

HS90

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD INFÖR 90 TALET

Den långsiktiga tillgången och efterfrågan på

Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2013



National Library
of Sweden

ETT BEDÖMNINGSUNDERLAG

SOU

1982:11

HS90

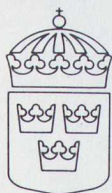
HÄLSO- OCH SJUKVÅRD INFÖR 90 TALET

**Den långsiktiga
tillgången
och
efterfrågan
på
läkararbetskraft**

ETT BEDÖMNINGSUNDERLAG

SOU

1982:11



Statens offentliga utredningar

1982:11

Socialdepartementet

Den långsiktiga tillgången och efterfrågan på läkararbetskraft

Ett bedömningsunderlag

Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS 90)

Stockholm 1982

Omslag Jan Bohman
Jernström Offsettryck AB

ISBN 91-38-06827-3
ISSN 0375-250X

Gotab, Stockholm 1982

Innehåll

1	<i>Inledning</i>	7
1.1	Uppdraget	7
1.2	Den rullande läkarplaneringen	8
2	<i>Utvecklingen av läkartillgången och tidigare beräkningar av läkar- efterfrågan</i>	9
3	<i>Läkartillgång/läkar efterfrågan i ett internationellt perspektiv</i>	15
4	<i>Den framtida läkartillgången</i>	17
4.1	Nyttillskottet av läkare med svensk och utländsk utbildning	17
4.1.1	Genomströmningen i grundutbildningen	17
4.1.2	Könsfördelningen	21
4.1.3	Tillskott från utlandet	21
4.2	Yrkesverksamhet	22
4.3	Aktivitet bland de yrkesverksamma	23
4.4	Generell arbetstidsförkortning m m	24
4.5	Resultatet av tillgångsberäkningarna	24
5	<i>Den framtida efterfrågan på läkararbetskraft</i>	29
5.1	Utvecklingen under 1970-talet	29
5.2	Framtida efterfrågan	35
5.2.1	Allmänt	35
5.2.2	Utvecklingen fram till år 1985	37
5.2.3	Utvecklingen åren 1986–2000	41
5.3	Resultatet av efterfrågeberäkningarna	42
6	<i>Avstämning mellan beräknad tillgång och efterfrågan</i>	45
7	<i>Översiktliga konsekvensberäkningar</i>	47
7.1	Efterfrågeutvecklingen	47
7.2	Yrkesverksamhet och aktivitet	48
7.3	Jämförelse mellan skilda alternativ	49
7.4	Konsekvenser på tillgångsberäkningarna av förändringar i nyttillskottet	50
8	<i>Avstämning mot nuvarande utveckling</i>	53

9	Sammanfattning och avslutning	59
	Bilaga 1 Använda begrepp och definitioner	63
	Bilaga 2 Särskilt yttrande (Hans Rundcrantz)	65
	Bilaga 3 Särskilt yttrande (Landstingsförbundets representanter och experter)	67

Till Socialdepartementets sjukvårdsdelegation

Genom beslut i socialdepartementets sjukvårdsdelegation i juni 1978 påbörjades ett arbete med ett nytt principprogram för den framtida hälso- och sjukvården med sikte på åren 1990–2000 (HS 90). En särskild styrgrupp inom delegationen leder projektarbetet. Styrgruppen har för närvarande följande sammansättning:

Ledamöter representerande staten:

Statssekreteraren Åke Petterson ordförande (ersättare expeditionschefen Bengt Söderqvist) och generaldirektören Barbro Westerholm (ersättare avdelningschefen Sven Alsén).

Ledamöter representerande landstingsförbundet:

Landstingsrådet Solveig Agnevik, landstingsledamoten Ruth Kärnek och landstingsrådet Bertil Göransson (ersättare landstingsledamoten Carl-Johan Ihrfors och landstingsrådet Evert Eriksson).

Experter:

Andre förbundsordföranden Margareta Svenson, Svenska kommunalarbetsreförbundet, f. förbundsordföranden Gerd Zetterström-Lagervall, Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund, docenten Hans Rundcrantz, Sveriges läkarförbund, förbundsledaren Rune Carlsson, landstingsförbundet, direktören Thorsten Thor, Spri, den sakkunnige Carl-Anders Ifvarson, socialdepartementet, samt avdelningschefen Gunnar Wennström, socialstyrelsen.

HS 90-projektet genomförs inom socialstyrelsen. Arbetet leds av avdelningschefen Gunnar Wennström och byråchefen Göran Dahlgren. För den del som är inriktad på personal- och utbildningsplaneringsfrågor svarar avdelningsdirektören Per-Olov Stålbo.

Sjukvårdsdelegationen redovisade i januari 1981 en rad underlagsstudier inom olika problemområden som bedömdes vara av strategisk betydelse för den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården. Häri ingick bl. a. en sekretariatspromemoria om personalförsörjning och utbildning.

I en särskild skrift redovisade sjukvårdsdelegationen utgångspunkter och riktlinjer för den andra etappen av arbetet med HS 90 (SOU 1981:4). Denna etapp förutsattes bli inriktad på tre områden, varav ett var

– personal- och utbildningsplanering.

När det gäller denna delstudie framhölls i riktlinjerna att det var väsentligt att i det fortsatta HS 90-arbetet söka klarlägga hur personalsammansättningen påverkas av de vårdpolitiska mål som uppställts för hälso- och sjukvården och hur relationen mellan olika personalgrupper förändras. Speciella motiv

fanns också enligt riktlinjerna att särstudera utvecklingen när det gäller den långsiktiga efterfrågan på läkararbetskraft.

Mot den bakgrunden har frågan om den långsiktiga tillgången och efterfrågan på läkararbetskraft brutits ut ur det fortsatta HS 90-arbetet och behandlats med förtur.

Som resultat av denna del av utredningsarbetet får styrgruppen härmed överlämna delrapporten – ”Den långsiktiga tillgången och efterfrågan på läkararbetskraft – ett bedömningsunderlag”.

Det har i detta arbete inte varit möjligt att göra den genomgång av utvecklingen för hela hälso- och sjukvårdssektorn som i och för sig hade varit önskvärd, speciellt när det gäller att bedöma efterfrågan på personal. De bedömningar och beräkningar som redovisas i delrapporten bygger i huvudsak på trendbeskrivningar – i avseende på volymutveckling och tänkbart expansionsutrymme – med utgångspunkt i nu kända utvecklingstendenser och hälso- och sjukvårdspolitiska målsättningar. Läkarefterfrågan har därmed beräknats som en konsekvens av hela hälso- och sjukvårdssektorns utveckling och inte på grundval av objektiva fastställda vårdbehov.

Inom HS 90-projektet fortsätter arbetet med att analysera den framtida tillgången och efterfrågan på personal av olika kategorier.

Styrgruppen för HS 90 har inte gjort några bindande ställningstaganden i samband med behandlingen av delrapporten. Avsikten är att denna, genom att den nu överlämnas till sjukvårdsdelegationen, skall kunna utgöra ett underlag vid diskussioner och överväganden om t. ex. läkarutbildningens dimensionering.

Till delrapporten har experten i styrgruppen Hans Rundcrantz såsom läkarförbundets representant avgivit ett särskilt yttrande. Likaså har landstingsförbundets ledamöter och experter avgivit ett särskilt yttrande. Dessa finns fogade som bilagor.

Åke Petterson
Ordförande i styrgruppen

Gunnar Wennström
Projektledare

1 Inledning

1.1 Uppdraget

HS 90-utredningen redovisade i januari 1981 en rad underlagsstudier inom olika problemområden som bedömdes vara av strategisk betydelse för den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården. Häri ingick bl. a. en sekretariatspromemoria om personalförsörjning och utbildning.

I en särskild skrift redovisade sjukvårdsdelegationen utgångspunkter och riktlinjer för den andra etappen av arbetet med HS 90 (SOU 1981:4). Denna etapp förutsättes bli inriktad på följande tre områden, nämligen

- principiella utgångspunkter och riktlinjer för det hälsopolitiska arbetet,
- vidareutveckling av den strukturmodell för hälso- och sjukvården som redovisats i HS 80 med särskild tonvikt lagd på länssjukvårdens arbetsuppgifter, organisation och samverkan med primärvården och regionsjukvården samt
- personal- och utbildningsplanering.

I fråga om den sistnämnda delstudien framhölls att det var väsentligt att i det fortsatta HS 90-arbetet söka klarlägga hur personalsammansättningen påverkas av de vårdpolitiska mål som uppställts för hälso- och sjukvården och hur relationen mellan olika personalgrupper förändras.

Tidsperspektivet för dessa analyser förutsättes vara 10–20 år och omfatta olika grupper av personalkategorier. Speciella motiv fanns dock enligt riktlinjerna att särskilja utvecklingen när det gäller den långsiktiga efterfrågan på läkararbetskraft.

Mot denna bakgrund har frågan om den långsiktiga tillgången och efterfrågan på läkararbetskraft brutits ut ur HS 90:s delstudie om personal och utbildning och behandlats med förtur.

Styrgruppen för HS 90 fastställde 1981-08-31 vissa riktlinjer för de beräkningar över framtida tillgång och efterfrågan på läkare som skulle ligga till grund för en första rapport i ärendet.

Mot bakgrund av den tidsplan som gäller för denna rapportering har det inte varit möjligt att göra den genomgång av utvecklingen inom hela hälso- och sjukvårdssektorn som i och för sig hade varit önskvärd, speciellt när det gällt att bedöma efterfrågeutvecklingen. Den efterfrågebedömning som redovisas i rapporten är i huvudsak en trendframskrivning utan någon programmatisk ansats vad gäller läkarbehovet inom skilda verksamhetsområden (t. ex. allmänmedicin, långtidssjukvård, psykiatri etc.). I kapitel 8

stäms emellertid beräkningarna av mot nuvarande utveckling och sjukvårdspolitiska mål och en tänkt fördelning av vidareutbildade läkare på olika sektorer och verksamhetsområden tas fram.

1.2 Den rullande läkarplaneringen

Jämfört med vad som gäller för andra utbildningsgrupper är läkarnas studier, vidareutbildning och arbetsförhållanden reglerad i mycket hög grad.

För närvarande är läkarfördelningsprogrammen (LP) de viktigaste planeringsinstrumenten för att fördela tillgången på läkare till olika verksamhetsområden, vårdformer och sjukvårdsområden. Syftet med dessa program är dels att styra nytillskottet av färdiga läkare till olika verksamhetsområden (specialiteter) i enlighet med långsiktiga hälso- och sjukvårdspolitiska mål, dels att fördela tillskottet av vidareutbildade läkare mellan olika vårdformer och geografiska områden i landet. Programmet fungerar därvid i denna senare del som ett ransoneringsinstrument. Det ligger till grund för socialstyrelsens medgivande att inrätta läkartjänster inom offentlig hälso- och sjukvård enligt bestämmelserna i sjukvårdskungörelsen (SFS 1972:676 §§ 16 och 17).

Arbetet med att ta fram läkarfördelningsprogram skall enligt beslut av socialdepartementets sjukvårdsdelegation vara rullande. Programmet skall ses över i princip vartannat år. Sjukvårdsdelegationen har sedan 1973 tagit ställning till ett flertal läkarfördelningsprogram. Det senaste – LP 83 avseende åren 1982 och 1983 – fastställdes i december 1980.

Läkarfördelningsprogrammet består som tidigare nämnts av två huvuddelar. Den ena delen är fördelning av utbildningsblock för allmäntjänstgöring (AT) geografiskt samt för fortsatt vidareutbildning (FV) på verksamhetsområden och geografiskt. Den andra delen är en fördelning av tjänster för vidareutbildade läkare på olika vårdformer (sluten och öppen vård) och geografiskt.

Fördelningen av utbildningsblock på skilda regioner och utbildningsmål är anpassad till behovet av läkararbetskraft på längre sikt.

Det är givet att resultaten av en sådan långsiktig behovsbedömning, mätt i underläkarbemanning, i regel inte helt överensstämmer med den dagsaktuella efterfrågan eller med den tidigare fördelningen av underläkare. Denna konflikt ger upphov till avvikelser från fördelningsplanen. Framst tar sig detta uttryck i att tjänstgöringsmöjligheter utanför blocksystemet i form av vikariat uppstår i betydande omfattning. Dessa vikariat kan sedan tillgodoräknas som vidareutbildning. I nuvarande reglesystem är det inte möjligt annat än för de lokala instanserna att direkt påverka omfattningen av den fortsatta vidareutbildningen utanför blocksystemet.

Läkarfördelningsprogrammets andra del – tjänstetilldelningen – är tänkt att styras så att man med hänsyn tagen till befolkningsunderlag m.m. får en rättvis fördelning av läkartjänster. Även i detta avseende påverkas emellertid utfallet av det betydande vikariatsutrymme som för närvarande finns.

Som en följd av dessa förhållanden har syftet att styra över en större andel av läkararbetskraften till i dag underförsörjda verksamhetsområden och regioner inte fullt ut kunnat uppnås.

2 Utvecklingen av läkartillgången och tidigare beräkningar av läkarefterfrågan

Läkartillgången

I tabell 1 redovisas läkarkårens utveckling i Sverige under de senaste 100 åren. Som framgår därav har ökningen av det totala antalet läkare i absoluta tal varit särskilt påfallande under de senaste tjugo åren. I tabellen anges också läkarkårens utveckling i förhållande till befolkningstalet.

Tabell 1 Läkarkårens utveckling 1880–1980.

Slutet av år	Antal läkare	Antal inv. per läkare
1880	630	7 200
1900	1 340	3 850
1920	1 750	3 400
1940	3 440	1 850
1960	7 130	1 050
1970	10 560	765
1980	18 800 ^a	440

^aHärav är ca 1 800 läkare under allmäntjänstgöring (AT).

Läkarprognosutredningar

Under 1900-talet har en rad utredningar genomförts om tillgång och efterfrågan på läkararbetskraft. Bakgrunden för flertalet utredningar var den brist på läkare som förelåg vid tillfället för undersökningen, men också – framför allt under 1930-talet – farhågor för en framtida överproduktion på sådan arbetskraft. I följande sammanställning nämns de olika, framför allt statliga, utredningar som behandlat frågan om tillgång och efterfrågan på läkare. Här finns inte anledning att närmare redovisa de bedömningar som gjorts av de enskilda utredningarna.

Utredningar om tillgång och efterfrågan på läkare.

Organisation (motsv.)	År	Referens
1918 års sakkunniga	1920	Betänkande och förslag ang. vissa den medicinska undervisningen rörande frågor.
G. Dahlberg	1931	En yrkesstatistisk utredning över läkarbanan i Sverige. Uppsala läkarförening 1931.
Wicksell-Jerneman	1935	Betänkande med undersökningar och förslag i anledning av tillströmningen till de intellektuella yrkena (SOU 1935:52).
1938 års läkarutbildningssakkunniga	1945	Betänkande med utredning och förslag ang. läkarutbildningen III. Utbildningen efter medicine licentiatexamen (SOU 1945:56).
Medicinalstyrelsens prognos	1948	Den öppna läkarvården i riket (SOU 1948:14).
Läkarförbundet	1950	Svenska läkartidningen 1950:35.
Arbetskraftsutredningen	1955	Arbetskraftsbehovet och offentlig verksamhet (SOU 1955:34).
ÖHS-kommittén	1958	Hälsövård och öppen sjukvård i landstingsområden (SOU 1958:15).
Läkarprognosutredningen	1961	Om läkarbehov och läkartillgång (SOU 1961:8)

Samtliga ovan redovisade utredningar har – förutom att de handlar om läkare – egentligen endast ett drag gemensamt. Så långt framtidsbedömningarna kunnat kontrolleras mot det faktiska utfallet har ingen överskattat utvecklingen på efterfrågesidan. I något fall har man kommit ganska nära sin bedömning men i övrigt har man grovt underskattat utvecklingen.

Den senast genomförda fristående statliga utredningen om läkartillgång och läkarefterfrågan – läkarprognosutredningen – visar sig vid en efterkontroll vara relativt realistisk i sin bedömning, även om också denna utredning underskattade utvecklingstakten. Läkarprognosutredningen beräknade på grundval av vissa programmatiska antaganden om hälso- och sjukvårdsutvecklingen att läkarbehovet år 1970 skulle komma att uppgå till 11 000 à 11 500, räknat i heltidsarbetande läkare. På basis av fortsatta trendframskrivningar gjorde utredningen därefter den – som den kallade – försiktiga uppskattningen, att läkarbehovet år 1980 skulle uppgå till i storleksordningen 15 000 à 16 000, återigen räknat i heltidsarbetande läkare.

Som framgår av tabell 1 kom den verkliga totala tillgången på yrkesverk-

samma läkare att år 1970 uppgå till 10 560 och år 1980 till 18 800. Även om detta mått inte är detsamma som används vid prognosberäkningarna kan konstateras att man underskattat utvecklingen. Härtill bör också erinras om att vid båda tillfällena var många läkartjänster vakanta samtidigt som det fanns ytterligare annan otillfredsställd läkarefterfrågan.

Mot bakgrund av nämnda behovsberäkningar föreslog läkarprognosutredningen 1961 att utbildningen av läkare skulle snarast ökas till det högsta möjliga utan avkall på utbildningens kvalitet. Detta förslag kom sedan att ligga till grund för den utvidgning av läkarutbildningskapaciteten i landet, som genomfördes under 1960-talet och som innebar att antalet nybörjarplatser vid de medicinska lärosätena utökades från 432 år 1960 till 1 026 år 1972.

Efterfrågebedömningar i LP-arbetet

Under de senaste årtiondena har någon övergripande statlig utredning om läkarefterfrågan inte genomförts. Däremot har – som led i det rullande arbetet med läkarfördelningsprogram (LP-arbetet) – utförts en rad undersökningar om den framtida tillgången på läkare samt om den lämpliga fördelningen av läkare på olika verksamhetsområden och vårdformer. Till grund för de program, som upprättats för fördelning av vidareutbildningsblock (FV block) har legat beräkningar om tillgången på läkare vid en viss framtida tidpunkt (planeringshorisont) samt om efterfrågan på läkare och dess fördelning på verksamhetsområden och vårdformer vid samma tidpunkt.

I det läkarfördelningsprogram som togs fram under 1975 (LP 80) gjordes ett relativt omfattande översyns- och utredningsarbete av en rad faktorer som kunde tänkas påverka den framtida läkarförsörjningen.

Som ett underlag för de efterfrågeberäkningar avseende år 1985 som gjordes i LP 80 användes bl. a. huvudmännens sjukvårdsplaner, LKELP/RUPRO 74, HS 80 och olika principprogram avseende bl. a. långtidssjukvård, psykiatri m.m., samt material från specialistföreningar, arbetarskyddsstyrelsen, dåvarande UKÄ och försvarets sjukvårdsstyrelse.

Det viktigaste och principiellt sett intressantaste underlagsmaterialet var huvudmännens sjukvårdsplaner.

Sjukvårdsplaner med 1985 som planeringshorisont förelåg från flertalet huvudmän. Endast sådana planer medtogs vilka hade behandlats av någon politisk instans (förvaltningsutskott, sjukvårdsstyrelse etc.). Detta innebar att 13 planer kunde användas i de slutliga beräkningarna.

Planerna sammanställdes i tre huvudgrupper med hänsyn till den slutna vårdens organisation och omfattning. Grupp 1 omfattade sjukvårdsområden med region- och/eller undervisningssjukhus inom sjukvårdsområdet, grupp 2 områden med 4–6 delade akutsjukhus samt slutligen grupp 3 med 1–3 sådana sjukhus. Den i planerna redovisade efterfrågan på vidareutbildade läkare räknades sedan upp till riksnivå i relation till berörda sjukvårdsområdens andelar av befolkningen inom respektive huvudgrupp.

Av tabell 2 framgår att efterfrågan på vidareutbildade läkare, uppräknad till riksnivå enligt de utvalda sjukvårdsplanerna, beräknades uppgå till drygt 15 000 tjänster år 1985. Områden med regionsjukhus svarade för ca 60

Tabell 2 Efterfrågan på läkartjänster 1985, grundad på ett urval av sjukvårdsplaner uppräknade till riksnivå.

MV-block	Antal tjänster
1. Psykiatri	1 686
2. Allmänläkarvård	4 015
3. Långvård/rehabilitering	
4. Barnmedicin	
5. Medicinblock	6 821
6. Kirurgiblock	
7. Serviceblock	2 399
8. Övrigt	142
Totalt	15 063

procent av efterfrågan enligt denna beräkning. De prioriterade vårdområdena allmänläkarvård, psykiatri och långvård beräknades öka sin andel till 38 procent i mitten på 1980-talet.

Som en allmän kommentar till dessa beräkningar framhöll man att den redovisade uppräknningen på riksnivå måste tolkas med försiktighet med hänsyn till den begränsade tillgången på planer från områden med regionsjukhus. Färdigbehandlat planmaterial saknades således från samtliga storstadsområden. Ett annat osäkerhetsmoment utgjorde den s.k. uppräkningsfaktorn. Läkarefterfrågan kan variera kraftigt, beroende på vilken procentsats man använder för att räkna upp antalet "tjänster" till begreppen "årsarbetare" eller "heltidsanställda".

Den framtida efterfrågan på läkare inom den offentliga hälso- och sjukvården ansågs inte möjlig att förutse enbart på grundval av då föreliggande sjukvårdsplaner. Av den anledningen redovisas också en del annat tillgängligt material som belyste utvecklingen av läkarefterfrågan.

Läkarförbundets prognosarbete

Under de senaste åren har frågan om den långsiktiga tillgången och efterfrågan på läkare samt om balansen dem emellan kommit allt starkare uppmärksammas. I samband med att kravet växt på återhållsamhet på hälso- och sjukvårdsutbyggnaden och på en dämpad expansionstakt har framför allt från läkarsidan anförts farhågor för ett framtida överskott på läkare.

Inom Sveriges läkarförbund har en intern arbetsgrupp under senare år arbetat med att försöka prognostisera utvecklingen på läkararbetsmarknaden fram till omkring år 2020. Denna prognosarbetsgrupp (förkortad PRAG) redovisade i en första delrapport år 1980 bedömningar och beräkningar beträffande tillgången på läkare.

I en andra delrapport, som presenterades under våren 1981, behandlades frågan om den framtida efterfrågan på läkare samt jämförelser mellan tillgångs- och efterfrågeberäkningarna.

Sammanfattningsvis leder läkarförbundets beräkningar till att det långsiktiga behovet av läkararbetskraft kan uppskattas till 42,0–43,7 miljoner läkararbetstimmar, varav 33,6–35,3 miljoner timmar faller på vidareutbil-

dade läkare. Detta motsvarar ett behov av 20 000–21 000 vidareutbildade läkare som arbetar 40 timmar i veckan, alternativt ca 23 000–24 000 läkare med 35 timmars arbetsvecka.

Denna behovsnivå nås enligt läkarförbundet med nuvarande intag till läkarutbildningen redan under perioden 1995–2000. Med 40-timmarsvecka täcker således den beräknade tillgången på vidareutbildade läkare behovet enligt denna uppskattning. Ytterligare läkartillskott måste således användas till att förkorta arbetstiderna om full sysselsättning skall kunna upprätthållas.

Det ekonomiska utrymmet för att anställa läkare, dvs. *efterfrågan*, måste enligt läkarförbundet öka under 1980-talet med 3 procent per år om de läkare som utbildas skall få arbete. Om efterfrågan växer med 2,4 procent per år kommer ett överskott att uppstå under perioden 1985–2000 som beräknas till mellan 1 000–2 000 läkare. Med en tillväxt på endast 1 procent årligen kan enligt läkarförbundet överskottet bli så stort som närmare 10 000 läkare i värsta fall. Vid dessa beräkningar förutsätter man att en generell arbetstidsförkortning till 35 timmar per vecka genomförs. Detta medför att varje läkare blir dyrare mätt i reala priser, vilket i sin tur innebär att man får råd med ett mindre antal läkare inom den givna ekonomiska ramen än om en sådan arbetstidsförkortning inte genomförs.

De båda PRAG-rapporterna har överlämnats till HS 90-utredningen för att ingå som ett underlag i dess personalprognosarbete.

3 Läkartillgång/läkarefterfrågan i ett internationellt perspektiv

I slutet av 1970-talet var antalet invånare per läkare följande i några olika länder.

År	Land	Antal inv. per läkare
1976	Sovjetunionen	300
1978	Danmark	480
1978	Island	490
1976	Västtyskland	500
1978	Sverige	510
1978	Finland	580
1976	USA	620
1975	Frankrike	680
1974	England och Wales	760
1977	Indien	3 600
1977	Etiopien	71 500

Detta sätt att visa läkartätheten ger dock inte något adekvat mått på hälso- och sjukvårdens standard i de olika högt utvecklade länderna. För utvecklingsländerna kan däremot detta mått ge en viss översiktlig bild av läget. Läkartätheten i olika industriländer måste bedömas med hänsyn till läkarutbildningens mål och innehåll, tillgången på annan sjukvårdspersonal och dess kvalifikationer liksom tillgången på andra hjälpkrafter och teknisk utrustning och den arbetsfördelning, som följer härav. Vidare växlar praxis mellan de olika länderna såväl i fråga om själva läkarbegreppet som då det gäller avgränsningen mellan yrkesverksamma och icke yrkesverksamma läkare samt mellan läkare och andra personalkategorier. Hälso- och sjukvårdsverksamheten påverkas också i hög grad av arbetstidsförhållanden, som kan växla mellan olika personalgrupper och mellan olika länder. Tillgången på läkare i de olika länderna är slutligen starkt beroende av de generella insatser som gjorts i varje land för att vidga möjligheterna till högre utbildning och att därmed öka andelen högutbildade i landet.

Under de senaste decennierna har kraftfulla åtgärder vidtagits i flertalet industriländer för att öka läkarutbildningskapaciteten och därmed tillgången

på läkare. I många länder bedömer man sig ha uppnått eller förväntar man sig att inom en relativt nära framtid nå en balans mellan tillgång och efterfrågan. I vissa länder fruktar man också ett överskott. Nedskärningar i läkarutbildningskapaciteten har därför aktualiserats – detta gäller bl. a. våra nordiska grannländer. I några länder, bl. a. i USA och i Västtyskland, har antalet antagningsplatser vid de medicinska läroanstalterna redan begränsats.

I de fall då det är stora skillnader mellan Sverige och utlandet i avseende på tillgång och efterfrågan på läkare kan strömmar över gränserna bli stora. Den utbildningskapacitet som vi för närvarande har bör rimligen leda till att nuvarande läkarbrist minskar och att vi så småningom uppnår en bättre balans mellan tillgång och efterfrågan. Även i det övriga Europa och i USA går utvecklingen mot en balans – som nämnts ovan fruktar man också på vissa håll en överskottssituation. Någon nämnvärd utvandring av svenska läkare är därför knappast att räkna med. Även om invandringen av utländska läkare till Sverige av arbetsmarknadsskäl skulle minska, kommer troligtvis en viss nettoinflyttning ändå att ske under överskådlig tid. Bl. a. tar vi redan nu emot ett antal flyktingläkare och ett begränsat antal yngre nordiska läkare vidareutbildar sig också här. Härav stannar några. Den dominerande delen av läkare med utländsk utbildning har hittills kommit från de nordiska länderna, främst Danmark. För att utomnordiska läkare skall kunna få arbetstillstånd fordras en anknytning till Sverige eller flyktingstatus.

4 Den framtida läkartillgången

I arbetet med det senaste läkarfördelningsprogrammet, LP 83, utarbetades en prognos över den långsiktiga tillgången på läkararbetskraft. Denna prognos sträcker sig emellertid endast till 1990. Den behöver därför förlängas, eftersom HS 90:s studie skall sikta mot år 2000. En del av de grundantaganden som görs i prognosen bör också revideras. Mot den bakgrunden redovisas i det följande nya beräkningar av tillgången på läkararbetskraft.

De viktigaste faktorer som påverkar tillgångsberäkningarna behandlas nedan.

4.1 Nytillskottet av läkare med svensk och utländsk utbildning

4.1.1 Genomströmning i grundutbildningen m.m.

I LP-arbetet har man beräknat att endast fem procent av de studerande som påbörjar läkarutbildningen definitivt avbryter sina studier. Detta grundas på att den egentliga dimensioneringen av läkarutbildningen alltid utgått från den kliniska utbildningen. För att fylla alla planerade kliniska kurser har den prekliniska utbildningen fram till den tidigare medicinekandidatexamen ett visst överintag. Bortfallet från den prekliniska utbildningen har uppgått till ett par procent. Avbrotten under det kliniska stadiet är erfarenhetsmässigt mycket få. Däremot har studieförseningar förekommit i betydande omfattning. Före 1969 års läkarutbildningsreform var studieförseningar på grund av uppehåll från studierna mycket vanliga.

En studie av 323 läkare, som 1965 erhöll legitimation, visade att endast 0,9 procent avlade examen efter 6,5 år och 9,9 procent efter 7 års studier. Den genomsnittliga studietiden beräknades till 8,5 år mot en förväntad normalstudietid av endast 6 år. Bl. a. för att komma till rätta med dessa omfattande studieförseningar ändrades läkarnas grundutbildning 1969 till en helt bunden studiegång. Eftersom de studerande enligt 1969 års studiegång inte längre avlägger med. kand. examen finns inte längre några enkla statistiska mått för beräkning av storleken på de definitiva studieavbrotten under den inledande studiefasen.

Att beräkna det definitiva bortfallet från studierna med ledning av offentlig statistik har hittills inte varit möjligt beroende på att studieuppe-

Tabell 3 Antalet antagningsplatser och examinerade på läkarlinjen.

Läsår	67/68	68/69	69/70	70/71	71/72	72/73	73/74
Antagna	844	844	956	976	976	1 026	1 026
Läsår	73/74	74/75	75/76	76/77	77/78	78/79	79/80
Examinerade	1 229	892	813	889	923	858	844
Andel examine- rade i relation till antagna sex år tidigare	145 %	106 %	85 %	92 %	95 %	84 %	82 %

hållen är så vanliga. Vidare har antalet platser på läkarlinjen ökat kontinuerligt under hela 1960-talet fram t.o.m. läsåret 1972/73. Under perioden mellan 1963/64 och 1972/73 ökades antalet nybörjarplatser med 480 platser. Vidare har examinationen från läkarutbildningen varierat mycket mellan åren bl. a. till följd av att utbildningen ändrades 1969. Många studerande som tidigare gjort studieuppehåll kom då tillbaka till högskolan och avslutade sina studier inom ramen för den gamla studieordningen. Detta påverkade i hög grad examinationssiffrorna under några år i början av 1970-talet.

I tabell 3 har den faktiska examinationen under 1970-talet relaterats till antagningarna sex år tidigare i syfte att ge en bild av de svårigheter som är förknippade med att prognostisera examinationen över en längre period.

De mycket höga relationstalen under första delen av den redovisade perioden hänger som nämnts samman med att ett stort antal studerande återvände till studierna i samband med reformeringen 1969. Av tabellen framgår också att examinationen under senare år gått ner betydligt jämfört med vad som kunde förväntas på grundval av antagningssiffrorna. En ytterligare faktor som försvårar en direkt jämförelse mellan antagnings- och examinationssiffror är att antagning av läkare som gjort en del av grundutbildningen utomlands sker även efter den första terminen.

Som framgår av tabell 3 är det inte möjligt att enkelt ställa antalet examinerade i relation till antalet nybörjarplatser och med ledning därav dra några slutsatser av studieavbrottens omfattning, varken de definitiva eller tillfälliga.

För att kunna uppskatta den nuvarande omfattningen av de definitiva avbrotten av studieuppehållen och för att kunna prognostisera de närmaste årens examination vände socialstyrelsen och UHÄ sig gemensamt under våren 1981 till de medicinska läroanstalterna med en anhållan att de skulle sammanställa och analysera de uppgifter om bortfall och studieförseningar m.m. som finns lokalt.

Den prognos över examinationsutvecklingen som begärdes i enkäten skulle grundas på en studie över flödet genom grundutbildningen enligt en redovisad modell. Härvid skulle några representativa antagningskullar följas över tiden och avbrott eller studieuppehåll m.m. ringas in och orsakerna särstuderas.

Svar har erhållits från fem (av sex) linjenämnder.

Linjenämnderna har i sina svar framfört att stora svårigheter är förknippade med en studie av föreslagen modell. Framför allt saknas administrativa system och resurser för att på kort tid kunna ta fram ett säkert prognosunderlag. Vidare förutsätter modellen att personlig kontakt tas med i första hand de studerande, som gjort studieavbrott. Detta har dock tiden inte medgivit.

En preliminär analys av resultaten av denna studie tyder på att de kända definitiva avbrotten inte kan uppgå till mer än fem procent. Uppföljningsstudier termin för termin visar att därutöver finns en stor grupp, på några håll uppemot 20 procent, för vilka man inte vet hur pass omfattande studieför-
seningarna är eller i vilken omfattning det är fråga om definitiva studieavbrott.

Orsakerna till studieavbrotten är inte klarlagda. Undersökningar som gjorts vid högskoleenheterna visar dels att avbrotten är av samma slag nu som före läkarutbildningsreformen, nämligen tjänstgöring inom högskolan som lärare i grundutbildningen och samtidig medverkan i institutionernas forskningsprojekt, läkarvikariat eller annat vikariat inom sjukvården, graviditetsledighet eller sjukdom. Särskilda undersökningar som gjorts av de studerande som antagits efter 1977 års högskolereform och med andra antagningsregler tyder på att åren omedelbart efter högskolereformen 1977 ökade de definitiva avbrotten något. När nu antagningsreglerna åter ändras förväntar UHÄ att de definitiva avbrotten åter stabiliseras kring fem procent.

För att få bättre information om orsakerna bakom studieavbrotten (studiesociala, pedagogiska etc.) avser UHÄ att tillsammans med läroanstalterna genomföra en fördjupad undersökning om detta problem.

Från samtliga läroanstalter rapporteras nu enligt uppgift från UHÄ att studieuppehållen minskar i omfattning och att allt fler studerande som gjort studieuppehåll nu söker sig tillbaka till högskolan för att avsluta sina studier. För närvarande är beläggningen på de kliniska kurserna mycket hög. Många studerande som gjort studieuppehåll har t.o.m. fått avvisas från vissa kurser p.g.a. platsbrist. Med ledning av dessa underhandsuppgifter kan en ökning av examinationen förväntas under de närmaste åren.

Även mellan examination och legitimation tyder befintlig statistik på en förhållandevis kraftig uppbromsning av genomströmningen under senare år.

Den faktiska legitimationsutvecklingen och LP 83:s prognos presenteras i tabell 4. Som synes blev det faktiska antalet 1980 lägre än vad man räknat med i prognosen.

Tabell 4 Antalet legitimerade per år. Faktiska tal och prognos enligt LP 83.

Faktiskt						Prognos	
	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981 och framåt
År	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981 och framåt
Antal	710	674	742	736	841	840	900
					faktiskt 775		

För innevarande år (1981) tyder den hittillsvarande legitimationsutvecklingen på att det faktiska antalet legitimerade inte kommer att uppgå till mer än ca 725–750.

En tänkbar förklaring till att antalet legitimerade läkare inte ökat i den takt som kunde förutses med ledning av examinationsstatistiken är de nya regler om allmäntjänstgöringen som infördes 1979 och som innebär att endast allmäntjänstgöring som fullgjorts på särskilda AT-block räknas. Tidigare kunde man fullgöra allmäntjänstgöringen även på vikariat som underläkare inom vissa verksamhetsområden. Många av de som avlagt läkarexamen är av sociala och andra skäl bundna till hemorten och kan eller vill inte flytta dit där de lediga AT-blocken finns. Även andra förklaringar kan finnas med i bilden såsom forskning, graviditet, militärtjänstgöring och deltidstjänstgöring m.m.

Förseningar under allmäntjänstgöringen borde medföra att legitimations-siffrorna om något eller några år ökar och sedan förblir på en högre nivå. Denna uppbromsning skulle påverka läkartillgången först på några decenniers sikt p.g.a. att varje läkare kommer att vara yrkesverksam under ett färre antal år. I tablån nedan har sammanställts vissa uppgifter som belyser den nuvarande genomströmningen i grundutbildningen och AT och speglar svårigheterna att prognostisera utvecklingen.

Tablå Läkare. Antagningsplatser, examinerade och legitimerade.

	År				
	1969/70	1970/71	1971/72	1972/73	1973/74
Platser	956	975	976	1 026	1 026
Examinerade sex år senare	813	899	923	858	844
(Andel förseningar/ bortfall)	(15 %)	(8 %)	(5 %)	(16 %)	(18 %)
Legitimerade ytterligare 2,5 år senare	736	840	775	735	
(Andel förseningar/ bortfall)	(23 %)	(14 %)	(21 %)	(28 %)	

Av befintlig statistik har man således inte kunnat utläsa vilken av ovan berörda förklaringar till de låga legitimationssiffrorna som är den riktiga eller om ytterligare förklaringsvariabler finns med i bilden.

Mot denna bakgrund görs i den nu aktuella tillgångsprognosen preliminärt det antagandet att de definitiva studieavbrotten bara uppgår till i genomsnitt 10 procent fram till år 1985. Vi räknar dock med att ågärder därefter skall sättas in som nedbringar de definitiva avbrotten till fem procent. Det bör betonas mot ovan redovisad bakgrund att detta torde vara ett mycket optimistiskt antagande.

Den genomsnittliga studietiden antogs i LP 83 vara 6,25 år. Detta antagande har valts även i denna prognos. Det material som inkommit från linjenämnderna ger inga antydningar om att detta antagande skulle vara helt orimligt.

Här bör understrykas att studietiden och även antagningsåldern endast har marginella effekter på resultaten när det gäller en prognos på tjugo års sikt. Detta beror på att i beräkningarna börjar tillgången att påverkas i någon avgörande grad först då de personer det gäller börjar närma sig pensionsåldern. Därför behålls i dessa beräkningar även LP 83:s antagande beträffande den genomsnittliga antagningsåldern, dvs. ca 25 år.

Som *antagande* i föreliggande tillgångsberäkningar gäller således att studie bortfallet beräknas till 10 procent fram till år 1985, därefter fem procents bortfall. Den genomsnittliga antagningsåldern antas vara 25 år och den genomsnittliga studietiden 6,25 år.

4.1.2 Könsfördelning

En faktor som påverkar yrkesverksamhetsgrad och -aktivitet är andelen kvinnor bland de examinerade från läkarlinjen. Andelen kvinnor som inte är yrkesverksamma eller endast arbetar deltid har hittills varit högre än motsvarande andel bland männen.

Andelen kvinnor bland de antagna till läkarlinjen sjönk något i samband med att de nya antagningsreglerna till högskolan trädde i kraft år 1977. Fr.o.m. antagningen 1981/82 kommer dock nya regler att gälla, som bl. a. syftar till att öka andelen kvinnor bland de studerande. Utvecklingen under senare delen av 1970-talet illustreras i nedanstående tablå.

År	1976/77	1977/78	1978/79
Andel kvinnor	43,4	39,1	38,5

De nya antagningsreglerna 1977 medförde ett trendbrott då andelen kvinnor bland de antagna tidigare ökat. På längre sikt är det antagligen troligt att könsfördelningen på läkarlinjen återigen kommer att bli jämnare.

Såsom ett *antagande* i tillgångsberäkningarna gäller alltså att andelen kvinnor successivt kommer att öka så att mot slutet av 1980-talet ca 45 procent av de examinerade från läkarlinjen kommer att vara kvinnor.

4.1.3 Tillskott från utlandet

Den andra komponenten i nytillskottet består av läkare med en utländsk utbildning. Nettoinflödet av läkare med utländsk utbildning har i regel varit något hundratal per år. I LP 83 beräknades ett årligt nettoinflöde enligt tabell 5. Även i detta fall gäller att prognosen överskattade det faktiska tillskottet år 1980 något.

Hittillsvarande utveckling under 1981 pekar på ett tillskott av ca 220 läkare för hela detta år.

Enligt den prognos som redovisats i LP 83 kommer tillskottet av utländska läkare från 1980 och fram till år 2000 att bli ca 3 200. Detta förhållande ger anledning till två frågor. Den första är om vi skall basera ett långsiktigt personalbehov på att utlandet skall svara för en så stor del av utbildningen.

Tabell 5 Prognostiserat och faktiskt tillskott av utländska läkare. Enligt LP 83.

Faktiskt		Prognos							
År	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983 och framåt
Antal	87	133	317	320	275	255	255	213	150
					faktiskt 235				

Om vi anser detta vara rimligt måste vi ställa den andra frågan, nämligen i vad mån denna invandring av utländska läkare kommer att förändras i ett läge med bättre balans mellan utbud och efterfrågan på läkararbetskraft? Den andra frågan har berörts något i kapitel 3.

I föreliggande arbete har vi valt att förutsätta att någon större nettoin/ut-vandring p.g.a. arbetsmarknadsskäl inte kommer att ske. Detta medför att nettoinvandringen antas komma att minska till ett 100-tal personer årligen.

Resultatet av en särskild undersökning i LP 83 tyder på att efter tre år finns ca 85 procent av de invandrade läkarna kvar i landet. På längre sikt kan man därför räkna med ett nettotillskott av ca 85 läkare årligen.

Såsom ett *antagande* i tillgångsberäkningen gäller alltså att nettotillskottet av läkare från utlandet blir följande.

År	1982	1983	1984 och framåt
Antal	150	100	85

4.2 Yrkesverksamhet

Med yrkesverksamhetsgrad avses den andel av en yrkeskår som är verksam i yrket. I LP 83 sänktes den mycket höga siffran för yrkesverksamhetsgraden för läkare från tidigare 97,5 procent till 95 procent. Även 95 procent är troligtvis i ett lägre tidsperspektiv för högt. Andra personalgrupper inom vårdsektorn har redan nu yrkesverksamhetsgrader på omkring 75 procent eller därunder. Även för de personalgrupper som genomgått andra specialiserade utbildningar, t. ex. lärarutbildningar, är yrkesverksamheten efter examen betydligt lägre än den som antas för läkarna. Den enda lärargrupp, som kommer i närheten av läkarnas yrkesverksamhetstal är ämneslärarna, för vilka yrkesverksamhetsgraden kan beräknas uppgå till knappt 90 procent.

Mot den bakgrunden gäller såsom ett *antagande* i tillgångsberäkningen följande om yrkesverksamheten.

År	1985	1986-1990	1991 och framåt
Män	0,96	0,94	0,93
Kvinnor	0,93	0,91	0,89

4.3 Aktivitet bland de yrkesverksamma

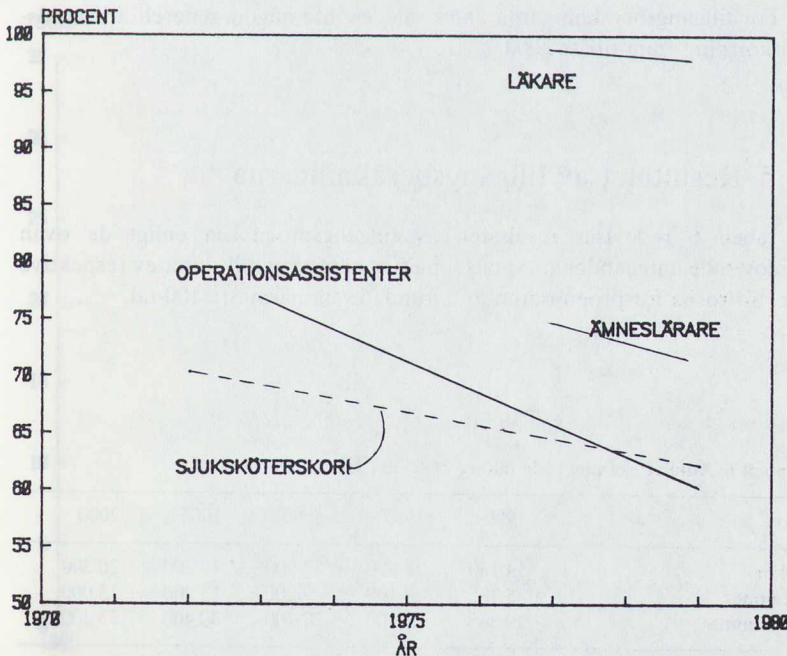
I LP:s prognoser beräknas antalet yrkesverksamma individer. I dessa prognoser tas alltså ingen hänsyn till yrkesaktiviteten (dvs. hur stor andel av en normalarbetstid varje yrkesverksam person arbetar).

För att man skall kunna jämföra en framräknad efterfrågevolym med en framräknad tillgång på arbetskraft måste emellertid hänsyn också tas till aktivitetsmättet.

Här kan nämnas att 1977 arbetade ca 3,5 procent av läkarna i offentlig hälso- och sjukvård på deltid. År 1979 hade denna andel ökat till 5,5 procent. Här konstateras dock samma förhållande som för yrkesverksamhetsgraden, nämligen att andra utbildningskategorier, såväl inom som utom vårdsektorn, har betydligt lägre aktivitetstal (dvs. en högre andel deltidsverksamma). Utvecklingen har också varit relativt entydig med sjunkande aktivitetstal under hela 1970-talet. I diagrammet nedan redovisas utvecklingen avseende aktivitetstalen för några skilda utbildningsgrupper under 1970-talet. Eftersom definitionen på aktivitetsgrad kan skilja sig något mellan olika statistikällor är en exakt jämförelse mellan skilda grupper ej möjlig att göra. Procenttalen i figur 1 är därför ungefärliga.

Mot denna bakgrund gäller som ett *antagande* i tillgångsberäkningarna att aktiviteten bland yrkesverksamma läkare kommer att bli följande.

År	1985	1986-1990	1991 och framåt
Män	0,96	0,94	0,91
Kvinnor	0,94	0,91	0,87



Figur 1. Förändring av aktivitetsgrad för några skilda utbildningsgrupper under 1970-talet

4.4 Generell arbetstidsförkortning m.m.

Så länge den reglerade arbetstiden inom arbetsmarknaden som helhet har existerat, har arbetstagarna tagit ut en del av sin standardstegring i form av kortare arbetstid. Detta har skett generellt genom att den fastlagda veckoarbetstiden har minskats till nuvarande, i regel, 40 timmar. Därutöver har en individuell arbetstidsminskning skett dels genom att den befintliga arbetskraften minskat sin aktivitet, dels genom att nytilkommande inom arbetskraften, främst kvinnor, i stor utsträckning gått till deltidsarbete. Som exempel på detta förhållande kan nämnas att den totala sysselsättningen mellan åren 1970–1979 ökade med ca 270 000 personer eller 0,7 procent per år medan antalet arbetade timmar under samma tidsperiod minskade med 0,7 procent per år.

För läkararbetskraften gäller för närvarande det förhållandet att den genomsnittliga fastställda arbetstiden för heltidsarbetande överstiger 40 timmar per vecka på grund av den s.k. särskilda arbetstiden.

Det är troligt att denna särskilda arbetstid kommer att avvecklas successivt och att detta tillsammans med de antaganden om aktivitetstal som gjorts kommer att innebära en inte obetydlig sänkning av läkarnas genomsnittliga arbetstid.

En sänkning av aktivitetstalen och en generell arbetstidsförkortning påverkar emellertid samma faktor, nämligen antalet arbetade timmar per yrkesverksam läkare och år. Dessa faktorer är således delvis utbytbara. Om en generell arbetstidsförkortning skulle införas, motverkar detta troligtvis den antagna minskningen av aktivitetstalen. Mot denna bakgrund och med beaktande av rådande samhällsekonomiska förhållanden har därför valts att anta att den nuvarande 40-timmarsveckan kommer att bestå under hela prognosperioden.

För tillgångsberäkningarna *antas* således inte någon generell arbetstidsförkortning fram till år 2000.

4.5 Resultatet av tillgångsberäkningarna

I tabell 6 redovisas resultaten av tillgångsprognosen enligt de ovan redovisade antagandena. Antalsuppgifter hänför sig till slutet av respektive år. Siffrorna för prognosåren är avrundade till närmaste 100-tal.

Tabell 6 Antalet examinerade läkare ≤ 65 år, åren 1980–2000.

År	1980	1985	1990	1995	2000
Män	14 160	16 300	17 900	19 200	20 300
Kvinnor	5 185	7 100	9 200	11 200	13 000
Summa	19 345	23 400	27 100	30 400	33 300

I summorna ingår samtliga examinerade läkare, dvs. även underläkare (AT- och FV-läkare – sammanlagt ca 6 500) och ej yrkesverksamma läkare.

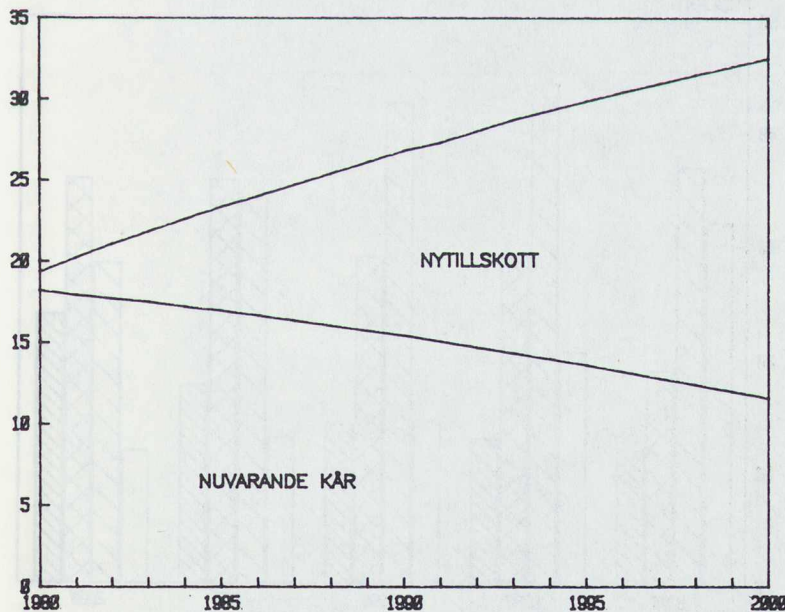
Tabell 7 Antalet yrkesverksamma, examinerade läkare ≤ 65 år, åren 1980–2000.

År	1980	1985	1990	1995	2000
Män	13 800	15 600	16 800	17 900	18 800
Kvinnor	5 000	6 600	8 300	9 900	11 600
Summa	18 800	22 200	25 100	27 800	30 400
Varav vidareutbildade	12 100	15 500	18 300	21 000	23 600

Av tabell 7 framgår antalet yrkesverksamma läkare, med gjorda antaganden om utvecklingen av yrkesverksamhetsgraden, vid några olika tidpunkter fram till år 2000.

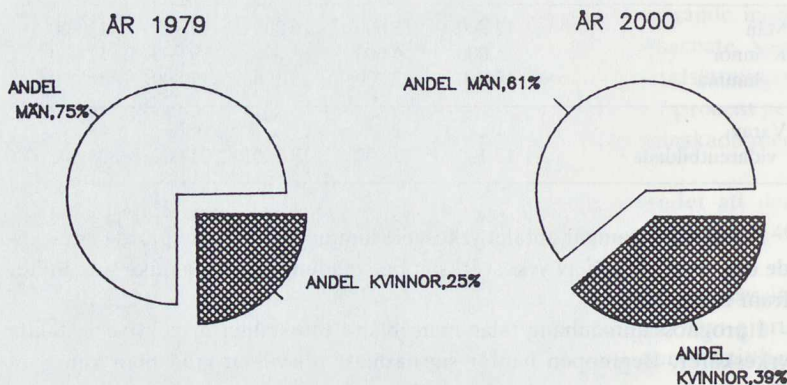
I prognossammanhang talar man ibland om stabila respektive instabila yrkeskårer. Begreppen hänför sig närmast till vilken grad man kan göra förutsägelser om framtiden baserade på den nuvarande kårens beteende. Hög utbildningskapacitet i förhållande till kårstorlek är ofta ett kännetecken på en instabil yrkeskår. I detta hänseende måste läkarkåren betecknas som instabil. I figur 2 redovisas för perioden 1980 till 2000 dels hur många som är kvar av den ursprungskår, som fanns i slutet av 1979, dels hur många som utgörs av personer som är examinerade efter denna tidpunkt.

1000-TAL



Figur 2. Antalet läkare. Nuvarande kår och nyttillskott

Av diagrammet kan utläsas att några år in på 1990-talet kommer ca hälften av läkarna att vara examinerade efter 1979. År 2000 är de "nya" läkarna ungefär dubbelt så många som de "gamla". Detta förhållande begränsar givetvis möjligheterna att på basis av de nuvarande läkarnas arbetsmarknadsbeteende dra säkra slutsatser om den framtida yrkeskårens uppträdande.

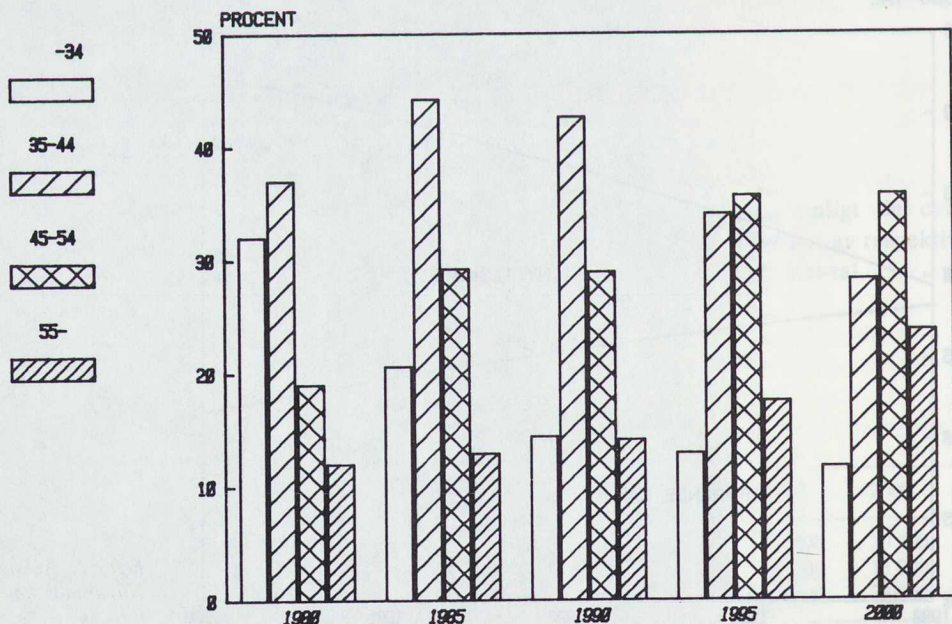


Figur 3. Könsfördelning åren 1979 och 2000

Utöver förhållandet med den höga andelen nyutkommande kan man också notera den förändrade ålders- och könsfördelningen. I figur 4 redovisas andelen män respektive kvinnor i läkarkåren åren 1979 och 2000 och därmed förändringen i könsfördelning mellan de bägge åren.

Figur 4. Åldersfördelning 1980-2000

Som framgår av figuren ökar andelen kvinnor i kåren med ca 14 procentenheter från ca 25 procent år 1979 till knappt 40 procent år 2000.



Eftersom kvinnorna i nuläget har kortare arbetsvecka än männen, och detta förhållande här antas bestå, får denna förändring i könsfördelningen konsekvenser för antalet arbetande timmar.

I figur 4 redovisas också översiktligt den procentuella åldersfördelningen vid några skilda tidpunkter under prognosperioden.

Till följd av ökningarna i grundutbildningen under 1960- och 1970-talen är den nuvarande läkarkåren förhållandevis ung. Ca 70 procent av kåren är idag under 45 år. Denna andel kommer under de närmaste 20 åren att sjunka till under 40 procent. Andelen kommer också att påverkas av den höjning av antagningsåldern vid inträdet i grundutbildningen som inträffade i slutet av 1970-talet. I ett något längre perspektiv får detta till följd att pensionsavgångarna kommer att öka betydligt för att nå en topp omkring år 2015.

Om de tidigare redovisade antagandena om aktivitetsgraderna appliceras på antalet yrkesverksamma läkare enligt tabell 7 erhålls uppgifter på den totala volymen tillgänglig läkararbetskraft, uttryckt i miljoner timmar (avrundade till närmaste 100 000-tal). Vid uppräknningen till timmar per år har antagits att varje läkare arbetar ca 43 veckor under ett år. Resultatet redovisas i tabell 8. Avstämningen mellan tillgång och efterfrågan nedan kommer att genomföras i volymmåttet miljoner timmar.

År	1985	1990	1995	2000
Yrkesverksamma läkare	22 200	25 100	27 800	30 400
Miljoner timmar	36,4	40,2	42,8	46,8

5 Den framtida efterfrågan på läkararbetskraft

De beräkningar om den framtida efterfrågan på läkararbetskraft som i det följande redovisas baseras på den faktiska efterfrågan på sådan arbetskraft som existerade vid slutet av 1970-talet (1979).

Beräkningsmässigt har tre skilda modeller använts för att få fram den faktiska efterfrågan 1979. Resultatet från en av dem används sedan som utgångspunkt för de fortsatta beräkningarna.

5.1 Utvecklingen under 1970-talet

Ett sätt att beskriva huvudmännens efterfrågan på läkararbetskraft är att undersöka hur denna efterfrågan manifesterats i läkartjänster (tabell 9). Beskrivnings sättet har emellertid vissa begränsningar, eftersom utbud och efterfrågan på läkare inte styrs av "marknadskrafter" på klassiskt sätt, utan också regleras genom statlig styrning och frivillig restriktivitet etc.

Den genomsnittliga ökningstakten vad avser antalet läkartjänster har varit 8,3 procent per år mellan åren 1974 och 1979. Detta kan jämföras med ökningen av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård på 5,6 procent per år, med den kommunala expansionen på 4,7 procent per år och med de totala offentliga utgifterna som ökat med 3,9 procent per år under samma tidsperiod. Ökningstakten har bromsats mot slutet av perioden.

Det kan konstateras att det under hela 1970-talet varit en allmän brist på läkare. Detta indikeras bl. a. av att andelen helt vakanta tjänster varit hög (tabell 10). Bristen på läkare varierar kraftigt mellan olika sjukvårdsområden.

Det bör i sammanhanget påpekas att antalet inrättade tjänster och vakanser inte visar huvudmännens hela efterfrågan. Tjänstetilldelningen styrs nämligen av staten. Ätminstone periodvis har man varit restriktiv med tilldelningen till exempelvis storstadsområden och vissa medicinska verk-

Tabell 9 Antalet tjänster för vidareutbildade läkare inom offentlig hälso- och sjukvård. Enligt LKELP.

År	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Tjänster	6 447	7 335	7 935	8 430	9 035	9 605	9 980

Tabell 10 Vakanta tjänster för vidareutbildade läkare inom offentlig hälso- och sjukvård i procent.

År	1974	1977	1979	1981
Vakanser i %	10,9	11,4	11,4	9,0

samhetsområden för att de tillgängliga läkarresurserna skall kunna kanaliseras till de mindre välförsörjda verksamhets- och geografiska områdena. Huvudmännen har emellertid betydande möjligheter att anställa läkare på vikariat i stället för att inrätta fasta tjänster.

Dessa problem har också uppmärksammats av arbetsmarknadsparterna. Socialstyrelsen har på initiativ av dessa och inom ramen för ett s.k. solidariskt läkarförsörjningsprogram skurit ned tjänstetilldelningen kraftigt för åren 1981 och 1982. Tanken med detta är att nytillskottet av läkare under dessa år i första hand skall besätta de nu vakanta tjänsterna. I vad mån detta syfte uppnås är ännu för tidigt att uttala sig om. Emellertid indikerar den senaste vakansundersökningen från september 1981 att andelen vakanta tjänster har börjat minska.

Om man analyserar läkartillgången i de skilda sjukvårdsområdena finner man att antalet innevånare per verksam läkare varierar kraftigt. I Uppsala län går det t. ex. knappt 300 innevånare per verksam läkare. Motsvarande relation i Älvsborgs läns sjukvårdsområde är drygt 700. Till stor del beror sådana skillnader på att vårdstruktur och funktioner skiljer sig mellan sjukvårdsområdena men de påverkas också av reella skillnader i tillgång.

I riket som helhet går det enligt LATT 79 ca 500 innevånare per verksam läkare inklusive privatpraktiserande läkare. Inom sjukvårdsområden med regionsjukvård är motsvarande tal 395 och inom övriga sjukvårdsområden 650. Mot bakgrund av funktioskillnader m.m. är det emellertid föga realistiskt att sträva efter en total utjämning. Nuvarande skillnader är dock oacceptabelt stora. Om man skulle sträva efter att bibehålla antalet läkare inom områdena med regionsjukvård vid dagens genomsnitt för sådana områden och samtidigt öka antalet läkare i de övriga sjukvårdsområdena så att de når upp till minst dagens genomsnitt för alla sjukvårdsområden, nämligen 500 innevånare per verksam läkare, skulle resultatet bli ett ökat behov av läkare på storleksordningen 2 500 läkare.

Dessa exemplifierade beräkningar framgår av tabell 11.

Naturligtvis finns sedan funktionella skillnader även mellan regionsjukvårdsområden. Detta medför att det inte i sig är önskvärt att uppnå en absolut jämn fördelning ens inom de båda huvudgrupperna. De skillnader som framkommer i tabellen är alltså till en del sjukvårdsmässigt motiverade.

Att närmare analysera den regionala läkartillgången och ta fram förslag som representerar en "rättvis" fördelning över planperioden har bedömts som alltför komplicerat för föreliggande typ av arbete. Det torde vara lämpligare att liksom hittills göra sådana överväganden i det rullande läkarfördelningsarbetet. Med hänsyn till tidsplanen kan inte heller utvecklingen av motsvarande regionala obalanser närmare studeras i den avstämning mellan tillgång och efterfrågan som skall göras i HS 90-arbetet.

Tabell 11 Antal läkare, antal innevånare per läkare och behov av ytterligare läkare för att nå regional balans.

Sjukvårdsområde	Antal läkare enl. LATT 79	Innevånare per läkare enligt LATT 79	Tillskott av läkare för att nå minst 1 per 395 resp 500 innevånare
Med regionsjukvård			
Stockholm	3 903	389	—
Uppsala	811	295	—
Östergötland	739	531	254
Malmö kommun	694	341	—
Malmöhus	1 274	397	7
Göteborgs kommun	1 305	335	—
Örebro	477	575	217
Västerbotten	551	437	58
Delsumma	9 754	395	536
Utan regionsjukvård			
Södermanland	366	689	138
Jönköping	470	643	135
Kronoberg	255	672	88
Kalmar	347	696	136
Gotland	87	631	23
Blekinge	241	641	68
Kristianstad	446	621	108
Halland	353	644	101
Göteborg o Bohus	473	585	80
Älvsborg	572	739	274
Skaraborg	389	687	146
Värmland	462	617	108
Västmanland	434	598	85
Kopparberg	428	665	141
Gävleborg	420	701	169
Västernorrland	411	652	125
Jämtland	219	614	50
Norrbottnen	421	633	112
Delsumma	6 794	650	2 087
Total	16 548	500	2 623

Man bör emellertid ha i åtanke att det även i ett läge med en för riket som helhet rådande balans mellan tillgång och efterfrågan på läkare kan döljas regionala över- respektive underskott. Detsamma gäller givetvis fördelningen mellan medicinska verksamhetsområden.

Antalet inrättade tjänster visar emellertid endast en del av den totala efterfrågan. Till detta kommer dels behov av tjänsteutrymme för ej vidareutbildade läkare (underläkare), dels en efterfrågan på vikarier av skilda slag. I LATT-undersökningarna redovisas det antal läkare som

Tabell 12 Antal anställda läkare inom offentlig hälso- och sjukvård. Enligt LATT 79.

Kategori	Antal
Vidareutbildade läkare	7 682
Under FV och AT	6 345
Utländsk examen	536
Med. kand.	340
Total	14 903

faktiskt är anställda inom skilda verksamhetsområden. Dessa antalsuppgifter ger en uppfattning om huvudmännens tillgodosedda, om än ej deras totala, efterfrågan.

Enligt LATT fanns år 1979 ca 14 900 läkare anställda inom den offentliga hälso- och sjukvården. De redovisas uppdelade på kategorier i tabell 12.

Därutöver fanns läkare som inte arbetade inom offentlig hälso- och sjukvård. Antalet sådana läkare uppgick enligt LATT 79 till ca 2 350. Härav arbetade ca 30 procent deltid. Deltidsarbete var betydligt sällsyntare bland de läkare som arbetade inom offentlig hälso- och sjukvård, endast ca 5 procent.

För att försöka mäta den tillgodosedda efterfrågan på läkararbetskraft under 1979 kan man använda sig av skilda metoder. Här nedan presenteras tre.

Alternativ I

Alternativet utgår från den s.k. fastställda arbetstiden.

För de 13 300 läkare, som var anställda inom offentlig hälso- och sjukvård, och hade lämnat individuppgift¹ till LATT 79, och som hade en fastställd arbetstid på 40 timmar eller mer, var denna arbetstid i genomsnitt 43,6 timmar per vecka. Det bör nämnas att sjukvårdshuvudmännen har redovisat fler anställda läkare än som lämnat in individblanketter. Eventuellt finns således ett bortfall bland individblanketterna. Eftersom detta bortfall emellertid är osäkert, tas ingen hänsyn till detta i de fortsatta beräkningarna. Däremot bör tillägg göras för medicine kandidater (som ej lämnar tidsuppgift), till deltidarbete och till de läkare som i och för sig besvarat individblanketten men ej tidsredovisningsdelen (ca 100 st). Det kan diskuteras vilken arbetstid man skall anta för dessa. Här har emellertid valts att anta att deltiderna omfattar ca 30 timmar per vecka och att medicine kandidater m. fl. arbetar 40 timmar i veckan. Utöver detta redovisas i LATT ett visst övertidsarbete utanför ordinarie fastställd arbetstid. Omräknat till timmar per år motsvarar övertidsarbetet ca 0,6 miljoner timmar.

Utanför den offentliga hälso- och sjukvården fanns ca 2 350 verksamma läkare. Detaljerade arbetstidsuppgifter avseende dessa finns ej att tillgå. Om man antar en genomsnittlig arbetstid på 37 timmar per vecka för dessa blir den totala årsarbetstiden 3,7 miljoner timmar.

I tabell 13 redovisas resultatet enligt detta beräkningssätt.

¹ LATT-enkäten går till så att dels lämnar varje läkare in en s.k. individblankett med arbetstidsuppgifter etc. dels lämnar huvudmännen blanketter avseende antal tjänster, anställda osv.

Tabell 13 Läkararbetstimmar år 1979 enligt alternativ I.

	Antal	Arbetstid	Arbetade veckor/år	Miljoner timmar/år
Offentlig hälso- och sjukvård				
Heltid	13 330 x	43,6 x	43 =	25,0
Deltid	860 x	30,0 x	43 =	1,1
Med. kand.	440 x	40,0 x	43 =	0,8
Övertid				0,6
Övrigt läkararbete	2 350 x	37,0 x	43 =	3,7
Summa				31,2

Alternativ II

Sammanlagt 11 600 läkare inom offentlig hälso- och sjukvård har till LATT 79 lämnat in uppgifter om sin faktiskt arbetande tid, exklusive jour, beredskap och bisysslor.

Sammanlagt arbetade de ca 477 100 timmar under mätveckan. För FV- och AT-läkarna var den genomsnittliga veckoarbetstiden ca 40,2 timmar medan de vidareutbildade läkarna hade en veckoarbetstid på ca 41,9 timmar.

De läkare som var verksamma utanför den offentliga hälso- och sjukvården behandlas på samma sätt i alla tre alternativen dvs. de antas under ett år arbeta ca 3,7 miljoner timmar.

I konsekvens med alternativ I tas inte heller här någon hänsyn till det eventuella bortfallet bland individblanketterna.

Resultaten av denna beräkning redovisas i tabell 14.

Till denna ordinarie arbetstid på knappt 30 miljoner timmar skall också läggas arbetad tid under jour och beredskap, ca 2,7 miljoner timmar, dvs. sammantaget drygt 32,1 miljoner timmar. Till detta kommer bunden tid som 1979 kan beräknas ha uppgått till drygt 7 miljoner timmar.

Tabell 14 Läkararbetstimmar år 1979 enligt alternativ II.

	Antal	Tim/vecka	Miljoner timmar/år
Offentlig hälso- och sjukvård			
- vidareutbildade läkare	7 570	41,9	13,6
- underläkare	6 028	40,2	10,4
- utländska/med. kand.	950	40,0	1,6
Övrigt läkararbete	2 350	37,0	3,7
Summa			29,3

Alternativ III

Under LATT:s mätvecka arbetade som tidigare nämnts 11 600 läkare ca 477 100 timmar. Om denna mätvecka vore representativ för hela året skulle man genom att multiplicera med 52 (veckor) få fram totala antalet arbetade timmar per år. Eftersom verksamheten under framför allt sommarmånaderna torde vara av något mindre omfattning, multipliceras här i stället med 50. Detta ger en årsarbetstid på 23 855 000 timmar. Det finns emellertid ett visst bortfall i tredredovisningen. Bl. a. ingår ej medicine kandidater (ca 350 st) i undersökningen. Ca 100 läkare lämnade vidare inte in uppgifter om arbetad tid. Dessutom kan det finnas annat bortfall, eftersom klinikerna har uppgett att de har fler läkare anställda än som har lämnat individuppgifter.

Till den arbetstid, som redovisades i LATT 79 antas därför att det inom den offentliga hälso- och sjukvården tillkommer arbetstid för ca 450 personer som var och en arbetade 40 timmar per vecka. Omräknat till årssiffror blir detta 900 000 timmar. Den arbetade tiden inom offentlig hälso- och sjukvård skulle bli härigenom sammantaget ca 24,8 miljoner timmar.

Till detta skall sedan på samma sätt som vid övriga alternativ läggas arbetad tid under jour och beredskap (ca 2,7 miljoner timmar).

Arbetstiden för de läkare som är anställda utanför den offentliga hälso- och sjukvården har beräknats på samma sätt som i alternativ I och II.

I tabell 15 sammanställs uppgifterna över antalet arbetade timmar 1979 enligt denna metod.

Tabell 15 Läkararbetstimmar år 1979 enligt alternativ III

Kategori	Miljoner timmar
Offentlig hälso- och sjukvård	
– enligt individblankett	23,9
– med. kand. m.m.	0,9
– arbetad tid under jour och beredskap	2,7
Övrigt läkararbete	3,7
Summa	31,2

Ej tillgodosedd efterfrågan

För att få grepp om den totala efterfrågan år 1979 måste man härutöver också försöka beräkna i vad mån icke tillgodosedd efterfrågan funnits. Några heltäckande uppgifter härom finns emellertid inte.

I LATT 79 finns däremot uppgifter som behandlar det största området, den offentliga hälso- och sjukvården samt företagshälsovården.

År 1979 fanns ca 580 vakanta tjänster inom sluten vård och 411 vakanta tjänster inom öppen vård. Därutöver fanns ca 125 vakanta FV-block och ca 190 vakanta AT-block. För att bemanna dessa skulle ha behövts ytterligare ca 2,5 miljoner läkartimmar. Vakanserna återfinns till största delen inom verksamhetsområden, som ej utnyttjar vikarier ("bristspecialiteter").

Inom företagshälsovården fanns under LATT:s mätvecka 1979 budgeterat knappt 5 000 timmar som inte kunde utföras på grund av vakanser etc.

Tabell 16 Efterfrågan på läkararbetskraft 1979. Miljoner timmar.

	Alternativ		
	I	II	III
Tillgodosedd	31,2	32,1	31,2
Ej tillgodosedd	2,7	2,7	2,7
Summa	33,9	34,8	33,9

Omräknat till årssiffror, motsvarar detta ca 0,2 miljoner timmar.

Några möjligheter att bedöma den icke tillgodosedda efterfrågan inom övriga områden finns inte utan att genomföra en omfattande undersökning. Eftersom det i relation till den offentliga hälso- och sjukvården rör sig om små tal tas dock i de fortsatta beräkningarna ingen hänsyn till ej tillgodosedd efterfrågan inom dessa områden.

I tabell 16 redovisas resultaten av de tre beräkningarna av den tillgodosedda efterfrågan 1979 tillsammans med den ovan redovisade ej tillgodosedda efterfrågan.

Som framgår är skillnaderna mellan de olika alternativen måttliga. Eftersom alternativ I och III ger samma resultat väljs dessa här som utgångspunkt för de fortsatta beräkningarna.

Den ej tillgodosedda efterfrågan förutsätts successivt minska under planperioden och övergå i en tillgodosedd efterfrågan. Den ökade tillgången på läkare förutsätts i beräkningarna nedan tas i anspråk för att såväl täcka nuvarande överefterfrågan som att tillgodose en ökad efterfrågan till följd av en volymtillväxt.

Som utgångspunkt för efterfrågeberäkningarna gäller således följande *antagande* om den nuvarande efterfrågevolymen.

Antalet läkararbetstimmar år 1979

Tillgodosedd efterfrågan	31,7 miljoner timmar
Ej tillgodosedd efterfrågan	2,7 --
Summa	33,9 miljoner timmar

5.2 Framtida efterfrågan

5.2.1 Allmänt

Grunden för föreliggande prognosarbete utgör antaganden om en möjlig volymutveckling vad gäller efterfrågan på läkararbetskraft.

Det har som tidigare nämnts inte varit möjligt att basera bedömningarna om den framtida efterfrågan på läkare på några programmatiska framskrivningar av den förväntade utvecklingen inom hälso- och sjukvårdssektorn.

Här kan konstateras, att den framtida utvecklingen inom hälso- och sjukvården under alla omständigheter kommer att präglas av ett hårt ekonomiskt klimat. Kraven på en fortsatt utbyggnad kommer dock inte att

samtidigt dämpas. I det följande redovisas översiktligt några av de förhållanden som kommer att ge ett fortsatt efterfrågetryck inom hälso- och sjukvården.

Allmänheten betraktar en väl fungerande hälso- och sjukvård som utomordentligt betydelsefull för sin välfärd. Av vissa undersökningar framgår att allmänheten är beredd att reducera den privata konsumtionen för att hälso- och sjukvården skall få förstärkta möjligheter att tillgodose efterfrågan på vård och service.

Under de närmaste decennierna fortsätter andelen äldre att öka – och inom denna grupp framför allt de allra äldsta, som genomsnittligt har många och sammanhängande vårdbehov. Krav på samhällets insatser för att ta hand om de äldre växer också som följd av att allt fler äldre bor ensamma med små möjligheter till hjälp och stöd från anhöriga.

Nya och förbättrade diagnostik- och behandlingsmetoder ger fortlöpande vidgade möjligheter att upptäcka, behandla och lindra människors hälsoproblem. Även om det är svårt att förutse eller peka på något bestämt genombrott i forskningsfronten, som skulle på ett dramatiskt sätt kunna förändra diagnos- eller behandlingsmönstret för någon viss sjukdom, förväntas forskningen även i fortsättningen ge betydande successiva förbättringar för hälso- och sjukvårdsarbetet. Nya framsteg kan t. ex. innebära ytterligare förkortade vårdtider inom den slutna vården och att diagnos- och behandlingsuppgifter överförs från slutet till öppen vård. Nya metoder bör också kunna medföra engagemang i hälsoproblem, som inte tidigare kunnat angripas. Samtidigt kan erfarenhetsmässigt konstateras att utvecklingen av nya diagnostik- och behandlingsmetoder i många fall innebär krav på resursökningar och utbyggnader.

Trots de stora ekonomiska satsningar som gjorts under de senaste decennierna inom sjukvården, har emellertid några större märkbara förbättringar av folkhälsan inte kunnat konstateras, såsom denna kan mätas i dödlighets- och sjuklighetsstatistik m.m. Öknigen i medellivslängd för framför allt män har i stort sett avstannat. För vissa åldersgrupper (män i 40–55 årsåldern) har t. o. m. påvisats en ökad dödlighet. En ökad sjuklighet – även för yngre åldersgrupper – har konstaterats i bl. a. hjärt- och cirkulationssjukdomar och tumörsjukdomar. Sjukdomar i båda dessa grupper torde ha stark beröring med vad som brukar kallas människors "livsstil" och olika miljöförhållanden. Trafiken och förhållanden i arbetslivet skapar stora hälsoproblem liksom missbruket av framför allt tobak och alkohol.

Mot denna bakgrund växer kraven på förebyggande insatser och på medverkan från hälso- och sjukvårdens sida i den allmänna samhällsplaneringen för att bl. a. förbättra olika miljöförhållanden, som negativt påverkar vår hälsa.

Samhällsutvecklingen med förbättrad levnadsstandard och en förhöjd utbildningsnivå skärper vårdanspråken. Detta gäller både beträffande den medicinska kvaliteten och t. ex. boendeförhållanden vid sjukhem liksom kravet på ökat medinflytande för de vårdsökande. Numera begär man också att även andra än rent medicinska behov skall beaktas i vårdarbetet. Mot denna bakgrund får man se strävandena mot en helhetssyn samt kraven på att förbättra omvårdnad och kontinuitet i arbetet – särskilt för långtidssjuka

patienter – samt att beakta behoven av närhet och tillgänglighet. Från vårdpersonalens sida ställs likaså krav på förbättrad arbetsmiljö och ett vidgat medinflytande. Ett genomförande av sådana förändringar innebär ofta ökad personaltäthet.

Tillgången på utbildad personal har tidigare varit en starkt begränsande faktor för utbyggnaden av hälso- och sjukvården. På grund av bl. a. den höga utbyggnadstakten finns fortfarande personalbrist inom vissa områden. Genom de utbildningsinsatser som skett under de senaste decennierna kommer emellertid tillgången på utbildad personal att snabbt växa.

Hälso- och sjukvården kommer att i hög grad påverkas av den allmänna sysselsättningsutvecklingen i landet. Å ena sidan talar samhällsekonomiska skäl för en ökad industrisysselsättning. Å andra sidan kommer krav att resas på sysselsättningsmöjligheter inom hälso- och sjukvården som regionalt och lokalt kan behövas för att undvika arbetslöshet. Sysselsättningsutredningen (SOU 1979:24) underströk för sin del bl. a. landstingens viktiga roll i sysselsättningspolitiken för att tillgodose en bättre regional balans.

Tillväxten i den totala samhällsekonomin kommer att styra hur mycket resurser som kan avsättas för hälso- och sjukvård. Inom denna totalram för hälso- och sjukvårdssektorn kan sedan fördelningen av resurser inom skilda områden variera. Strävan bör givetvis vara att nå en optimal fördelning men beroende på sektorns komplexitet är detta knappast möjligt.

En utveckling av den kommunala konsumtionen med ett visst procenttal per år innebär inte att alla komponenter ingående i sektorn ändras i samma takt. Tidigare år har t. ex. *antalet läkartjänster* ökat snabbare än både den totala hälso- och sjukvården och den totala kommunala konsumtionen (se sid. 29). Härtill kommer att antalet läkare per tjänst i de flesta fall överstiger 1,0.

Det kan diskuteras hur denna faktor (den s.k. elasticitetsfaktorn) bör beaktas i den fortsatta efterfrågebedömningen. Är det t. ex. rimligt att anta att tillväxten i efterfrågan på läkararbetskraft även i fortsättningen sker snabbare än konsumtionsutvecklingen i övrigt inom kommunen och landsting? En mängd faktorer spelar in och utvecklingen härvidlag är svår att bedöma.

Här görs för planperioden *antagandet* att när den kommunala konsumtionen ökar med 1 procent ökar efterfrågan på läkararbetskraft med 1,2 procent (elasticiteten är lika med 1,2).

5.2.2 Utvecklingen fram till 1985

I den senaste långtidsutredningen (LU 80) har några krav och restriktioner behandlats som ansetts böra åläggas den svenska ekonomin för att en balanserad ekonomisk utveckling skall kunna uppnås.

I LU 80 görs dels en tillbakablick över den ekonomiska utvecklingen under de senaste decennierna, dels några s.k. scenariobeskrivningar som i första hand omfattar perioden fram till år 1985.

Nedan redovisas kortfattat huvuddragen i LU:s beskrivning. Speciellt tas fasta på LU:s alternativ 1 som enligt LU:s beskrivning anger vad som är en önskvärd ekonomisk utveckling, om de svenska ekonomiska balansproblemen skall kunna avhjälpas.

Tabell 17 Volymökning i statlig och kommunal konsumtion under perioden 1965–1979. Procent

	Årlig procentuell volymförändring		
	1965–1970	1970–1974	1974–1979
Statlig konsumtion	1,6	1,2	2,1
Kommunal konsumtion	8,9	3,4	4,7
Summa offentlig konsumtion	5,9	2,6	3,9

För den offentliga konsumtionen innebar framför allt perioden 1965–1970 ett mycket intensivt utbyggnadsskede. Den relativt kraftiga BNP-ökningen under denna tid, närmare 4 procent per år, gjorde det möjligt att öka resurstilldelningen till stat och kommuner för att i snabb takt bygga ut samhällsservicen på en rad områden. Som visas i tabell 17 svarade den kommunala konsumtionen för huvudparten av denna expansion.

Under 1970-talet blev visserligen den kommunala konsumtionstillväxten lägre än under 1960-talet. Den fortsatte emellertid även under denna tid i en takt som väsentligen översteg tillväxttakten för landets totala produktion.

Långtidsutredningens baskalkyl

I det av LU:s diskuterade alternativet 1 framkommer det utrymme för offentlig konsumtion som står till buds, om vi skall kunna lösa våra balansproblem. När det sedan gäller att bedöma detta offentliga konsumtionsutrymme är det av stort intresse att se vilken konsumtionsökning som redan är in-teknad som följd av befolkningsförändringar och tidigare beslutade reformer. I detta syfte utarbetade LU s.k. baskalkyler för såväl statlig som kommunal konsumtion. Baskalkylens uppgift är således att ge en hållpunkt eller jämförelsenorm för kalkylerna i LU över den offentliga sektorns tillväxt.

De under senare år allt starkare kraven på att begränsa den kommunala tillväxten har ännu inte nämnvärt påverkat de faktiska utfallen fram till 1979. I LU:s alternativ 1 förutsätts emellertid att den kommunala expansionstakten kommer att brytas under de närmast framförliggande åren. Mot denna bakgrund är det synnerligen viktigt att granska bindningarna i den kommunala utvecklingen. Baskalkylen för kommunal konsumtion kommer därför att spela en central roll vid den fortsatta diskussionen av den kommunala utvecklingen.

LU:s baskalkyl för den kommunala konsumtionen bygger i stor utsträckning på arbete, som bedrivits inom en arbetsgrupp om kommunernas ekonomi (KEA) och på motsvarande beräkningar för de år som inte täckts av KEA. Totalt anges i baskalkylen den kommunala konsumtionen öka med 2,2 procent per år 1979–1985. Den primärkommunala konsumtionsökningen har därvid beräknats till 2,3 procent per år och den landstingskommunala ökningen till 2,0 procent per år.

Stora delar av den kommunala verksamheten kännetecknas av en långt

gående statlig styrning. Detta sker bl. a. i form av att kommunerna åläggs att svara för en viss samhällsuppgift, samt att statliga myndigheter utfärdar detaljerade föreskrifter och normer för verksamheten, fastställer standarden osv. I stor utsträckning sker styrningen via specialdestinerade statsbidrag för vilka särskilda villkor fastställs.

En närmare uppdelning av baskalkylen visar att ungefär hälften (ca 1 procentenhet årligen) av baskalkylens ökning kan hänföras till befolkningsförändringar medan den andra hälften är en följd av olika politiska beslut och åtaganden. Endast statliga beslut har kunnat tas med i baskalkylen. Gränsdragningen är dock svävande. Sålunda har utbyggnadstakten på de av staten prioriterade områdena (barnomsorg och långtidssjukvård) samt avseende vissa ålägganden (folktandvård och omsorgen om psykiskt utvecklingsstörda) i baskalkylberäkningarna hämtats från kommunernas långtidsplaner.

Utvecklingen enligt LU:s alternativ 1

Det krav som realiserandet av LU:s alternativ 1 ställer på Sveriges ekonomi innebär att utrymmet för konsumtionsökningar blir mycket begränsat. För den kommunala konsumtionen medges sålunda endast en ökning med genomsnittligt 1,5 procent per år fr.o.m. 1980.

I baskalkylen har den redan in-tecknade kommunala konsumtionsökningen beräknats till 2,2 procent per år. Denna ökning kan delas upp i två delar. Den första delen, motsvarande ca 1 procent per år, krävs för att den kommunala konsumtionsstandarden skall upprätthållas på oförändrad nivå. Denna ökning betingas av förändringar i befolkningsstrukturen, där det ökande inslaget av äldre personer väger tungt. Den andra delen av baskalkylens ökning hänför sig till olika utbyggnader. Statsmakternas intentioner för fortsatt utbyggnad är emellertid endast undantagsvis angivna i kvantifierbara mått. På stora delområden, t. ex. vissa grenar av hälso- och sjukvården, har man i brist på beslut eller överenskommelse i baskalkylen utgått från de ökningstal som anges i kommunernas egen planering. Detta får ses som en markering av att utbyggnaden på området i fråga prioriterats av statsmakterna. Detta betyder dock inte att man redan beslutat höja konsumtionen i den omfattning som anges i kalkylen.

För landstingen gäller att för att upprätthålla en oförändrad standard skulle ändå, beroende på befolkningsförändringar, den totala konsumtionen behöva öka med ca 0,9 procent per år.

Tar man hänsyn till de prioriterade utbyggnaderna inom främst långtids-sjukvård, omsorgsverksamhet och folktandvård skulle landstingens konsumtionsvolym härutöver behöva öka med ca 1,9 procent årligen under perioden 1979-1985.

Den bild LU tecknar är således, för kommuneras del, problemfylld. Det beräknade konsumtionsutrymmet ligger lägre än vad som anges i baskalkylen.

Delar man upp baskalkylen i en befolkningskomponent och en reformdel, finner man i och för sig att utrymmet räcker för sådana utbyggnader som nödvändiggörs av befolkningsutvecklingen tillsammans med kravet på oförändrad standard per invånare i olika mottagarkategorier. Det är inte

Tabell 18 LU:s baskalkyl för landsting samt planer för 1979–1985.

	Bidrag till årlig procentuell volymförändring i landstingskommunal konsumtion		
	Till följd av		
	Befolkningsförändringar	Utbyggnader utöver befolkningsförändring	Total
Hälso- och sjukvård	0,9	1,0	1,9
Sluten vård exkl. långtidssjukvård	0,5	–	0,5
Långtidssjukvård	0,4	0,6	1,0
Utbyggnad t.o.m. 1981	0,4	0,3	0,7
Fortsatt utbyggnad enligt planer	–	0,3	0,3
Öppen vård exkl. folktandvård	0,1	–	0,1
Folktandvård, utbyggnad enligt planer	–0,1	0,2	0,1
Omsorgsverksamhet, utbyggnad enligt planer	–	0,2	0,2
Övriga ändamål	0,1	–	0,1
Baskalkylen totalt	1,0	1,0	2,0
Andra utbyggnader enligt planer ^a			
Sluten hälso- och sjukvård exkl. långtidssjukvård	–	0,1	0,1
Öppen hälso- och sjukvård exkl. folktandvård	–	0,7	0,7
Övriga ändamål	–	0,1	0,1
Landstingens planer totalt	1,0	1,9	2,9

^aBidragen till totalvolymförändring avser utbyggnader utöver dessa som enligt baskalkylen betingas av befolkningsförändringar.

desto mindre ett avsevärt trendbrott jämfört med tidigare års expansion.

En ytterligare svårighet ligger i den höga tillväxttakten i LU-periodens början. Den kommunala konsumtionen beräknas under 1980 och 1981 ha ökat med ca 4 respektive 3 procent. Detta gör att det för perioden 1982–1985 enligt LU återstår ett ytterligare begränsat tillväxtutrymme.

Det bör även observeras att även vid denna ytterst begränsade tillväxt beräknas den kommunala sysselsättningen öka med 180 000 personer eller 75 procent av den totala sysselsättningsökningen under perioden 1979–1985.

LU:s alternativ 2 (En väg mot ökad obalans)

I LU beskrivs också ett scenario där man inte lyckas åstadkomma den begränsning av den offentliga konsumtionen som man menar är önskvärd.

Mot bakgrund av utfallet tidigare år anger man i detta alternativ att den kommunala expansionstakten blir ca 3,8 procent per år. En konsekvens av detta blir enligt LU bl. a. att den kommunala sysselsättningen ökar med ca 300 000 personer under perioden 1979–1985. Detta är 160 000 fler än den totala sysselsättningsökningen.

Enligt LU kommer en utveckling enligt detta alternativ att leda till mycket stora omställningsproblem i slutet av 1980-talet.

Vid remissbehandlingen av långtidsutredningens rapport förklarade bl. a. landstingsförbundet sig ha förståelse för att det ekonomiska läget i landet kräver en dämpad kommunal expansionstakt. Förbundet framhöll dock att en så hård åtstramning som långtidsutredningen föreslog kommer att få oacceptabla konsekvenser för bl. a. prioriterade delar av sjukvården. Landstingsförbundets styrelse ansåg därför att en riktlinje för den kommunala konsumtionsökning under de närmaste åren bör vara 2 procent per år.

Regeringen har å sin sidan i sitt ekonomiska handlingsprogram, bl. a. redovisat i kompletteringspropositionen för budgetåret 1981/82, fastlagt att den kommunala tillväxttakten fr.o.m. 1982 måste bringas ner till omkring 1 procent per år.

Enligt befintlig statistik var således den kommunala tillväxten ca 4 procent under 1980 och förväntas komma att bli ca 3 procent under 1981. Mot bakgrund av det samhällsekonomiska handlingsprogram för de närmaste åren som statsmakterna lagt fast antas här emellertid att den kommunala volymutvecklingen stannar vid 1 procent under åren 1982–1985.

I föreliggande prognosarbete *antas* således att den årliga procentuella volymutvecklingen av den kommunala konsumtionen under perioden 1980–85 blir följande.

År	1980	1981	1982	1983	1984	1985
	4 %	3 %	1 %	1 %	1 %	1 %

Enligt LKELP 1981 beräknas volymutvecklingen under perioden 1981–1985 komma att ligga på i genomsnitt 2,2 procent per år.

5.2.3 Utvecklingen åren 1986–2000

I stort sett saknas underlag för att beskriva den ekonomiska utvecklingen för perioden efter 1985. LU gör vissa utblickar. Några andra begränsade studier har också tagits fram. Konsistent planmaterial eller prognoser, på vilka man kan grunda en bedömning av efterfrågeutvecklingen, finns emellertid ej tillgängligt.

LU:s argumentation går i stort ut på att om vi åstadkommer balans i den svenska ekonomin under den första delen av 1980-talet kommer det därefter att finnas ett visst utrymme för expansion.

Enligt LU kommer en utveckling enligt deras alternativ 2 att leda till mycket stora omställningsproblem i slutet av 1980-talet. Bl. a. skulle det

kunna leda till begränsningar av konsumtion av t. ex. hälso- och sjukvård.

Som grund för efterfrågeberäkningarna görs i detta prognosarbete *antagandet* att volymtillväxten av den kommunala konsumtionen blir ca 2 procent årligen under perioden 1986–2000.

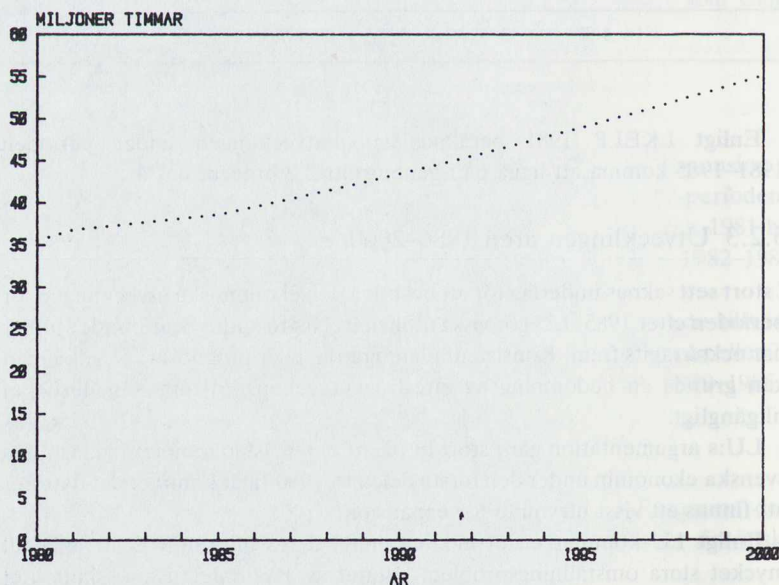
Man bör vara medveten om att detta är ett optimistiskt antagande, som förutsätter en god ekonomi mot slutet av 1980-talet. I detta sammanhang utgör det dock ett grundantagande i det huvudalternativ som vi beskriver i det följande.

5.3 Resultatet av efterfrågeberäkningarna

I figur 5 redovisas volymtillväxten i antalet efterfrågade läkararbetstimmar. Enligt huvudalternativet kommer efterfrågan på läkararbetstimmar att bli ca 37 miljoner år 1985, ca 43 miljoner år 1990, ca 49 miljoner år 1995 och drygt 55 miljoner år 2000.

Detta antagande om en bestämd volymtillväxt under en viss period får naturligtvis endast ses som en schablonberäkning. Antagandet innebär t. ex inte att alla typer av läkararbete kommer att öka lika mycket. Bl. a. är det osäkert om det vi tidigare kallat "övrigt läkararbete" kommer att expandera i samma takt som den offentliga öppna hälso- och sjukvården. I denna "övrig-grupp" ingår privatpraktik, forsknings- och utvecklingsarbete, samt administrativt arbete m.m.

Ett sådant strikt volymmässigt beräkningssätt har självfallet ytterligare begränsningar och måste ses som ett exempel på en trendframskrivning av en



Figur 5. Läkartimmar.
Efterfrågan enligt huvudalternativet

sektors möjliga utveckling. Önskvärt är att senare kunna komplettera dessa beräkningar med mer programmatiska beskrivningar av utvecklingen i ett långsiktigt perspektiv inom hälso- och sjukvårdssektorns olika delar, som är baserade på fastställda prioriteringar och sjukvårdspolitiska målsättningar.

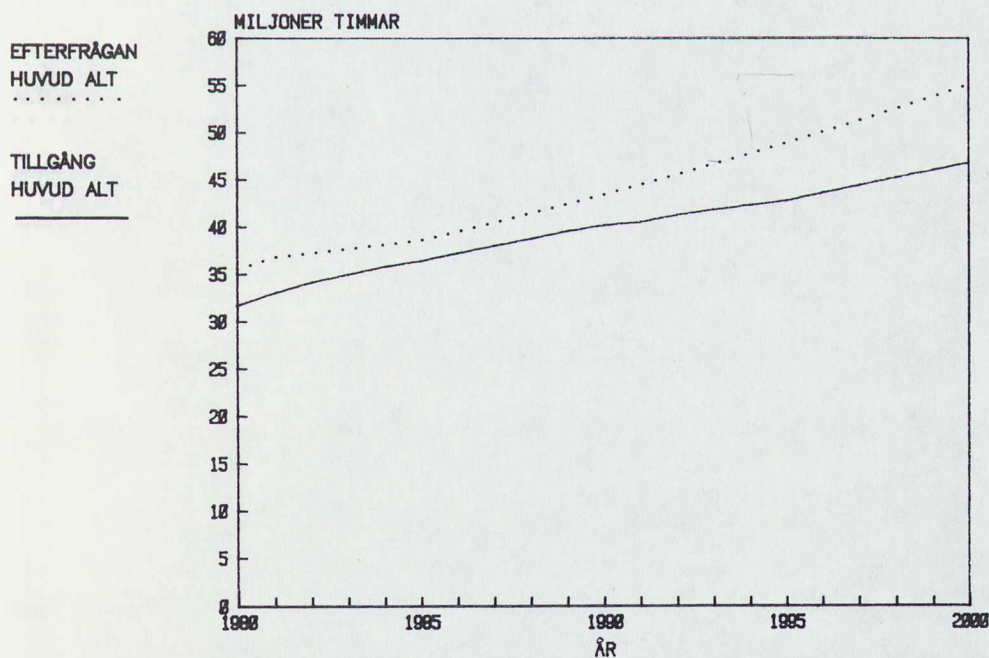
6 Avstämning mellan beräknad tillgång och efterfrågan

I figur 6 jämförs resultaten av den beräknade tillgången och efterfrågan på läkararbetskraft enligt tidigare redovisning. Som framgår av figuren förmår ökningen av antalet läkartimmar ej att hålla jämna steg med utvecklingen av efterfrågan enligt dessa beräkningar. Detta är naturligt, då efterfrågeutvecklingen beräknas som en procentuell årlig ökning. I absoluta tal blir ökningen alltså större för varje år (tabell 19). Å den andra sidan ökar tillgången med ett konstant värde år för år. (I realiteten är dock ökningen inte konstant, eftersom det i antagandet ingår minskningar av läkarnas arbetsinsats under vissa av periodens år.)

Tabell 19 Tillskott per femårsperiod, miljoner timmar.

	1986-1990	1991-1995	1996-2000
Efterfrågan	4,9	5,5	6,2
Tillgång	3,8	2,6	4,0

Figur 6. Läkartimmar.
Tillgång - efterfrågan



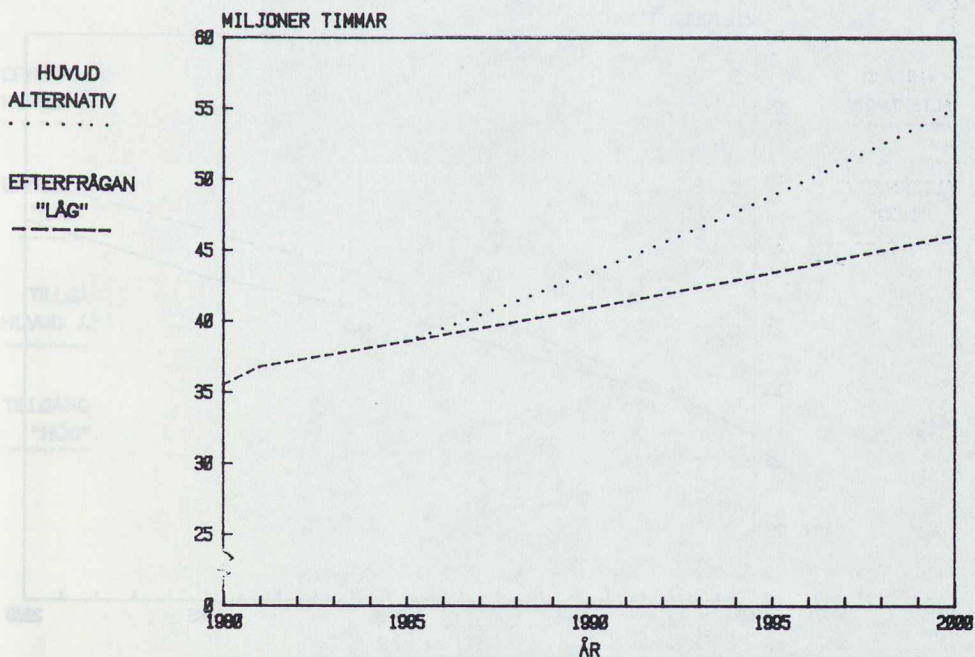
7 Översiktliga konsekvensberäkningar

Som tidigare anförts är flera av de antaganden som gjorts i de tidigare redovisade tillgångs- och efterfrågeberäkningarna osäkra. Man kan göra skilda bedömningar av hur sannolika de är. Därför görs i detta avsnitt några alternativa beräkningar för att påvisa konsekvenserna om man förändrar de gjorda grundantagandena. I första hand behandlas efterfrågeutvecklingen och yrkesverksamhet/aktivitet. Därvid tas några alternativa beräkningar fram. Dessa sammanställs i figurerna 9 och 11.

7.1 Efterfrågeutvecklingen

Även vid en mycket god ekonomi är en långsiktig tillväxttakt av efterfrågan på läkare 2,4 procent årligen mycket hög. Detta svarar mot en volymökning

Figur 7. Läkartimmar.
Efterfrågan



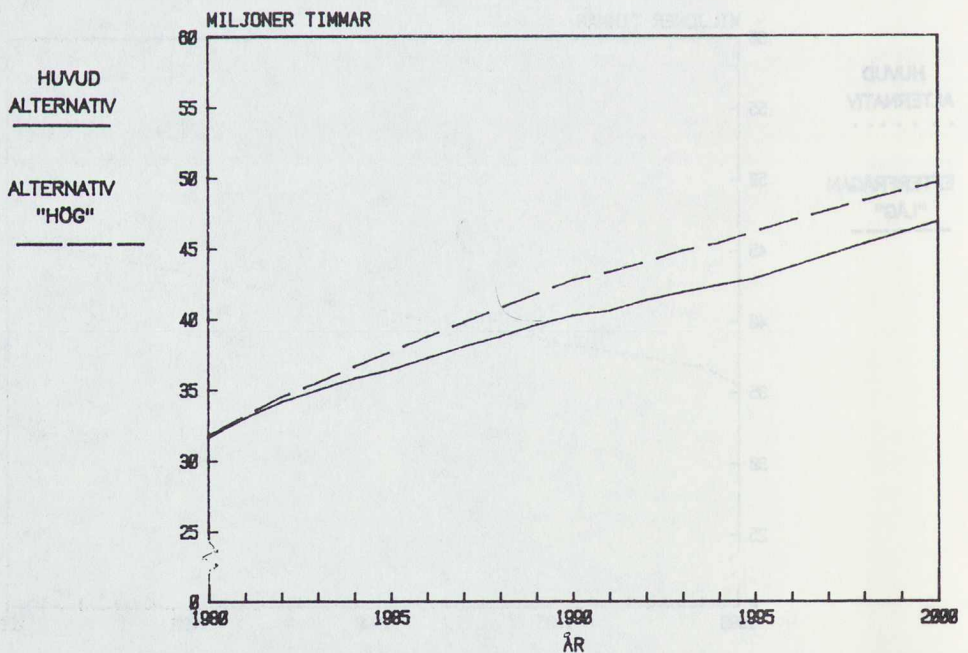
för den kommunala konsumtionen av 2,0 procent och en elasticitetsfaktor på 1,2. Om ekonomin inte lägger hinder i vägen härför kan en sådan utveckling emellertid vara fullt möjlig i ett uppbyggnadsskede. Mot bakgrund av det nuvarande samhällsekonomiska läget kan det dock finnas anledning, att redovisa ett alternativ med en lägre tillväxttakt. Därför har här ett alternativ tagits fram, där tillväxttakten även efter 1985 förblir vid en procent årligen. Detta medför att efterfrågan på läkare ökar med 1,2 procent per år (dvs. med en elasticitetsfaktor på 1,2).

I figur 7 jämförs detta alternativ, kallat "efterfrågan låg" med huvudalternativet. Antalet efterfrågade timmar i alternativ låg kommer därvid år 1990 att bli ca 2,5 miljoner lägre än i huvudalternativet, år 1995 ca 5,5 miljoner lägre och år 2000 ca 9 miljoner lägre. Den totala efterfrågan kommer således för detta senare år att uppgå till ca 46,2 miljoner timmar. Om man förutsätter att efterfrågan på läkare ej ökar snabbare än den kommunala konsumtionen, dvs. med en elasticitetsfaktor på 1,0 minskar antalet timmar år 2000 med ytterligare ca 2,3 miljoner till 43,9 miljoner.

7.2 Yrkesverksamhet och aktivitet

Att yrkesverksamhet och yrkesaktivitet kommer att minska jämfört med dagens mycket höga nivå får betecknas som ett relativt rimligt antagande. Det kan emellertid diskuteras, vilken omfattning denna minskning av arbetsinsatsen kommer att få. Speciellt osäkert är antagandet om en minskning av yrkesverksamhetsgraden. I takt med en utbyggnad av

Figur 8. Läkartimmar.
Tillgång



barnomsorg och en utvidgning av ledighetsrättigheter m. m. är det inte självklart att den minskning av yrkesverksamhetsgraden hos läkare som skett under 1970-talet kommer att fortsätta.

Därför har en alternativ tillgångsprognos, kallad "tillgång hög" tagits fram. I denna antas yrkesverksamhetsgraden minska endast till 0,95 för såväl kvinnor som män. Aktivitetstalen förutsätts i detta alternativ sjunka till 0,92 för männen och till 0,90 för kvinnorna.

På grund av att de yrkesverksamma läkarna kommer att arbeta i genomsnitt fler timmar i detta alternativ blir den beräknade tillgången högre än i huvudalternativet. Jämfört med detta ökar antalet timmar i det högre alternativet med ca 2,5 miljoner till totalt ca 49,6 miljoner år 2000. Resultatet redovisas i figur 8.

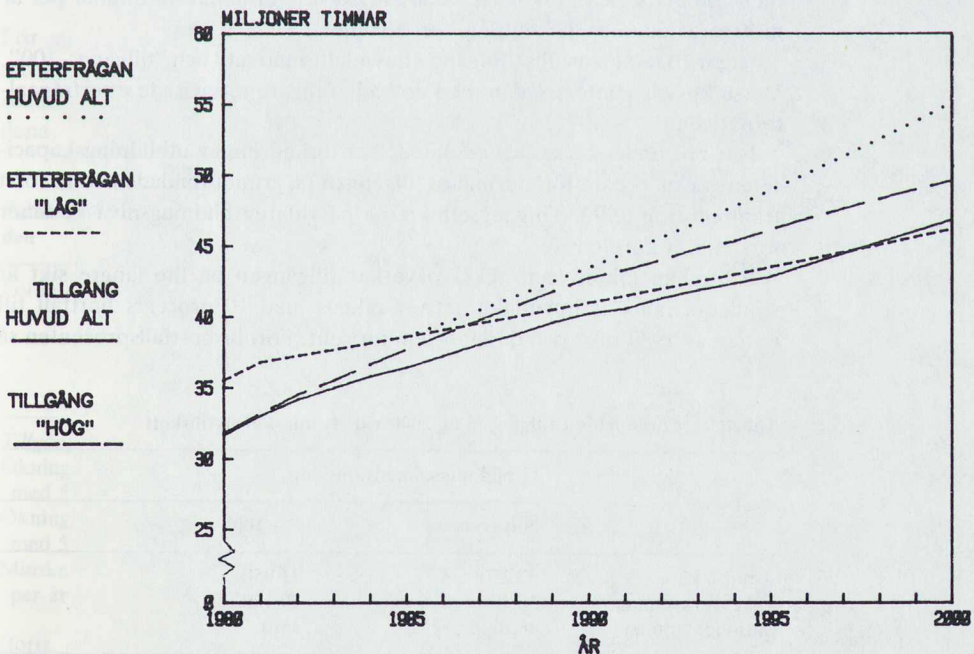
7.3 Jämförelse mellan skilda alternativ

I figur 9 sammanställs de ovan diskuterade alternativen i samma figur.

Som framgår av figur 9 kommer den beräknade tillgången på läkartimmar inte att i något av alternativen räcka till för att täcka efterfrågan enligt huvudalternativet.

Vid en långsammare efterfrågetillväxt efter år 1985 – vilket förutsätts i "efterfrågan låg" – uppnås vid slutet av 1980-talet i stort sett balans jämfört med tillgångsprognosens huvudalternativ. Jämförs "efterfrågan låg" med "tillgång hög" uppstår ett läkaröverskott några år efter 1985. Detta överskott växer sedan långsamt mot slutet av seklet.

Figur 9. Läkartimmar.
Tillgång och efterfrågan



Tabell 20 Jämförelse mellan alternativa tillgångs- och efterfrågeberäkningar. Miljoner läkararbetstimmar.

År	1980	1990	2000
Efterfrågan			
Huvudalternativ	35,5	43,5	55,1
Alternativ låg	35,5	41,0	46,2
Tillgång			
Huvudalternativ	31,7	40,2	46,8
Alternativ hög	31,8	42,7	49,6

I tabell 20 redovisas den totala efterfrågan respektive tillgången på läkartimmar i de olika alternativen.

7.4 Konsekvenser på tillgångsberäkningarna av förändringar i nytillskottet

För att beskriva tillgångskonsekvenserna vid en förändring av dimensioneringen av läkarutbildningen har beräkningar gjorts med antagandet att antalet antagningsplatser i grundutbildningen minskas med 100 till ca 925 per år. Som tidigare framhållits kan för närvarande genomströmningen av elever under grundutbildningen inte fullt bedömas. Av beräkningstekniska skäl har här antagits att denna minskning får full effekt på utflödet från läkarlinjen från och med år 1988.

Som framgår av tabell 21 medför denna sänkning av antagningskapaciteten med 100 platser ca 1 300 färre läkare år 2000. Omräknat till timmar per år motsvarar detta ca 1,8 miljoner arbetstimmar.

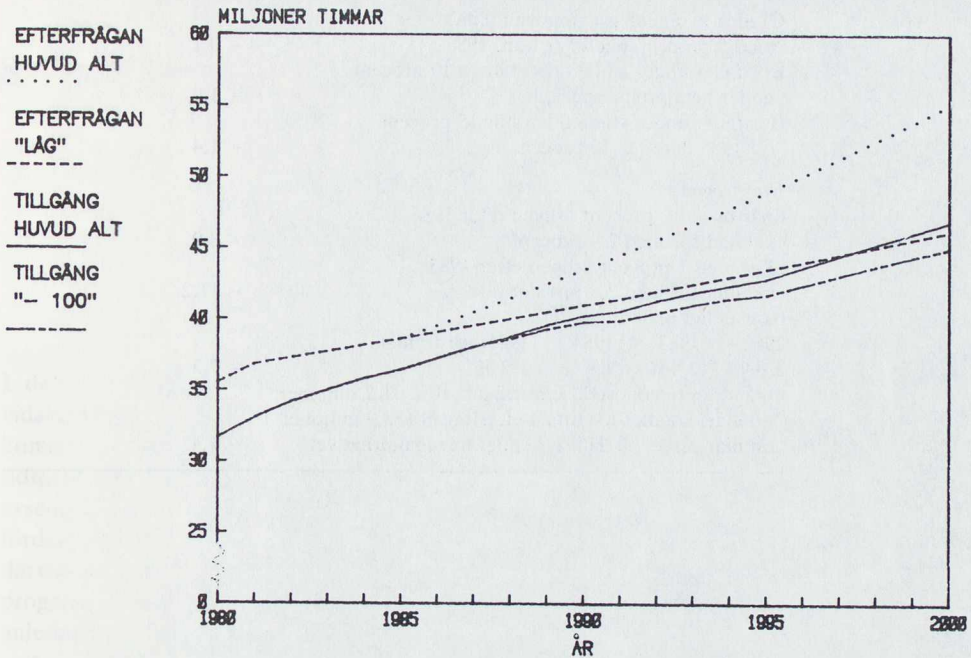
I figur 10 sammanställs "tillgång - huvudalternativet" och "tillgång - 100". Dessa kurvor jämförs sedan med de båda tidigare redovisade efterfrågealternativen.

Här bör understrykas att en omedelbar förändring av utbildningskapaciteten ger märkbara förändringar i tillgången på grundutbildade läkare först fram emot år 1990. Tillgångseffekterna på vidareutbildningsnivå kommer först sju år därefter.

En annan faktor som också påverkar tillgången på lite längre sikt är studiebortfallet. I huvudalternativet räknas med 10 procents bortfall till mitten av 1980-talet och därefter fem procent. Förblir bortfallsprocenten så

Tabell 21 Förändring i tillgången år 2000 vid ett minskat nytillskott.

	Utbildningsdimensionering	
	Nuvarande	" - 100"
Antal läkare	33 250	31 950
Yrkesverksamma	30 400	29 100
Miljoner timmar	46,8	45,0



hög som tio procent under hela planperioden innebär det att tillgången minskar med ca 1 miljon timmar år 2000 jämfört med huvudalternativet.

Figur 10. Läkartimmar. Tillgång och efterfrågan

7.5 Sammanfattande tablå

För att ge en samlad bild av hur skilda antaganden påverkar tillgång och efterfrågan på 20 års sikt sammanställs i tablå nedan konsekvenserna av dels redan diskuterade dels några ytterligare förändringar i grundantagandena.

Tablå Förändring av antalet timmar år 2000 vid några förändrade grundantagandena

Förändrat antagande	Förändring i miljoner timmar år 2000 jämfört med resp. huvudalternativ
<i>Tillgång</i>	
Ökning/minskning av yrkesverksamhetsgraden med 5 procentenheter	± 3,5
Ökning/minskning av aktivitetsgraden med 5 procentenheter	± 3,5
Minskning av nytillskottet med 100 personer per år fr.o.m. 1988	- 1,8

(forts. nästa sida)

Ökning av andelen kvinnor i nytillskottet med 5 procentenheter fr.o.m. 1988	- 0,1
Bortfallet under studietiden blir ca 10 procent under hela prognosperioden	- 1,0
Bortfallet under studietiden blir 15 procent till 1985 därefter 10 procent	- 1,4
<i>Efterfrågan</i>	
ökar med 1,2 procent årligen efter 1985 i stället för med 2,4 procent	- 8,9
ökar med 1 procent årligen efter 1985 i stället för med 2,4 procent	- 11,2
ökar enligt nedan:	
1982 1983 1984 1985 och framåt	
3,0 % 2,4 % 1,8 % 1,2 %	- 7,3
utgår från tillgodosedd efterfrågan, dvs. 31,2 miljoner timmar, i stället för totala efterfrågan (33,9 miljoner timmar) år 1979. Tillväxt enligt huvudalternativet:	- 4,4

8 Avstämning mot nuvarande utveckling

I detta kapitel redovisas översiktligt en tänkt fördelning av det antal vidareutbildade läkare, som enligt tillgångsprognosen (huvudalternativet) kommer att finnas tillgängligt år 2000. Mot bakgrund av den relativt långa tidsperiod som det här är fråga om, och i avsaknad av långsiktigt planmaterial avseende hela hälso- och sjukvårdssektorns utveckling, redovisas den tänkta fördelningen i form av intervall och grupper av verksamheter. Syftet är därvid enbart att ge underlag för en bedömning av rimligheten i den ovan prognostiserade utvecklingen. Den skisserade fördelningen är av den anledningen att betrakta som ett rent räkneexempel.

Av speciellt intresse är självfallet att försöka bedöma behovet av läkararbetskraft för de nu prioriterade verksamhetsområdena allmänmedicin, långtidssjukvård och psykiatri.

Den pågående utbyggnaden av primärvården är starkt politiskt förankrad. En fullt utbyggd primärvårdsverksamhet kommer att kräva betydligt fler allmänläkare än vad som finns tillgängliga nu och kommer att bli tillgängliga under de närmaste åren. Enligt LP 83 skall under 1980-talet ca 60 procent av nytillskottet specialister styras till de prioriterade vårdområdena. Om denna målsättning kan realiseras, kommer t. ex. andelen allmänläkare att öka från 15 procent av totalantalet vidareutbildade läkare till ca 25 procent 1990. Detta motsvarar i absoluta tal närmare 4 500 allmänläkare. Denna nivå motsvarar ungefär den allmänläkartäthet – ca en heltidsarbetande allmänläkare på knappt 2 000 invånare – som i olika sammanhang ansetts vara nödvändig för en fullt utbyggd primärvårdsverksamhet. Om målsättningen nås kring år 1990, kommer den fortsatta ökningen av antalet allmänläkare säkerligen att bli betydligt måttligare. En nedgång i aktivitetsgraden på sätt som angivits i tillgångsprognosen ställer dock krav på ytterligare antal läkare för att det skall motsvara förutsatt antal heltidsarbetande läkare.

Behovet på lång sikt av specialistläkarinsatser i övrigt inom primärvården kan i dag inte kvantifieras. Utvecklingen av den öppna vårdens organisation på olika vårdnivåer och avgränsningen mellan främst länssjukvård och primärvård måste ytterligare studeras. Detta kommer att ske inom ramen för HS 90:s strukturstudie. En väldifferentierad och fullt utbyggd primärvårdsverksamhet kan dock komma att efterfråga ett betydande antal specialistläkare vid sidan av allmänläkarna.

I socialstyrelsens principprogram för psykiatrin har behovet av läkare inom den offentliga allmänpsykiatriska vården bedömts uppgå till ca 1 000 heltidsanställda läkare i mitten av 1980-talet. Härtill kommer läkarbehov

inom barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri och inom annan psykiatrisk verksamhet utanför den offentliga sektorn. I planeringen i LP-arbetet finns ett riktmärke att nå ca 1 350 psykiatrer i slutet av 1980-talet. Nivån 1 500 psykiatrer för slutet av 1990-talet förefaller mot den bakgrunden sannolik.

Även inom långtidssjukvård och rehabilitering kan ett ökat behov av läkararbetskraft förväntas. Andelen äldre i befolkningen ökar kraftigt, framför allt andelen i mycket höga åldrar. Ett riktmärke för slutet av 1980-talet i planeringen är 650 långvårdsmedicinare. Behovsnivån 900 – 1 000 sådana läkare för slutet av seklet kan antas svara mot denna bedömning i ett längre perspektiv.

I LP-arbetet har samrådsparterna hittills använt en metod att försöka konkret ange ett planeringsmål, uttryckt i den s.k. planeringshorisonten. Denna kan kortfattat beskrivas som en tänkt eller möjlig fördelning av det tillgängliga antalet läkare på olika verksamhetsområden. Den fördelning av läkare i planeringshorisonten för slutet av 1980-talet som parterna har kommit överens om i LP 83, redovisas i tabell 22.

Tabell 22 En tänkbar fördelning av vidareutbildade läkare enligt nuvarande planeringshorisont (LP 83).

MV-grupp	Planeringshorisont enligt LP 83 för slutet av 1980-talet
Allmänmedicin o socialmedicin	4 400 – 4 500
Företagshälsovård ^a	700 – 700
Långvårdsmedicin/rehabilitering	650 – 675
Barnmedicin	875 – 900
Medicingruppen	2 100 – 2 150
Hudsjukdomar	275 – 300
Nervsjukdomar	150 – 175
Onkologi, inkl. gyn. onkologi	200 – 225
Kirurggruppen	2 150 – 2 200
Öron-, näs- och halssjukdomar	550 – 575
Kvinnosjukdomar	875 – 900
Ögonsjukdomar	525 – 550
Anestesiologi	775 – 800
Klinisk laboratorieverksamhet	725 – 750
Röntgendiagnostik	800 – 825
Psykiatri	1 350 – 1 375
Total ^b	17 100 – 17 600
Forskning m.m.	1 200
Summa	18 300 – 18 100

^aPrivat företagshälsovård

^bInklusive privat praktik.

I det följande redovisas som *ett exempel* en motsvarande fördelning av det antal om ca 23 500 vidareutbildade läkare som enligt tillgångsprognosen kommer att finnas i slutet av 1990-talet.

Utgångspunkten för en sådan fördelning är den ovan redovisade planeringshorisonten. De översiktliga mål för hälso- och sjukvårdens utveckling, som idag kommit till uttryck i olika sammanhang, ligger således till grund även för den här gjorda fördelningen av läkare vid sekelskiftet. Uppläggningsen har mot den bakgrunden i stor utsträckning fått karaktären av en förskjutning av den nuvarande utvecklingen i ett något längre tidsperspektiv – med vissa modifieringar.

De vidareutbildade läkare som enligt prognosen förväntas vara yrkesverkssamma år 2000 skulle kunna grovt fördelas på verksamheter enligt nedanstående tablå.

Tablå

Offentlig hälso- och sjukvård	Offentlig företags- hälsovård	Privat företags- hälsovård	Privat praktik	Undervisning och forskning samt övrigt	Total
17 600 – 18 600	900 – 1 000	900 – 1 000	1 000	2 000	22 400 – 23 600

Fördelningen svarar inte helt mot den fördelning som tagits fram i LP 83. Detaljerade jämförelser måste därför göras med försiktighet.

I tidigare läkarfördelningsprogram har vissa beräkningar gjorts om den framtida utvecklingen av läkarbehov för undervisning och forskning (ingående i de verksamheter som ligger utanför LP 83:s planeringshorisont). För utvecklingen inom övriga läkarverksamheter – innefattande bl. a. militärläkeri, rättspsykiatri, rättsläkeri, statliga laboratorier, läkemedelsindustri, administration och u-landstjänstgöring m.m. – gjordes i LP 80 en bedömning för perioden fram till 1985. Därvid antogs en expansionstakt på ca 2 procent årligen till totalt 700 läkare 1985. I LP 83 gjordes inga förändringar i dessa antaganden.

Mot denna bakgrund avräknades i detta räkneexempel sammanlagt ca 2 000 läkare för områdena forskning och undervisning samt övrig läkarverksamhet. Ökningen förväntas i första hand ske inom forskning och undervisning, administration och u-landstjänstgöring.

Vad gäller företagshälsovården har i tidigare sammanhang angetts ett behov på 1 500–2 000 läkare vid fullt utbyggd verksamhet. Det är dock osäkert om denna nivå allttjämt äger giltighet. Denna fråga prövas för närvarande av företagshälsovårdsutredningen.

De hälso- och sjukvårdspolitiska målsättningarna för den framtida offentliga hälso- och sjukvården innebär att de redan i dag prioriterade vårdområdena allmänmedicin, psykiatri och långtidssjukvård skall fortsätta att utvecklas. En förutsättning för att dessa vårdpolitiska ambitioner skall kunna förverkligas är således att dessa sektorer fortsätter att byggas ut och att personalbehovet där i första hand tillgodoses, åtminstone under den första delen av prognosperioden.

I avsaknad av långsiktiga principplaner är LKELP ett av de underlag som får avspegla huvudmännens intentioner under första delen av 1980-talet. Det bör dock här påpekas att det kan vara osäkert om den gjorda överenskomsten om solidarisk läkarförsörjning påverkat utfallet i LKELP.

Sammantaget visar LKELP 81 när det gäller tjänsteutvecklingen en uppbromsning av expansionstakten till knappt 2,5 procent per år under första hälften av 1980-talet. Nedgången i expansionen är speciellt märkbar för områdena medicin och kirurgi. Detta kan vara ett uttryck för ambitionen att styra över resurser från dessa områden till primärvården.

Den ökade satsningen på de s.k. prioriterade områdena tar sig också uttryck i att dessa områden omfattar 38 procent av tjänsterna för vidareutbildade läkare 1985 jämfört med 32 procent av de vidareutbildade läkarna i den tidigare planeringshorisonten för 1985. Det kan vidare konstateras att det i LKELP under flera år skett en kontinuerlig ökning av andelen tjänster inom de prioriterade områdena.

Även om en direkt extrapolering av dessa utvecklingstendenser givetvis inte kan göras utgör de en markering av huvudmännens intentioner att svara upp mot de uttalade hälso- och sjukvårdspolitiska målsättningarna.

Mot bakgrund av det långsiktiga perspektivet är det inte meningsfullt att

Tabell 23 En tänkbar fördelning av vidareutbildade läkare mot slutet av 1990-talet. Yrkesverksamma individer och omräknat till heltidstjänstgörande.

MV-grupp	Yrkesverksamma individer	Omräknat till heltidstjänstgörande
Allmänmedicin o socialmedicin	4 700 – 4 900	4 250 – 4 425
Företagshälsovård (privat)	900 – 1 000	825 – 900
Långvård/med. rehabilitering	900 – 1 000	800 – 900
Barnmedicin	1 000 – 1 100	900 – 1 000
Medicingruppen	2 300 – 2 400	2 050 – 2 150
Hudsjukdomar	350 – 375	325 – 350
Nervsjukdomar	200 – 225	175 – 200
Onkologi, inkl. gyn. onkologi	300 – 325	275 – 300
Kirurgigruppen	2 400 – 2 450	2 150 – 2 200
Öron-, näs- och hals sjukdomar	700 – 750	650 – 675
Kvinnosjukdomar	950 – 1 000	850 – 900
Ögonsjukdomar	650 – 675	575 – 600
Anestesiologi	950 – 1 000	850 – 900
Klinisk laboratorie- verksamhet	800 – 850	725 – 750
Röntgendiagnostik	900 – 950	800 – 850
Psykiatri	1 500 – 1 600	1 350 – 1 450
Total ^a	19 500 – 20 600	17 550 – 18 550
Forskning	1 900 – 2 000	1 700 – 1 800
Offentlig företagshälsovård	900 – 1 000	800 – 900
Summa	22 300 – 23 600	20 050 – 21 250

här göra en finfördelad uppdelning på samtliga medicinska verksamhetsområden. I tabell 23 görs därför endast en grov uppdelning på grupper. I denna tabell redovisas såväl yrkesverksamma individer som heltidsarbetande. Omräkning har därvid gjorts med hänsyn till antagen förekomst av deltidstjänstgöring.

Enligt detta *exempel* skulle det totala behovet av vidareutbildade läkare inom de prioriterade områdena allmänmedicin, psykiatri och långtidssjukvård tillsammans med behovet för företagshälsovård, privat praktik samt övrig läkarverksamhet komma att svara mot närmare 55 procent av totalantalet läkare. För att täcka de framtida behoven för den akutsomatiska hälso- och sjukvårdsverksamheten inom länssjukvården och regionsjukvården – såväl den öppna som den slutna – samt för den specialiserade primärvården (exklusive allmänmedicin) skulle därigenom finnas ca 11 000 läkare tillgängliga. F.n. finns ca 7 000–7 500 läkare knutna till dessa verksamheter. Även om hänsyn tas till en antagen ökning av deltidarbete kommer det således att finnas utrymme för att öka grundbemanningen inom länssjukvårdens och regionsjukvårdens akutsomatiska verksamheter.

Här kan erinras om att läkarförbundets PRAG-material redovisar en total behovsbedömning och en fördelning på vårdnivåer och verksamheter som kan jämföras med den här redovisade. Läkarförbundet anger ett totalt *behov* av vidareutbildade läkare som uppskattats till ca 20 000 heltidsarbetande läkare. Detta kan jämföras med ovan beräknade 20 050–21 250 heltidsarbetande läkare. Av dessa 20 000 läkare antar läkarförbundet att 8 000–8 500 behövs inom primärvård, företagshälsovård, privat praktik och övrig läkarverksamhet (forskning och undervisning m.m.). För länsdelssjukhusens behov beräknas ca 2 500, för länssjukhusen ca 5 000 och för regionsjukhusen 4 500–5 000 läkare.

4 200-5 000 laka.

Pöytäkirja n:o 3/2021, 12.12.2021, 12.12.2021

Päätös:

Päätettiin, että

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

17.

18.

19.

20.

21.

22.

23.

24.

25.

26.

27.

28.

29.

30.

31.

32.

33.

34.

35.

36.

37.

38.

39.

40.

41.

42.

43.

44.

45.

46.

47.

48.

49.

50.

51.

52.

53.

54.

55.

56.

57.

58.

59.

60.

61.

62.

63.

64.

65.

66.

67.

68.

69.

70.

71.

72.

73.

74.

75.

76.

77.

78.

79.

80.

81.

82.

83.

84.

85.

86.

87.

88.

89.

90.

91.

92.

93.

94.

95.

96.

97.

98.

99.

100.

9 Sammanfattning och avslutning

Syftet med föreliggande delrapport, som tagits fram inom ramen för HS 90:s arbete, är främst att ge underlag för ställningstaganden kring läkarutbildningens framtida dimensionering.

Delrapportens första del behandlar tillgången på läkararbetskraft. Där räknas fram att läkarkåren – inklusive i Sverige verksamma utländska läkare, läkare 65 år och äldre samt vissa medicine kandidater m.m. – arbetade ca 31,2 miljoner timmar år 1979.

Därefter görs vissa antaganden om utvecklingen av yrkesverksamhetsgrad, samt heltids- och deltidstjänstgöring m.m. Tillgången på läkararbetstimmar räknas fram till år 2000 enligt ett par alternativ. Dessa skiljer sig i huvudsak åt beroende på olika antaganden avseende yrkesverksamhet och heltid/deltid. Resultaten sammanställs nedan.

	Miljoner läkararbetstimmar år		
	1979	1990	2000
Tillgång huvudalt.	31,2	40,2	46,8
Tillgång hög	31,2	42,7	49,6

Två osäkerhetsfaktorer i tillgångsprognosen skall speciellt påpekas. Den första gäller generellt vid prognoser och har sin grund i att man inte direkt kan applicera dagens arbetsmarknadsbeteende på en framtida läkarkår. Vissa antaganden måste göras om andelen yrkesverksamma och om omfattningen av deltidsarbete. Resultatet varierar beroende på vilka antaganden man gör.

Den andra faktorn hänför sig till att det framtida flödet genom utbildningssystemet idag är svårbedömt. I tidigare progoser över läkartillgången har man i regel antagit att ca 5 procent av de antagna avbryter studierna innan de är avslutade. Befintlig statistik tyder på att denna andel för närvarande kan vara högre. De senaste årens legitimationssiffror är nämligen 20–30 procent lägre än förväntat, om man utgår från att de studerande håller normal studietakt och att få studieavbrott sker. Dessa lägre siffror kan emellertid också förklaras av att studierna tagit längre tid än förväntat och att antalet temporära studieavbrott varit stort. Det har i

föreliggande arbete inte varit möjligt att avgöra vilken av dessa förklaringar som är riktig. Prognosens antagande om nytillskottet från utbildningssystemet är därför högst osäkert.

I prognosen antas att de definitiva studieavbrotten är ca 10 procent till år 1985 och därefter ca 5 procent.

I delrapportens andra del görs en framskrivning av efterfrågan på läkararbetstimmar. Framskrivningen är en trendbeskrivning som baseras på en antagen volymutveckling. Det hade i och för sig varit önskvärt med en mer programmatisk ansats, där efterfrågan på läkararbetskraft kunnat bedömas på ett mer samlat sätt i relation till hela sektorns utveckling. Detta har dock inte varit möjligt, främst på grund av att ett sådant nödvändigt underlag rörande hälso- och sjukvårdens utveckling ännu inte tagits fram i HS 90-arbetet.

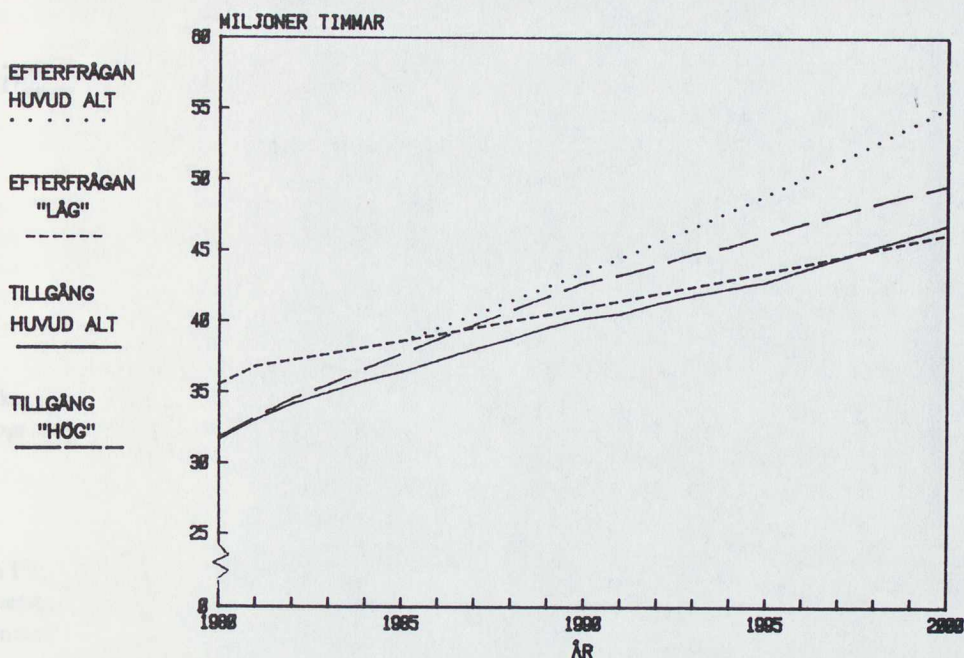
Beskrivningen av efterfrågeutvecklingen bygger på antaganden om en procentuell tillväxt av läkarefterfrågan. Som utgångspunkt för beräkningarna används en skattad efterfrågan år 1979. Denna efterfrågan 1979 består dels av den tidigare beräknade tillgodosedda efterfrågan (31,2 miljoner timmar), dels av en inte tillgodosedd efterfrågan bestående bl. a. av då tillgängligt vakansutrymme som beräknats till ca 2,7 miljoner timmar. Efterfrågan uppgick således år 1979 till sammanlagt ca 33,9 miljoner timmar.

För perioden 1980–1985 räknas med en procentuell tillväxt av denna efterfrågan, som i huvudsak speglar den restriktivitet som anges i 1980 års långtidsutredning. Avseende perioden efter 1985 räknas med två alternativ: ett lågalternativ, i vilket efterfrågan på läkararbetstimmar ökar med ca 1,2 procent årligen, och ett högre, där efterfrågeökningen beräknas till 2,4 procent årligen. Jämfört med hittillsvarande volymutveckling av t. ex läkartjänsterna är båda tillväxttalen låga. Mot bakgrund av den restriktiva ekonomi som förefaller bli en realitet under de närmaste decennierna får ändå en långsiktig tillväxt av läkarefterfrågan på 2,4 procent årligen ses som ett relativt optimistiskt antagande. I den följande tablan redovisas antalet efterfrågade läkartimmar enligt de båda alternativen.

	1979	1990	2000
Efterfrågan hög	33,9	43,7	55,1
Efterfrågan låg	33,9	41,0	46,2

I figuren nedan sammanställs resultaten av tillgångs- och efterfrågeprognoserna. Som framgått ger "efterfrågan hög" en tillväxttakt som inte något av tillgångsalternativen förmår tillgodose. Den lugnare tillväxttakt som avspeglas i "efterfrågan låg" stämmer däremot ganska väl med tillgångsprognosens huvudalternativ. Vid en jämförelse dem emellan finner man att nuvarande brist minskar relativt snabbt för att förbytas i ett marginellt överskott mot slutet av seklet.

Som inledningsvis framhållits har det funnits speciella motiv att bryta ut frågan om den långsiktiga tillgången och efterfrågan på läkararbetskraft och



behandla den med förtur inom HS 90 – utredningens delstudie "Personal- och utbildningsplanering". I det fortsatta HS 90-arbetet kommer dock studierna över det långsiktiga behovet av läkare att integreras i huvudstudien om personal- och utbildningsfrågorna. Bedömningarna kommer härigenom att kunna göras i ett bredare perspektiv och med en mer programmatisk ansats. Allmänna analyser måste göras av hur personalsammansättningen och kompetenskraven påverkas av de vårdpolitiska mål som uppställts för hälso- och sjukvården på längre sikt.

Den nu föreliggande rapporten kommer därvid att ingå som ett underlag i de fortsatta studierna inom HS 90. För kommande ställningstaganden om läkarutbildningens dimensionering är det också väsentligt att föreliggande bedömningsunderlag kompletteras med säkrare prognosunderlag vad gäller främst examinations- och legitimationsutvecklingen. Det är därför väsentligt att UHÄ tillsammans med läroanstalterna initierar och genomför fördjupade studier kring orsakerna till och omfattningen av studieavbrott och studieför-seningar under grundutbildningen. Inom ramen för det rullande LP-arbetet måste härutöver samrådsparterna uppmärksamma utfallet av vidareutbildningssystemet och föreslå lämpliga åtgärder vid avvikelser. Främst gäller detta legitimationsutvecklingen men även graden av måluppfyllelse under den fortsatta vidareutbildningen.

Figur 11 Läkartimmar.
Tillgång och efterfrågan

Bilaga 1 Vissa använda begrepp och definitioner

Läkarfördelningsprogram (LP)	Planeringsinstrument som används för att fördela utbildningstjänster för läkare under vidareutbildning och tjänster för vidareutbildade läkare på verksamhetsområden och geografiska områden i enlighet med sjukvårdspolitiska mål.
LATT. Läkares arbetstider och tjänster	Under 1970-talet regelbundet genomförd enkät till läkare och sjukvårdshuvudmän, med syftet att belysa vakanssituation, läkartillgång, arbetstider m.m.
LKELP/RUPRO. Landstingskommunernas ekonomiska långtidsplanering	Årligt rullande sammanställning av landstingens femårsplaner avseende verksamhet, personal och ekonomi. Innehåller även bokslutsstatistik m.m.
Yrkesverksamhetsgrad	Andel av en given utbildningsgrupp som är verksam inom aktuellt yrke, oavsett tillfällig ledighet.
Aktivitet (bland yrkesverksamma)	Ett tal som anger hur stor arbetsinsats en population utför jämfört med om samtliga i populationen ingående individer skulle arbeta heltid.
Kår	Med (personal) kår menas här samtliga personer som har genomgått läkarutbildning.
Specialitet/ medicinskt verksamhetsområde	Kan i dessa sammanhang användas som synonyma begrepp. Inom skilda ämnesområden inom medicinen kan läkarna genom en reglerad tjänstgöring och utbildning <i>specialisera sig</i> . De erhåller då rätten att kalla sig specialist inom det berörda verksamhetsområdet.
AT (block)	Efter grundutbildning utför läkarna under ca 2 år <i>allmäntjänstgöring (AT)</i> innan legitimation erhålles. AT skall fullgöras på ett s.k. AT-block som är ett tidsbegränsat förordnande som innehåller alla nödvändiga tjänstgöringar.
FV (block)	Efter AT följer under 4-5 år <i>fortsatt vidareutbildning (FV)</i> . FV leder till specialistkompetens och för denna

tjänstgöring tilldelas huvudmännen årligen s.k. FV-block.

Heltid

I föreliggande rapports tillgångsberäkningar avses med heltid 40 timmar per vecka under 43 veckor per år.

Fastställd arbetstid

Mot bakgrund av nuvarande läkarbrist har arbetsmarknadsparterna i vissa fall överenskommit om *särskild arbetstid* utöver den för heltidsarbetande normalt gällande 40-timmars veckan. Detta medför att den *fastställda* arbetstiden för många läkare för närvarande överstiger 40 timmar per vecka.

Bilaga 2

Särskilt yttrande av Hans Rundcrantz beträffande HS 90:s beräkningar över framtida tillgång och efterfrågan på läkare

1 Tillgång

Prognosens beräkning av den totala tillgången på läkartimmar är rimlig, om man ser till totalsiffran. De enskilda antagandena är dock inte invändningsfria. Särskilt kan diskuteras om yrkesverksamhets- och aktivitetsgraden kommer att sjunka så kraftigt och om 40 timmars arbetsvecka kommer att bibehållas. Goda skäl kan anföras för ståndpunkten att yrkesverksamhets- och aktivitetsgrad kommer att förbli hög, medan i stället den generella arbetstiden förkortas. Det är viktigt att notera att den senare kombinationen av faktorer kan ge ett lika högt utbud av arbetstimmar som den i prognosen kalkylerade. Den omständigheten att man i prognosen har utgått från 40 timmars arbetsvecka får alltså inte tolkas som att beräkningen utgör ett maximalalternativ, och att alternativa antaganden alltid kommer att ge lägre totalsiffror.

2 Efterfrågan

Till skillnad från tillgångsberäkningen är efterfrågeberäkningen mycket tvivelaktig. Prognosen utgår i sitt huvudalternativ från "ett optimistiskt antagande som förutsätter en god ekonomi mot slutet av 1980-talet" (sid.42). Den ekonomiska tillväxten antas sålunda medge en efterfrågan på 49 milj. timmar år 1995 och 55 milj. timmar år 2000. Jag anser det inte realistiskt att ett så expansivt alternativ görs till huvudalternativ. Det är vidare en brist i framställningen att man inte angett vad volymökningen innebär i kronor (fast penningvärde).

Denna teoretiskt antagna ökning av efterfrågan bygger uppenbarligen också på ett oredovisat antagande att läkarkostnaden per timme är densamma år 2000 som år 1979. Detta antagande kan ifrågasättas av flera skäl.

För det första bortser prognosen från att även vid helt oförändrade reallöneförhållanden ökar genomsnittskostnaden per läkartimme automatiskt. Detta beror på att det är antalet specialistutbildade läkare (med högre timkostnad) som ökar, medan antalet underläkare förblir konstant. Enligt

läkarförbundets beräkningar innebär denna automatiska ökning att timkostnaden stiger från ca 110 till ca 120 kronor under perioden.

För det andra är det orimligt att anta att en så hög tillväxt som totalt drygt 60 procent under perioden inte skulle ge utrymme för standardförbättringar, t. ex. i form av en generell arbetstidsförkortning. Därmed ökar också kostnaden per läkartimme, och det antagna ekonomiska utrymmet räcker inte till för att efterfråga så många läkartimmar. Läkarförbundets egna beräkningar, baserade på antaganden om 2,4 procent årlig tillväxt och en generell arbetstidsförkortning till 35 timmar under perioden, visar sålunda att efterfrågan under dessa förutsättningar stannar vid 42–43 milj. timmar. Denna siffra beräknar HS 90-prognosen skall uppnås redan år 1990.

Även om en efterfrågan på 49–55 milj. timmar är teoretiskt möjlig att räkna fram, måste man söka bedöma om siffran är realistisk. Utgångspunkten för en sådan bedömning kan vara dagens efterfrågan, en uppskattning av läkarbehoven inom olika sektorer av hälso- och sjukvården, och ett försök att åskådliggöra vad den angivna timvolymen innebär i läkartäthet och bemanning av olika vårdenheter. Det kan nämnas att de uppskattningar som läkarförbundet har gjort tyder på att det finns en "mättnadsnivå" vid ca 43 milj. timmar, och att 49 milj. timmar vid ett försök till konkretisering framstår som en synnerligen riklig tillgång på läkararbetskraft.

HS 90 gör inget försök att bedöma om 49–55 milj. timmar är en rimlig efterfrågan. Man nöjer sig med att (i kapitel 8) göra en "avstämning" innebärande en tänkt fördelning av 23 600 vidareutbildade läkare på olika medicinska verksamhetsområden. Enligt prognosens antaganden presterar dessa läkare tillsammans med förutsatta 6 800 underläkare totalt knappt 47 milj. timmar. Det framgår klart av "avstämningen" att man för att kunna placera 23 600 vidareutbildade läkare bl. a. måste låta primärvården expandera utöver den nivå som idag betraktas som "fullt utbyggd" och anta att läns- och regionssjukvårdens läkarstaber kan ökas med ca 50 % jämfört med dagens nivå. HS 90 bedömer uppenbarligen detta som en realistisk utveckling. Jag har dock svårt att finna att HS 90:s optimism är välgrundad.

3 Slutsats

Jag anser inte att de av HS 90 presenterade beräkningarna kan ligga till grund för beslut om läkarutbildningens dimensionering. På grundval av läkarförbundets egna beräkningar anser jag att intagningen till läkarutbildningen bör kunna minskas till ca 700 plaster/år utan att man äventyrar en god framtida läkarförsörjning.

Hans Rundcrantz

Bilaga 3

Särskilt yttrande av landstingsförbundets ledamöter och experter

I rapporten har den framtida tillgången och efterfrågan på läkare särstuderats, såsom riktlinjerna för HS 90:s arbete anger. Det innebär en trendmässig framskrivning där hänsyn inte kunnat tas till de vårdpolitiska målen och dess konsekvenser, bl. a. för relationen mellan olika personalgrupper. En rad förutsättningar om samhällsutvecklingen och läkarnas beteende på arbetsmarknaden ligger till grund för de nu redovisade beräkningarna. Dessa förutsättningar är i och för sig osäkra. De har emellertid diskuterats i styrgruppen och bedömts vara rimliga utgångspunkter för framskrivningen.

Resultatet av beräkningarna tyder på en successivt förbättrad balans mellan tillgång och efterfrågan fram till år 2000. Den ger därmed stöd för en *oförändrad* dimensionering av läkarutbildningen.

Landstingsförbundets styrelse har i november 1981 beslutat hävda en oförändrad utbildningsnivå bl. a. för läkare, bl. a. mot följande bakgrund:

Vårdpolitiskt finns inget underlag för att nu dra ner läkarutbildningen. Det finns inte några bedömningar som pekar mot sådana förändringar av vårdens innehåll som leder till ett minskat behov av läkare. Det är tvärtom troligt att de ökade kvalitetskraven inom hälso- och sjukvården på *lång sikt* förskjuter efterfrågan på vårdpersonal mot långtidsutbildade. På *kort sikt* gäller det att inhämta den betydande eftersläpning i tillgång på läkare som satt sin prägel på utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård under hela efterkrigstiden. En neddragning kan innebära att eftersatta grupper inte heller i framtiden kan ges den hälso- och sjukvård som planerna förutsätter.

HS 90-rapporten visar inte heller på några negativa *arbetsmarknadsmässiga* konsekvenser av en oförändrad dimensionering.

Sjukvårdshuvudmännen anser att frågan om läkarutbildningens dimensionering kan närmare prövas när resultatet från det fortsatta och "breddade" HS 90-projektet om personalförsörjningen föreligger.

Statens offentliga utredningar 1982

Kronologisk förteckning

1. Real beskattning. B.
2. Real beskattning. Bilaga 1-3. B.
3. Real beskattning. Bilaga 4-6. B.
4. Tandvården under 80-talet. S.
5. De förtroendevalda i kommuner och landstingskommuner. Kn.
6. Sockernäringsen. Jo.
7. Talböcker-utgivning och spridning. U.
8. Videoreklamfrågan. Ju.
9. Ny plan- och bygglag. Remissammanställning. Bo.
10. Sanering efter industrinedläggningar. Bo.
11. Den långsiktiga tillgången och efterfrågan på läkararbetskraft. S.

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Videoreklamfrågan. [8]

Socialdepartementet

Tandvården under 80-talet. [4]

Den långsiktiga tillgången och efterfrågan på läkararbetskraft.
[11]

Budgetdepartementet

Realbeskattningsutredningen. 1. Real beskattning. [1] 2. Real
beskattning. Bilaga 1-3. [2] 3. Real beskattning. Bilaga 4-6. [3]

Utbildningsdepartementet

Talböcker-utgivning och spridning. [7]

Jordbruksdepartementet

Sockernäringsen. [6]

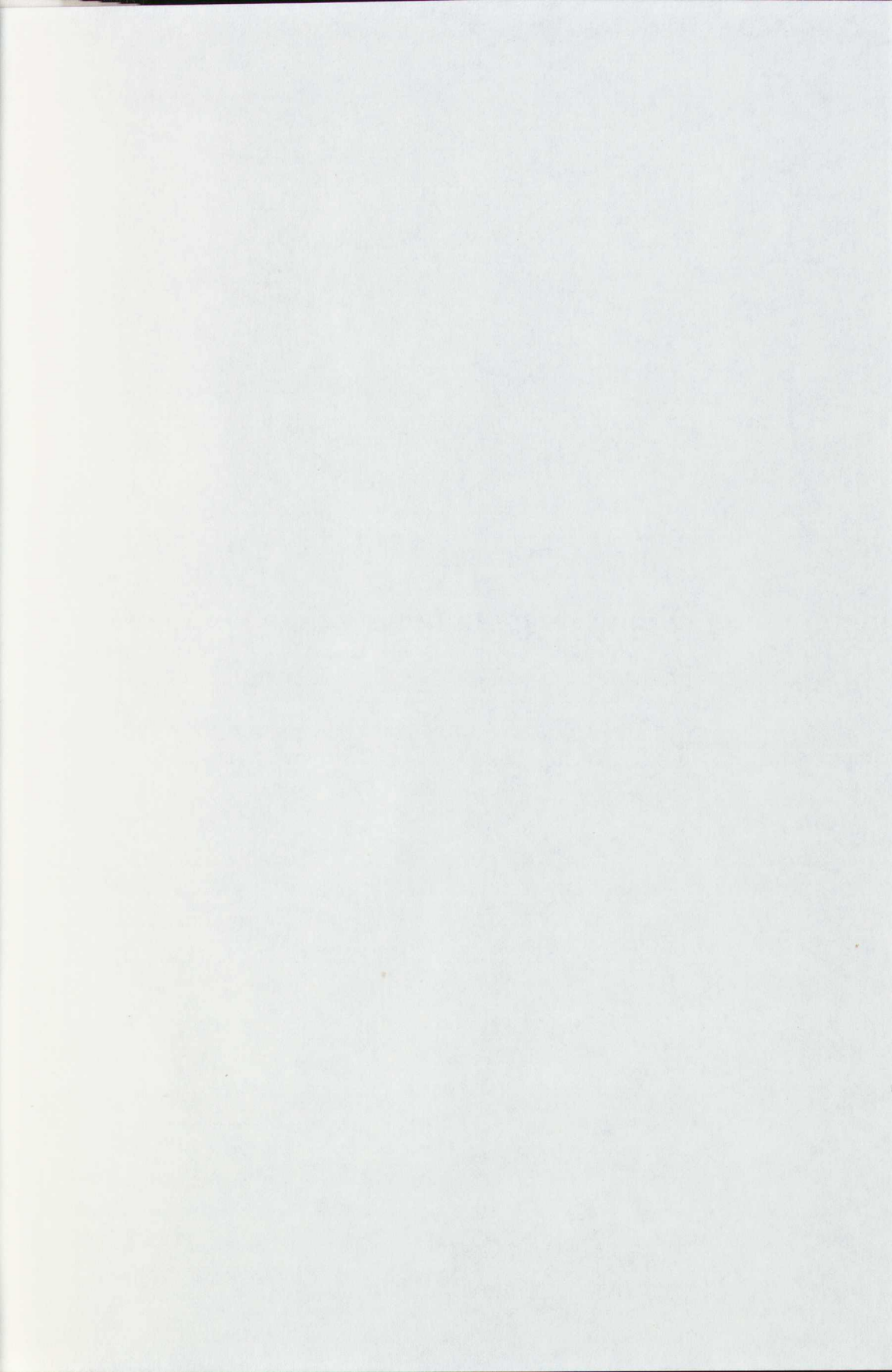
Bostadsdepartementet

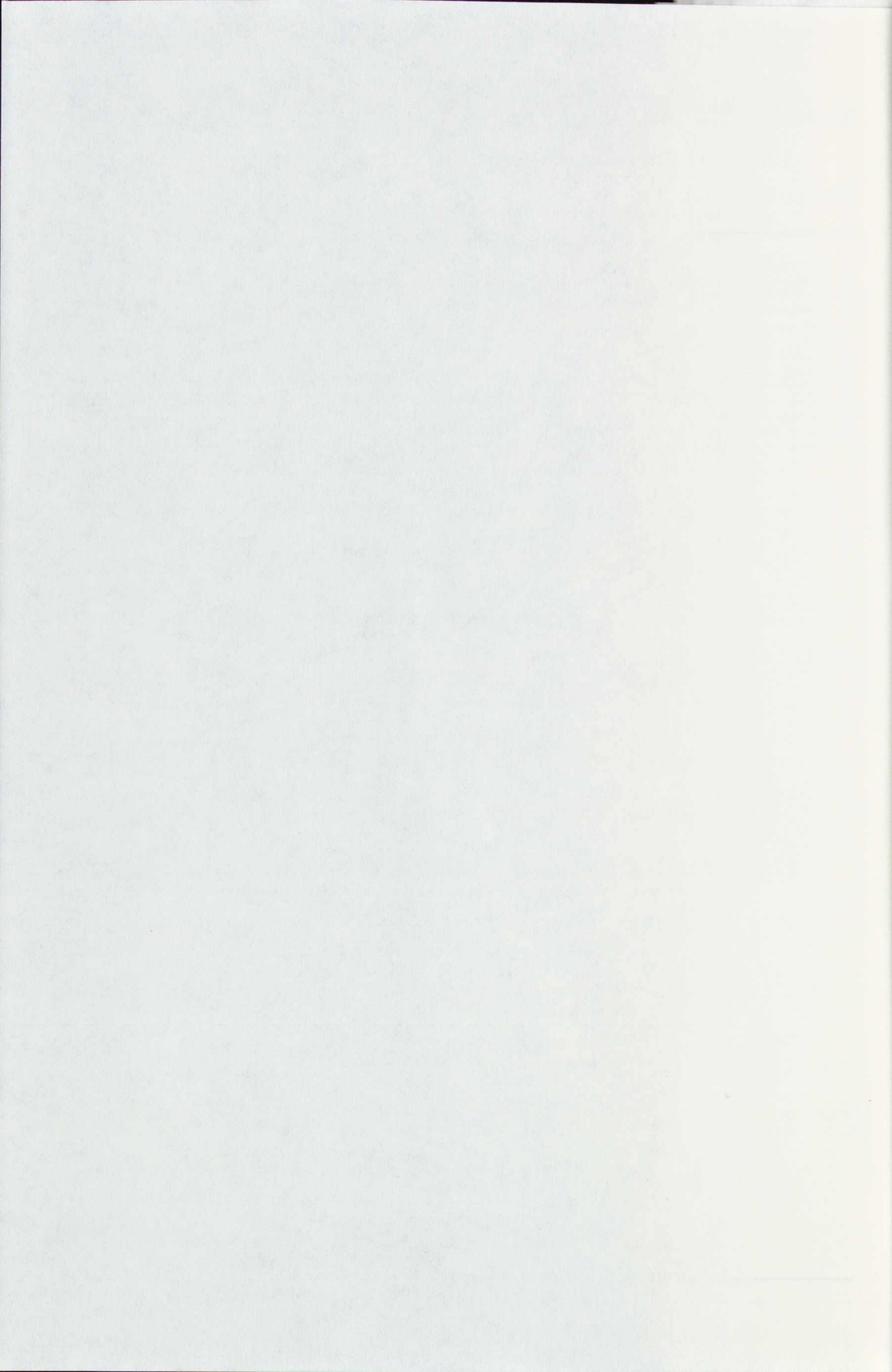
Ny plan- och bygglag. Remissammanställning. [9]

Sanering efter industrinredläggningar. [10]

Kommundepartementet

De förtroendevalda i kommuner och landstingskommuner. [5]









LiberFörlag
Allmänna Förlaget

ISBN 91-38-06827-3
ISSN 0375-250X