16	17	17	20	17	25	15
Dermatovenerologi	9	9	9	8	10	10	11	10
Diagnostisk radiologi	30	27	30	20	29	25	36	34
Gynekologi och obstetrik	26	26	26	25	24	27	31	31
Intern med.:endokrinologi	13	9	20	13	19	14	22	14
Intern med.:gastroenterologi och hepatologi	8	7	15	13	14	12	15	13
Intern med.:geriatrik	14	8	12	4	16	8	18	8
Intern med.:hematologi	8	8	10	9	8	5	12	10
Intern med.:infektionsmed.	4	3	10	9	5	5	12	11
Intern med.:kardiologi	21	21	21	19	20	20	23	23
Intern med.:lungsjukdomar	9	5	16	11	19	16	15	9
Intern med.:nefrologi	11	7	14	11	11	6	16	13
Intern med.:reumatologi	18	11	19	14	19	14	17	14
Kärlkirurgi	5	5	5	3	7	3	13	9
Kirurgi	28	25	33	25	31	23	37	29
Klinisk biokemi	10	5	8	4	11	7	2	2
Klinisk farmakologi	1	0	5	4	4	3	4	2
Klinisk fysiologi og nuklearmed.	7	4	3	3	11	11	8	7
Klinisk genetik	4	2	4	2	10	9	7	5
Klinisk immunologi	4	4	6	4	7	5	4	4
Klinisk mikrobiologi	6	6	6	6	6	6	6	5
Klinisk onkologi	24	17	30	22	31	22	30	21
Neurokirurgi	7	6	11	8	5	5	6	6
Neurologi	20	16	22	23	22	21	28	21
Oftalmologi	18	17	16	14	18	17	16	16
Ortopedisk kirurgi	33	33	34	34	33	33	38	38
Oto-rhino-laryngologi	19	19	17	18	19	19	22	22
Patologisk anatomi och cytologi	13	11	18	12	19	11	18	13
Plastikkirurgi	5	5	6	6	6	6	6	6
Psykiatri	46	30	48	38	50	42	54	45
Pediatrik	25	24	23	23	24	23	28	28
Rättsmedicin	0	0	0	0	0	0	4	4
Samhällsmedicin	9	1	9	4	8	4	9	6
Thoraxkirurgi	5	4	5	4	4	4	4	4
Urologi	13	11	11	9	14	12	16	14
	738	629	800	672	829	711	893	757

Arbetsmarknadsprognos

Finland

Nuläge

Antalet läkare i Finland under 65 år uppgick vid årsskiftet 2009/2010 till 18 933. Läkare med finsk legitimation som är verksamma utomlands (1 200) ingår inte i denna siffra. Antalet arbetslösa läkare var ca 90. Ålders- och könsfördelning framgår i tabell 1.

Tabell 1. Läkarkåren i Finland 2010-01-01

Åldersklass	Män	Kvinnor	Summa	Andel kvinnor %
60 – 64	1 221	682	1 903	35,8
55 – 59	1 474	1 152	2 626	43,9
50 – 54	1 395	1 582	2 977	53,1
45 – 49	1 091	1 670	2 761	60,5
40 – 44	950	1 605	2 555	62,8
35 – 39	869	1 453	2 322	62,6
30 – 34	802	1 415	2 217	63,8
– 29	457	1 115	1 572	70,9
Totalt	8 259	10 674	18 933	56,4

Antaganden – läkartillgång

Med utgångspunkt från tillgångssiffrorna och med hjälp av följande antaganden görs en konsekvens beskrivning över läkarutvecklingen fram till år 2025.

a) Beräkningar grundas på följande antagning av studerande per år:

År	Intagning
2004	624
2005	627
2006	638
2007	621
2008	616
2009	621
2010 from	600

- b) Genomsnittsåldern vid början av studierna antas vara 20,5 år.
- c) Grundutbildningens reala längd antas i genomsnitt vara 6,5 år. Pensionsåldern är 65 år. Detta innebär att läkarna är 38 år i yrkesverksam ålder.
- d) Bortfallet under studietid antas uppgå till 3 %.
- e) Andelen kvinnliga studerande antas stanna vid 60 % enligt uppgifter från undervisningsministeriets KOTA databasen.
- f) Antalet finska läkare som tjänstgör utomlands antas stanna vid ca 1 200. Dessa ingår ej i beräkningarna. Många finska läkare återvänder till Finland samtidigt som andra reser ut. I beräkningarna antas nettoeffekten vara + 40. Detta omfattar finska studeranden som studerar utomlands. Nytillskottet läkare med utländsk examen som stannar kvar i Finland (speciellt från Estland och Ryssland) antas uppgå till 60 läkare per år.
- g) Yrkesverksamhetsgraden antas stanna vid 95 % under hela prognosperioden. Detta är medeltal för män och kvinnor.
- h) I beräkningarna har dödsrisken tagits till hänsyn. Antal dödsfall bland läkare under 65 år har beräknats enligt uppgifter om läkare som dött under åren 1998 – 2003. Genomsnittligt antalet var 29 (20 män och 9 kvinnor). Detta ligger i linje också med längre tidsperiod.

Utbud av läkare

Mot bakgrund av ovan redovisade antaganden har utvecklingen av utbudet av yrkesverksamma läkare under 65 år beräknats fram till år 2025. Resultaten framgår i tabell 2.

Tabell 2. Utbud av läkare i Finland < 65 år

År	Män	Kvinnor	Summa	Andel kvinnor %
2010	8 300	11 000	19 300	57
2015	8 400	12 200	20 600	59
2020	8 200	12 900	21 100	61
2025	8 200	13 200	21 400	62

För att få en närmare bild av utbudet av läkararbetskraft måste man också ta hänsyn till systerhetsgrad. Arbetstidens längd varierar mellan olika läkarkategorier. I det följande har antalet läkare omräknats till heltidsarbetande läkare.

Följande antaganden om arbetstiden har gjorts:

a) Heltidsarbetande läkare antas arbeta 42 timmar per vecka. Antal arbetsveckor beräknas vara 42 veckor per år.

b) 13 % av män och 20 % av kvinnor antas arbeta deltid. Dessa arbetar 60 % av heltid.

Antal läkare omräknat till heltidsanställda framgår i tabell 3.

Efterfrågan på läkare

Dagens läkarefterfrågan utgörs av dels den tillgodosedda efterfrågan, dels en viss ej tillgodosedd efterfrågan i form av vakanta tjänster. Tillgodosedd efterfrågan år 2010 beräknades enligt ovan till ca 17 900 läkare (18 000 – 90 arbetslösa läkare) eller omräknat till ca 16 800 heltidsarbetande läkare. Antalet vakanta tjänster beräknas ligga runt 750 (500 vid sjukhus och 250 vid hälsocentraler). Den sammanlagda läkarefterfrågan skulle därmed uppgå till ca 17 400 heltidsarbetande läkare.

Alternativ A:

När det gäller läkarefterfrågan efter år 2010 antas i alternativ A en årlig ekonomisk volymtillväxt för läkarefterfrågan på 1,0 % under hela prognosperioden.

Alternativ B:

Enligt ovan var den totala läkarefterfrågan år 2010 en läkare per 317 invånare. I alternativ B antas denna täthet bestå under hela prognosperioden. Enligt Statistiskcentralens befolkningsprognos kommer antalet invånare att öka från 5,35 miljoner år 2009 till 5,75 miljoner år 2025. Det vill säga en genomsnittlig ökning på 0,45 % per år.

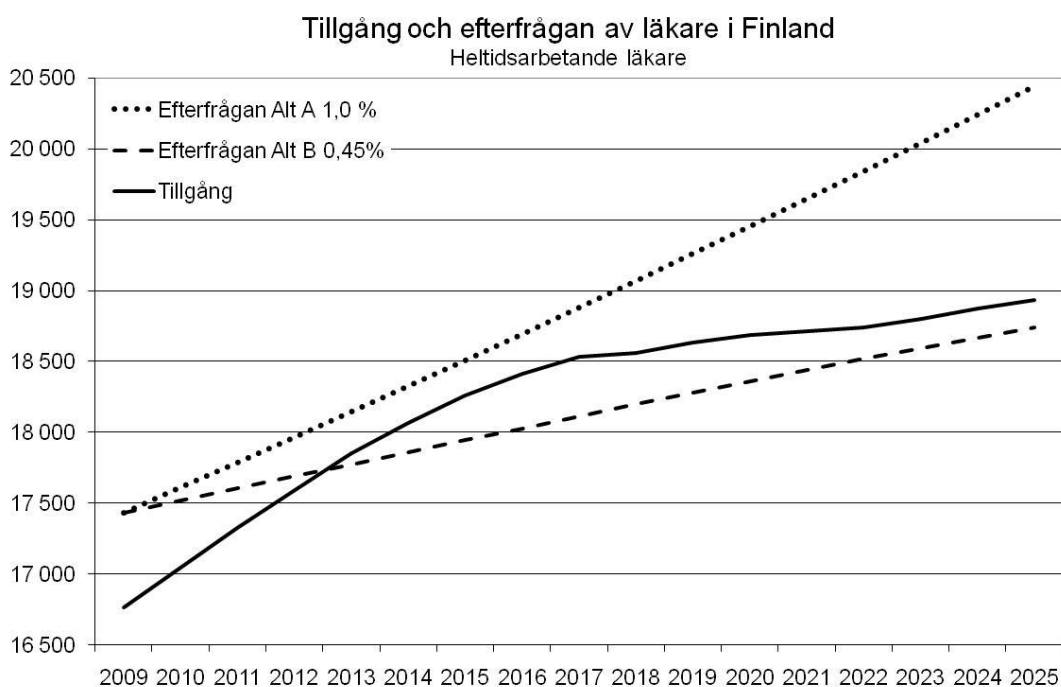
I tabell 3 och diagram 1 framställs hur läkarefterfrågan och tillgång av läkare kommer att utvecklas i det närmaste femton år enligt de två alternativen. Enligt alternativ A ska Finland i

fortsättningen ha underskott på läkare, som kommer att öka efter år 2017. Läkartillgången ökar efter år 2025 och kan beräknas vara 19 400 år 2030 och 20 000 år 2035. Enligt alternativ B kommer Finland att få ett moderat överskott på läkare efter år 2012.

Tabell 3. Tillgång och efterfrågan av heltidsanställda läkare.

År	Tillgång	Efterfrågan		Överskott + Underskott -	
		Alt A	Alt B	Alt A	Alt B
2010	17 000	17 600	17 500	-600	-500
2015	18 300	18 500	17 900	-200	400
2020	18 700	19 500	18 400	-800	300
2025	18 900	20 400	18 700	-1 500	200

Diagram 1.



Island

Nuläge

Antalet läkare i Island 70 år och yngre (legitimerade och läkare med enbart läkarexamen) uppgick till 1 067 i februari 2010. Läkare med isländsk legitimation som tjänstgör utomlands ingår inte i denna siffra. Flertalet av dessa är yngre läkare som fullgör sin vidareutbildning utomlands. För närvarande finns inga arbetslösa läkare i Island. Ålders- och könsfördelning framgår av tabell 4.

Tabell 4. Läkarkåren i Island 2010-02-01

Åldersklass	Män	Kvinnor	Summa	Andel kvinnor %
65 - 70	52	6	58	10
60 - 64	138	14	152	9
55 - 59	140	32	172	19
50 - 54	135	40	175	23
45 - 49	103	66	169	39
40 - 44	69	55	124	44
35 - 39	29	26	55	47
30 - 34	35	61	96	64
- 29	30	36	66	55
Totalt	731	336	1067	31

Antaganden – läkartillgång

Med utgångspunkt från tillgångssiffrorna år 2010 och med hjälp av följande antaganden görs en konsekvensbeskrivning över läkarutvecklingen fram till år 2025.

- a) Beräkningen grundas på en antagning av studerande per år på 48 i Island från år 2008.
- b) För perioden prognosen tar till, räknar man med ungefär samma antal studerande i utlandet som i 2005 – 2006, d.v.s. i alt 150 studerande, 25 för varje termin. Det är förväntat att ungefär 50 % av islänningar som tar sin grundutbildning återvänder efter avklarade studier.
- d) Genomsnittsåldern vid studiernas början antas vara 20 år.
- e) Grundutbildningens reella längd antas i genomsnitt vara 6 år. Pensionsåldern förutsätts vara 70 år. Detta innebär att läkarna är drygt 40 år i yrkesverksam ålder.
- f) Bortfallet under studietiden antas vara 1 %.
- g) Andelen kvinnliga studerande har kontinuerligt ökat. I rapporten antas att 58 % av nyutskottet är kvinnor.
- h) Antalet isländska läkare som tjänstgör utomlands uppgår f.n. till 544. Dessa ingår inte i beräkningarna, se Lägesbeskrivningen. Flertalet isländska läkare fullgör sin vidareutbildning utomlands, framförallt i Sverige, USA, och Norge. De flesta återvänder till Island men ca 20 % isländska läkare per år antas stanna kvar i utlandet för gott.
- i) Yrkesverksamhetsgraden antas vara 95 % för män och för kvinnor.
- j) I beräkningarna har hänsyn till dödsrisk tagits. Med den åldersfördelning läkarkåren har idag antas ca 7 läkare (5 män, 2 kvinnor) per år avlida före 70 års ålder.

Utbud av läkare

Mot bakgrund av ovan redovisade antaganden har utvecklingen av utbudet av yrkesverksamma läkare 70 år och yngre beräknats fram till år 2020. Resultatet framgår av tabell 5.

Tabell 5. Utbud av läkare i Island \leq 70 år

År	Män	Kvinnor	Summa	Andel kvinnor %
2010	694	319	1014	31
2015	713	439	1150	38
2020	649	554	1203	46
2025	604	652	1256	52

Följande antaganden om arbetstiden har gjorts:

Den fastställda arbetstiden är 40 timmar per vecka. Någon generell arbetstidsförkortning antas ej. 95 % av läkarna antas arbeta heltid 40 timmar per vecka och 43 veckor per år. 5 % antas arbeta deltid, 30 timmar per vecka. Däremot kan införandet av EU's regler om maximal arbetstid påverka arbetsmarknaden inom en snar framtid.

Antal läkare omräknat till heltid framgår av tabell 6.

Efterfrågan på läkare

Det finns för närvarande inga vakanta tjänster eller arbetslösa läkare i Island. När det gäller läkarefterfrågan efter år 2010 antas i alternativ A en årlig ekonomisk volymtillväxt för läkarefterfrågan på 2,8 % året 2011, 4,8 % 2012 och 2,6% därefter². Denna efterfrågeökning kan verka gå emot tidigare resonemang om Isländska budgetneddragningar, men man bör komma ihåg att prognosen startar från en låg nivå i och med att konsekvenserna av den ekonomiska nedgången redan inträffat. I alternativ B som bygger på demografiska förutsättningar antas en årlig tillväxt på 0,7 %.

I tabell 6 görs en jämförelse mellan tillgång och efterfrågan på heltidsarbetande läkare.

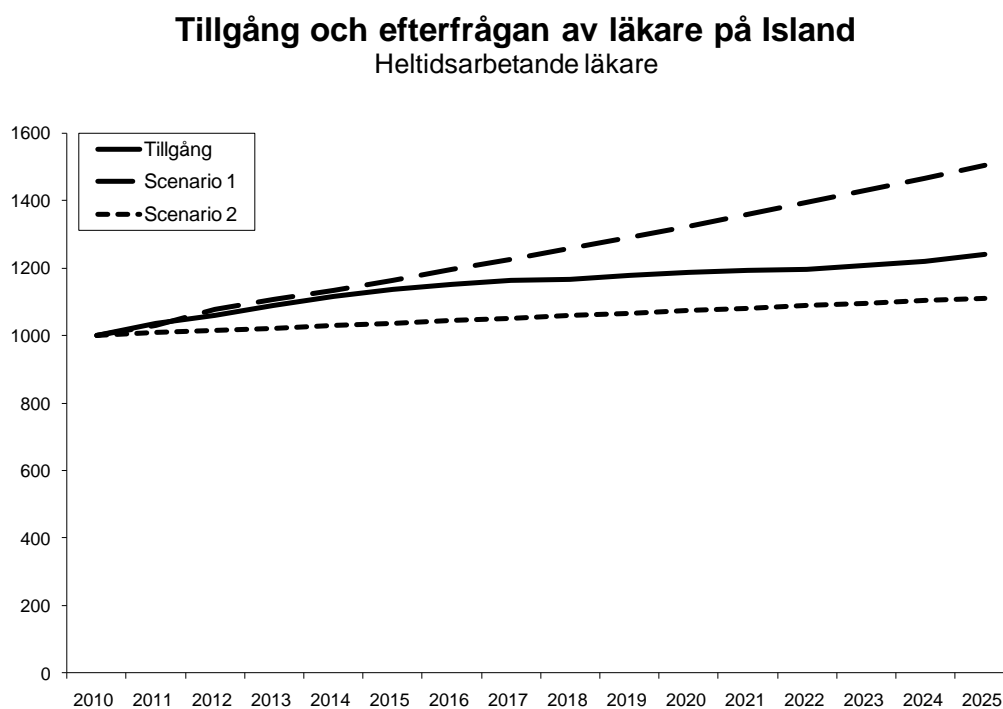
² http://hamar.stjr.is/Fjarlagavefur-Hluti-II/GreinargerdirogRaedur/Fjarlagafurvarp/2010/Fyrri_hluti/Kafli_3.htm

Sammanfattningsvis tyder siffrorna på att Island enligt alternativ A kommer att ha underskott av läkare som kommer att öka efter 2010 men alternativ B finns risk för överskott.

Tabell 6. Tillgång och efterfrågan av heltidsanställda läkare

År	Tillgång	Efterfrågan		Överskott + Underskott -	
		Alt A	Alt B	Alt A	Alt B
2010	1001	1001	1001	0	0
2015	1137	1165	1037	-28	+100
2020	1188	1324	1073	-137	+114
2025	1240	1506	1111	-265	+129

Diagram 2.



Norge

Nuläge

Antalet läkare i Norge under 67 år (norsk legitimation eller tidsbegränsad behörighet för minst sex månader) uppgick vid årsskiftet 2009/10 till ca 20 700. Endast ca 60 läkare är arbetslösa i Norge, medan ca 170 läkartjänster är vakanta. Ålders- och könsfördelning framgår av tabell 7.

Tabell 7. Läkarkåren i Norge 2009-12-31

Åldersklass	Män	Kvinnor	Summa	Andel kvinnor %
65 - 66	567	105	672	16
60 - 64	1 640	394	2 034	19
55 - 59	1 791	609	2 400	25
50 - 54	1 571	901	2 472	36
45 - 49	1 335	1 058	2 393	44
40 - 44	1 270	1 272	2 542	50
35 - 39	1 513	1 495	3 008	50
30 - 34	1 508	1 943	3 451	56
- 29	631	1 131	1 762	64
Totalt	11 826	8 908	20 734	43

Antaganden – läkartillgång

Med utgångspunkt i tillgångssiffrorna år 2009 och med hjälp av följande antaganden görs en konsekvensbeskrivning över läkarutvecklingen fram till år 2025.

- b) Beräkningen grundas på en antagning av studerande per år på 600 i Norge och 350 i utlandet från år 2002.

Antalet nya studerande i Norge baseras på planerade siffror från statliga myndigheter, medan siffrorna för studerande som börjar sina studier i utlandet, bygger på uppgifter från

Statens lånekasse for utdanning. Antalet norska studerande i utlandet har ökat de senaste ca 20 åren, och det är osäkert om denna höga siffra kommer att bestå.

- c) Genomsnittsåldern vid studiernas början antas vara 22 år.
- d) Grundutbildningens reella längd antas i genomsnitt vara 6 år. Pensionsåldern förutsätts att förbli 67 år. Detta innebär att läkarna är 39 år i yrkesverksam ålder. Något antaganden om reducerad pensionsålder eller förtidspension har inte gjorts.
- e) Bortfallet under studietiden antas uppgå till 1 % för studerande i Norge och 20 % i totalt bortfall för studerande i utlandet, inklusive de som inte kommer hem till Norge efter examen i utlandet.
- f) Andelen nya kvinnliga studerande ökade kraftigt fram till år 1990, och har därefter ökat svagt. I beräkningarna antas att 63 % av de studerande i Norge och 60 % av de studerande i utlandet är kvinnor, enligt uppgifter från Den norske legeforeningens medlemsregister
- g) Antalet norske läkare som arbetar i utlandet uppgår till ca 500 (medlemmar av Den norske legeforening). Dessa ingår inte i beräkningarna. Det är osäkert i vilken grad de utländska läkarna som arbetar i Norge kommer att fortsätta att arbeta i Norge och om norska läkare kommer att arbeta i utlandet, och därmed om nettoinvandringen på längre sikt blir positiv eller negativ. I beräkningarna antas nettoinvandringen att vara 0.
- h) Av de 20 734 läkarna i Norge är 43,0 % kvinnor bland norska läkare och 43,0 % bland utländska läkare (Norden drar ner, övriga länder drar upp andelen kvinnor).
- i) Yrkesverksamhetsgraden antas vara 98,9 % för män och 95,0 % för kvinnor, baserat på 'Legekårsundersøkelsen 1993'. Omräknat för samtliga 20 734 läkare enligt ovan ger detta 11 696 män och 8 463 kvinnor, totalt 20 160 yrkesverksamma läkare år vid årsskiftet 2009/10.
- j) I beräkningarna har hänsyn till dödsrisk tagits utifrån uppgifter om döda läkare i åren 1990 – 2009 från Den norske legeforeningens läkarregister (22 män och 4,5 kvinnor per år bland läkare under 67 år). Med den köns- och åldersfördelning som läkarkåren har idag, antas 23 män

och 7 kvinnor per år avlida före 67 års ålder. Antalet antas att följa antalet män och kvinnor i läkarkåren proportionellt.

Utbud av läkare

Mot bakgrund av ovan redovisade antaganden har utbudet av läkare under 67 års ålder i Norge beräknats fram till år 2025. Resultatet framgår av tabell 8.

Tabell 8. Utbud av läkare i Norge < 67 år

År	Män	Kvinnor	Summa	Andel kvinnor %
2009	11 700	8 450	20 150	42
2010	11 750	8 900	20 700	43
2015	11 700	11 100	22 800	49
2020	11 400	13 150	24 550	53
2025	11 350	14 850	26 200	57

För att få en närmare bild av utbudet av läkararbetskraft måste man också ta hänsyn till selsättningsgrad.

Följande antaganden om arbetstiden har gjorts:

- a) Någon generell arbetstidsförkortning eller arbetsdelning antas ej.
- b) 6,8 % av männen och 7,3 % av kvinnorna antas arbeta deltid (mindre än 30 timmar per vecka) (genomsnittlig 57 % för båda män och kvinnor), baserat på uppgifter från Den norske legeforenings läkarregister.

Antalet läkare omräknat till heltid framgår av tabell 9 på sida 30.

Efterfrågan på läkare

Dagens läkarefterfrågan utgörs av dels den tillgodosedda efterfrågan, dels en viss ej tillgodosedd efterfråga i form av vakanta tjänster.

Enligt föregående avsnitt beräknades 2009 års tillgodosedda efterfrågan inom offentlig och privat hälso- och sjukvård till 20 700 läkare eller omräknat till 19 550 heltidsarbetande läkare (Män 10 901 heltid + deltid omräknat till 453 heltidsarbetande läkare, kvinnor 7 846 heltid + deltid omräknat till 352 heltidsarbetande läkare).

Med tillgänglig statistik kan antalet vakanta tjänster uppskattas till ca 170. Endast ca 60 läkare är arbetslösa i Norge.

Den sammanlagda efterfrågan för år 2009 skulle därmed uppgå till ca 19 700 heltidsarbetande läkare (19 550 + 170).

När det gäller läkarefterfrågan efter år 2009 beräknas i alternativ A antalet nya tjänster öka med 500 per år. Detta motsvarar en initial ökning på 2,6 % per år.

I alternativ B antas antalet nya tjänster öka med 350 per år. Detta motsvarar en initial ökning på 1,8 % per år.

Sammanfattningsvis tyder siffrorna enligt alternativ A att Norge också i fortsättningen kommer att ha underskott av läkare, som kommer att öka efter 2010. Enligt alternativ B kommer Norge före 2015 att få ett moderat överskott på läkare, som går ner efter 2020.

Tabell 9. Tillgång och efterfrågan av läkare omräknat till heltidsarbetande läkare

År	Tillgång	Efterfrågan		Överskott + Underskott –	
		Alt A	Alt B	Alt A	Alt B
2009	19 550	19 700	19 700	- 150	- 150
2010	20 050	20 200	20 050	- 150	0
2015	22 100	22 700	21 800	- 600	+ 300
2020	23 800	25 200	23 550	- 1 400	+ 250
2025	25 400	27 700	25 300	- 2 300	+ 100

Sverige

Nuläge

Antalet yrkesverksamma läkare under 65 år (legitimerade och läkare med enbart läkarexamen) kan vid årsskiftet 2009/10 uppskattas till cirka 35 350. En exakt siffra är inte möjlig att få fram. De säkraste uppgifterna är från november 2005. Då fanns enligt Socialstyrelsen 32 867 läkare i alla åldrar sysselsatta inom hälso- och sjukvården. Därtill fanns 3 307 läkare sysselsatta utanför hälso- och sjukvården.

Antalet yrkesverksamma medlemmar i Läkarförbundet bosatta i Sverige och under 65 år uppgick vid årsskiftet 2009/2010 till cirka 30 200. Tidigare har ca 90 % av alla läkare i Sverige varit anslutna till förbundet. Anslutningsprocenten har minskat något under senare år och beräknas nu uppgå till ungefär 85 %. Förbundets ålders-/könsstruktur är, tillsammans med det uppskattade totala antalet läkare, vad som ligger till grund för prognosen, se tabell 10.

Antalet registrerade arbetslösa medlemmar i Sveriges läkarförbund vid årsskiftet 2009/10 bedöms vara mycket lågt (uppskattningsvis cirka 50). Enligt Arbetsförmedlingens tidigare statistik har antalet arbetslösa läkare legat nära 500, varav ca 200 heltidsarbetslösa. Skillnaden mellan siffrorna kan troligen förklaras bland annat av att en del av de 500 arbetslösa inte är behöriga att utöva läkaryrket eller inte hade rätt till den fackliga arbetslöshetsersättningen. Någon rikstäckande statistik över antalet vakanta tjänster finns ej.

Tabell 10. Prognosunderlag avseende situationen 2009-12-31

Åldersklass	Män	Kvinnor	Summa	Andel kvinnor %
60 - 64	3 886	2 086	5 972	35
55 - 59	3 450	2 142	5 592	38
50 - 54	2 895	2 401	5 296	45
45 - 49	2 256	1 943	4 199	46
40 - 44	1 999	2 093	4 092	51
35 - 39	1 926	2 379	4 305	55
30 - 34	1 525	2 320	3 845	60
- 29	670	1 379	2 049	67
Totalt	18 607	16 743	35 350	47

Antaganden – läkartillgång

Med utgångspunkt från tillgångssiffrorna i tabellen ovan och med hjälp av följande antaganden görs en konsekvensbeskrivning över läkarutvecklingen fram till år 2025.

a) Beräkningen grundas på följande antagning av studerande (nybörjare) per år:

2004	1 054	2007	1 139
2005	1 072	2008	1 165
2006	1 098	2009 ⇒	1 330

De senaste åren har antalet antagna till läkarprogrammet ökat stadigt. I och med nyligen fattade beslut uppgår antagningen numera till över 1 300 platser/år.

- b) Genomsnittsåldern vid studiernas början antas vara 22 år.
- c) Grundutbildningen tar teoretiskt 5,5 år. Erfarenhetsmässigt har det visat sig att studierna tar längre tid. Enligt de studier som gjorts tar grundutbildningen i genomsnitt 6 år, vilket också antas här.
- d) En osäkerhetsfaktor i beräkningarna av läkartillgången är bortfallet under grundutbildningen. Med ledning av uppgifter från Statistiska Centralbyrån och egna beräkningar antas bortfallet uppgå till 15 %.
- e) Andelen kvinnliga studerande har kontinuerligt ökat, men andelen varierar mellan åren. Under flera år har andelen kvinnor bland nybörjarna på läkarprogrammet legat kring 60 %.
- f) Antalet läkare med utländsk examen som erhållit svensk legitimation har varierat avsevärt. Sedan år 2000 har antalet stigit kraftigt och har de senaste åren överstigit 1 200 läkare. I prognosen antas att 800 av de läkare med utländsk examen som erhåller svensk legitimation per år stannar kvar i Sverige för gott. 40 % av dessa antas vara kvinnor.

- g) Under slutet av 90-talet flyttade många svenska läkare utomlands, framförallt till Norge. År 2000 fanns t ex ca 700 svenska läkare stadigvarande i Norge. Utflyttningen har nu avtagit och i rapporten antas att nettoemigrationen av svenska läkare till andra länder vara noll under prognosperioden.
- h) Flertalet läkare har en avtalad pensionsålder på 65 år. Studier som gjorts visar emellertid att den genomsnittliga pensionsåldern har sjunkit för samtliga yrkeskategorier i Sverige. Å andra sidan arbetar en hel del läkare efter uppnådda 65 år. I prognosen antas pensionsåldern vara 65 år, och att förtidspensionering jämnar ut med dem som arbetar efter 65 år. Sysselsättningsgraden torde emellertid vara lägre i de högre åldersklasserna, se vidare avsnittet om sysselsättningsgrad.
- i) För att räkna om antalet läkare till heltidssysselsatta har sedan prognoserna från 1990-talet och framåt sysselsättningsgraden för läkare antagits vara 95 %. Detta bygger på att 80 % antas arbeta heltid, 20 % deltid. De som arbetar deltid antas arbeta 75 % av full tid. Omräknat för samtliga drygt 35 350 läkare enligt ovan ger detta knappt 33 600 heltidssysselsatta läkare år 2009. Populationen antas ha samma ålders- och könsfördelning som Läkarförbundets medlemmar. Signaler har dock de senaste åren kommit om ökad långtidsfrånvaro på grund av sjukdom, förtidspension, deltidspension m.m. inom läkarkåren. Den ökande andelen kvinnliga läkare medför ökad föräldraledighet. Undersökningar förbundets tidigare genomfört rörande arbetsmarknadssituationen ett år efter legitimation, där andel kvinnor nu utgör nära 60 %, visar att frånvaron p.g.a. föräldraledighet, militärtjänstgöring m.m. uppgår till 6 % (10 % för kvinnor och 2 % för män).

Alla träder inte heller in i en traditionell yrkesroll som läkare. Yrkesverksamhetsgraden sjunker och antas nu ha liggat på 92,5 %. Den svenska prognosen bygger på en skattning av antalet yrkesverksamma läkare, men antagandet påverkar de som står i begrepp att träda in på den svenska arbetsmarknaden för läkare. För nytillskottet läkare (såväl med svensk som med utländsk examen) antas således andelen som arbetar som läkare vara 92,5 %.

- j) I beräkningarna har hänsyn tagits till dödsrisk i läkarkåren år 2006 enligt Statistiska Centralbyråns normer. Med den åldersfördelning som läkarkåren har idag antas strax över 100 läkare per år avlida före 65 års ålder.

Utbud av läkare

Mot bakgrund av ovan redovisade antaganden har utvecklingen av yrkesverksamma läkare under 65 års ålder beräknats fram till år 2025. Resultatet framgår av tabell 11.

Tabell 11. Utbud av läkare i Sverige < 65 år

År (per 31 dec)	Män	Kvinnor	Summa	Andel kvinnor %
2010	18 710	17 120	35 830	48
2015	18 770	18 730	37 500	50
2020	19 730	20 400	40 130	51
2025	21 380	22 160	43 540	51

För att få en närmare bild av utbudet av läkararbetskraft måste man också ta hänsyn till sysselsättningsgrad. Arbetstidens längd varierar mellan olika läkarkategorier. I det följande har antalet läkare omräknats till heltidsarbetande läkare.

Följande antaganden om arbetstiden har gjorts:

- a) Heltidsarbetande läkare antas arbeta 40 timmar per vecka och 42 veckor per år. Någon generell arbetstidsförkortning antas ej.
- b) En studie som Läkarförbundet gjorde 1999 över medlemmar mellan 50 och 64 år visade att 15 % arbetade deltid (75 % av heltid). Sannolikt torde deltidsfrekvensen vara ungefär lika stor i yngre åldersklasser. I rapporten antas att deltidsfrekvensen ökat något och att 20 % av samtliga läkare nu arbetar deltid – 30 timmar per vecka, d.v.s. en sysselsättningsgrad på 95 %.

Antal läkare omräknat till heltid framgår av tabell 12 på sid 37.

Efterfrågan på läkare

Hur efterfrågan på läkare utvecklas fram till år 2020 uttrycks i denna prognos som en årlig procentuell förändring för hela prognosperioden. För att kunna ställa denna procentuella förändring mot utbudet av läkare vid olika tidpunkter måste vi fastställa hur många läkare i absoluta tal som efterfrågas vid prognosens början.

Dagens läkarefterfrågan utgörs dels av tillgodosedd efterfrågan, dels av budgeterade men obesatta specialisttjänster. Till ej tillgodosedd efterfrågan räknar vi också det politiskt fastställda men ej uppnådda målet om 6 000 allmänläkare omräknat till heltider inom primärvården.

2009 års tillgodosedda efterfrågan inom offentlig och privat hälso- och sjukvård antas på grund av den mycket låga arbetslösheten vara detsamma som faktiskt antal anställda läkare.

Någon rikstäckande statistik över antalet vakanta läkartjänster finns inte. Regionala undersökningar har gjorts, men det har visat sig vara svårt att få fram en rättvis bild över vakanssituationen. I undersökningarna betonas att uppgiftslämnarna ofta har haft ett mycket osäkert budgetunderlag att utgå ifrån.

Läkarbristen inom *primärvården* kan idag uppskattas till ca 1 400 heltidsarbetande allmänläkare. Denna siffra får vi fram genom att jämföra antalet yrkesverksamma allmänläkare med målet om 6 000 heltidstjänster år 2008 (1 heltidstjänst per 1 500 invånare). I november 2007 fanns cirka 5 400 yrkesverksamma allmänläkare inom hälso- och sjukvården. De motsvarar cirka 4 600 heltidsarbetande.

När det gäller den *övriga specialistvården* finns inga bra uppgifter på hur stor bristen är. Av en enkät riktad till landstingen 2009 framgår dock att det för de flesta är svårt att rekrytera ögonläkare, psykiatriker, barnpsykiatriker, radiologer, geriatriker, patologer, neurologer och laboratorieläkare. Vilka specialiteter som uppges mest svårrekryterade varierar dock stort mellan olika landsting och över tid. I prognosen antas att det idag efterfrågas ytterligare 200 psykiatrer och 250 specialister inom övriga specialiteter, samt att det finns ekonomiskt utrymme att anställa dessa läkare. Efterfrågan på heltidsarbetande läkare år 2009 skulle därmed kunna beräknas till 35 450 (33 600 + 1 400 + 200 + 150).

När det gäller den framtida läkarefterfrågan har två scenarion diskuterats. I det första scenariot (alternativ A) förväntas efterfrågan på läkare öka med 1,6 % per år. Scenariot innebär att hälso- och sjukvårdens³ andel av BNP ökar från ungefär 9,4 % (år 2008) till 10,5 % år 2025. I scenario 2 (alternativ B) har antalet läkare per invånare antagits vara oförändrat under hela prognosperioden vilket innebär en årlig efterfrågeökning på ungefär 0,4 %.

Scenario 1 (alt A)

Antaganden

- a) Det reala skatteunderlaget i landstingen bedöms under perioden endast öka marginellt på grund av en svag ökning av antalet svenskar i yrkesverksam ålder.
- b) BNP antas öka med i genomsnitt 1,8 % per år fram till 2025. Hälso- och sjukvårdens andel av BNP bedöms öka motsvarande det samband som vid en internationell jämförelse råder mellan BNP/capita och hälso- och sjukvårdens andel av BNP. Givet den BNP-ökning som prognostiserats bör HoS-andelen stiga från 9,4 % 2008 till 10,5 % år 2025. Utslaget per år betyder detta att hälso- och sjukvårdens resurser i fasta priser ökar med cirka 2,3 % per år. Ökningen av BNP-andelen sker i detta scenario genom höjda skatter, ökade statsbidrag och en ökad andel privatfinansierad vård.
- c) I likhet med vad som gällt tidigare ökar efterfrågan på personal långsammare än efterfrågan på läkemedel, medicinsk utrustning och lokaler.

Givet ovanstående tre antaganden bedömer vi att det genomsnittliga årliga utrymmet för att anställa fler läkare blir ungefär 1,6 % fr.o.m. 2009. Erfarenheterna från tidigare prognoser visar på stora svårigheter att bedöma efterfrågan på längre sikt. Efterfrågeprognosen begränsas därför till 10 år, d.v.s. fram till år 2020.

³ Inkl. kommunernas äldrevård

Scenario 2 (alt B)

Scenario 2 beskriver en utveckling där ett antal av de sjukvårdspolitiska reformer som är under diskussion genomförs och som resulterar i en effektivare vårdorganisation och bättre samverkan mellan stat, landsting och kommun. Med dessa reformer bedömer vi det möjligt att klara de framtida sjukvårdsbehoven och de utökade behandlingsmöjligheterna med oförändrad läkartäthet. I detta scenario räknar vi med att kunna ligga kvar på 1 heltidsläkare per mellan 275 och 280 invånare fram till år 2020. Den svenska läkartätheten är i ett internationellt perspektiv relativt hög. Scenariot innebär att den gradvisa ökning av läkartätheten som vi haft ända sedan 1960-talet övergår till att bli oförändrad under prognosperioden. Efterfrågan på läkare ökar då i takt med den årliga befolkningstillväxten på ca 0,4 %. Även detta scenario sträcker sig fram till 2020.

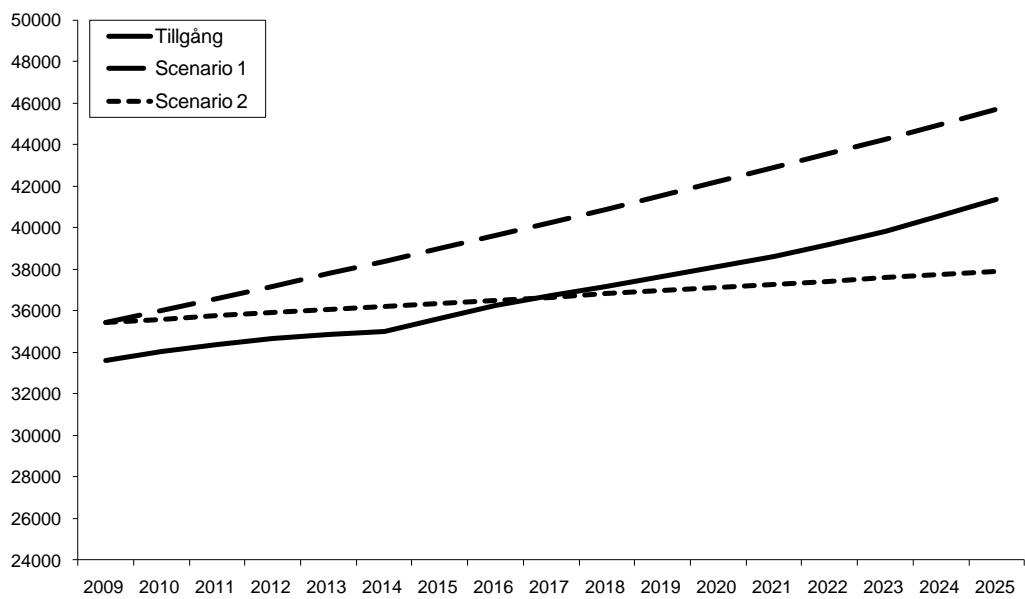
Tabell 12. Tillgång och efterfrågan av heltidsanställda läkare

År (per 31 dec)	Tillgång	Efterfrågan		Överskott + Underskott –	
		Alt A	Alt B	Alt A	Alt B
2009	33 600	35 450	35 450	-1 850	-1 850
2010	34 050	36 000	35 600	-1 950	-1 550
2015	35 650	39 000	36 350	-3 350	-700
2020	38 150	42 200	37 100	-4 050	1 050
2025	41 350	45 700	37 900	-4 350	3 450

Trots det att detta års version av prognosen tagit hänsyn till ett ökat utbud av nyutbildade läkare (såväl i Sverige som från andra länder) visar beräkningarna på en risk för brist på läkare i Sverige. Jämförelsen mellan tillgång respektive efterfrågan på läkare i Sverige tyder på att arbetsmarknaden under prognosperiodens kommer att kännetecknas av ett underskott på läkare. Detta beror mycket på den starka ökningen på efterfrågesidan. Skulle efterfrågan utvecklas som i scenario 1 kommer bristen att bli betydande. Skulle efterfrågan utvecklas som i scenario 2 finns möjlighet att underskottet mot slutet av perioden kan nå balans eller ett visst överskott.

Diagram 3.

Tillgång och efterfrågan av läkare i Sverige Heltidsarbetande läkare



Danmark

Antalet läkare under 70 år i Danmark den 31 december 2009 baserat på Den danske Lægefor-
renings medlemsregister, fördelat på kön och ålder.

Tabell 13. Läkarkåren i Danmark 2010-01-01

Åldersgrupp	Män	Kvinnor	Summa	Andel kvinnor %
65-69 år	1 519	430	1 949	22
60-64 år	2 266	710	2 976	24
55-59 år	2 054	1 054	3 108	34
50-54 år	1 786	1 169	2 955	40
45-49 år	1 197	1 342	2 539	53
40-44 år	981	1 273	2 254	57
35-39 år	1 256	1 753	3 009	58
30-34 år	1 259	1 923	3 182	60
-29 år	316	584	900	65
Totalt	12 634	10 238	22 872	45

Läkarprognosen 2010 - 2025

Det danska prognosbidraget grundas på Sundhedsstyrelsens läkarprognos, som är de danske hälsomyndigheters officiella prognoser angående utvecklingen på den danska arbetsmarknaden för läkare. Sundhedsstyrelsens senast uppdaterade läkarprognos är från oktober 2006. Det förväntas komma en ny läkarprognos för perioden 2010 – 2030 under 2010.

Det ska noteras att man inte okritisk kan sammanställa siffrorna i Sundhedsstyrelsens läkarprognos med uppgifterna angående den danska läkarkårens uppdelning av kön och ålder eftersom den sist nämnda är grundat på Den danske Lægeforenings medlemsregister.

Läkarprognosen 2010 – 2025 uppskattar utgångspopulationen under 2010 till cirka 11 500 specialistläkare och cirka 8 300 läkare utan specialisering.

Utgångspopulationen baseras på yrkesaktiva läkare under 70 år i sjuk- och hälsovårdssektorn i Danmark, inklusive läkare på Grönland och Färöarna.

Den förväntade magisterproduktionen under perioden 2010 - 2025 uppskattas till 875 färdigutbildade medicinska magistrar per år.

Antalet specialistläkare kommer kontinuerligt att dala under perioden 2010 – 2015 från 11 500 specialistläkare år 2010 till 11 000 år 2015. Därefter kommer antalet specialistläkare gradvist öka fram till 2025, där man förväntas ha 12 100 specialistläkare.

Det ska noteras att man i framskrivningen av specialistläkare inte har medtagit utökningen av fortbildningskapaciteten från 2008 och framåt, då man i Danmark från och med 2008 årligen ska utlysa ungefär 875 specialistläkarutbildningsplatser jämfört med de i prognosen förutsatta 730 årligt utlysta specialistläkarutbildningsplatser. Den nya läkarprognosen kommer ta den utvecklingen i beräkning.

Antalet läkare utan specialisering (i utbredd grad läkare som strävar efter en specialistutbildning) ökar från 8 300 år 2010 till 10 500 år 2025.

Tabell 14. Utvecklingen i antalet specialit rl kare, läkare utan specialisering, t j nstlediga läkare och antalet läkare totalt.

	�r 2010	�r 2015	�r 2020	�r 2025
Allmänmedicin	4 301	4 075	4 059	4 204
Anestesiologi	863	859	840	804
Arbetsmedicin	74	57	41	51
Barn- och ungdomspsykiatri	126	145	189	225
Dermatovenerologi	125	116	132	153
Diagnostisk radiologi	427	442	447	480
Gynekologi och obstetrik	449	407	394	409
Internmedicin	206	156	108	56
Intern med.:endokrinologi	145	147	170	209
Intern med.:gastroenterologi och hepatologi	125	122	135	144
Intern med.:geriatrik	62	67	87	118
Intern med.:hematologi	70	67	79	96
Intern med.:infektionsmed.	51	52	58	69
Intern med.:kardiologi	234	237	264	290
Intern med.:lungsjukdomar	89	95	111	137
Intern med.:nefrologi	85	88	112	136
Intern med.:reumatologi	165	149	175	207
Kärlkirurgi	62	66	73	78
Kirurgi/kir. gastroenterologi	434	420	444	463
Plastikkirurgi	69	72	83	91
Thoraxkirurgi	74	73	70	66
Urologi	120	125	142	169
Klinisk biokemi	71	64	60	72
Klinisk farmakologi	37	36	44	61
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	62	69	83	98
Klinisk genetik	22	32	45	61
Klinisk immunologi	38	45	55	64
Klinisk mikrobiologi	70	70	76	84
Klinisk onkologi	112	143	197	246
Neurokirurgi	66	73	84	93
Neurologi/Klinisk neurofysiologi	223	239	271	307
Oftalmologi	296	301	316	340
Ortopedisk kirurgi	595	590	582	556
Oto-rhino-laryngologi	291	267	275	316
Patologisk anatomi och cytologi	158	150	161	198
Psykiatri	658	540	470	527
Pediatrik	311	307	333	372
Samhällsmedicin	115	86	80	91
Rättsmedicin				
Alla Specialistläkare	11 481	11 049	11 345	12 141
Läkare utan specialisering	8 313	9 585	10 191	10 468
T�j�nstlediga läkare	1 022	1 095	1 136	1 152
Alla läkare	20 816	21 729	22 672	23 761

Åtgärder mot bristen på specialistläkare

En av slutsatserna i läkarprognosen är således att bristen på specialistläkare i Danmark inte omedelbart ser ut att kunna lösas inom ett överskådligt antal år, såvida man inte genomför åtgärder som påverkar efterfrågan eller utbudet.

Sådana åtgärder kan vara:

Efterfrågan

- Strukturförändringar inom sjukvården
- Förändringar i läkarnas personal- och jourstruktur
- Effektivisering av arbetsplanering
- Ansvarsglidning

Utbud

- Höjning av pensionsåldern för specialistläkare
- Ökning av kapaciteten i vidareutbildningen för läkare
- Åtgärder i syfte att förkorta specialistläkarutbildningens längd
- Kapacitetsökning inom läkarutbildningen
- Invandring av specialistläkare

Kapaciteten i vidareutbildningen för läkare

De danska sjukhusägarna – Regionerne – kommer anpassa den årliga vidareutbildningskapaciteten efter Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplan för 2008 – 2012, se tabell nedan. Enligt denna dimensioneringsplan kommer det i den följande perioden per årsbasis utlysas 875 specialistläkarutbildningsplatser – de så kallade huvudutbildningsplatserna.

Under de senare åren har det tagits in knappt 1 200 studerande på medicinstudierna i Danmark. År 2009 hade intagningen på läkarutbildningen ökat till ca 1 400. Av dessa var antalet utländska studerande (främst normän och svenska) ca 300.

Den genomsnittliga examinationsprocenten för medicinutbildningen är ungefär 80.

Efter genomförd medicinutbildning reser ca 60 % av de norska eller svenska läkarna hem till Norge respektive Sverige.

Som det ser ut med den nuvarande intagningen på medicinutbildningen, fördelat på danska och utländska medicinstuderande, innebär en fortbildningskapacitet på 875 årliga specialistläkarutbildningsplatser i dimensioneringsplanen 2008 – 2012 att alla färdigutbildade läkare från ett danskt universitet som önskar en specialistutbildning i Danmark kan räkna med att detta är möjligt.

I Danmark har man beslutat att etablera en fjärde läkarutbildning i Ålborg (de redan existerande återfinns i Köpenhamn, Odense och Århus) där man räknar med ett årligt intag av ca 50 medicinstuderande. Samtidigt med detta bestämde man också att man tänker bevara det nuvarande intaget av ca 1 400 medicinstuderande, vilket innebär att man har reducerat intaget av nya studerande i Köpenhamn, Århus och Odense. På dessa utbildningsplatser kommer man därför framöver ta in ca 600, 450 respektive 300 medicinstuderande årligen.

Tabell 15. Dimensioneringsplan 2008 – 2012 för årliga specialistläkarutbildningar/huvudutbildningsplatser

Allmänmedicin	240
Anestesiologi	54
Arbetsmedicin	9
Barn- och ungdomspsykiatri	20
Dermatovenerologi	13
Diagnostisk radiologi	33
Gynekologi och obstetrik	32
Intern med.:endokrinologi	17
Intern med.:gastroenterologi och hepatologi	13
Intern med.:geriatrik	12
Intern med.:hematologi	12
Intern med.:infektionsmed.	9
Intern med.:kardiologi	24
Intern med.:lungsjukdomar	14
Intern med.:nefrologi	13
Intern med.:reumatologi	18
Kärlkirurgi	6
Kirurgi/kir. gastroenterologi	33
Plastikkirurgi	9
Thoraxkirurgi	4
Urologi	14
Klinisk biokemi	6
Klinisk farmakologi	5
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	9
Klinisk genetik	4
Klinisk immunologi	4
Klinisk mikrobiologi	6
Klinisk onkologi	25
Neurokirurgi	6
Neurologi	26
Oftalmologi	20
Ortopedisk kirurgi	37
Oto-rhino-laryngologi	24
Patologisk anatomi och cytologi	15
Psykiatri	50
Pediatrik	27
Samhällsmedicin	9
Rättsmedicin	3
Specialistläkarutbildningsplatser totalt	875

Definitioner

Utbud av läkare (läkare som står till arbetsmarknadens för- fogande)	<p>a) yrkesverksamma läkare</p> <ul style="list-style-type: none"> - Läkare som tjänstgör som läkare. Håri ingår även läkare som i sin egenskap av läkare tjänstgör inom t.ex. administration, undervisning, forskning och läkemedelsindustri - Läkare som normalt tjänstgör som läkare men på grund av kortare frånvaro, t.ex. semester, jourkompensation, sjukdom, vård av barn, kurs, kongress, ej tjänstgör som läkare <p>b) arbetslösa läkare</p>
Läkare som ej står till arbetsmarknadens för- fogande	<p>a) Läkare som utövar annan verksamhet</p> <p>b) Läkare som är långvarigt frånvarande, t.ex. militärtjänst, graviditet, föräldraledighet, sabbatsår, förtidspension (inkl. ålderspension före officiellt fastställd pensionsålder)</p>
Yrkesverksamhetsgrad	<p><u>Yrkesverksamma läkare</u> Utbud av läkare + Ej till arbetsmarknadens förfogande</p>
Arbetslös läkare	Läkare som anmält sig som arbetslös hos Arbetsförmedlingen
Ordinarie arbetstid	Fastställd arbetstid enligt lag eller avtal
Heltidsarbetande	Läkare som arbetar ordinarie arbetstid eller mer
Deltidsarbetande	Läkare som arbetar mindre än ordinarie arbetstid

Sysselsättningsgrad $\frac{\text{Antal heltidsarbetande} + (\text{antal deltidarbetande} \times \text{deltidsfaktor})}{(\text{Antal heltidsarbetande} + \text{antal deltidarbetande läkare})}$

Räkneexempel:

Antag 100 läkare, varav 60 arbetar heltid och 40 deltid.

Deltidstjänstgöringen är i genomsnitt 3/4 av ordinarie arbetstid.

$$\text{Sysselsättningsgrad} = \frac{60 + (40 \times 0,75)}{(60 + 40)} = 90 \%$$

Grundutbildningens
längd Fastställd enligt studieplan

Grundutbildningens
reella längd Faktisk studietid

Bortfall under studie-
tiden Studenter som definitivt lämnar läkarutbildningen utan läkar-
examen

Pensionsålder Officiellt fastställd pensionsålder enligt lag eller avtal

Dödsrisk Sannolikheten att avlida före uppnådd officiell pensionsålder

Läkartätheten i Norden 2005 - 2025

Tabell 16. Läkartätheten i Norden (invånare/läkare i yrkesverksam ålder bosatta i landet), prognos baserat på tillgången av läkare i arbetsmarknadsprognosen från varje land

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
2005/07	280	304	275	260	268
2010	240	287	259	225	263
2015	240	276	240	210	261
2020	230	275	238	200	255
2025	215	272	241	195	245



Lægeforeningen
Kristianiagade 12
DK-2100 KØBENHAVN Ø
Tfn: + 45 35 44 85 00
Fax: + 45 35 44 85 05
www.laegeforeningen.dk
dadl@dadl.dk



Den norske legeforening
Legenes Hus
P.O Box 1152 Sentrum
NO-0107 OSLO
Tfn: + 47 23 10 90 00
Fax: + 47 23 10 90 10
www.legeforeningen.no
legeforeningen@legeforeningen.no



Icelandic Medical Association
Hlidasmari 8
IS-200 Kópavogur
Tfn: + 354 5 64 41 00
Fax: + 354 5 64 41 06
icemed@icemed.is



Sveriges läkarförbund
Box 5610
SE-114 86 STOCKHOLM
Tfn: + 46 8 790 30 00
Fax: + 46 8 10 31 44
www.lakarforbundet.se
info@slf.se



Suomen Lääkäriliitto/Finlands läkarförbund
P.O Box 49
FI-00501 HELSINKI
Tfn: + 358 9 393 091
Fax: + 358 9 393 0794
www.laakariliitto.fi
fma@fimnet.fi