

# Vad vet vi om framtidens arbetsmarknad för läkare?

---

*Arbetsmarknadsprognos 2012-2027*



**Sveriges läkarförbund 2013**

Thomas Parker, *utredare, Sveriges läkarförbund*

Åsa Jaktlund, *statistiker Sveriges läkarförbund*

**Sveriges läkarförbund**

Box 5610, 114 86 Stockholm

Telefon: 08-790 33 00

E-post: [info@slf.se](mailto:info@slf.se)

[www.lakarforbundet.se](http://www.lakarforbundet.se)

## **Inledning**

### **Uppdrag**

Prognosen syftar till att visa hur arbetsmarknaden för läkare i Sverige kan komma att utvecklas på lång sikt. Den baseras på prognoserna som görs av den Samnordiska Arbetsgruppen för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor (SNAPS-gruppen).<sup>1</sup> Inför årets rapport har Läkarförbundet genomlyst de antaganden som under många år legat till grund för prognosmodellen. I analysarbetet har förbundet tittat på exempel från andra länder. Vi har även närmat oss Socialstyrelsen, som har det nationella uppdraget, och gjort vissa förändringar baserade på deras underlag och antaganden. Bland annat har vi valt att visa två alternativa kurvor över den prognostiserade tillgången på läkare. Detta eftersom det finns osäkerhet kring nettomigrationen. Förbundet har också valt att använda Socialstyrelsens definition av efterfrågan.

### **Definitioner och avgränsningar**

#### *Omfattning och antal läkare*

Prognosen innefattar sysselsatta läkare som har genomgått läkarutbildningen. Den är inte indelad på region eller specialitet.

#### *Efterfrågan*

I media talas det ofta om "behov" och "brist" när det gäller läkartillgång och efterfrågan. Dessa termer lämpar sig dock sämre för en prognos då de är subjektiva och svåra att på ett entydigt sätt kvantifiera. Läkarförbundet har istället valt att definiera efterfrågan som "läkartjänster som arbetsgivaren behöver och har ekonomi för att anställa". Här följer vi Socialstyrelsens exempel (Socialstyrelsen, NPS, 2013).

---

<sup>1</sup> SNAPS-gruppen lämnade 1978 sin första rapport med prognoser över tillgång och efterfrågan av läkare i de nordiska länderna. Sedan 1982 har rapporterna redovisats vartannat år och den senaste rapporten presenterades 2010. Varje land gör sin egen prognos och de redovisas nationsvis. Länderna har enats om gemensamma antaganden som ligger till grund för prognoserna. I SNAPS-gruppen ingår Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige.

Efterfrågan enligt den här definitionen kan mätas utifrån antalet "vakanser" respektive antalet arbetslösa läkare. I Sverige har arbetslösheten för läkare varit mycket låg under lång tid. Man kan utifrån det dra slutsatsen att efterfrågan i dag är i balans med eller större än tillgången. Emellertid vet vi ytterst lite om hur mycket större efterfrågan kan vara i absoluta tal.

Det kan också finnas upplevda behov hos t ex patienter som inte fångas upp när vi väljer att begränsa definitionen enligt ovan. Dessa behov är inte på något sätt oviktiga. Svårigheter att mäta patientbehoven gör dem dock omöjliga att använda i en prognos, medan det (i alla fall i teorin) går att få information om arbetsgivarnas rekryteringsbehov och ekonomiska möjligheter. I den bästa av världar bygger också arbetsgivarens rekryteringsbehov på en analys av vårdbehovet i befolkningen.

## **Prognosmodellen**

Nedan presenteras prognosmodellen med beskrivningar av ingångsvariabler, antaganden, styrkor och svagheter. Generellt kan sägas att de antaganden som görs bygger på att omständigheterna som påverkar läkarnas arbetsmarknad fortsätter att vara likadana som nu. Problemet med detta diskuteras i slutet av rapporten.

## **Antal sysselsatta läkare**

Grunduppgiften när det gäller antalet sysselsatta kommer från Socialstyrelsens rapport "Tillgång på Barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2010". Statistiken har ett antal begränsningar. Som sysselsatt räknas personer som har arbetat minst fyra timmar under november 2010. Detta innebär att personer kan finnas med som har i huvudsak andra sysselsättningar än arbete, t ex studier och arbetslöshet. Uppgifterna är två år gamla på grund av att bearbetningen av data från utomstående registerkällor (t ex SCB) släpar efter. Ett antal personer saknas även i sysselsättningsstatistiken eftersom Socialstyrelsen saknar kännedom om deras personnummer. Det rör sig om läkare som ansökt om legitimation innan de erhållit svenskt personnummer och Socialstyrelsen försöker i begränsad omfattning leta fram personnumren i efterhand. Med tiden får dock Socialstyrelsen, i samband med att läkarna ansöker om specialistbevis, in en majoritet av de saknade personnumren. Det finns dock ingen möjlighet att kontrollera om personerna är

sysselsatta eller inte före personnumren har inkommit. Exkluderade från gruppen sysselsatta är de som inte är folkbokförda i Sverige, de som saknar inkomst eller är pensionerade.

I november 2010 fanns enligt Socialstyrelsen 33 498 läkare under 65 år sysselsatta inom hälso- och sjukvården. Därtill fanns 2 799 läkare sysselsatta utanför hälso- och sjukvården (Tillgång på Barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2010). Utifrån dessa uppgifter uppskattar vi antalet yrkesverksamma läkare under 65 år (legitimerade och läkare med enbart läkarexamen) vid årsskiftet 2012/13 till cirka 38 155. För att komma fram till den siffran har vi räknat upp den senaste siffran från Socialstyrelsen med den genomsnittliga ökningstakten mellan 2000 och 2010. Vi har använt vårt medlemsregister för att kunna bryta ned på ålder och kön.

### **Inflödesvariabler**

#### *Inflöde från svenska utbildningar.*

När det gäller antal utexaminerade läkare i Sverige använder Läkarförbundet statistik från Universitets- och Högskolerådet (UHR) och statistiska centralbyrån (SCB) som publicerar siffror över antalet antagna och för att få fram en siffra på utexaminerade reducerar vi antalet nybörjare med 10 %. Denna siffra som gäller bortfall under utbildningen stöds av rapporten "Genomströmning och resultat på grundnivå och avancerad nivå till och med 2009/10" Statistiska centralbyråns publikation UF20SM1103. De senaste åren har antalet platser på läkarprogrammet ökat stadigt – och från och med 2013 uppgår antagningen till ca 1 600 personer/år. Läkarprogrammet/grundutbildningen omfattar 11 terminer eller 5,5 års heltidsstudier. Enligt undersökningar tar det emellertid i genomsnitt 6 år för en läkarstudent att genomgå programmet, vilket också antas här.<sup>2</sup>

#### *Nettoinflöde utlandsutbildade läkare*

När det gäller inflödet av läkare med examen från utländska lärosäten är det viktigt att vara försiktig med slutsatserna. Vi vet att inflödet från utlandet har betydelse för läkartillgången i

---

<sup>2</sup> För nybörjare på yrkesexamensprogram redovisas examensfrekvensen, det vill säga andelen examinerade inom viss tid från start. Redovisningen av examensfrekvensen görs utifrån programmets nominella studietid plus tre år. Den nominella, eller normala studietiden som den också kallas är uppräknad med en termin och är sammanlagt 6 år. För ytterligare information se Statistiska centralbyråns publikation UF20SM1103.

Sverige, och det finns flera indikationer som tyder på en fortsatt uppåtgående trend. Problemet är att det finns stor osäkerhet om exakt hur stort nettoinflödet till just **sysselsättning** faktiskt är och kommer att vara på sikt. Det går att ansöka om svensk legitimation och aldrig komma hit och arbeta, eller att man arbetar i landet under mycket kort tid. För läkare som saknar svenskt personnummer tar det också tid att komma in i sysselsättningsstatistiken. Läkare är en relativt rörlig grupp, och läget kompliceras också av att arbetsmarknader i olika länder påverkar varandra. Detta i sin tur kan påverkas av högst svårprognosticerade faktorer som konjunkturer. Det är alltså mycket svårt att få en sann bild av hur det ser ut nu och prognosticera hur dessa strömningar kommer att se ut i framtiden även om vi skulle veta exakt hur det ser ut idag.

Socialstyrelsen antar i sin senaste prognos (Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården, 2011) en sammantagen nettoimmigration på 500 personer per år. Inflowdessiffran gäller inflöde från Norden, övriga EU/EES samt 3:e land, samt antal återinvandrade läkare. Utflowdessiffran är baserad på antal läkare som funnits med i sysselsättningsstatistiken året innan, men som det aktuella året saknar inkomst eller saknas i folkbokföringen. Dessa antas ha emigrerat.

På grund av osäkerheten kring nettomigrationen följer Läkarförbundet Socialstyrelsens exempel och visar två alternativa prognoser över tillgången. I den ena räknar vi med ett nettotillskott på 500 personer per år, vilket ger en fortsatt ökning av totala antalet läkare. I den andra agerar vi däremot mer försiktigt och sätter nettoinflödet lika med noll och vi ser då en betydligt svagare tillväxt.

## **Utflydesvariabler**

### *Pension*

I prognosen antas pensionsåldern fortfarande vara 65 år, vilket stöds av statistik från Socialstyrelsen. Vi vet att andelen som fortsätter arbeta över 65 stiger och att många deltidsarbetar efter pensionen. Antal deltidsarbetande pensionärer är enligt Socialstyrelsens senaste rapport strax under 3 000 (Tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2011). Dock finns det i nuläget inte tillräckligt med fakta om till exempel sysselsättningsgrad.

### Dödsrisk

I beräkningarna har hänsyn tagits till dödsrisk i läkarkåren år 2006 enligt Statistiska Centralbyrån (tabell 91 i Statistisk Årsbok). Med den åldersfördelning som läkarkåren har idag antas enligt årsboken strax över 100 läkare per år avlida före 65 års ålder. SCB publicerar inte längre tabellen och den senast gällande siffran var för 2010.

### Utbud av läkare

Mot bakgrund av ovan redovisade antaganden har utbudet av yrkesverksamma läkare under 65 års ålder beräknats fram till år 2025. Resultatet framgår av tabell 1.

Tabell 1. Utbud av läkare i Sverige < 65 år (nettomigration >0)

År (per 31 dec)	Män	Kvinnor	Summa	Andel kvinnor %
2012	19 047	19 109	38 156	50
2015	18 761	20 182	38 943	52
2020	19 269	22 489	41 758	54
2025	20 641	24 886	45 527	55

### Sysselsättningsgrad

För att få en mer fullständig bild av utbudet av läkararbetskraft krävs även att man tar hänsyn till sysselsättningsgraden. I prognosen har förbundet antagit en sysselsättningsgrad på drygt 95 % inom läkarkåren. Vi har därefter försökt räkna om antalet läkare till heltidsarbetande läkare. Omräknat för samtliga drygt 38 155 läkare ger detta drygt 36 200 heltidssysselsatta läkare för år 2012. Den antagna sysselsättningsgraden har stöd i uppgifter om sysselsättningsgrad från arbetsgivare inom offentlig sektor. Den ligger även i linje med en enkät om arbetad tid från Socialstyrelsen där både privat och offentlig sektor ingår. Dock finns

det osäkerheter i båda dessa underlag. Till exempel saknas den privata sektorn i statistiken från arbetsgivare inom offentlig sektor.

## **Efterfrågan på läkare**

### **Dagens läkarefterfrågan**

Dagens läkarefterfrågan utgörs dels av tillgodosedd efterfrågan, dels av ej besatta tjänster där arbetsgivaren har ekonomi för att anställa men inte gjort det. I brist på bättre ord kallar vi detta vakanser. 2012 års tillgodosedda efterfrågan antas på grund av den mycket låga arbetslösheten vara detsamma som faktiskt antal anställda läkare. Någon generell rikstäckande statistik över antalet vakanser finns inte. Landstingen svarar årligen på en enkät, från det Nationella Planeringsstödet (NPS), om arbetsmarknadsläget där det framkommer att man upplever en brist på vissa specialiteter, t ex inom allmänmedicin och psykiatri, men inte hur stor den bristen är i faktiska tal.<sup>3</sup> Genom Läkarförbundets rikstäckande undersökning av primärvården 2012 vet vi dock att antalet vakanta specialisttjänster uppgick till cirka 900 stycken, främst rörde det specialister i allmänmedicin (Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning). Vi vet också att samtliga landsting rapporterar en brist på specialister inom psykiatri samt vissa andra specialiteter. Det finns dock inga siffror på antalet vakanta tjänster.

### **Framtida efterfrågan**

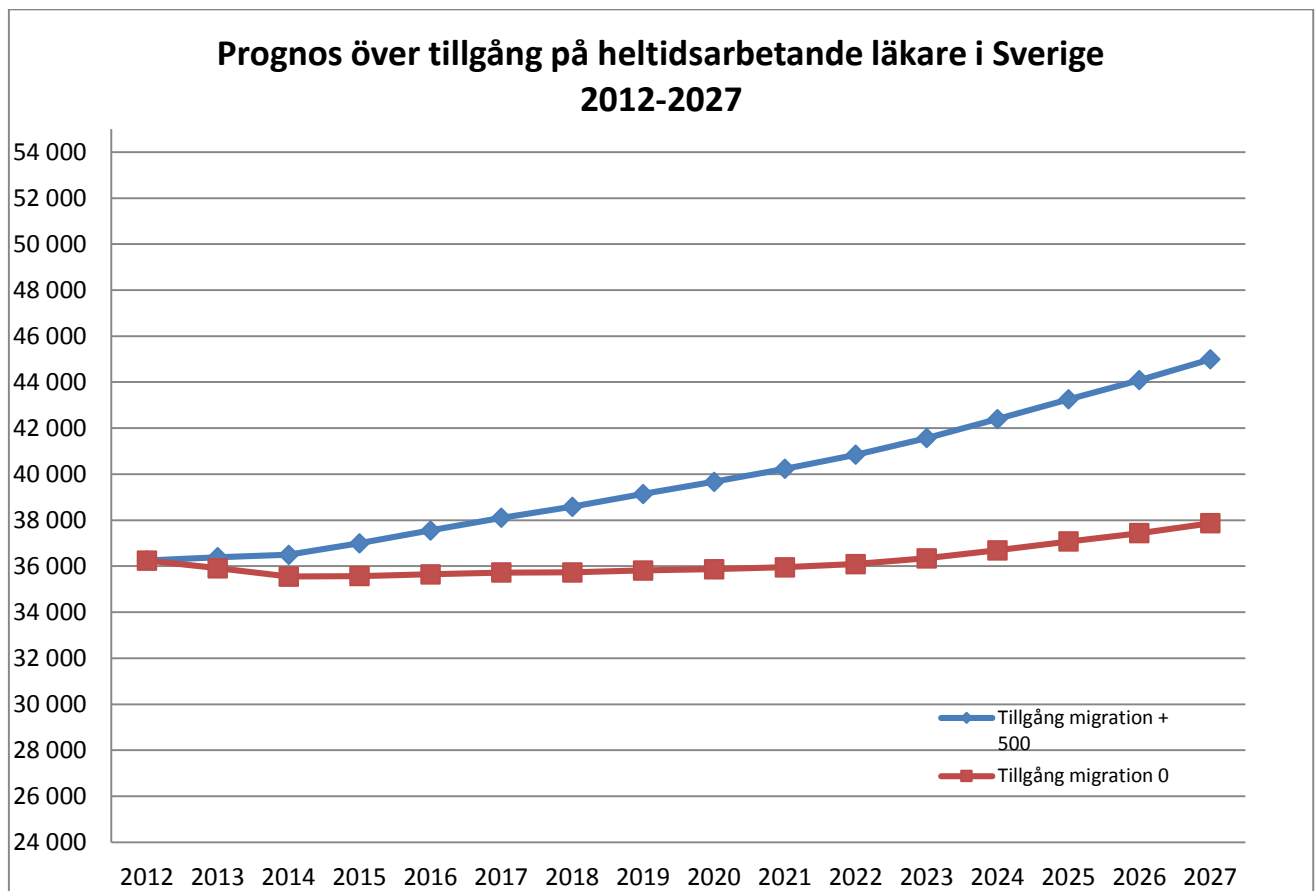
När det gäller den framtida läkarefterfrågan har i tidigare års prognoser två olika scenarion diskuterats och inkluderats i beräkningarna. I det första har man försökt översätta den årliga ökningen av BNP till läkarefterfrågan. I scenario två har man försökt att översätta befolkningsökningen till läkarefterfrågan. Vår bedömning är att det finns en risk med att presentera grafer över efterfrågan baserat på dessa scenarion eftersom de innehåller för mycket osäkerhet. BNP och demografi är viktiga variabler som med allra största säkerhet påverkar efterfrågan på läkare. Hur denna påverkan ser ut är dock synnerligen svårt att reda ut. Vi har därför valt att ta bort dessa grafer från årets prognos. (Se kapitlet diskussion för ett mer utförligt resonemang kring efterfrågeprognoser.)

---

<sup>3</sup> Det Nationella Planeringsstödet (NPS) är en del av Socialstyrelsen och har till uppgift att ta fram underlag för analys av tillgången och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal.



Diagram 1. Prognos över tillgång på heltidsarbetande läkare i Sverige



Kommentar: Den övre kurvan, där nettoinflödet från personer med utländsk examen antas bli 500 personer per år visar en ökning på 24 % under prognosperioden. Den undre där nettomigrationen har satts till 0 visar en ökning med 4,5 %.

## Slutsatser

### Utvecklingen över prognosperioden

Beräkningarna över tillgången på läkare i Sverige tyder på att arbetsmarknaden under prognosperioden kommer att kännetecknas av fortsatt ökning av antalet heltidsarbetande läkare, men att ökningen är kraftigt beroende av positiv nettomigration av läkare utbildade i annat land än Sverige. Upphör nettoinflödet av läkare utbildade i annat land, det vill säga att summan av in- och utflöde är lika med noll, visar beräkningarna att tillgången initialt kommer att sjunka något för att sedan plana ut och därefter under den senare delen av perioden börja stiga. Den viktigaste förklaringen till detta är läkarnas åldersstruktur med stora

pensionsavgångar under de närmaste åren, något som sedan under den senare delen av perioden kommer att minska.

Utifrån denna prognos kan förbundet göra vissa uttalanden om det framtida underskottet på läkare, under förutsättning att alla faktorer som påverkar arbetsmarknaden för läkare förblir precis som de är idag. Dels kan vi räkna med ett underskott på minst 900 läkare, baserat på undersökningen av bemanningen inom primärvården, främst specialister i allmänmedicin. Dels kan vi säga att underskottet berör ST-läkare samt färdiga specialister inom vissa specialiteter snarare än nyutbildade, eftersom vi till exempel vet att det just nu är lång väntetid för att få påbörja sin AT-tjänstgöring.

Vi vet att bristen på läkare i dag i första hand gäller vissa specialiteter såsom allmänmedicin och psykiatri. Brist inom en specialitet kan få allvarliga följder för patientsäkerheten och försvåra läkarnas möjlighet att utföra sina åtaganden på bästa sätt. När det gäller den framtida efterfrågan och eventuell läkarbrist är det därför kanske mer meningsfullt att prognosticera framtida bristspecialiteter, än att försöka bedöma den sammanlagda efterfrågan av läkare. Den totala läkararbetsmarknaden kan ses som ett antal mindre specialitetsspecifika marknader, med sina respektive kunskapsområden och förpliktelser inom hälso- och sjukvården.

Enligt Läkarförbundet är de prognosmodeller som i dag används i Sverige trubbiga och de går inte att använda för att prognosticera balansen mellan tillgång och efterfråga inom enskilda specialiteter. Läkarförbundet ser därför ett stort behov av att utveckla och fördjupa prognosmodellerna, i syfte att vidga användningsområdet till specialitetsnivån, där även efterfrågesidan ingår.

Prognosarbete består till stor del av avvägningar. Vi kan välja att bygga prognosen på antagandet att allt kommer att vara som det är idag, med ett spelrum som består av det vi har tillgång till i dagsläget i form av faktiska data. Att välja att basera prognosen på detta antagande har fördelen att vi kan lägga in säkrare skattningar utifrån verkliga data. Å andra sidan kan det finnas faktorer som är minst lika viktiga, eller viktigare, men där informationen i nuläget är ofullständig (t ex sysselsättningsgrad och antal vakanser i vår prognos). Vi får då

överväga att inkludera mer eller mindre osäkra uppskattningar av faktorer som vi tror bör ingå i ett framtidsscenario: hur dessa kommer att se ut och på vilket sätt de kommer att påverka. De variabler som ingår i vår modell innehåller mer eller mindre osäkerhet, men de bygger alla på någon form av existerande data. Vi har därefter gjort antagandet att dessa data, och omständigheterna i vilka de verkar, kommer att se likadana ut fram till 2025. Härefter finns en stor osäkerhet, eftersom det är långt från givet att inga förändringar sker i omvärlden under prognosperioden. För att ta fram trovärdigare framtidsscenarioer och utveckla mätinstrument så att de viktigaste variablerna kan följas upp kontinuerligt, krävs ett mer omfattande prognosarbete. Exempel på ett sådant arbete är den prognosmodell som används i England.

I England har man tagit fram ett nytt sätt att göra prognoser/planeringsunderlag för personal inom hälso- och sjukvården (The Health and Education National Strategic Exchange, Department of Health, Review of Medical and Dental School Intakes in England, 2012). Tidigare engelska prognoser byggde på existerande data över nuläget, precis som de svenska prognoserna, men för att kunna göra bättre framtidsanalyser valde man istället att med hjälp av experter arbeta fram tänkbara framtidsscenarioer. Dessa tar hänsyn till komplexiteten när det gäller faktorer som påverkar tillgång och efterfrågan, och även framtida osäkerhet i form av teknologiska, ekonomiska, miljömässiga, politiska, sociala och etiska faktorer. Prognosen delas upp på olika specialitetsgrupperingar, och en viktig faktor som till exempel sysselsättningsgrad, följs upp i betydligt högre utsträckning.

När det gäller efterfrågan listar den engelska rapporten till exempel följande fyra faktorer som de viktigaste: demografi, befolkningens hälsobehov, nivå på service samt produktivitet (inklusive teknik, task shifting etcetera). I tidigare SNAPS-rapporter beskrivs de faktorer som SNAPS-gruppen har bedömt vara viktigast när det gäller den framtida läkartillgången. Dessa är i mångt och mycket samma faktorer som beskrivs i den engelska rapporten och det är således inga okända faktorer. Frågan är hur vi i Sverige kan arbeta för att göra arbetsmarknadsprognoser som är tillförlitligare och mer användbara, och som tar hänsyn till nämnda faktorer.