

# Den framtida läkararbetsmarknaden i de nordiska länderna

**SNAPS**

**Samnordisk Arbetsgrupp**

**för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor**

**2004**

## Förord

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

**en balanserad läkararbetsmarknad i varje land;**

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

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

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

Föreliggande rapport är den trettonde i ordningen. Den innehåller – för Finland, Island, Norge och Sverige – dels en tillgångsberäkning fram till år 2020, dels två efterfrågeberäkningar fram till år 2015. Danmark har gjort en framskrivning av antal specialister enligt olika scenarion. Till skillnad från tidigare har vi denna gång inte haft ambitionen att ge en samlad prognos för hela Norden. Istället har varje land har bidragit med en prognos för sin hemmamarknad. I årets rapport finns även en utblick över det aktuella arbetsmarknadsläget i några europeiska grannländer.

Ansvariga för innehållet i denna rapport är:

Hannu Halila	Finland läkarförbund
Sveinn Magnússon	Læknafélag Islands
Anders Taraldset	Den norske lægeforening
Kerstin Johansson	Sveriges läkarförbund
Hans Mathiasen	Den almindelige danske lægeforening

***Samnordisk arbetsgrupp för prognos- och specialistutbildningsfrågor (SNAPS)***

Maj 2004

# Innehåll

<b>Inledning</b> .....	3
------------------------	---

## Lägesbeskrivning

Finland .....	5
Island .....	6
Norge .....	7
Sverige .....	9
Danmark .....	10
Europiska grannländer .....	11

## Arbetsmarknadsprognos

Finland .....	12
Island .....	17
Norge .....	22
Sverige .....	28
Danmark .....	37

<b>Definitioner</b> .....	46
---------------------------	----

<b>Diagram över läkarkårens åldersstruktur och kön</b> .....	48
--	----

## Inledning

De nordiska läkarförbunden kan nu se tillbaka på ett 25-årigt gemensamt prognosarbete om den nordiska läkararbetsmarknaden. Från en blygsam start med siktet inställt på år 2000 försökte förbunden redan år 1984 att utsträcka prognosen till år 2020. Därmed kunde förbunden synliggöra den snabba ökningen av läkarkåren fram till en topp något decennium in på 2000-talet och därefter en ganska hastig minskning när de stora årskullar som utbildades på 1970-talet går i pension.

Arbetsgruppen har många gånger understrukit att de enskilda ländernas prognoser inte får uppfattas som en förutsägelse om framtiden: ”så här kommer det att bli”. Prognosens syfte är i stället att göra en konsekvensbeskrivning av politiska beslut om läkarutbildningens storlek, arbetstidens längd, pensionsålder m.m.: ”så här kan det bli på grund av de val som vi redan har gjort och om efterfrågan på läkare utvecklas i enlighet med våra räkneexempel”. Avsikten är att ge underlag för korrigering av en icke önskvärd utveckling.

Det tar lång tid (inmot 15 år, inkl. grundutbildning) att utbilda en specialistkompetent läkare. Det är därför nödvändigt att de myndigheter som ansvarar för läkares grundutbildning och vidareutbildning har ett långsiktigt perspektiv på läkarförsörjningen. Snabba kast i utbildningsdimensioneringen skapar problem för fakulteter och vårdorganisation och kan ge specialiteter en skev åldersstruktur.

En självkritisk granskning av de gjorda prognoserna visar, att arbetsgruppen tämligen väl har kunnat beräkna den framtida läkartillgången, även om det har funnits en viss tendens till över-skattning. På efterfrågesidan har träffsäkerheten varit sämre, vilket återspeglar avsaknaden på långsiktiga politiska beslut om den viktigaste faktorn i sammanhanget, d.v.s. hälso- och sjukvårdens resurser. Som exempel kan nämnas att de nordiska läkarförbunden 1986 räknade med att ca 68 000 läkare skulle efterfrågas i Norden år 2000. Detta kan jämföras med den faktiska nordiska efterfrågan på ca 78 000 läkare. År 1990 hade förbunden höjt efterfrågeprognosen för år 2000 till 72 000.

I de prognoser som nu framläggs redovisar Finland, Island, Norge, Sverige en beräkning av läkartillgången fram till år 2020. Danmark redovisar en framskrivning av antalet specialister enligt olika scenarion. På efterfrågesidan redovisar Finland, Island, Norge och Sverige två alternativ. Det ena bygger på antagandet att det kommer att finnas en ekonomisk tillväxt som i förening med en fortsatt medicinsk-teknisk utveckling skapar en expanderande arbetsmarknad för läkare (alternativ A). Det andra alternativet utgår från en mindre gynnsam ekonomisk utveckling som endast tillåter, för alla länder utom Norge, att antalet läkare ökar proportionellt till befolkningstillväxten (alternativ B). Danmark redovisar ingen efterfrågeprognos.

Skulle efterfrågan utvecklas i enlighet med det expansiva scenariot (alt A) pekar prognosen mot att Island, Norge och Sverige kommer att ha en ganska god balans fram till år 2010. Finland visar i båda scenariorna på läkarbrist. När det uppstår obalanser på de enskilda ländernas arbetsmarknad har de senaste 30 årens erfarenheter visat att stora överströmningar över gränserna äger rum.

Skulle efterfrågan på läkare endast utvecklas i takt med befolkningsutvecklingen (alt B) pekar prognosen mot att ett överskott på läkare kommer att uppstå i Island, Norge och Sverige. Innan någon mer omfattande arbetslöshet växer fram kommer dock olika marknadsanpassningar att äga rum. Prognoserna skall betraktas som underlag för att avgöra vilka typer av marknadskrafter som kommer att sättas i rörelse under prognosperioden.

I sammanhanget bör framhållas att gällande EU-regler om arbetstid kan komma att påverka utbudet av läkararbetskraft. Enligt EU-direktivet, som också omfattar läkare, får den sammanlagda arbetstiden inte överskrida 48 timmar per vecka. Till arbetstid skall då också räknas övertid och jour på arbetsplatsen. Dessutom skall arbetstagaren ha rätt till 11 timmars dygnsvila per 24-timmarsperiod. Det är fortfarande oklart om och när reglerna införs och får genomslag på läkararbetsmarknaden. I denna prognos har vi inte tagit med effekterna av en eventuell förändrad arbetstidslag i de nordiska länderna.

## Lägesbeskrivning

### Finland

Antalet läkare i Finland under 62 år var vid årsskiftet 2003/2004 totalt 16 215. Andelen kvinnor var 53 %. Därutöver fanns cirka 1 000 finska läkare i yrkesverksam ålder bosatta utomlands. De senare åren har läget på läkararbetsmarknaden varierat betydligt. I början av år 2004 fanns det omkring 100 arbetslösa läkare. Arbetslösheten var närmare 700 tio år tidigare. Finlands läkarförbund och social- och hälsoministeriet har gjort undersökningar om läkarbristen inom den offentliga sektorn. I oktober 2003 var det totalt ungefär 1 000 tjänster utan läkare, 600 vid sjukhus och 400 vid hälsocentraler. Andelen vakanta tjänster var 8 % vid sjukhus och 11 % vid hälsocentraler. Jämfört med situationen två år tidigare har bristen vid sjukhusen minskat från 9 %, vid hälsocentraler vuxit från 10 %. Bristen var störst inom psykiatri, anesthesiologi och radiologi. Social- och hälsoministeriet antar ändå att situationen börjar bli bättre på grund av de växande antagningarna till universitetet.

Antalet nya studerande till de medicinska fakulteterna har varierat mycket. I början av 90-talet var det över 500 per år. År 1993 minskades antalet till 360. Därefter har man ökat antalet nya studerande gradvis till 600 år 2002. Antalet nya studerande år 2003 var 631. Det innehåller också 25 sjuksköterskor och andra motsvarande yrkesutbildade som skall utbildas till läkare i Åbo med litet förkortad utbildningstid. Ökningen i antalet studerande har varit över 70 % under sex år.

Antalet nyutbildade läkare årligen kommer att öka. Samtidigt kommer de stora åldersklasserna att pensioneras inom de närmaste åren. Fast det har varit mycket tal under de senaste åren om läkarbrist i primärvården, kommer problemet att bli allvarligare inom sjukhusen på grund av att specialisterna vid sjukhusen är i medeltal äldre än läkare i primärvården.

Under 1990-talet flyttade finska läkare i högre grad än tidigare utomlands men nivån har stabiliserats till ungefär 1 000. Det finns ungefär 500 ursprungligen utländska läkare i Finland. Det anses att invandringen kommer att växa speciellt från Estland när landet blir medlem i EU. Dessutom studerar litet över 100 finska studenter i Estland och de flyttar antagligen alla till Finland som färdiga läkare.

Finland har i stort sett återhämtat sig från den ekonomiska lågkonjunkturen, men den offentliga sektorn har dock inte hämtat sig i samma takt som exportindustrin. Den totala arbetslöshetsgraden är fortfarande ganska hög, 9 %. Hälso- och sjukvården i Finland kostade år 2002 ca 9,5 miljarder euro. Hälso- och sjukvårdens andel av BNP för år 2001 var 7,0 %, siffran för år 2002 antas bli 7,3 %. På grund av det nationella projektet av tryggheten av hälso- och sjukvården i framtiden år 2002 kommer satsningen till hälsovården att öka. På grund av samma projekt blir det antagligen från början av mars 2005 lagstiftning ("vårdgaranti") som skall sätta minimitider för patienter att få kontakt till primärvården inom tre dagar, få konsultation från sjukhus inom tre veckor och behandling (t.ex. operation) inom högst 6 månader.

## Island

Vid årsskiftet 2003/2004 fanns det i Island knappt 990 läkare under 70 år (som är både den formella och den faktiska pensionsåldern). Därtill kommer ca 460 läkare som befinner sig utomlands. Av dessa fanns 201 i Sverige (jfr 166 år 2002), 95 i USA (86), 102 i Norge (110), 23 (20) i Storbritannien och 19 (17) i Danmark.

Majoriteten av läkarna utomlands är i åldern 30 – 40 år. Sannolikt är största delen under vidareutbildning, eftersom de flesta isländska läkare gör sin vidareutbildning i utlandet. Det finns dock en grupp som anses ha utflyttat för gott (läkare äldre än 40 år), och antalet har stigit från 100 till 200 under de senaste åren.

I arbetsgruppens rapport 2002 förutsågs att arbetsmarknaden skulle vara i tämligen god balans, eller att antalet utomlands skulle öka något. Detta har visat sig stämma väl överens med siffermaterialet i denna rapport. Hemmamarknaden förefaller vara mättad enligt dagens ekonomiska och hälsopolitiska ramar, och läkaröverskottet stannar utomlands.

Underskott i statsbudgeten ledde till en hård åtstramningspolitik med omstruktureringar, rationaliseringar och prishöjningar i hälso- och sjukvården under mitten av 1990-talet. Detta förhållande i viss mån upprepats under 2003, och en del uppsägningar eller nedskärningar av tjänster hotas under 2004. Trots ljusare tider och positiv statsbudget så lider sjukvården av kontinuerligt behov för ökade tillskott. Någon arbetslöshet förekommer inte bland yngre läkare, och endast enstaka äldre läkare har varit arbetslösa periodvis. Läkarna stannar i all-

mänhet utomlands till dess en garanterad tjänst kan erbjudas. Det innebär emellertid att det uppstår en viss obalans i den verksamma läkarstaben: sjukhusen har oftast dels relativt oerfarna underläkare, dels specialister som har återvänt från utlandet, men de erfarna underläkarna är utomlands.

Förhållandena på den internationella arbetsmarknaden spelar stor roll för Islands läkarförsörjning och medför en viss osäkerhet i arbetsmarknadsprognosen. Det är svårt att förutse hur stor andel av de isländska läkarna i utlandet som skulle söka tjänster i Island vid eventuellt ökade pensionsavgångar längre in på 2000-talet. Ett osäkerhetsmoment är hur EU's regler om arbetstider kommer att införas i Island.

Den medicinska fakulteten vid Islands universitet i Reykjavik tillämpade fram till år 2002 antagningsbegränsning (*numerus clausus*) efter den första terminen, d.v.s. alla som ville fick börja studierna, men efter en termin begränsades antalet till 40 platser. Fr.o.m. våren 2003 ändrades detta system och inträdesexamen infördes före första terminen. Antagningen har ökat till 48 platser och bortfallet har blivit minimalt efter påbörjade studier.

Vid årsskiftet 2003/2004 fanns det omkring 75 isländska medicinstuderande vid utländska universitet, varav 55 i Danmark och 20 i Ungern. Dessa räknas inte med i prognosen. Om endast hälften skulle återvända till Island, så skulle det innebära ungefär 10 % ökning i årlig tillgång.

År 2002 kostade den isländska hälso- och sjukvården 76,9 miljarder ISK (9,9 % av BNP), vilket motsvarar 275 000 ISK per invånare. Siffrorna omfattar såväl offentlig som privat sjukvård. Patientavgifternas andel av intäkterna i sjukvården har varit 15 – 16 % de senaste åren.

## **Norge**

Vid årsskiftet 2003/2004 hade Norge ca 17 400 läkare under 67 år (som är den generella pensionsåldern). Ca 9 500 arbetar vid sjukhus, ca 4 500 inom primärvården (i båda siffrorna inkluderas AT-läkare), ca 900 i privat specialistpraktik, ca 300 är företagsläkare och ca 600 har forskartjänster. Ca 200 är inte yrkesverksamma, vilket vägs upp av lika många över 67 år som är yrkesverksamma. Dessa siffror inkluderar endast läkare i heltidstjänst.



2 710 läkare är utländska medborgare. Knappt hälften av dessa är nordiska medborgare, varav 651 från Sverige och 343 från Danmark. Antalet läkare från Tyskland är ökande, och det är nu 634 tyska medborgare som arbetar som läkare i Norge. Under åren 1994-2003 har ca 7 900 utländska läkare (och ca 5 900 norska) fått norsk legitimation. Alla de utländska läkarna är visserligen inte verksamma i Norge, men av dem som fått legitimation under perioden är så många som ca 2 100 fortfarande kvar i landet. Därutöver finns utländska läkare med tillfällig behörighet (licens). Andelen utländska läkare är högst i de fyra nordligaste fylkena samt Hedmark (gränsande till midt-Sverige), Östfold (gränsande till midt-Sverige), Sogn och Fjordane. Framst rör det sig om allmänläkare samt underläkare, vilket hänger samman med att endast 40 % av de nämnda 2 710 utländska läkarna har norsk specialistkompetens (mot ca 60 % för norska läkare). Andelen utländska läkare som har norsk specialistkompetens är ökande.

I ett längre tidsperspektiv har antalet läkare ökat betydligt både vid sjukhus och inom primärvården. Enligt Statistiska Centralbyrån i Norge har antalet årsarbeten av läkare mellan 1990 och 2002 ökat från 4 576 till 7 291 årsarbetare vid somatiska sjukhus, från 741 till 1 220 vid psykiatriska sjukhus, och från 3 016 till 3 894 inom primärvården (exkl. sjukhem), totalt en ökning från 8 333 till 12 405, en ökning på 49 % under 12 år.

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

De fyra medicinska fakulteterna antog under läsåret 1996/97 490 studenter i Norge. Antagningsciffran är sedan läsåret 1998/99 höjd till ca 600 totalt, men denna siffra inkluderar också en grupp (46-90 varje år sedan läsåret 1998/99) som inte har kommit in vid medicinsk fakultet i Norge, men som har antagits av norska myndigheter för studier i utlandet och fått särskilt förmånlig studiefinansiering. Därutöver har antalet norska läkarstuderande i utlandet ökat kraftigt. De senaste åren har uppskattningsvis 300 studenter varje år påbörjat studier utomlands, och det finns nu totalt nästan 2 000 norska läkarstuderande i andra länder, de flesta i Ungern, Polen, Tyskland, Danmark, Irland, Australien och Tjeckien. I Tyskland och Sverige

är antalet norska läkarstuderande sjunkande, medan antalet fortfarande är ökande i de övriga länderna.

## Sverige

I början av år 2004 fanns det i Sverige närmare 31 000 läkare under 65 år (som är den formella pensionsåldern). Sedan slutet på 1990-talet har det varit brist på läkare inom många specialiteter. Bristen har varit särskilt stor inom allmänmedicin, psykiatri och geriatrik. Genom aktiva rekryteringar utomlands har en del av behoven kunnat tillgodoses. Under de närmaste 10-åren kommer stora pensionsavgångar ske bland läkare. Inom ett par år kommer i genomsnitt ca 1 100 läkare att gå i pension varje år.

Arbetslösheten för läkare är oförändrad. Ca 50 läkare uppbär regelbundet ersättning från Arbetslöshetskassan, och ca 500 läkare (varav många sannolikt är utländska läkare) är anmälda som arbetssökande hos den offentliga arbetsförmedlingen.

Efter en period med snabb tillväxt av landstingens skatteunderlag i slutet av 1990-talet har tillväxten under senare år mattats av markant. Avmattningen har ägt rum samtidigt som löneutvecklingen bland de sjukvårdsanställda har varit fortsatt god. Detta har bidragit till en besvärlig ekonomisk situation för landstingen. För åren 2004 – 08 har regeringen aviserat en höjning av statsbidragen till landsting och kommuner. Dessa förstärkningar kommer dock inte vara tillräckliga för att undvika nedläggning av sjukhus, höjda patientavgifter och försämrad tillgänglighet.

Utgifterna för hälso- och sjukvård (enligt nationalräkenskaperna) har ökat under de senaste åren och uppgick år 2002 till närmare 200 miljarder SEK, vilket motsvarar ca 8,4 % av BNP. Det finns en politisk förståelse för att hälso- och sjukvårdens andel av BNP måste öka ytterligare.

## Danmark

I Danmark er der i henhold til Sundhedsstyrelsens Lægeprognose 2000 – 2025 godt 11.000 erhvervsaktive speciallæger under 70 år og godt 5.500 erhvervsaktive ikke-speciallæger. Ud af de godt 11.000 erhvervsaktive speciallæger er godt 3.500 alment praktiserende læger og knap 900 fuldtidspraktiserende speciallæger. Arbejdsløsheden blandt læger har gennem de seneste mange år været ubetydelig, og der har været en stor efterspørgsel efter læger, herunder ikke mindst speciallæger.

Den danske Sundhedsstyrelse opgør med mellemrum vakante lægestillinger på de danske sygehuse. For at få en fornemmelse af den store efterspørgsel efter ikke mindst speciallægelig arbejdskraft kan nævnes, at den sidst offentliggjort stillings- og vakancetælling (april 2002) viser, at der er godt 600 vakante speciallægestillinger på de danske sygehuse. Det betyder at godt 5 pct. af de ønskede speciallægestillinger er ubesatte. Det skal bemærkes at det reelle antal ubesatte speciallægestillinger formentlig er noget større, da vakanceopgørelsen er opgjort i forhold til det normerede antal speciallægestillinger. I det omfang man har undladt at normere med et større antal speciallægestillinger, fordi man ikke har vurderet, at det er realistisk at få alle ønskede normede speciallægestillinger besat, er de ovennævnte 600 vakante speciallægestillinger en underdrivelse af den reelle vakance.

Siden begyndelsen af 1990'erne er kandidatoptaget på de tre medicinske fakulteter fordoblet og har de senere år ligget på godt 1.100 medicinstuderende. Dette stigende kandidatoptag begynder nu at slå igennem – således kan man gennem de seneste fire år se en stigning i den årlige kandidatproduktion fra ca. 450 til godt 800 i 2004. Fra 2005 forventes godt 900 studenter årligt at blive færdiguddannede fra de medicinske fakulteter. Det må således forventes at der i de kommende år i stigende grad vil kunne blive tale om arbejdsløshed blandt ikke-speciallæger med mindre der etableres det nødvendige antal uddannelsesstillinger samtidig med foreskomsten af en stadig stor efterspørgsel efter speciallæger – jf. den mere detaljerede gennemgang under afsnittet ”Danmark – Lækarprognosen 2000-2025”.

## Europeiska grannländer

Arbetsmarknadsstyrelsen, AMS, i Sverige gjorde sommaren 2003 en kartläggning av arbetsmarknadsläget för läkare i övriga EU-länder samt Polen. Enkäten ställdes till arbetsmarknadsmyndigheten (motsv) i respektive land. Syftet med undersökningen var att få underlag till varifrån en rekrytering av läkare till Sverige kan ske. De länder som blev medlemmar i EU under 2004 ingick inte i studien.

Följande länder uppgav att de hade **läkaröverskott** på specialistnivå:

Polen

Tyskland

Spanien

Italien

Grekland samt

Österrike med problem på utbildningssidan, ”för få ST-anställningar” (jfr Island).

Endast Tyskland har kvantifierat överskottet – ca 3 500 – 4 000 registrerade arbetslösa läkare. Vid en specialstudie för att rekrytera psykiatrer till Sverige kunde konstateras att inga länder hade överskott på psykiatrer.

Följande länder uppgav **läkarbrist**:

Danmark (liten)

Irland och

England.

**Balans** på läkararbetsmarknaden förelåg i övriga länder:

Belgien

Frankrike

Luxemburg

Nederländerna

Portugal och

Finland

# Arbetsmarknadsprognos

## Finland

### Nuläge

Antalet läkare i Finland under 62 år uppgick år 2003 till 16 215. Läkare med finsk legitimation som är verksamma utomlands (ca 1 000) ingår inte i denna siffra. Antalet arbetslösa läkare vid årsskiftet 2003/2004 var ca 100. Ålders- och könsfördelning framgår av tabell 1.

Tabell 1. Läkarkåren i Finland 2003–12–31

Åldersklass	Män	Kvinnor	Summa	Andel kvinnor %
60-61	410	202	612	33
55-59	1 225	627	1 852	34
50-54	1 461	1 045	2 506	42
45-49	1 445	1 517	2 962	51
40-44	1 111	1 585	2 696	59
35-39	867	1 541	2 408	64
30-34	762	1 329	2 091	64
-29	362	726	1 088	67
<b>Totalt</b>	<b>7 643</b>	<b>8 572</b>	<b>16 215</b>	<b>53</b>

### Antaganden – läkartillgång

Med utgångspunkt från tillgångssiffrorna år 2003 och med hjälp av följande antaganden görs en konsekvensbeskrivning över läkarutvecklingen fram till år 2020.

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

1998	430	2002	600
1999	485	2003 – 2004	630
2000	500	2005 →	700 (undervisningsministeriets plan)
2001	600		

b) Genomsnittsåldern vid studiernas början antas vara 20,5 år.

c) Grundutbildningens reella längd antas i genomsnitt vara 6,5 år. Pensionsåldern förutsätts vara 62 år. Detta innebär att läkarna är 34 år i yrkesverksam ålder.

d) Bortfallet under studietiden antas uppgå till 5 %.

e) Andelen kvinnliga studerande har tidigare kontinuerligt ökat men antas stanna vid 65 % i framtiden.

f) Antalet finska läkare som tjänstgör utomlands uppgår f.n. till ca 1 000. Dessa ingår ej i beräkningarna. Många återvänder till Finland samtidigt som andra reser ut. Nettoeffekten antas vara + 10 årligen. Detta omfattar också finska studenter som studerar utomlands. Nyttillskottet läkare med utländsk examen som också stannar kvar i Finland (speciellt från Estland) antas uppgå till 40 per år i åldersklass 27 – 36 år.

g) Yrkesverksamhetsgraden antas f.n. vara 95 % och sjunka till 93 % år 2010. I yrkesverksamhetsgraden har effekten av ökad förtidspensionering, höjning av den officiella pensioneringsåldern och föräldraledighet vägts in. Detta är medeltal för män och kvinnor.

h) I beräkningarna har hänsyn till dödsrisk tagits. Med den åldersfördelning som läkarkåren har i dag antas ca 32 läkare per år avlida före 62 års ålder (19 män och 13 kvinnor).

## Utbud av läkare

Mot bakgrund av ovan redovisade antaganden har utvecklingen av utbudet av yrkesverkssamma läkare under 62 års ålder beräknats fram till år 2020. Resultatet framgår av tabell 2.

Tabell 2. Utbud av läkare i Finland < 62 år

År	Män	Kvinnor	Summa	Andel kvinnor %
2003	7 300	8 100	15 400	53
2005	7 100	8 500	15 600	54
2010	6 800	9 500	16 300	58
2015	6 500	10 400	16 900	62
2020	6 200	11 000	17 200	64

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

Följande antaganden om arbetstiden har gjorts:

- a) Heltidsarbetande läkare antas arbeta 42 timmar per vecka (37 timmar fastställd arbetstid + 5 timmar övertid, för sjukhusläkare är fastställd arbetstid från juli 1998 38,25 timmar) och 46 veckor per år. Arbetstiden antas uppgå till 40 timmar per vecka. Antal arbetsveckor förväntas sjunka från 46 till 45 per år.
- b) 10 % av läkarna antas arbeta deltid. Dessa arbetar 50 % av heltid. Dessa siffror är medeltal för män och kvinnor.

Antal läkare omräknat till heltid framgår av tabell 3 på sid 16.

## Efterfrågan på läkare

Dagens läkarefterfrågan utgörs av dels den tillgodosedda efterfrågan, dels en viss ej tillgodosedd efterfrågan i form av vakanta tjänster. 2003 års tillgodosedda efterfrågan inom offentlig och privat hälso- och sjukvård beräknades enligt ovan till ca 15 300 läkare (15 400 – 100 arbetslösa läkare) eller omräknat till 14 600 heltidsarbetande läkare. Med tillgänglig statistik kan antalet vakanta tjänster uppskattas till ca 1 000 (600 vid sjukhus och 400 vid hälsocentraler).

Den sammanlagda efterfrågan för år 2003 skulle därmed uppgå till ca 15 500 heltidsarbetande läkare.

När det gäller läkarefterfrågan efter år 2004 antas enligt den ekonomiska modellen (alternativ A) en årlig tillväxt på 0,5 %.

I alternativ B antas att dagens efterfrågade läkartäthet på 1 läkare per 340 invånare består under hela prognosperioden. Antalet invånare i Finland beräknas stiga från 5,22 miljoner till 5,31 miljoner år 2020, d.v.s. en genomsnittlig ökning på 0,1 % per år.

I tabell 3 görs en jämförelse mellan tillgång och efterfrågan av heltidsarbetande läkare enligt de två alternativen.

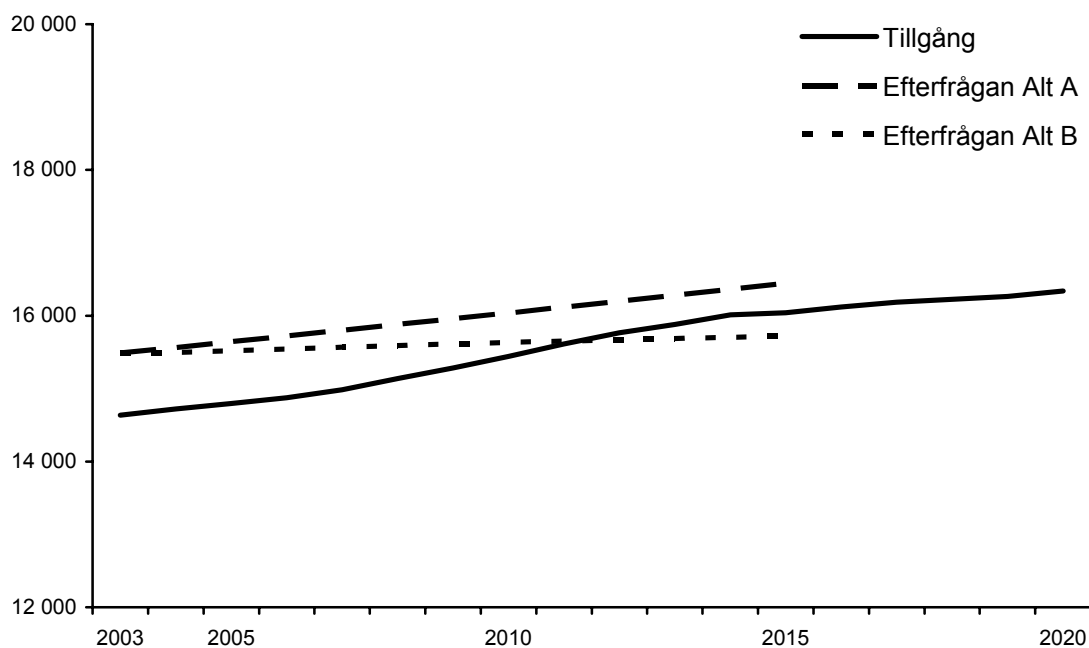
Sammanfattningsvis tyder siffrorna på att Finland enligt alternativ B (oförändrad läkartäthet) kommer att ha underskott av läkare fram till 2012, och därefter överskott. Enligt alternativ A (den ekonomiska modellen) kommer det att bli läkarbrist under hela perioden.



Tabell 3. Tillgång och efterfrågan av heltidsanställda läkare

År	Tillgång	Efterfrågan		Överskott + Underskott -	
		Alt A	Alt B	Alt A	Alt B
2003	14 600	15 500	15 500	- 900	- 900
2005	14 800	15 600	15 500	- 800	- 700
2010	15 400	16 000	15 600	- 600	- 200
2015	16 000	16 400	15 700	- 400	+ 300
2020	16 300	..	..	..	..

**Tillgång och efterfrågan av läkare  
FINLAND  
Heltidsarbetande läkare**



## Island

### Nuläge

Antalet läkare i Island under 70 år (legitimerade och läkare med enbart läkarexamen) uppgick 2003-12-31 till 988. Läkare med isländsk legitimation som tjänstgör utomlands (460 st) ingår inte i denna siffra. Flertalet av dessa är yngre läkare som fullgör sin vidareutbildning utomlands. För närvarande finns inga arbetslösa läkare i Island. Ålders- och könsfördelning framgår av tabell 4.

Tabell 4. Läkarkåren i Island 2003–12–31

Åldersklass	Män	Kvinnor	Summa	Andel kvinnor %
65 - 69	58	2	60	3
60 - 64	60	9	69	13
55 - 59	113	14	127	11
50 - 54	155	30	185	16
45 - 49	118	35	153	23
40 - 44	116	57	173	33
35 - 39	33	34	67	51
30 - 34	53	42	95	44
- 29	40	19	59	32
<b>Totalt</b>	<b>746</b>	<b>242</b>	<b>988</b>	<b>24</b>

## Antaganden – läkartillgång

Med utgångspunkt från tillgångssiffrorna år 2003 och med hjälp av följande antaganden görs en konsekvensbeskrivning över läkarutvecklingen fram till år 2020.

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

1998	38	fr.o.m. 2:a terminen
1999-2001	40	fr.o.m. 2:a terminen
2002	48	fr.o.m. 2:a terminen
2003 →	48	fr.o.m. 1:a terminen

b) Genomsnittsåldern vid studiernas början antas vara 21 år.

c) Grundutbildningens reella längd antas i genomsnitt vara 6,5 år. Pensionsåldern förutsätts vara 70 år. Detta innebär att läkarna är drygt 40 år i yrkesverksam ålder.

d) Bortfallet under studietiden antas vara 2 %.

e) Andelen kvinnliga studerande har kontinuerligt ökat. I rapporten antas att 50 % av nyutskottet är kvinnor.

f) Antalet isländska läkare som tjänstgör utomlands uppgår f.n. till 460. Dessa ingår inte i beräkningarna, se Lägesbeskrivningen. Flertalet isländska läkare fullgör sin vidareutbildning utomlands, framförallt i Sverige, USA, och Norge. De flesta återvänder till Island men ca 4 isländska läkare per år antas stanna kvar i utlandet för gott.

g) Yrkesverksamhetsgraden antas vara 97 % (99 % för män och 96 % för kvinnor).

h) I beräkningarna har hänsyn till dödsrisk tagits. Med den åldersfördelning läkarkåren har idag antas ca 5 läkare per år avlida före 70 års ålder.

## Utbud av läkare

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

Tabell 5. Utbud av läkare i Island < 70 år

År	Män	Kvinnor	Summa	Andel kvinnor %
2003	740	230	970	24
2005	730	270	1000	27
2010	750	360	1110	32
2015	760	450	1210	37
2020	690	540	1230	44

Följande antaganden om arbetstiden har gjorts:

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

Antal läkare omräknat till heltid framgår av tabell 6 på sid 20.

## Efterfrågan på läkare

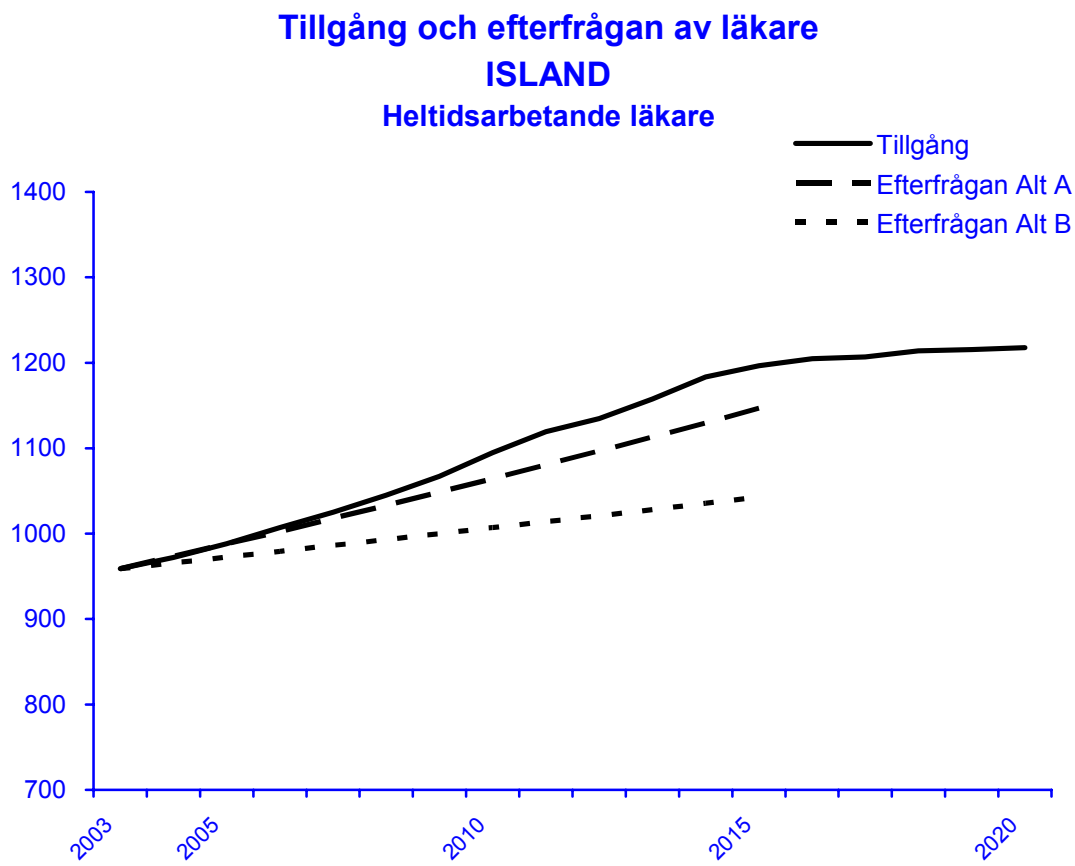
Det finns för närvarande få vakanta tjänster och inga arbetslösa läkare i Island. När det gäller läkarefterfrågan efter år 2003 antas i alternativ A en årlig ekonomisk volymtillväxt för läkarefterfrågan på 1,5 % under hela perioden. I alternativ B som bygger på demografiska förutsättningar antas en årlig tillväxt på 0,7 %.

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

Sammanfattningsvis tyder siffrorna på att Island enligt alternativ A kommer att få en tämligen god balans på läkararbetsmarknaden. Enligt alternativ B finns risk för överskott efter år 2005.

Tabell 6. Tillgång och efterfrågan av heltidsanställda läkare

År	Tillgång	Efterfrågan		Överskott + Underskott –	
		Alt A	Alt B	Alt A	Alt B
2003	960	960	960	0	0
2005	990	990	970	0	+ 20
2010	1100	1070	1010	+ 30	+ 90
2015	1200	1150	1040	+ 50	+ 160
2020	1220	..	..	..	..



Obs! Diagrammet är i annan skala än för övriga länder

## Norge

### Nuläge

Antalet läkare i Norge under 67 år (norsk legitimation eller tidsbegränsad behörighet för minst sex månader) uppgick vid årsskiftet 2003/04 till ca 17 400. Endast ett fåtal läkare är arbetslösa medan ca 300 läkartjänster är vakanta. Ålders- och könsfördelning framgår av tabell 7.

Tabell 7. Läkarkåren i Norge 2003-12-31

Åldersklass	Män	Kvinnor	Summa	Andel kvinnor %
65 - 66	360	58	418	14
60 - 64	1 150	228	1 378	17
55 - 59	1 751	386	2 137	18
50 - 54	1 902	547	2 449	22
45 - 49	1 763	818	2 581	32
40 - 44	1 416	1 027	2 443	42
35 - 39	1 220	1 068	2 288	47
30 - 34	1 233	1 197	2 430	49
- 29	568	665	1 162	54
<b>Totalt</b>	<b>11 363</b>	<b>5 994</b>	<b>17 357</b>	<b>35</b>

## Antaganden – läkartillgång

Med utgångspunkt i tillgångssiffrorna år 2003 och med hjälp av följande antaganden görs en konsekvensbeskrivning över läkarutvecklingen fram till år 2020.

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

	i Norge*	i utlandet
1998	590	233
1999	590	301
2000	590	297
2001	590	297
2002 →	600	300

\* Som nämns i lägesbeskrivningen finns det en grupp som inte har kommit in vid medicinsk fakultet i Norge, men som har antagits av norska myndigheter för att studera i utlandet och fått särskilt förmånlig studiefinansiering. Dessa har medräknats i siffrorna i kolumnen ”i Norge”.

Antalet nya studerande i Norge baseras på planerade siffror från statliga myndigheter, medan siffrorna för studerande som börjar sina studier i utlandet, bygger på uppgifter från Statens lånekasse för utdanning. Antalet norska studerande i utlandet har ökat de senaste 10 åren, och det är osäkert om denna höga siffra kommer att bestå.

b) Genomsnittsåldern vid studiernas början antas vara 22 år.

c) Grundutbildningens reella längd antas i genomsnitt vara 6 år. Pensionsåldern förutsätts att förbli 67 år. Detta innebär att läkarna är 39 år i yrkesverksam ålder. Något antaganden om reducerad pensionsålder eller förtidspension har inte gjorts.

d) Bortfallet under studietiden antas uppgå till 2 % för studerande i Norge (inkl. gruppen som har antagits i Norge för studier i utlandet) och 20 % i totalt bortfall för studerande i utlandet, inklusive de som inte kommer hem till Norge efter examen i utlandet.



- e) Andelen nya kvinnliga studerande ökade kraftigt fram till år 1990, och har därefter ökat svagt. I beräkningarna antas att 60 % av de studerande i Norge enligt uppgifter från de medicinska fakulteten och 59 % av de studerande i utlandet är kvinnor, enligt uppgifter från Statens Lånekasse for utdanning.
- f) Antalet norske läkare som arbetar i utlandet uppgår till ca 400 (medlemmar av Den norske lægeforening). Dessa ingår inte i beräkningarna. Det är osäkert i vilken grad dom utländska läkarna som arbetar i Norge kommer att fortsätta att arbeta i Norge och om norska läkare kommer att arbeta i utlandet, och därmed om nettoinvandringen på längre sikt blir positiv eller negativ. I beräkningarna antas nettoinvandringen att vara noll.
- g) Av de 17 357 läkarna i Norge är 34 % kvinnor bland norska läkare och 36 % bland utländska läkare.
- h) Yrkesverksamhetsgraden antas vara 99 % för män och 95 % för kvinnor, baserat på 'Legekårsundersøkelsen 1993'. Omräknat för samtliga 17 357 läkare enligt ovan ger detta 16 900 yrkesverksamma läkare år vid årsskiftet 2003/04.
- i) I beräkningarna har hänsyn till dödsrisk tagits enligt uppgifter om avlidna läkare under åren 1990 – 2003 från Den norske lægeforenings läkarregister. Med den köns- och åldersfördelning som läkarkåren har idag, antas 22 män och 4 kvinnor per år avlida före 67 års ålder. Antalet antas följa antalet män och kvinnor i läkarkåren proportionellt.

## Utbud av läkare

Mot bakgrund av ovan redovisade antaganden har utbudet av läkare under 67 års ålder i Norge beräknats fram till år 2020. Resultatet framgår av tabell 8.

Tabell 8. Utbud av läkare i Norge < 67 år

År	Män	Kvinnor	Summa	Andel kvinnor %
2003	11 400	6 000	17 400	35
2005	11 600	6 900	18 500	37
2010	12 000	9 100	21 200	43
2015	11 800	11 200	23 000	49
2020	11 500	13 100	24 600	53

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

Följande antaganden om arbetstiden har gjorts:

- a) Någon generell arbetstidsförkortning eller arbetsdelning antas ej.
- b) 4 % av männen och 6 % av kvinnorna antas arbeta deltid (genomsnittlig 55 % för män och 57 % för kvinnor), baserat på uppgifter från Den norske lægeforenings läkarregister.

Antalet läkare omräknat till heltid framgår av tabell 9 på sid 27.

## Efterfrågan på läkare

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

Enligt föregående avsnitt beräknades 2003 års tillgodosedda efterfrågan inom offentlig och privat hälso- och sjukvård till 16 900 läkare eller omräknat till 16 600 heltidsarbetande läkare.

Med tillgänglig statistik kan antalet vakanta tjänster uppskattas till ca 300. Endast ett fåtal läkare är arbetslösa i Norge.

Den sammanlagda efterfrågan för år 2003 skulle därmed uppgå till ca 16 900 heltidsarbetande läkare (16 600 + 300).

När det gäller läkarefterfrågan efter år 2003 beräknas i alternativ A antalet nya tjänster öka med 400 per år. Detta motsvarar en ökning på 2,0 – 2,4 % per år.

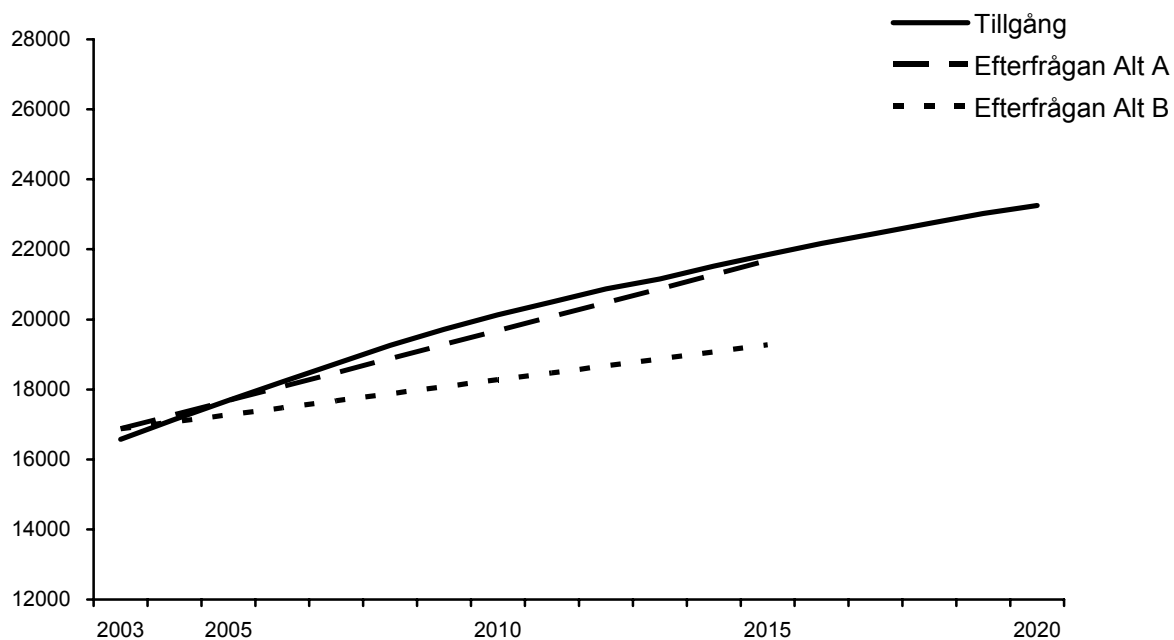
I alternativ B antas antalet nya tjänster öka med 200 per år. Detta motsvarar en ökning på 1,0 – 1,2 % per år.

Sammanfattningsvis tyder siffrorna, enligt båda alternativen, på att Norge inom kort kommer att få ett överskott på läkare, som ökar fram mot 2010 i alternativ A och som fortsätter att öka också efter 2010 i alternativ B. Sannolikt kommer inte ett så stort läkaröverskott att uppstå. I realiteten kommer det troligen i stället att leda till fler nya tjänster och till migration av läkare från Norge till andra länder.

Tabell 9. Tillgång och efterfrågan av heltidsanställda läkare

År	Tillgång	Efterfrågan		Överskott + Underskott –	
		Alt A	Alt B	Alt A	Alt B
2003	16 600	16 900	16 900	- 300	- 300
2005	17 700	17 700	17 300	0	+ 400
2010	20 100	19 700	18 300	+ 500	+ 1 900
2015	21 800	21 700	19 300	+ 200	+ 2 600
2020	23 300	..	..	..	..

**Tillgång och efterfrågan av läkare  
NORGE  
Heltidsarbetande läkare**



## Sverige

### Nuläge

Antalet läkare i Sverige under 65 år (legitimerade och läkare med enbart läkarexamen) kan uppskattas till upp emot 31 000. Några exakta siffror är inte möjligt att få fram. De källor som finns har samtliga vissa brister.

I november 2001 fanns enligt Socialstyrelsens senast tillgängliga statistik 30 150 sysselsatta läkare i Sverige under 65 år (legitimerade och läkare med enbart läkarexamen).

Antalet medlemmar i Läkarförbundet, under 65 år bosatta i Sverige uppgick vid årsskiftet 2003/2004 till 27 894, se tabell 10. Tidigare har ca 95 % av alla läkare i Sverige varit anslutna till förbundet. Anslutningsprocenten har minskat något under senare år och beräknas nu uppgå till något över 90 %. Uppräknat till 100 % skulle därmed antalet läkare i Sverige under 65 år kunna uppskattas till ca 30 500.

Antalet registrerade arbetslösa läkare i Sveriges läkarförbund uppgick vid årsskiftet 2003/2004 till ca 50. Enligt Arbetsförmedlingen var antalet arbetslösa nära 500, varav ca 200 heltidsarbetslösa. Skillnaden mellan siffrorna kan bland annat förklaras av att en del av de 500 arbetslösa troligen inte var behöriga att utöva läkaryrket eller inte hade rätt till den fackliga arbetslöshetsersättningen.

Någon rikstäckande statistik över antalet vakanta tjänster finns ej.

Tabell 10. Medlemmar i Sveriges läkarförbund 2003-12-31

Åldersklass	Män	Kvinnor	Summa	Andel kvinnor %
60 - 64	2 034	854	2 888	30
55 - 59	3 443	1 793	5 236	34
50 - 54	3 174	1 842	5 016	37
45 - 49	2 644	2 073	4 717	44
40 - 44	1 911	1 535	3 446	45
35 - 39	1 515	1 447	2 962	49
30 - 34	1 071	1 356	2 427	56
- 29	443	759	1 202	63
<b>Totalt</b>	<b>16 235</b>	<b>11 659</b>	<b>27 894</b>	<b>42</b>

### Antaganden – läkartillgång

Med utgångspunkt från tillgångssiffrorna i tabellen ovan och med hjälp av följande antaganden görs en konsekvensbeskrivning över läkarutvecklingen fram till år 2020.

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

1998	852	2002	1 055
1999	853	2003	1 095
2000	913	2004 →	1 100
2001	1 022		

b) Genomsnittsåldern vid studiernas början antas vara 22 år.

- c) Grundutbildningen tar teoretiskt 5,5 år. Erfarenhetsmässigt har det visat sig att studierna tar längre tid. Enligt de studier som gjorts tar grundutbildningen i genomsnitt 6 år, vilket också antas här.
- d) En osäkerhetsfaktor i beräkningarna av läkartillgången är bortfallet under grundutbildningen. Med ledning av uppgifter från Statistiska Centralbyrån och egna beräkningar antas bortfallet uppgå till 15 %.
- e) Andelen kvinnliga studerande har kontinuerligt ökat. I rapporten antas att 60 % av nyutskottet läkare är kvinnor.
- f) Antalet läkare med utländsk examen som erhållit svensk legitimation har varierat avsevärt. Sedan år 2000 har siffran stigit kraftigt och uppgick år 2003 till nära 900. I prognosen antas att siffran kommer att minska något och återgå till 2001-2002 års nivå (ca 600 per år). Beräkningstekniskt antas att under de närmaste fem åren 600 läkare med utländsk examen erhåller svensk legitimation per år, varav 400 stannar kvar i Sverige för gott. Därefter antas att 300 stannar kvar. 40 % antas vara kvinnor.
- g) Under slutet av 90-talet flyttade många svenska läkare utomlands, framförallt till Norge. År 2000 fanns t ex ca 700 svenska läkare stadigvarande i Norge. Utflyttningen synes nu ha avtagit och i rapporten antas att nettoemigrationen av svenska läkare till andra länder är noll under prognosperioden.
- h) Flertalet läkare har en avtalad pensionsålder på 65 år. Studier som gjorts visar emellertid att den genomsnittliga pensionsåldern har sjunkit för samtliga yrkeskategorier i Sverige. Å andra sidan arbetar en hel del läkare efter uppnådda 65 år. Enligt Socialstyrelsen fanns i november 2001 ca 1 100 läkare  $\geq$  65 år sysselsatta i mer eller mindre omfattning. I prognosen antas pensionsåldern vara 65 år, och att förtidspensionering jämnar ut med dem som arbetar efter 65 år. Sysselsättningsgraden torde emellertid vara lägre i de högre åldersklasserna, se vidare avsnitt om sysselsättningsgrad på sid 32.
- i) I prognoserna under 1990-talet har yrkesverksamhetsgraden för läkare antagits vara 95 %. Signaler har de senaste åren kommit om ökad långtidsfrånvaro på grund av

sjukdom, utbrändhet, förtidspension, deltidspension m.m. inom läkarkåren. Yrkesverksamhetsgraden antas nu ha sjunkit till 92,5 %. Omräknat för samtliga närmare 31 000 läkare enligt ovan ger detta 28 500 yrkesverksamma läkare år 2003 (se tabell 11). Populationen antas ha samma ålders- och könsfördelning som Läkarförbundets medlemmar.

Även för nytillskottet läkare (såväl med svensk som utländsk examen) antas yrkesverksamhetsgraden vara 92,5 %. Den ökande andelen kvinnliga läkare medför ökad föräldraledighet. Förbundets undersökningar om arbetsmarknadssituationen ett år efter legitimation, där andel kvinnor nu utgör nära 60 %, visar att frånvaron p.g.a. föräldraledighet, militärtjänstgöring m.m. uppgår till 6 %, (10 % för kvinnor och 2 % för män).

- j) I beräkningarna har hänsyn tagits till dödsrisk i läkarkåren år 2003 enligt Statistiska Centralbyråns normer. Med den åldersfördelning som läkarkåren har idag antas 100 läkare per år avlida före 65 års ålder.



## Utbud av läkare

Mot bakgrund av ovan redovisade antaganden har utvecklingen av utbudet av yrkesverkssamma läkare under 65 års ålder beräknats fram till år 2020. Resultatet framgår av tabell 11.

Tabell 11. Utbud av läkare i Sverige < 65 år

År (per 31 dec)	Män	Kvinnor	Summa	Andel kvinnor %
2003	16 600	11 900	28 500	42
2005	16 700	12 700	29 400	43
2010	16 400	14 400	30 800	47
2015	15 000	15 400	30 400	51
2020	14 200	16 400	30 600	54

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

Följande antaganden om arbetstiden har gjorts:

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

Antal läkare omräknat till heltid framgår av tabell 12 på sid 35.

## Efterfrågan på läkare

Dagens läkarefterfrågan utgörs dels av den tillgodosedda efterfrågan, dels av ej tillgodosedd efterfrågan i form av budgeterade men vakanta tjänster.

2003 års tillgodosedda efterfrågan inom offentlig och privat hälso- och sjukvård kan enligt ovan beräknas till ca 28 300 (28 500<sup>1</sup> – 200 arbetslösa läkare) eller omräknat till heltidsarbetande läkare ca 26 900.

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

Läkarbristen inom *primärvården* kan idag uppskattas till ca 200 allmänläkare. Denna siffra får vi fram genom att jämföra antalet yrkesverksamma läkare med etappmålen i regeringens utbyggnadsplan för primärvården. Planen anger hur vi skall nå riksdagens mål om 6 000 allmänläkare år 2008 (1 allmänläkare per 1 500 invånare). För att följa planen skulle det i dagsläget behöva finnas ca 5 000 yrkesverksamma allmänläkare. Idag finns omkring 4 800.

När det gäller den *övriga specialistvården* finns inga normtal att utgå ifrån. Däremot kan konstateras att bristen på psykiatrer är stor. Några mått på hur stor bristen är saknas. I prognosen antas att behovet är ytterligare 200 psykiatrer och 100 specialister inom övriga specialiteter, samt att det finns ekonomiskt utrymme att anställa dessa läkare.

Efterfrågan på heltidsarbetande läkare år 2003 skulle därmed kunna beräknas till 27 400 (26 900 + 200 + 200 + 100).

---

<sup>1</sup> Se tabell 11, år 2003

När det gäller den framtida läkarefterfrågan har två scenarion diskuterats. I det första scenariot (alternativ A) förväntas efterfrågan på läkare öka med 1,5 % per år. Scenariot innebär att hälso- och sjukvårdens<sup>2</sup> andel av BNP ökar från ungefär 8,4 % (år 2002) till 10 % år 2015. I scenario 2 (alternativ B) har antalet läkare per invånare antagits vara oförändrad under hela prognosperioden vilket innebär en årlig efterfrågeökning på ungefär 0,5 %.

### *Scenario 1 (alt A)*

#### **Antaganden**

- a) Den genomsnittliga BNP-tillväxten antas bli 1,8 % per år fram till år 2015. Detta är motsvarar ungefär den genomsnittliga tillväxten i Sverige under de senaste 10 åren.
- b) Hälso- och sjukvårdens andel av BNP stiger till 9,4 % år 2010 och till 10 % år 2015. Detta innebär en årlig resurstillväxt på drygt 3 %.
- c) En del av de växande resurserna (ca 25%) måste användas för att upprätthålla konkurrenskraftiga löner inom sjukvården. Den snabbare produktivitet utvecklingen inom andra branscher gör att lönerna annars kommer att släpa efter.
- d) Efterfrågan på läkare förväntas öka långsammare än efterfrågan på läkemedel, medicinsk utrustning och lokaler. Detta antagande kan kullkastas om en ny arbetstidslag införs som resulterar i en schemaläggning av läkares arbetstid.

Givet ovanstående antaganden blir det årliga utrymmet för att anställa fler läkare ungefär 1,5 % fr.o.m. 2006. För år 2004 och 2005 antas större delen av landstingens ökade inkomster komma att användas för att uppnå budgetbalans. Därmed blir utrymmet för personalökningar lågt under de närmaste åren.

---

<sup>2</sup> exkl. kommunernas äldrevård/omsorg

*Scenario 2 (alt B)*

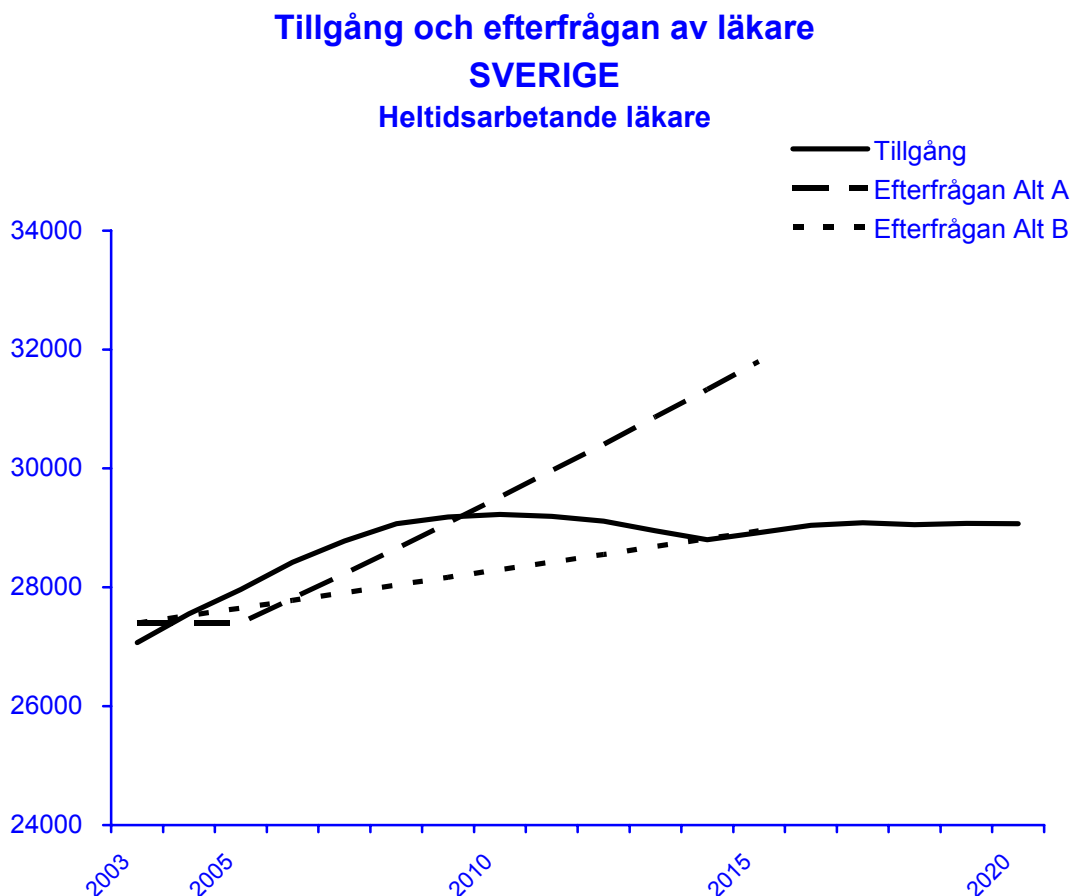
I scenario 2 antas att dagens efterfrågade läkartäthet på 1 läkare per 320 invånare ligger kvar under hela prognosperioden. Den svenska läkartätheten är i ett internationellt perspektiv relativt hög. Scenariot innebär att 1990-talets gradvisa ökning av läkartätheten övergår till att bli oförändrad under 2000-talet. Antalet läkare som efterfrågas kommer endast att öka i takt med befolkningsökningen. Enligt Statistiska Centralbyrån beräknas den årliga befolknings-tillväxten för perioden 2003 – 2015 bli 0,46 %.

Tabell 12. Tillgång och efterfrågan av heltidsanställda läkare

År (per 31 dec)	Tillgång	Efterfrågan		Överskott + Underskott –	
		Alt A	Alt B	Alt A	Alt B
2003	27 100	27 400	27 400	- 300	- 300
2005	28 000	27 400	27 700	+ 600	+ 300
2010	29 200	29 500	28 300	- 300	+ 900
2015	28 900	31 800	28 900	- 2900	0
2020	29 100	..	..	..	..

## Slutsatser

Beräkningarna över tillgång respektive efterfrågan på läkare i Sverige tyder på att arbetsmarknaden under prognosperiodens första år kommer att kännetecknas av brist på läkare. Skulle efterfrågan därefter utvecklas som i scenario 1 återkommer bristen markant efter 2010 då de stora pensionsavgångarna kommer. Skulle efterfrågan utvecklas som i scenario 2 finns risk för ett visst överskott av läkare efter år 2005 för att senare nå balans omkring år 2015.



## Danmark

### Läkarprognosen 2000 – 2025

Danska Sundhedsstyrelsen (ung. Socialstyrelsen) offentliggjorde i maj 2003 en prognos för tillgången på läkare i Danmark under perioden 2000 – 2025. Denna läkarprognos ersätter prognoserna från 1998 och 1999.

Läkarprognosen 2000 – 2025 uppskattar utgångspopulationen för 2000 till cirka 11 200 specialistläkare och cirka 5 500 läkare utan specialisering.

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

Med hänsyn till den prognosticerade totala tillgången på läkare utgår prognosen från att det varje år efter 2000 tas in 1 086 studenter vid de tre medicinska fakulteterna, vilket var det totala antalet intagna år 2001. Siffrorna förutsätter en 75-procentig fullgörandegrad och en genomsnittlig studietid om 8 år före examen.

### Olika scenarion

Simuleringar har gjorts utifrån 5 olika scenarion.

**Scenario 1) / huvudframskrivningen** Här delar man för varje årgång upp de nyutbildade medicine kandidaterna efter antalet utbildningsplatser inom de enskilda specialiteterna 2001. Om det varje år finns fler nyutbildade läkare än antalet utbildningsplatser i utgångsläget 2001, kommer denna ”restgrupp” således att växa kontinuerligt i perioden fram till 2025.

Resultatet av scenario 1 visas i tabell 13. År 2000 finns det cirka 11 200 specialistläkare och cirka 5 500 läkare utan specialisering. År 2025 kommer det att finnas drygt 10 000 i var och en av dessa två grupper. Antalet specialistläkare kommer således att öka med cirka 900, medan antalet läkare utan specialisering kommer att minska med cirka 4 700.

**Scenario 2)** Som scenario 1, kompletterat med en implementering av Sundhedsstyrelsens rekommendationer om utökning av utbildningskapaciteten inom allmänmedicin och de praktikbetonade specialiteterna ögonsjukdomar, öron-näsa-halssjukdomar, dermatologi och onkologi.

Enligt scenario 2 kommer antalet specialistläkare år 2025 kommer att vara 11 100 medan antalet läkare utan specialisering kommer att vara 9 400. En utvidgning av utbildningskapaciteten enligt Sundhedsstyrelsens tidigare rekommendationer kommer således att ungefär medföra ett bibehållande av antalet specialistläkare på nuvarande nivå. Antalet läkare utan specialisering kommer att öka med cirka 4 000.

**Scenario 3)** Detta scenario skiljer sig fundamentalt från de två första genom att det inte fördelar (en del av) de nyutbildade läkarna på det antal utbildningsplatser som var aktuellt 2001 inklusive eventuella kapacitetsökningar. I stället fördelas 90 procent av alla nyutbildade läkare (oavsett antal) på de olika specialiteterna motsvarande det relativa antalet normerade specialistläkartjänster och sjukförsäkringsnummer (s.k. ydernummer, d.v.s. registreringsnummer för läkare som har avtal med den offentliga sjukförsäkringen) för 2001. Resterande 10 procent förutsätts således avlida, förtidspensioneras eller välja en karriär utanför det traditionella läkaryrket. Ifall dessa 10 procent i själva verket varken avlider, förtidspensioneras eller liknande, innebär scenario 3 en uppbyggnad av en kontinuerligt växande restgrupp, oavsett om antalet nyutbildade läkare skulle vara mindre än antalet utbildningsplatser år 2001.

Resultatet av scenario 3 motsvarar vad beträffar 2025 helt resultaten i scenario 2.

En utbildningskapacitet som kontinuerligt säkerställer att 90 procent av en årskulls nyutbildade läkare blir specialistläkare, och som innebär att specialistönskemålen hos de som söker utbildningen motsvarar de faktiska utbildningsperioderna, säkerställer således ett bibehållande av det nuvarande antalet specialistläkare, men inte mer.

**Scenario 4)** I läkarprognoserna från 1998 och 1999 antog man att 20 procent av de färdigutbildade medicine kandidaterna från Norge och Sverige återvände till sina hemländer. I scenario 4 förutsätts att dessa 20 procent nyutbildade från Norge och Sverige stannar kvar i Danmark.

Bedömningen av detta scenario är att det inte kan förväntas att denna kvarhållning i Danmark av nyutbildade läkare från Norge och Sverige kommer att ha märkbar effekt på tillgången på läkare förrän de stora årskullarna av i synnerhet svenska studenter är färdiga kandidater. Vidare kommer ett sådant scenario, med tanke på tillgången på specialistläkare, därför att kunna inträffa först på litet längre sikt.

**Scenario 5)** Här förutsätts att den faktiska tiden för specialistläkarutbildning – d.v.s. antalet år från avslutade läkarstudier till erhållande av specialistläkarlegitimation – bibehålls på i genomsnitt 8 år för allmänmedicin (oaktat att den formella utbildningstiden för allmänmedicin har förlängts med 1½ år) och minskas från 14–15 år för övriga specialiteter till i genomsnitt 10 år.

Resultatet av scenario 5 blir att antalet specialistläkare och läkare utan specialisering år 2025 uppgår till 12 000 respektive 8 500. Det är alltså en ökning av antalet specialistläkare med cirka 800 i förhållande till utgångspopulationen.

Scenario 1, 2 och 3 säkerställer som bäst ett bibehållande av antalet specialistläkare till år 2025 – även med en utökning av utbildningskapaciteten – vilket beror på demografin i den befintliga specialistläkarpopulationen. Inom de kommande 5–10 åren kommer en stor del av de nuvarande specialistläkarna att ha passerat 60 års ålder, och kommer således att ha pensionerats under periodens senare del.

Bara scenario 5 och dess förkortning av den faktiska utbildningstiden med en tredjedel (allmänmedicin undantaget) kommer att innebära en ökning av det nuvarande antalet specialistläkare med cirka 7 procent, motsvarande ytterligare 800 specialistläkare.



## **Åtgärder mot bristen på specialistläkare**

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

Sådana åtgärder kan vara:

### **Efterfrågan**

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

### **Utbud**

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

## **Kapaciteten i vidareutbildningen för läkare**

I Sundhedsstyrelsens läkarprognos framgår att det utifrån prognosens förutsättningar först från omkring 2007 kommer att finnas tillräckligt många läkare för att vidareutbildningskapaciteten ska kunna utnyttjas till fullo, och att det först därefter är möjligt att öka utbildningskapaciteten. Detta framgår grafiskt i figur 1.

Lægeforeningen delar inte denna slutsats.

I dag finns det enligt Sundhedsstyrelsens tjänsteklassifikation (enkelstillingsklassifikation) cirka 4 800 tjänster som räknas som utbildning. Det finns cirka 700 läkare under utbildning på ph.d.-nivå.

Detta ska jämföras med en population av cirka 5 500 läkare utan specialisering (vari inte ingår föräldralediga).

Om man därför räknar ph.d.-utbildning som ett slags utbildningstjänst, kan situationen i dag grovt uppskattas vara i jämvikt.

Om man dessutom håller sig till meritbeskrivningen i utbildningsbestämmelserna, där ph.d.-utbildningen inte räknas, kan det konstateras att det enligt Lægeföreningens uppfattning redan i dag råder brist på kapacitet för vidareutbildning av läkare.

Om man därför vill undvika att få en restgrupp och därmed paradoxen med otillfredsställd efterfrågan på specialistläkare i kombination med arbetslöshet bland utbildningssökande läkare, innebär det att det finns ett stort behov för en utvidgning av utbildningskapaciteten samt att man måste stämna av antagningen till medicinsk utbildning med specialistutbildningskapaciteten.

### **Studentantagning, kandidatexaminering och utbildningskapacitet**

Utkastet till läkarprognosen 2000–2025 i januari 2003, förutsätter en årlig studentantagning om 1 068 vid de tre medicinska fakulteterna. Med en 75-procentig fullgörandegrad och en genomsnittlig utbildningstid för specialistläkare om 10 år, innebär det att det på sikt måste finnas 815 utbildningstjänster i alla led av vidareutbildningssystemet. Då antalet antagna år 2002 var 1 114, är uppskattningen om 1 068 antagna per år något i underkant. Det verkar således redan nu föreligga en situation då såväl kandidatantagning som kandidatexaminering klart överstiger den utbildningskapacitet som den nuvarande dimensioneringen är anpassad för. Om man antar 1 100 studenter varje år innebär det att det på sikt behövs 825 utbildningsplatser per år i de olika utbildningsleden, om man utgår ifrån att alla nyutbildade medicine kandidater stannar kvar i Danmark, och att de utländska studenternas grundutbildningstid varar lika länge som de danska studenternas. Vid ett antagande om en genomsnittlig specialistutbildningstid på 10 år för alla specialiteter utom allmänmedicin, som beräknas ta 8 år, innebär detta att det behövs cirka 7 700 utbildningstjänster fördelat på AT-, introduktions- och huvudutbildningstjänster. Detta gäller vid antagandet att allmänmedicin upptar cirka en tredjedel av den totala utbildningskapaciteten (annars skulle den totala utbildningskapaciteten ha motsvarat 8 250 utbildningstjänster).

Jämförelsevis finns det, som tidigare nämnts, enligt Sundhedsstyrelsens senast offentliggjorda tjänsteklassifikation cirka 4 750 tjänster inklusive AT och allmänmedicin.

Av ovanstående framgår att den nuvarande utbildningskapaciteten – trots en tredjedels minskning av den faktiska utbildningstiden för specialistläkare, exklusive allmänmedicin – måste utökas med cirka 60–65 procent. Detta gäller om det totalt sett ska finnas utbildningstjänster motsvarande antalet läkare utan specialisering.

Om man antar att även den genomsnittliga utbildningstiden för allmänmedicin skulle fastställas till 10 år (jämför med att den formella utbildningstiden förlängs med 1,5 år) behöver utbildningskapaciteten utökas med cirka 75 procent jämfört med i dag (även om utbildningstiden för ”sjukhusspecialiteterna” förkortas).

Såvida man inte utökar utbildningskapaciteten enligt ovan, går det inte att undvika att det skapas en restgrupp av läkare. Samtidigt påpekas att det har tagits hänsyn till en eventuellt förkortning av den faktiska specialistutbildningskapaciteten för det fall antagningen till medicinutbildningen inte minskas.

Om man räknar med en genomsnittlig specialistutbildningstid för alla specialiteter om 10 år, innebär det att den nuvarande utbildningskapaciteten är dimensionerad för en årlig antagning till medicinstudier om bara 625–650 (vid en 75-procentig fullgörandegrad).

Det ska observeras att ovanstående konsekvenser kommer att ändras försåvitt en del av de nyutbildade utländska medicine kandidaterna väljer att inte bo kvar i Danmark, och om man förutsätter att fullgörandegraden för specialiststudierna bland utländska medicinstudenter är lägre än bland danska medicinstudenter. I prognosutkastet framgår att bortfallet bland de utländska medicinstudenterna under det första året är 25 procent, jämfört med 5 procent för danska studenter (det finns för närvarande inte tillräckligt underlag för en analys av utländska studenters frånfälle över hela studieperioden). Det totala bortfallet bland de danska studenterna är i genomsnitt 25 procent. Om man därför antar att det totala frånfallet bland utländska studenter är 45 procent, och att de utländska studenternas andel av det totala antalet antagna

medicinstudenter uppgår till en tredjedel av t.ex. 1 100 (2002 var andelen utländska studenter av antalet antagna knappt 30 procent), innebär det att kandidatårskullen blir 750 i stället för 825, då frånfället bland både danska och utländska studenter ligger på i genomsnitt 31%.

De senaste uppskattningarna av antalet nyutbildade läkare från de läkarvetenskapliga fakulteterna visar att man redan 2004 och 2005 räknar med henholdsvis omkring 825 och 900 färdigutbildade läkare. Det verkar således redan nu föreligga en situation då såväl kandidatan- tagning som kandidatexaminering klart överstiger den utbildningskapacitet som den nuvarande dimensioneringen är anpassad för.

### **Strukturproblem på den danska läkararbetsmarknaden**

Prognosen konstaterar att problemet med otillsatta huvudutbildningsplatser inom en rad specialiteter stödjer förutsägelsen att det först från omkring 2007 verkar finnas behov av en utökning av vidareutbildningskapaciteten.

Lægeforeningen ser ingen anledning till varför situationen med otillsatta huvudutbildningsplatser inom olika specialiteter ska förutsättas vara permanent eller utgöra bevis för att det rent allmänt finns överkapacitet inom utbildningen. Lægeforeningen anser att detta endast är ett strukturproblem.

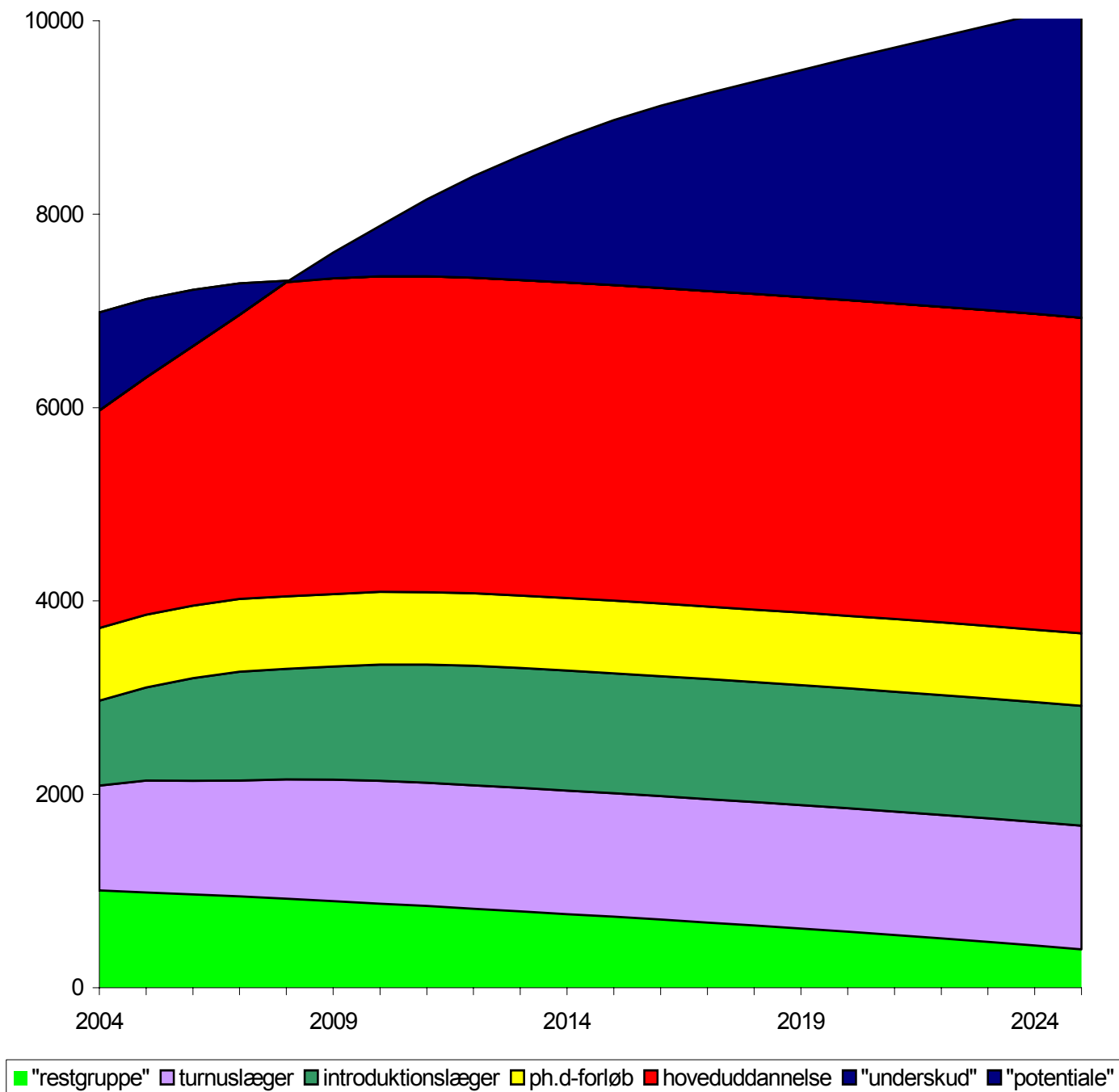
Det är Lægeforeningens uppfattning att strukturproblem på läkararbetsmarknaden inte kan lösas genom en underdimensionering av vidareutbildningssystemet. Om specialiteter med rekryteringsproblem ska tilltala de utbildningssökande läkarna måste det ske genom bl.a. en förnyelse av specialitetens yrkesmässiga profil eller med andra positiva incitament.

Lægeforeningen finner således att det är oundvikligt att man etablerar ett flexibelt utbildningssystem, och att man därför omedelbart utökar den totala utbildningskapaciteten inom alla specialiteter med stor efterfrågan på utbildning samt med stor efterfrågan på dessa läkare i andra änden av systemet – alltså när de har blivit specialistläkare. Underlåtelse att genomföra den nödvändiga utökningen av utbildningskapaciteten redan nu, kommer att innebära dels ett utbildningsmässigt resursslöseri, med följderna att målet om förkortning av utbildningstiden för specialistläkare inte uppfylls, dels att samhällets efterfrågan på specialistläkare inte tillgodoses på bästa sätt.

Tabell 13. Utveckling i antal läkare – scenario 1.

	2000	2005	2010	2015	2020	2025
allmänmedicin	4 334	4 580	4 357	3 998	3 696	3 550
anestesiologi	727	800	810	815	789	739
arbetsmedicin	78	74	67	55	50	50
Barn- och ungdomspsykiatri	93	115	126	151	183	208
dermatovenerologi	145	135	117	104	106	110
diagnostisk radiologi	395	387	369	365	382	403
gynekologi och obstetrik	465	447	410	380	383	398
internmedicin	256	349	440	364	268	152
intern med.:geriatrik	58	45	35	46	66	89
intern med.:hematologi	65	54	42	41	48	60
intern med.:infektionsmed.	44	38	32	31	33	37
intern med.:endokrinologi	186	160	134	142	166	200
intern med.:kardiologi	116	99	84	93	114	137
intern med.:gastroenterologi	101	84	70	72	80	95
intern med.:lungsjukdomar	55	46	40	51	70	91
intern med.:nefrologi	71	59	47	54	70	91
intern med.:reumatologi	189	149	108	95	111	136
<i>medicinska specialiteter</i>	<i>1 197</i>	<i>1 122</i>	<i>1 059</i>	<i>1 008</i>	<i>1 036</i>	<i>1 091</i>
kirurgi/kir. gastroenterologi	429	453	442	416	407	395
kärlkirurgi	49	43	40	45	56	66
plastikkirurgi	67	57	50	53	61	69
thoraxkirurgi	65	57	53	57	62	68
urologi	111	90	73	77	94	116
<i>kirurgiska specialiteter</i>	<i>720</i>	<i>699</i>	<i>659</i>	<i>647</i>	<i>681</i>	<i>714</i>
klinisk biokemi	81	73	64	62	67	74
klinisk farmakologi	18	28	36	40	47	50
klinisk fysiologi/nuklearmed.	54	51	46	44	47	47
klinisk genetik	18	29	37	45	56	64
klinisk immunologi	37	35	34	42	53	61
klinisk mikrobiologi	70	73	70	65	65	64
neurokirurgi	64	64	61	60	59	59
neurologi/klin. neurofys.	187	188	198	223	110	283
oftalmologi	279	265	247	234	238	247
onkologi	79	93	105	118	141	158
ortopedisk kirurgi	496	521	532	549	577	586
oto-rhino-laryngologi	340	302	260	228	225	232
patologisk anatomi och cytologi	191	162	140	126	124	129
psykiatri	690	662	605	545	538	559
pediatrik	297	287	265	259	278	301
samhällsmedicin	123	117	108	107	115	124
<b>alla specialistläkare</b>	<b>11 175</b>	<b>11 311</b>	<b>10 780</b>	<b>10 271</b>	<b>10 191</b>	<b>10 302</b>
läkare utan specialisering	5 555	6 311	7 881	8 973	9 608	10 188
<b>alla läkare</b>	<b>16 730</b>	<b>17 622</b>	<b>18 661</b>	<b>19 245</b>	<b>19 799</b>	<b>20 470</b>

Figur 1. Samband mellan antal utbildningssökande läkare och utbildningskapacitet.



"restgrupp" – innebär här det antal läkare utan specialisering som arbetar utanför primärvården.

## Definitioner

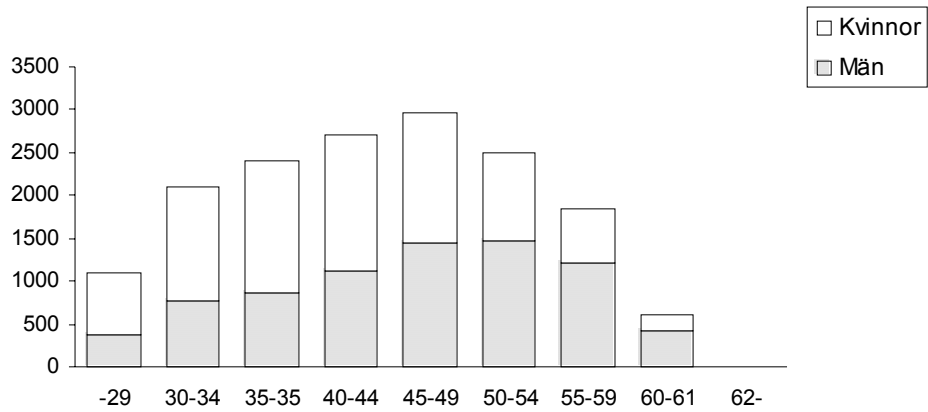
Utbud av läkare (läkare som står till arbetsmarknadens för- fogande)	<p>a) yrkesverksamma läkare</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Läkare som tjänstgör som läkare. Håri ingår även läkare som i sin egenskap av läkare tjänstgör inom t.ex. administration, undervisning, forskning och läkemedelsindustri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

Sysselsättningsgrad	$\frac{\text{Antal heltidsarbetande} + (\text{antal deltidarbetande} \times \text{deltidsfaktor})}{(\text{Antal heltidsarbetande} + \text{antal deltidarbetande läkare})}$ <p>Räkneexempel:          Antag 100 läkare, varav 60 arbetar heltid och 40 deltid.          Deltidstjänstgöringen är i genomsnitt 3/4 av ordinarie arbetstid.</p> $\text{Sysselsättningsgrad} = \frac{60 + (40 \times 0,75)}{(60 + 40)} = 90 \%$
Grundutbildningens längd	Fastställd enligt studieplan
Grundutbildningens reella längd	Faktisk studietid
Bortfall under studie- tiden	Studenter som definitivt lämnar läkarutbildningen utan läkar- examen
Pensionsålder	Officiellt fastställd pensionsålder enligt lag eller avtal
Dödsrisk	Sannolikheten att avlida före uppnådd officiell pensionsålder



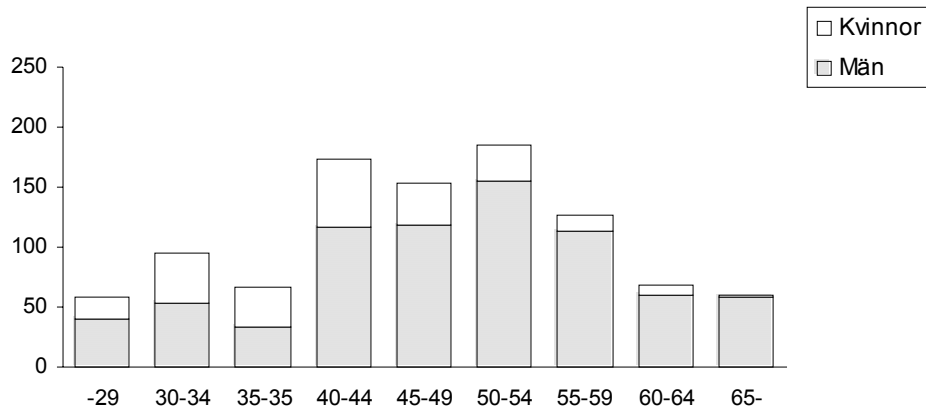
## Läkarkåren i Finland 2003-12-31

Ålder och kön



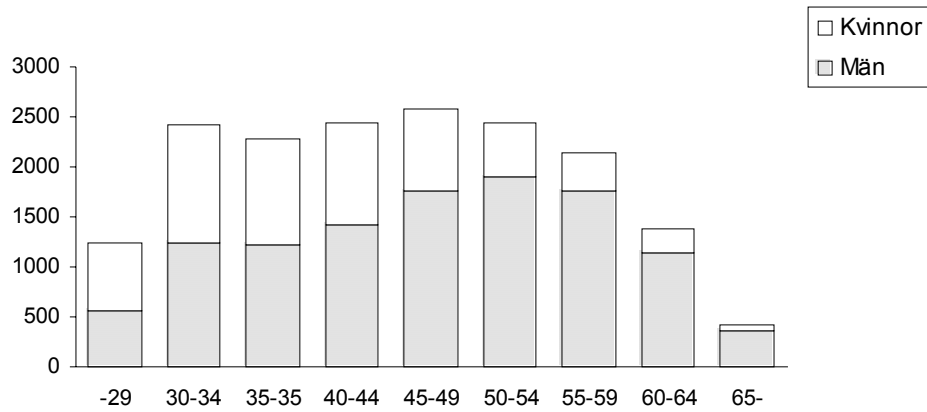
## Läkarkåren i Island 2003-12-31

Ålder och kön



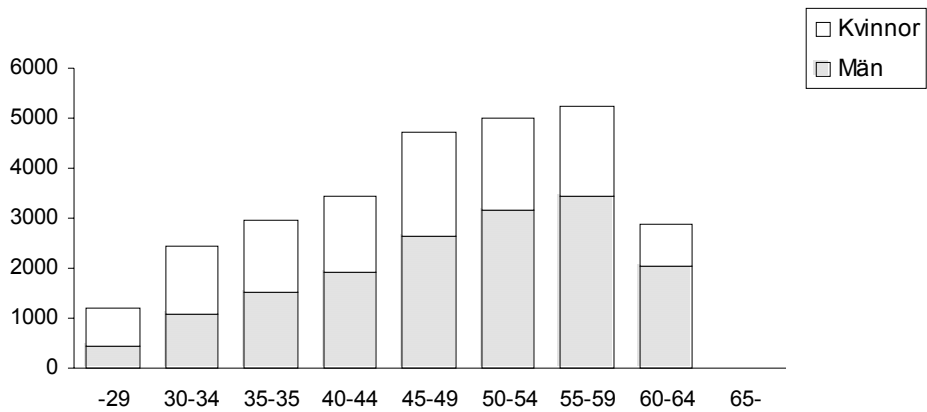
### Läkarkåren i Norge 2003-12-31

Ålder och kön



### Läkarkåren i Sverige 2003-12-31

Ålder och kön





**Den Almindelige Danske Lægeforening**

Trondheimsgade 9  
DK-2100 KØBENHAVN Ø  
Tfn: + 45 35 44 85 00  
Fax: + 45 35 44 85 05  
[www.laegeforeningen.dk](http://www.laegeforeningen.dk)  
[dadl@dadl.dk](mailto:dadl@dadl.dk)



**Den norske lægeforening**

Legenes Hus  
P.O Box 1152 Sentrum  
NO-0107 OSLO  
Tfn: + 47 23 10 90 00  
Fax: + 47 23 10 90 10  
[www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no)  
[legeforeningen@legeforeningen.no](mailto:legeforeningen@legeforeningen.no)



**Icelandic Medical Association**

Hlidasmari 8  
IS-200 Kópavogur  
Tfn: + 354 5 64 41 00  
Fax: + 354 5 64 41 06  
[icemed@icemed.is](mailto:icemed@icemed.is)



**Sveriges läkarförbund**

Box 5610  
SE-114 86 STOCKHOLM  
Tfn: + 46 8 790 34 48  
Fax: + 46 8 10 31 44  
[www.lakarforbundet.se](http://www.lakarforbundet.se)  
[info@slf.se](mailto:info@slf.se)



**Soumen Lääkäriliitto/Finlands läkarförbund**

P.O Box 49  
FI-00501 HELSINKI  
Tfn: + 358 9 393 091  
Fax: + 358 9 393 0794  
[www.laakariliitto.fi](http://www.laakariliitto.fi)  
[fma@fimnet.fi](mailto:fma@fimnet.fi)