

Lægeprognose for ud- buddet af læger i perio- den 2010-2030

Lægeprognose for udbuddet af læger i perioden 2010-2030

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Emneord: Uddannelse; læger; speciallæger lægeprognose

Sprog: Dansk

URL: <http://www.sst.dk>

Version: 1.0

Versionsdato: November 2010

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-133-0

Format: pdf

Copyright: Sundhedsstyrelsen, publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, Uddannelse og Autorisation

Indhold

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Forord | 4 |
| 2 | Resumé og konklusion | 5 |
| 3 | Udbuddet af læger | 7 |
| 3.1 | Køns- og aldersfordeling | 8 |
| 3.2 | Udviklingen i antallet af læger indenfor de enkelte grupper | 10 |
| 3.2.1 | Udviklingen i antallet af læger under videreuddannelse | 11 |
| 3.2.2 | Udviklingen i antallet af speciallæger | 11 |
| 3.3 | Uddannelsesvarighed og uddannelseskapacitet | 14 |
| 3.4 | Effekt af ændringer | 15 |
| 3.5 | Balancen mellem udbud og efterspørgsel | 16 |
| 4 | Udgangspopulationen | 19 |
| 4.1 | Fejlkilder | 19 |
| 5 | Modellens forudsætninger | 20 |
| 5.1 | Tilgangen af læger | 20 |
| 5.1.1 | Ind- og udvandring | 20 |
| 5.2 | Vandring mellem grupper | 21 |
| 5.3 | Pensions- og dødsintensiteter | 21 |
| 5.4 | Orlov og andre årsager til fravær | 22 |
| 5.5 | Beskæftigelse uden for Sundhedsvæsenet | 23 |
| 5.6 | Fordeling af kandidater på speciale | 23 |

1 Forord

En afgørende faktor for sundhedsvæsenets funktion er, at der findes den nødvendige lægelige arbejdskraft, og at der sikres en hensigtsmæssig fordeling både mellem de lægelige specialer og geografisk. Samtidig er det ud fra en overordnet ressourcemæssig betragtning også afgørende, at der ikke uddannes flere læger end svarende til den forventede efterspørgsel.

Som et led i den sundhedsfaglige rådgivning udarbejder Sundhedsstyrelsen på denne baggrund prognoser for det fremtidige lægelige arbejdsmarked.

Nærværende prognose belyser alene udbuddet af læger baseret på en fremskrivning frem til og med 2030. Formålet med prognosen er at belyse udviklingen i antallet af læger og speciallæger de kommende år, og prognosen indgår dermed som et væsentligt redskab i forhold til at sikre sundhedsvæsenets bemanning. Beslutningen om ikke at inddrage efterspørgselssiden skal hovedsageligt ses i lyset af de store vanskeligheder, der er forbundet med at udarbejde efterspørgselsprognoser. Efterspørgselsanalyser er forbundet med så stor usikkerhed, at de ikke kan give et troværdigt billede af den fremtidige udvikling.

Arbejdet med prognoserne forestås af Prognose- og Dimensioneringsudvalget, som er et permanent udvalg under Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse. I prognoseudvalget sidder der repræsentanter for Sundhedsstyrelsen, Indenrigs og Sundhedsministeriet, Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling, De Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, Danske Regioner, Dansk Medicinsk Selskab og Den Almindelige Danske Lægeforening.

2 Resumé og konklusion

Denne prognose omfatter den forventede udvikling i antallet af læger i perioden 2010 til 2030 fordelt på læger i alt, læger under uddannelse og speciallæger i de enkelte lægelige specialer. Prognosen er en opdatering af Lægeprognose – Udbudet af læger 2004-2025, fra september 2006.

Som det vil fremgå af datamaterialet, er der sket en betydelig stigning i antallet af læger under ét i forhold til den tidligere prognose. Stigningen skyldes primært følgende forhold:

- Øget optag på universiteterne
- Indvandring af læger
- Nye pensionstendenser

Nærværende prognose viser en anden udviklingstendens end de tidligere prognoser 2000-2025 og 2004-2025. Det betyder, at ikke alle konklusioner fra de forrige prognoser længere er gældende¹.

Der vil, som tidligere prognoser også har vist det, fortsat være et stigende antal af læger, men prognosen viser samtidig, at vi vil få væsentligt flere speciallæger end hidtil antaget.

I modsætning til tidligere er der ikke længere noget, der tyder på, at antallet af speciallæger vil være faldende frem mod 2015. Tværtimod viser prognosen, at der gennem hele perioden vil være en stigning i antallet af speciallæger. Langt de fleste specialer vil dermed opleve en stigning i antallet af speciallæger frem mod 2015 og kun få specialer vil opleve et fald. Faldet vil ikke være så markant som ellers forudsat i den forrige prognose. Samlet set vil der indenfor hele prognoseperioden ske en stigning i antallet af speciallæger i samtlige specialer. Stigningen skyldes primært følgende forhold:

- Øget videreuddannelseskapacitet
- Faldende kandidatalder² for læger
- Indvandring af læger
- Nye pensionstendenser

Gennem de senere år er der sket en markant stigning i antallet af opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb, hvilket har medført, at der bliver uddannet flere speciallæger end tidligere prognosticeret. Der opleves dog fortsat indenfor visse specialer rekrutteringsproblemer og generelt er det sværere at besætte forløb i Vest- end Østdanmark.

Prognosen viser endvidere, at der gennem de sidste få år har været en faldende kandidatalder, da flere læger har påbegyndt deres hoveduddannelse tidligere end før. Det medfører, at den enkelte læge får flere år på arbejdsmarkedet som speciallæge. Dette medvirker til at øge arbejdskraften i speciallægepopulationen. Det er

¹ For en mere tilbundsående gennemgang af tidligere prognosers konklusioner henvises til:
<http://www.sst.dk/publ/publ2003/laegeprognose.pdf>
<http://www.sst.dk/publ/Publ2006/EFUA/laegeprognose/Laegeprognose.pdf>

² Perioden fra afsluttet universitetsuddannelse til påbegyndt hoveduddannelsesforløb.

prognosens forventning, at 4-årsreglen vil medvirke til yderligere at forkorte kandidatalderen og dermed forlænge den enkelte læges periode som speciallæge.

I modsætning til tidligere prognoser opereres der i nærværende prognose med en indvandring af udenlandsk uddannede læger, som påbegynder et hoveduddannelsesforløb i Danmark. Således forventes det i prognosen, at 7-13 % af hoveduddannelsesforløbene årligt besættes af udenlandsk uddannede læger.

Endeligt har udviklingen på lægearbejdsmarkedet de seneste år vist, at der er tendens til, at lægerne går senere på pension, hvilket ligeledes medfører forlængelse af den enkeltes erhvervsaktive periode som speciallæge. De nye pensionstendenser er derfor med til at afbøde det tidligere forventede fald i antallet af speciallæger.

På trods af, at prognosen viser, at der vil komme flere læger og speciallæger end hidtil antaget, så er det ikke ensbetydende med, selv i et nulvækst-scenarie for efterspørgslen, at problematikken vedrørende manglen på speciallæger i Danmark er løst. Den faktiske regionale udvikling i efterspørgslen de kommende år vil være afgørende herfor. På nuværende tidspunkt opleves store regionale forskelle, hvilket medfører, at der i visse områder af landet er problemer med speciallægerekrutteringen. Manglen på speciallæger er derfor typisk størst i områder uden for universitetsbyerne og generelt større i yderområderne. Det er en tendens, der må forventes at fortsætte.

3 Udbuddet af læger

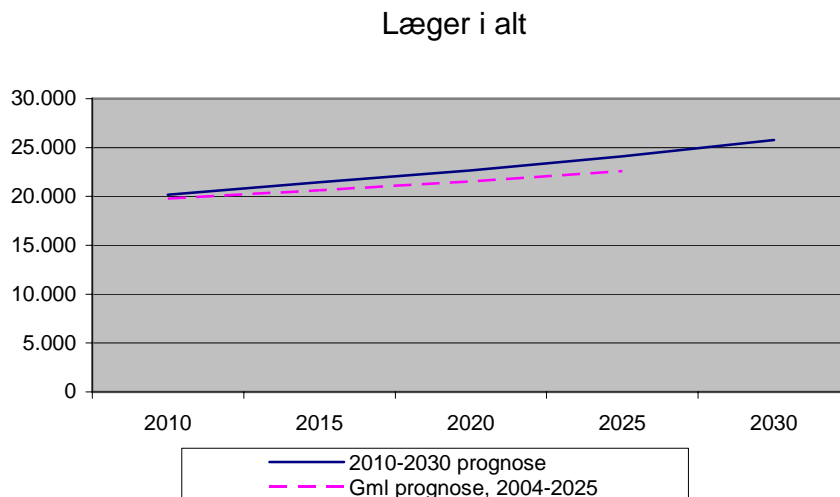
Denne prognose omfatter den forventede udvikling i antallet af læger i perioden 2010 til 2030 fordelt på læger i alt, læger under uddannelse og speciallæger i de enkelte lægelige specialer. Prognosens fremskrivninger baseres på en række forudsætninger, heriblandt den forventede pensionsalder, ind- og udvandring, antal besatte hoveduddannelsesforløb, uddannelsestid m.m. Ændres disse forudsætninger afgørende, vil også prognosens fremskrivninger blive ændret. Det er derfor vigtigt at fremhæve, at der er en række usikkerhedsfaktorer forbundet med så langsigtede fremskrivninger, og at resultatet af sådanne fremskrivninger er et komplekst samspil mellem en lang række sociale, økonomiske og politiske faktorer. Jo længere frem i tiden man kommer, desto mere usikre bliver resultaterne.

Den valgte tidshorizont er fastlagt ud fra hensynet til opbygningen af den lægelige grund- og videreuddannelse. Tidshorizonten for prognosearbejde på lægeområdet må således nødvendigvis være lang. Skal en prognose bruges som beslutningsgrundlag i forhold til optaget på universiteterne, bliver tidshorizonten for prognosearbejdet op til 25 år. Derimod er en tidshorizont på 15-20 år tilstrækkelig, når det gælder dimensionering af hoveduddannelsen til speciallæge. I dette prognosearbejde er fremskrivningen foretaget for en periode frem til 2030.

Prognosen viser, at der i 2010 er 21.180 erhvervsaktive læger under 70 år bosat i Danmark³. Fratrækkes læger på orlov bliver lægepopulationen på 20.170. Sidste tal anvendes i det følgende. 12.559 eller ca. 62 % af lægerne i 2010 er speciallæger, mens de resterende 7.611 svarende til 38 % er læger uden speciale.

Det forventes, at udbuddet af erhvervsaktive læger vil stige med ca. 28 % til 25.767 læger i 2030. Svarende til en årlig stigning på ca. 1,2 %. Der er tale om en stigning i det samlede antal af læger i forhold til Lægeprognose 2004-2025, idet der var prognosticeret et udbud på 22.609 i 2025, mod denne prognoses 24.100 læger i 2025.

Figur 1 Udviklingen i antal læger 2010-2030



Ovenstående figur viser den prognosticerede udvikling i antallet af læger i alt. Det ses

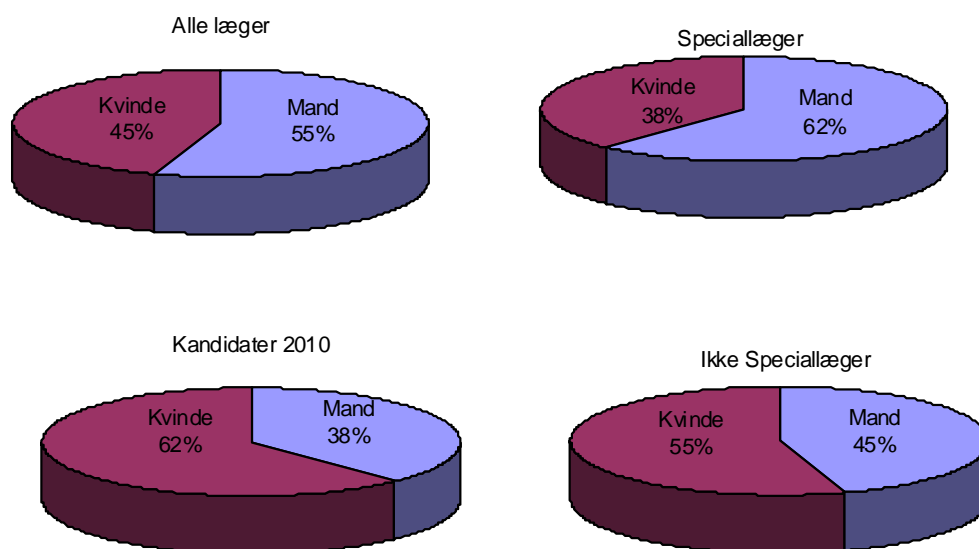
³ Prognosens udgangspopulation er antallet af erhvervsaktive læger under 70 år bosat i Danmark pr. 1. januar 2008. 2010 tallene er derfor prognosticerede tal. For en nærmere gennemgang af udgangspopulationen se afsnit 2.

af figuren, at væksten er jævnt fordelt over hele perioden. Fremskrivningerne fra prognose 2004-2025 er indtegnet i figuren med en stiplede linje.

3.1 Køns- og aldersfordeling

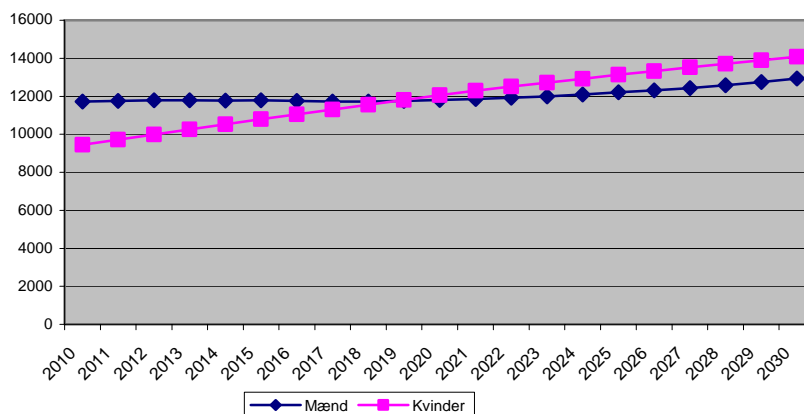
Prognosen viser, at der blandt de yngre læger uden speciale findes en overvægt af kvinder, mens de ældre speciallæger overvejende er mænd. Der vil i prognoseperioden indtræde et skift i kønssammensætningen af læger, således vil kvindernes andel, som i 2010 udgør 45 % af det samlede antal læger, stige betydeligt de kommende år.

Figur 2 Kønsfordelingen blandt læger 2010



Således forventes det, at der fra 2019 vil være flere kvindelige end mandlige læger. Denne udvikling kan få betydning for fremskrivningen, hvis kvindernes erhvervsaktivitet, målt i antal arbejdstimer per år, og kvindernes pensionsalder fortsat vil ligge lavere end mændenes.

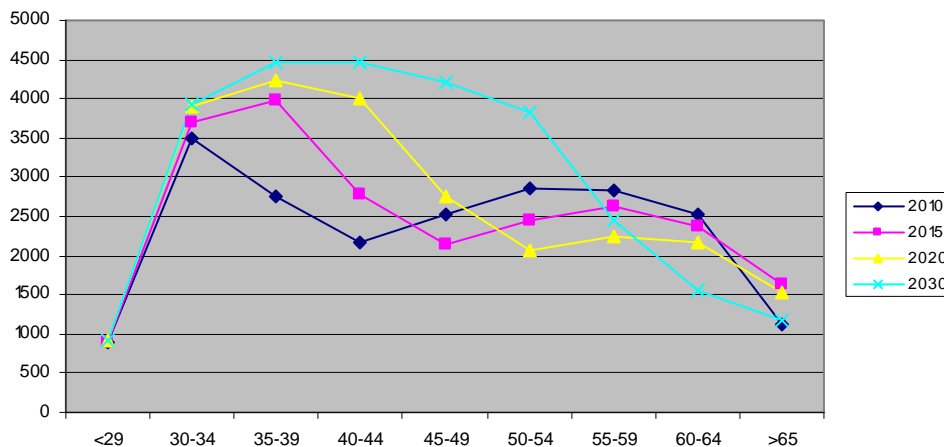
Figur 3 Udviklingen i antallet af mandlige og kvindelige læger 2010-2025



Da der er stor forskel i køns- og alderssammensætningen specialerne imellem vil der være stor forskel på, i hvilken grad, denne udvikling slår igennem i de enkelte specialer.

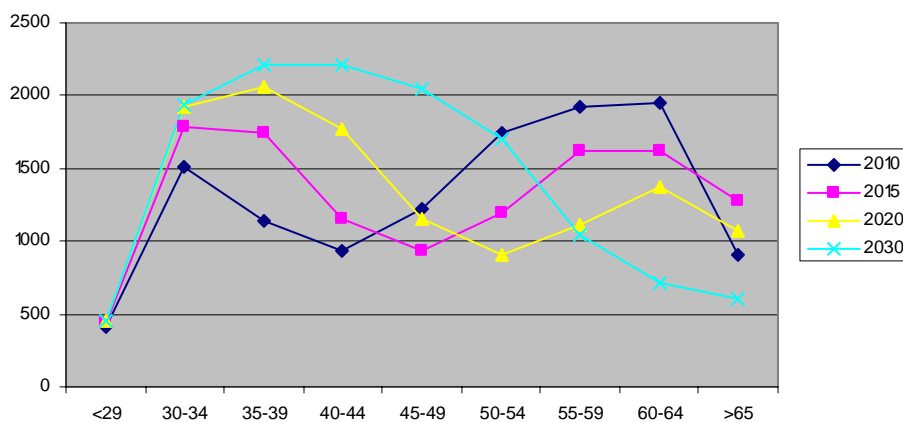
Aldersfordelingen blandt læger har varieret meget over tid. Den aktuelle og fremtidige aldersprofil blandt læger afspejler de tidligere perioders skift i uddannelseskapacitet på universiteterne.

Figur 4 Udviklingen i aldersprofiler, alle læger



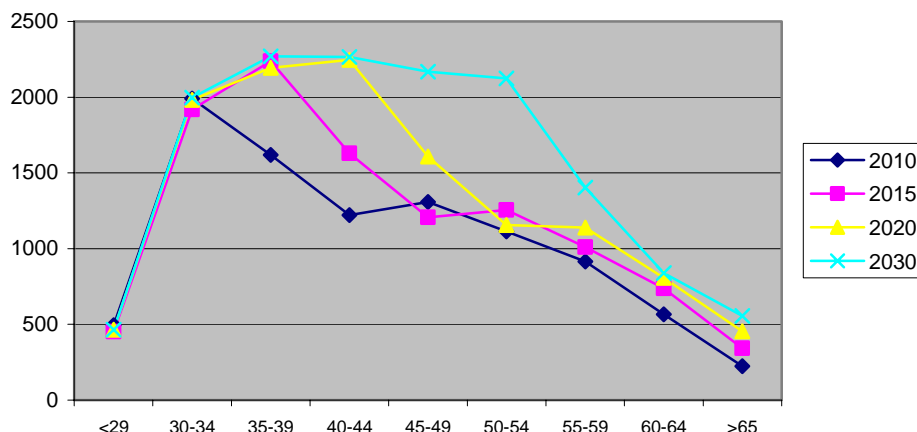
Forklaringen på den to-puklede kurve der er i 2010 i figur 4 og 5 skal findes i opbremsningen af optagne på medicinstudiet i 1980'erne og indtil 1990 sammenholdt med stigningen i optaget på medicinstudiet op gennem 1990'erne og en øget indvandring. Som det ses af figuren vil et stort antal læger i løbet af de næste 10 år have nået efterløns- og pensionsalderen. Lægernes pensionsalder vil derfor komme til at spille en vigtig rolle for udbuddet af især speciallæger i prognoseperioden. I slutningen af fremskrivningsperioden forventes en mere jævn aldersfordeling.

Figur 5 Udviklingen i aldersprofiler, mænd



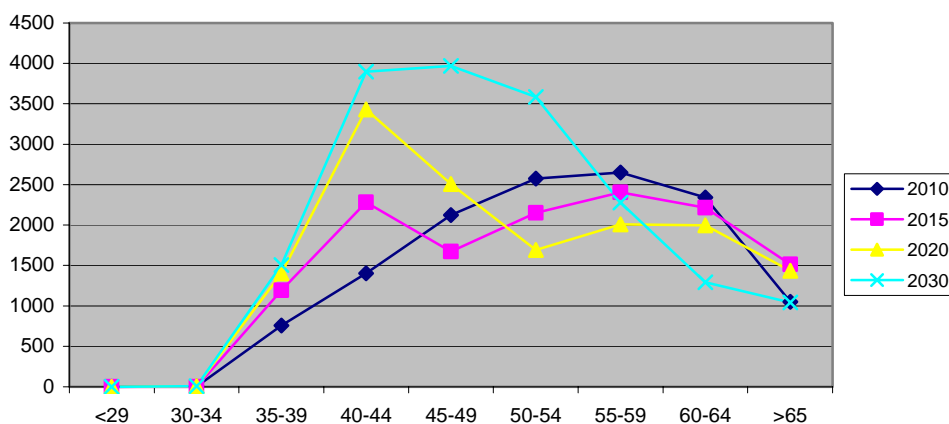
Aldersprofilen for mænd er præget af den forholdsvis lave tilgang af mænd til lægefaget de seneste år. Det betyder, at en relativ stor andel af de mandlige læger i 2010 er over 50 år og derfor i en nærmere fremtid kan forventes at gå på pension.

Figur 6 Udviklingen i aldersprofiler, kvinder



Aldersprofilen for kvinder er mere jævn end for deres mandlige kollegaer, dog ses det, at toppunktet for antallet af kvindelige læger i fremskrivningsperioden ligger på 40-44 år eller derunder, hvilket tyder på, at der blandt de yngre læger findes en relativt større andel af kvinder end mænd. Den stigende tilgang af kvindelige læger viser sig i en tilvækst i alle aldersgrupper de kommende år.

Figur 7 Udviklingen i aldersprofiler, speciallæger



Figur 7 viser udviklingen i aldersprofilen for speciallæger. For denne gruppe af læger ses, at speciallægepopulationen i 2010 er præget af en relativt stor del af speciallæger på 50+, men at denne udvikling de kommende år vil skifte til en stadig større andel af speciallæger under 50 år. En væsentlig del af forklaringen på, at aldersprofilen for speciallæger ændrer sig så markant mod en større andel yngre speciallæger, er den faldende kandidatalder og det øgede antal speciallæger, der uddannes.

3.2 Udviklingen i antallet af læger indenfor de enkelte grupper

Som det fremgår af nedenstående tabel 1 stiger det absolutte antal af læger, som ikke påbegynder en speciallægeuddannelse (B0) fra 1110 i 2010 til 1240 i 2030, medens der i perioden ses et procentuelt fald fra 5.2 % til 4.6 % i samme gruppe. Forventeligt stiger derfor antallet af de læger, der har et speciale

eller som har fået tildelt et hoveduddannelsesforløb (B1) fra 18.491 (87,3 %) i 2010 til 24.218 (89,2 %) i 2030. Under forudsætning af uændret uddannelseskapacitet falder antallet af læger, der ikke får tildelt et hoveduddannelsesforløb pga. manglende pladser (BX) fra 568 i 2010 til 309 i 2030. Endelig fremgår det af tabellen, at antallet af læger på orlov (OR) forventes at stige fra 1.011 i 2010 til 1.249 i 2030, men at andelen af læger på orlov forventes at være stabil.

Tabel 1 Fordeling af læger på status

| Status | 2010 | | 2015 | | 2020 | | 2025 | | 2030 | |
|--|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|
| | Antal | Andel | Antal | Andel | Antal | Andel | Antal | Andel | Antal | Andel |
| Læger der ikke påbegynder hoveduddannelse (BO) | 1110 | 5,2% | 1114 | 4,9% | 1144 | 4,8% | 1196 | 4,7% | 1240 | 4,6% |
| Læger med speciale eller tildelt hoveduddannelsesforløb (B1) | 18491 | 87,3% | 19797 | 87,7% | 21037 | 88,2% | 22491 | 88,8% | 24218 | 89,6% |
| Læger der ikke får uddannelsesforløb pga. manglende pladser (BX) | 568 | 2,7% | 547 | 2,4% | 496 | 2,1% | 414 | 1,6% | 309 | 1,1% |
| Orlov (OR) | 1011 | 4,8% | 1116 | 4,9% | 1185 | 5,0% | 1231 | 4,9% | 1249 | 4,6% |
| Læger i alt inkl. orlov | 21180 | 100,0% | 22574 | 100,0% | 23862 | 100,0% | 25332 | 100,0% | 27016 | 100,0% |

3.2.1 Udviklingen i antallet af læger under videreuddannelse

Antallet af læger under videreuddannelse vil stige kraftigt de kommende år i takt med det stigende antal kandidater fra universiteterne og implementeringen af dimensioneringsplan 2008-2012, som har medført en øget uddannelseskapacitet i den lægelige videreuddannelse. Antallet af læger uden speciale vil, såfremt der ikke ændres yderligere i kapaciteten i den lægelige videreuddannelse stige fra godt 7.611 i 2010 til 8.715 i 2030. En væsentlig del af disse læger vil dog være under uddannelse og vil dermed på sigt blive speciallæger.

3.2.2 Udviklingen i antallet af speciallæger

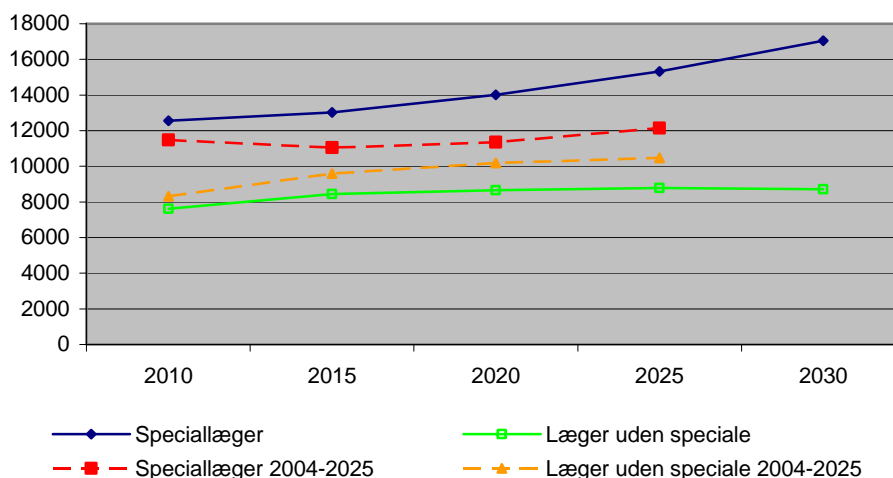
Med de forudsætninger, der er indlagt i modellen, viser prognosen, at udbuddet af speciallæger vil være stigende i hele perioden fra 12.559 i 2010 til 17.052 i 2030. Samlet set svarer stigningen til, at der i 2030 vil være ca. 36 % flere speciallæger, end der er i 2010. Den årlige gennemsnitlige stigning i perioden er på 1,5 % speciallæger. Stigningen forventes dog at være mest markant de sidste 10 år af prognoseperioden, hvor den årlige vækst er ca. 2 %.

I forhold til forrige prognose, som i nedenstående figur er indtegnet med stiplede linjer, er der tale om en markant udvikling i antallet af speciallæger. Således er der i 2025 ca. 3.200 flere speciallæger end i forrige prognose. Endvidere opererer prognosen med godt 1.000 flere speciallæger i 2010 end den forrige prognose gjorde. Således er der inden for samtlige specialer undtagen kirurgi og klinisk farmakologi flere speciallæger i 2010 i nærværende sammenlignet med forrige prognose.

Forrige prognose forventede et fald i antallet af speciallæger frem mod 2015. Det er ikke længere tilfældet. I stedet forventes en stigning på små 4 % i antallet af speciallæger frem mod 2015.

Ændringen i forhold til forrige prognose tyder på, at samtidig med, at der uddannes flere læger, så har der også været held med at få videreuddannet en god del af de læger, der tidligere tilhørte gruppen af læger uden speciale.

Figur 8 Udviklingen i antal læger med og uden speciale



Det tidligere prognosticerede fald for en lang række specialer er for de fleste specialers vedkommende blevet vendt til en stigning. Således er det kun i Almen Medicin, arbejdsmedicin, dermato-venerologi Intern medicin: Reumatologi, Psykiatri og samfundsmedicin, at der stadig forventes et fald frem mod 2015. Faldene er dog langt mindre, end tidligere forventet. Indenfor Almen Medicin forventes et fald på 2,5 %, arbejdsmedicin forventes at ligge på 3,4 %, dermato-venerologi på 1,8 %, Intern medicin: Reumatologi på 1,2 %, Psykiatri på 2,8 % og samfundsmedicin på 11,4 %.

Inden for visse af disse specialer er der store vanskeligheder med at rekruttere uddannelsessøgende læger til hoveduddannelsesforløbene (speciallægeuddannelsen). Således er eksempelvis kun 16 ud af 37 opslåede hoveduddannelsesforløb blevet besat i perioden 2006-2009 i specialet arbejdsmedicin. Tilsvarende gælder for samfundsmedicin, hvor 15 ud af 35 opslåede forløb er blevet besat i perioden 2006-2009. Psykiatrien har tidligere været kendetegnet ved store rekrutteringsvanskeligheder, men de seneste år har vist, at specialet i dag besætter flere af de opslåede stillinger end tidligere. Der opleves også inden for en række andre specialer problemer med at få besat samtlige hoveduddannelsesforløb. Rekrutteringsproblemerne er typisk større uden for universitetsbyerne og de kan derfor medvirke til en yderligere skævvridning af tilgængeligheden til speciallæger i henholdsvis Øst- og Vestdanmark.

Som i den forrige prognose vil enkelte specialer opleve en væsentlig stigning i antallet af speciallæger. Stigningen er størst i den sidste del af den betragtede periode, hvor også usikkerheden omkring prognosen er størst. Således vil antallet af kliniske onkologer i perioden 2010-2015 vokse med 47,7 %, mens der inden for børne- og ungdomspsykiatrien forventes en stigning på 30,2 %. Ligeledes forventes der en stigning på 65,2 % i klinisk genetik.

Den forventede stigning i antallet af speciallæger er et udtryk for, at der siden forrige prognose er sket en række ændringer i forudsætningerne:

- Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplan er blevet udvidet markant, hvilket har medført flere uddannelsespladser og dermed læger under uddannelse.
- Lægernes pensionsalder er øget.
- Der forventes en større indvandring af læger fra udlandet, som påbegynder et hoveduddannelsesforløb.
- Der er en faldende kandidatalder, hvilket betyder, at speciallæger i nærværende prognose bliver uddannet hurtigere end antaget i forrige prognose.

Tabel 2 Udviklingen i antal speciallæger, læger uden speciale og læger i alt 2010-2030⁴

| | 2010 | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | Stigning 2010-2020 | Stigning 2020-2030 | Stigning 2010-2030 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Almen medicin | 4384 | 4274 | 4375 | 4608 | 5046 | -0,2% | 15,3% | 15,1% |
| Anæstesiologi | 932 | 1012 | 1075 | 1103 | 1150 | 15,3% | 7,0% | 23,4% |
| Arbejdsmedicin | 88 | 85 | 87 | 101 | 128 | -1,1% | 47,1% | 45,5% |
| Børne- og ungdomspsykiatri | 142 | 185 | 239 | 300 | 364 | 68,3% | 52,3% | 156,3% |
| Dermato-venerologi | 150 | 147 | 164 | 196 | 235 | 9,3% | 43,3% | 56,7% |
| Diagnostisk radiologi | 461 | 494 | 543 | 598 | 659 | 17,8% | 21,4% | 43,0% |
| Gynækologi og obstetrik | 531 | 543 | 559 | 596 | 645 | 5,3% | 15,4% | 21,5% |
| Intern medicin | 265 | 218 | 166 | 115 | 68 | -37,4% | -59,0% | -74,3% |
| Intern medicin: endokrinologi | 169 | 192 | 226 | 260 | 293 | 33,7% | 29,6% | 73,4% |
| Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi | 142 | 161 | 183 | 212 | 240 | 28,9% | 31,1% | 69,0% |
| Intern medicin: geriatri | 72 | 81 | 107 | 136 | 174 | 48,6% | 62,6% | 141,7% |
| Intern medicin: hæmatologi | 90 | 101 | 127 | 159 | 194 | 41,1% | 52,8% | 115,6% |
| Intern medicin: infektionsmedicin | 65 | 81 | 108 | 133 | 159 | 66,2% | 47,2% | 144,6% |
| Intern medicin: kardiologi | 300 | 331 | 377 | 422 | 462 | 25,7% | 22,5% | 54,0% |
| Intern medicin: lungesygdomme | 115 | 136 | 170 | 205 | 241 | 47,8% | 41,8% | 109,6% |
| Intern medicin: nefrologi | 100 | 118 | 156 | 194 | 232 | 56,0% | 48,7% | 132,0% |
| Intern medicin: reumatologi | 195 | 193 | 217 | 254 | 297 | 11,3% | 36,9% | 52,3% |
| Karkirurgi | 62 | 74 | 88 | 99 | 114 | 41,9% | 29,5% | 83,9% |
| Kirurgi | 425 | 440 | 475 | 518 | 583 | 11,8% | 22,7% | 37,2% |
| Klinisk biokemi | 84 | 84 | 86 | 95 | 108 | 2,4% | 25,6% | 28,6% |
| Klinisk farmakologi | 34 | 42 | 51 | 64 | 80 | 50,0% | 56,9% | 135,3% |
| Klinisk fysiologi og nuklearmedicin | 76 | 93 | 122 | 147 | 169 | 60,5% | 38,5% | 122,4% |
| Klinisk genetik | 25 | 41 | 57 | 73 | 87 | 128,0% | 52,6% | 248,0% |
| Klinisk immunologi | 38 | 51 | 63 | 73 | 80 | 65,8% | 27,0% | 110,5% |
| Klinisk mikrobiologi | 85 | 93 | 101 | 108 | 119 | 18,8% | 17,8% | 40,0% |
| Klinisk onkologi | 130 | 192 | 273 | 355 | 440 | 110,0% | 61,2% | 238,5% |
| Neurokirurgi | 70 | 85 | 97 | 110 | 123 | 38,6% | 26,8% | 75,7% |
| Neurologi | 267 | 315 | 367 | 428 | 488 | 37,5% | 33,0% | 82,8% |
| Oftalmologi | 311 | 315 | 329 | 361 | 401 | 5,8% | 21,9% | 28,9% |
| Ortopædisk kirurgi | 663 | 718 | 750 | 760 | 778 | 13,1% | 3,7% | 17,3% |
| Oto-rhino-laryngologi | 317 | 329 | 353 | 414 | 474 | 11,4% | 34,3% | 49,5% |
| Patologisk anatomi | 187 | 192 | 211 | 242 | 282 | 12,8% | 33,6% | 50,8% |
| Plastikkirurgi | 81 | 86 | 103 | 120 | 142 | 27,2% | 37,9% | 75,3% |
| Psykiatri | 774 | 753 | 749 | 809 | 916 | -3,2% | 22,3% | 18,3% |
| Pædiatri | 378 | 408 | 454 | 505 | 559 | 20,1% | 23,1% | 47,9% |
| Retsmedicin | 0 | 6 | 20 | 34 | 48 | | 140,0% | |
| Samfundsmedicin | 137 | 122 | 121 | 125 | 142 | -11,7% | 17,4% | 3,6% |
| Thoraxkirurgi | 84 | 87 | 88 | 84 | 84 | 4,8% | -4,5% | 0,0% |
| Urologi | 131 | 145 | 178 | 211 | 248 | 35,9% | 39,3% | 89,3% |
| Speciallæger | 12560 | 13023 | 14015 | 15327 | 17052 | 11,6% | 21,7% | 35,8% |
| Læger uden speciale | 7.611 | 8.436 | 8.663 | 8.776 | 8.715 | 13,8% | 0,6% | 14,5% |
| Læger i alt | 20.171 | 21.459 | 22.678 | 24.103 | 25.767 | 12,4% | 13,6% | 27,7% |
| Læger på orlov | 1.011 | 1.116 | 1.185 | 1.231 | 1.249 | 17,2% | 5,4% | 23,5% |
| Læger i alt, inkl. læger på orlov | 21.182 | 22.575 | 23.863 | 25.334 | 27.016 | 12,7% | 13,2% | 27,5% |

⁴ Note: medicinsk allergologi er lagt ind under medicinske lungesygdomme, kirurgisk gastroenterologi er indeholdt i kirurgi, klinisk neurofysiologi er indeholdt i neurologi, Intern medicin nedlagt som speciale 31.12.2003. Tropemedicin er lagt ind under infektionsmedicin, mens terapeutisk radiologi er indeholdt i onkologi. Af fremskrivningen ser det ud til, at der ikke er speciallæger i retsmedicin 2010. Dette er ikke korrekt, da der er blevet anerkendt 13 retsmedicinere. Prognosen baserer sig dog på data fra bevægelsesregisteret pr. 1. januar 2008. På daværende tidspunkt var der ikke anerkendt retsmedicinere.

3.3 Uddannelsesvarighed og uddannelseskapacitet

To af de faktorer, der har størst betydning for udviklingen i antallet af speciallæger er uddannelseskapacitet og uddannelsesvarighed. Med dimensioneringsplan 2008-2012 er man gået fra 730 hoveduddannelsesforløb i 2006, til at der i 2010 ifølge dimensioneringsplanen skal opslås 874 hoveduddannelsesforløb svarende til en stigning i antallet af hoveduddannelsesforløb på 20 %. Der er altså gennem de senere år sket en stor udvidelse i uddannelseskapaciteten. Antallet af besatte forløb har da også været støt stigende de seneste år, og det er blandt andet den udvikling, der slår igennem i prognosens fremskrivninger. På trods af flere uddannelsesforløb, så har der indenfor visse specialer fortsat været problemer med at besætte de opslåede forløb.

Med henblik på at øge antallet af speciallæger indførtes 1. februar 2008 en omlægning af dele af den lægelige videreuddannelse. Omlægningen blev gennemført efter følgende principper:

- Ventetiden fra kandidatgrad til start af klinisk basisuddannelse skulle nedbringes. Den kliniske basisuddannelse skulle som udgangspunkt påbegyndes umiddelbart efter opnåelse af kandidatgrad, dog senest tre måneder efter.
- Den kliniske basisuddannelses varighed blev reduceret fra 18 måneder til 12 måneder. Samtidig blev flere specialer inddraget i uddannelsen.
- Der blev udarbejdet en ny målbeskrivelse for den kliniske basisuddannelse.
- Der blev etableret et elektronisk fordelingssystem, som gjorde det muligt at vælge et konkret basisforløb i den rækkefølge lodtrækningsnummeret angav.
- Der indførtes en 4-årsfrist fra start på den kliniske basisuddannelse til hoveduddannelsen skulle være påbegyndt.

Særligt 4-årsreglen må forventes at få en indvirkning på uddannelsesvarigheden. I prognosen antages det derfor, at 4-årsreglen får den ønskede effekt på kandidaternes gennemførelsestid⁵, dog skal der tages højde for barselsorlov og gennemførelse af Ph.d., hvilket betyder, at en læge i gennemsnit forventes at påbegynde en hoveduddannelse fem år efter at have opnået autorisation. Til dette lægges så den faktiske uddannelsestid for det enkelte speciale. Fremgangsmåden er en væsentlig ændring i forhold til forrige prognose, hvor gennemførelsestiden baserede sig på indberetninger fra videreuddannelsesregionerne.

Ændringen betyder, at denne prognose arbejder med væsentligt kortere gennemførelsestider end den gamle prognose, hvilket medfører, at speciallægerne er hurtigere færdiguddannede end de ellers modelmæssigt ville have været.

4-årsreglen og omlægningen fra turnus til klinisk basisuddannelse medfører ikke i sig selv, at der bliver uddannet flere speciallæger, men vil alligevel være med til at øge arbejdskraften i speciallægepopulationen, da ændringerne vil betyde, at den enkelte læge er speciallæge i længere tid end det hidtil har været tilfældet.

Hvis der tages udgangspunkt i de gennemsnitlige kandidataldre på dansk uddannede læger, ses det af tabel 3, at den gennemsnitlige kandidatalder de seneste år har ligget

⁵ Perioden fra autorisation som læge til opnåelsen af speciallægeanerkendelse.

mellem 5,8-7,1 år⁶. I nærværende prognose forventes det, at kandidatalderen for dansk uddannede læger falder med op til 2,1 år i forhold til kandidatalderen i 2006. Samlet set for dansk og udenlandsk uddannede læger forventes det i prognosen, at kandidatalderen falder med op til 3 år i forhold til kandidatalderen i 2006.

Som det fremgår af tabel 3 var kandidatalderen dog faldende allerede inden 4-årsreglen trådte i kraft og 4-årsreglen kan derfor ikke tilskrives som eneste årsag til, at speciallægerne i nærværende prognose bliver hurtigere færdiguddannede. Det er prognosens forventning, at 4-årsreglen vil forstærke tendensen med en faldende kandidatalder yderligere. 4-årsreglen forventes dermed, hvis der kun ses på dansk uddannede læger, at medføre, at den enkelte læges erhvervsaktive periode som speciallæge forlænges med 1-2 år.

Tabel 3 Udviklingen i den gennemsnitlige kandidatalder (eksklusiv Almen medicin).

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--|------|------|------|------|
| Kandidatalder, dansk og udenlandsk uddannede | 8,03 | 7,92 | 7,47 | 6,9 |
| Kandidatalder, dansk uddannede | 7,13 | 6,92 | 6,5 | 5,8 |

Det skal understreges, at den gennemsnitlige kandidatalder på 5 år er en teknisk beregning. Der findes på nuværende tidspunkt ikke empiriske data, der kan kortlægge 4-årsreglens faktiske effekt.

3.4 Effekt af ændringer

I forhold til forrige prognose er der sket en række ændringer i prognosemodellen, som har medført, at nærværende prognose har en større stigning i antallet af læger og speciallæger. Ændringer i nedenstående fem faktorer vurderes til at have haft en væsentlig og positiv betydning for prognosens fremskrivninger.

- Øget optag på universiteterne
- Nye pensionstendenser
- Indvandring af læger
- Ændret dimensioneringsplan – er beskrevet i afsnit 3.3
- Faldende kandidatalder – er beskrevet i afsnit 3.3

I 2009 blev det besluttet at øge optaget på medicinstudiet med 200 årligt. Øgningen forventes som det fremgår af tabel 4 at betyde, at der i 2030 er 1.025 flere læger, end der ville have været hvis fremskrivningen havde baseret sig på det optag, der blev forventet i 2004-2025 prognosen.

Som det fremgår af nedenstående tabel betyder de nye pensionsmønstre, at der i 2030 er 135 flere læger, end der ville have været, hvis fremskrivningen havde baseret sig på de pensionsmønstre der blev benyttet i 2004-2025. I forhold til forrige prognose er den forventede pensionsalder for en 30-årig mand steget fra 64,6 til 65,7 år, mens den for en 30-årig kvinde er steget fra 62,5 til 63,9 år. Det forventes dermed i prognosen, at lægerne bliver på arbejdsmarkedet minimum et år længere end de gjorde i den forrige prognose.

⁶ Almen medicin er ikke medregnet, da der kun findes tal fra Videreuddannelsesregion Nord. Kandidatalderen indenfor almen medicin er i Videreuddannelsesregion Nord ca. 4 år og dermed væsentligt lavere end gennemsnittet for de øvrige specialer. 4-årsreglen forventes dermed ikke at have nogen effekt indenfor dette speciale.

Tabel 4 Beregning af effekten af ændret pensionsmønster og øget optag på universiteterne.

| | Prognose 2010-2030 fremskrivning | Med pensions mønstre fra 2004-2045 prognose | Effekt nye pensions mønstre | Med optag som forudsagt fra 2004-2025 prognose | Effekt af nyt optag |
|------|----------------------------------|---|-----------------------------|--|---------------------|
| 2008 | 20519 | 20519 | 0 | 20519 | 0 |
| 2009 | 20844 | 20815 | 29 | 20923 | -79 |
| 2010 | 21180 | 21124 | 57 | 21305 | -125 |
| 2011 | 21475 | 21393 | 82 | 21676 | -201 |
| 2012 | 21779 | 21673 | 106 | 21999 | -220 |
| 2013 | 22045 | 21920 | 125 | 22252 | -208 |
| 2014 | 22300 | 22163 | 137 | 22456 | -156 |
| 2015 | 22574 | 22425 | 149 | 22685 | -111 |
| 2016 | 22811 | 22656 | 154 | 22877 | -66 |
| 2017 | 23030 | 22875 | 155 | 23018 | 12 |
| 2018 | 23288 | 23131 | 157 | 23198 | 90 |
| 2019 | 23571 | 23411 | 160 | 23403 | 168 |
| 2020 | 23861 | 23700 | 162 | 23615 | 246 |
| 2021 | 24155 | 23992 | 163 | 23831 | 324 |
| 2022 | 24428 | 24267 | 160 | 24025 | 402 |
| 2023 | 24723 | 24565 | 158 | 24243 | 480 |
| 2024 | 25021 | 24867 | 154 | 24463 | 558 |
| 2025 | 25331 | 25181 | 151 | 24695 | 636 |
| 2026 | 25642 | 25496 | 146 | 24928 | 714 |
| 2027 | 25956 | 25815 | 141 | 25164 | 792 |
| 2028 | 26299 | 26162 | 138 | 25430 | 870 |
| 2029 | 26657 | 26521 | 136 | 25710 | 948 |
| 2030 | 27016 | 26881 | 135 | 25990 | 1025 |

I nærværende prognose forventes en højere indvandring⁷ end i 2004-2025 prognosen. Således forventes det i denne prognose at 7-13 % af hoveduddannelsesforløbene årligt besættes af læger, der er kommet til Danmark på baggrund af en udenlandsk uddannelse. Den forventede indvandring er dermed en af forklaringerne på, at der i denne prognose forventes flere læger og speciallæger end i tidligere prognoser. Såfremt indvandringen bliver mindre end forventet, vil det resultere i færre læger og speciallæger end prognosens fremskrivning ellers giver udtryk for.

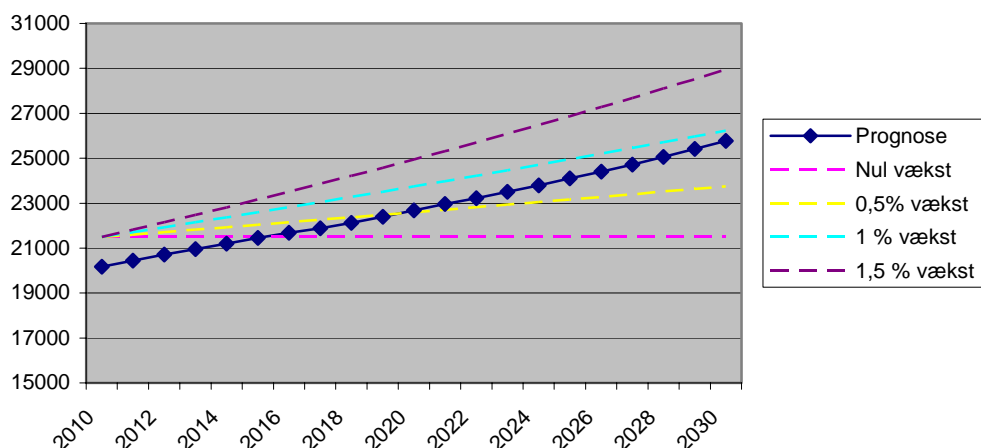
3.5 Balancen mellem udbud og efterspørgsel

Der er ikke i nærværende prognose gjort forsøg på at gennemføre en egentlig efterspørgselsprognose. Til dette formål er der behov for andre analysemetoder. Prognosen opererer i stedet med en teknisk fremskrivning af efterspørgslen for at have et sammenligningsgrundlag med udbuddet af læger.

Figur 9 beskriver prognosens forventede udbud af læger. Samtidig indeholder figuren fire tekniske fremskrivninger af efterspørgslen. Den tekniske fremskrivning baserer sig på udvalgte vækstrater i efterspørgslen, henholdsvis nulvækst, 0,5 % vækst, 1 % vækst og 1,5 % vækst.

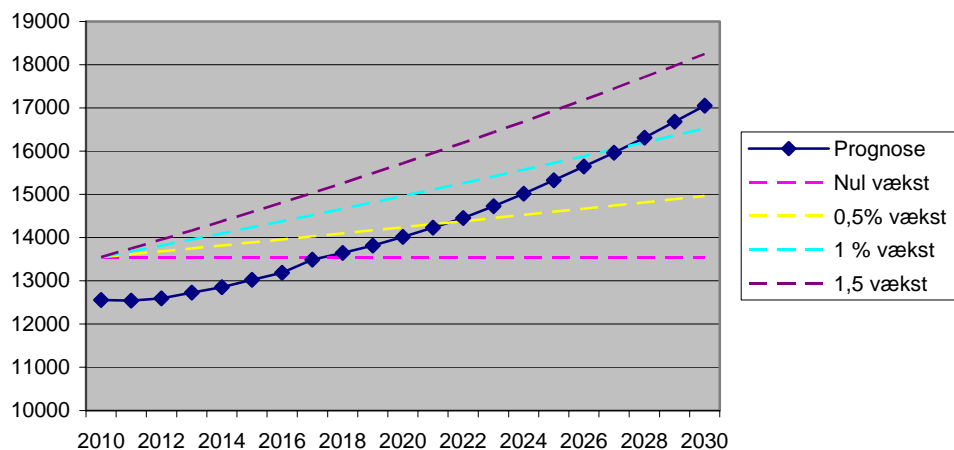
⁷ De nærmere forudsætninger for ind- og udvandring er beskrevet i afsnit 5.1.1

Figur 9 Udviklingen i efterspørgslen på læger 2010-2030



Ifølge den elektroniske stillings- og vakancetælling (ESVAT)⁸ august 2010 var der 986 ubesatte speciallægestillinger og i alt 1326 ubesatte lægestillinger. I figur 9 er efterspørgslen derfor angivet som 1326 større end det prognosticerede udbud i 2010, mens den i figur 10 er angivet som 986 større end det prognosticerede udbud i 2010. Da ESVAT kun omfatter sygehussektoren er den aktuelle læge- og speciallægemangel i 2010 måske en smule større, og tallene kan derfor kun ses som et minimumstil-læg i forhold til efterspørgslen.

Figur 10 Udviklingen i efterspørgslen på speciallæger 2010-2030



Det skal understreges, at fastlæggelsen af udviklingen i efterspørgslen er forbundet med stor usikkerhed, og fremskrivningerne kan derfor ikke tages som andet end pejlemærker, der kan bruges i forhold til overvejelser om optaget på universiteterne og omkring dimensioneringen af den lægelige videreuddannelse.

Det er vigtigt at gøre opmærksom på, at selvom prognosen viser, at der vil komme flere speciallæger end tidligere forventet, så er det ikke ensbetydende med, selv i et

⁸ ESVAT er forbundet med en vis usikkerhed, men kan bruges til at give et pejlemærke i forhold til den aktuelle situation.

nulvækst-scenarie, at problematikken vedrørende manglen på speciallæger på landsplan er løst. Den faktiske regionale udvikling i efterspørgslen de kommende år vil være afgørende herfor. Manglen på speciallæger er typisk størst i områder uden for universitetsbyerne og generelt større i Vestdanmark end i Østdanmark og den tendens må forventes af fortsætte.

Afslutningsvist bør det nævnes, at der findes en lang række efterspørgselsreducerende og udbudsforøgende tiltag, som kan påvirke behovet for speciallæger.

Heriblandt på:

- Efterspørgselssiden
 - strukturændringer i sygehusvæsenet
 - ændringer i den lægelige stabs- og vagtstruktur
 - effektivisering af arbejdstilrettelæggelse
 - opgaveglidning
 - demografisk udvikling
 - ændring i sygdomsmønstre

- Udbudssiden
 - øget pensionsalder for speciallæger
 - øget kapacitet i den lægelige videreuddannelse
 - tiltag med henblik på reduktion i speciallægeuddannelsens varighed, herunder øget mobilitet blandt de uddannelsessøgende læger
 - kapaciteten på lægestudiet
 - indvandring af speciallæger og læger

4 Udgangspopulationen

Det primære datagrundlag for lægeprognosen er Sundhedsstyrelsens bevægelsesregister (BVR), hvor oplysninger om lægernes autorisationsforhold er sammenkørt med oplysninger fra Danmarks Statistik vedrørende bopæl, beskæftigelse og øvrige arbejdsmarkedsforhold. Den aktuelle prognose er således baseret på den seneste opdatering af BVR per 01.01.2008.

Læger i BVR er registreret under lægens senest erhvervede speciale, dog således, at de tidligere erhvervede grenspecialer har forrang for grundspecialerne intern medicin og kirurgi. Desuden er specialet medicinsk allergologi registreret under intern medicin: lungesygdomme, medicinsk hepatologi under intern medicin: gastroenterologi og hepatologi, kirurgisk gastroenterologi under kirurgi, klinisk neurofysiologi under neurologi og terapeutisk radiologi under klinisk onkologi. Fremgangsmåden betyder, at fremskrivningerne af de enkelte specialer passer til den nuværende specialestruktur.

Udgangspopulationen omfatter herboende erhvervsaktive læger under 70 år. Læger, der er registreret som læger i bevægelsesregisteret, men ikke i autorisationsregisteret er sorteret fra. Tilsvarende er personer, som er registreret i bevægelsesregisteret, men som står uden for erhverv sorteret fra. Det drejer sig om:

- Tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet
- Aktivering uden for arbejdsstyrken
- Orlov fra ledighed
- Kontanthjælp og revalidering
- Pensionister
- Øvrige uden for arbejdsstyrken

Gruppen af øvrige uden for arbejdsstyrken stiger stærkt fra 50-års alderen. Det er forudsat, at denne gruppe udgøres af selvpensionerede læger fra 50 år og opefter og er derfor medtaget i beregningerne af pensionsintensiteterne. For læger under 50 år forudsættes det, at denne gruppe udgøres af personer, der er på orlov uden offentlig støtte. Disse er derfor medtaget i beregningerne af orlov.

4.1 Fejlkilder

Der er ca. 1.100 dansk autoriserede læger (hovedsageligt med en udenlandsk uddannelse), som på baggrund af manglende registrering af cpr-nummer i Autorisationsregisteret, formentlig ikke indgår Bevægelsesregisteret, og dermed heller ikke i fremskrivningerne. Eftersom disse personer ikke er registeret med et cpr-nummer, kan det ikke afgøres, om de er herboende, udrejste, aldrig er kommet til Danmark eller døde, og således hvorvidt de burde indgå i fremskrivningerne.

Af de i alt 1.100 dansk autoriserede læger, er der indikationer på, at de ca. 700 er døde eller udvandret inden 1. januar 2008 og muligvis længe inden. De resterende 400 kan være alt fra herboende, udrejste, aldrig kommet til Danmark eller døde. Det vides således ikke, i hvilken grad antallet af læger i fremskrivningerne er underestimeret.

5 Modellens forudsætninger

På baggrund af udgangspopulationen beregnes, hvordan populationen for hvert år ændres ud fra nogle på forhånd fastlagte forudsætninger om udviklingen inden for en række udvalgte parametre. Modellen er baseret på følgende parametre:

- Tilgangen af læger
 - Ind- og udvandring
- Vandring mellem grupper
- Pensions- og dødsintensiteter
- Orlov og andre årsager til fravær
- Beskæftigelse uden for sundhedsvæsenet
- Fordeling af kandidater på speciale

5.1 Tilgangen af læger

Antallet af nyuddannede kandidater baserer sig i prognosen frem til og med 2009 på det faktiske antal nyuddannede læger fra de tre universiteter opgjort som antal autorisationer som læge udstedt af Sundhedsstyrelsen fordelt på statsborgerskab.

Antallet af nyuddannede kandidater efter 2009 fastlægges i prognosen på baggrund af Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udviklings (VTU) skøn over den forventede kandidatproduktion.

Antallet af nyuddannede kandidater bruges til at give et skøn over, hvor mange læger, der forventes at tilgå speciallægeuddannelsen.

Tabel 5 Udviklingen i kandidatproduktionen 2006-2016

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016- |
|---------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Kandidatproduktion | 858 | 875 | 808 | 847 | 811 | 877 | 915 | 961 | 953 | 952 | 991 |
| Heraf danske statsborgere | 770 | 756 | 667 | 692 | 658 | 693 | 695 | 740 | 751 | 791 | 825 |
| Heraf udenlandske statsborgere | 88 | 119 | 141 | 155 | 153 | 184 | 220 | 221 | 102 | 161 | 166 |

I 2009 blev det besluttet, at øge optaget på universiteterne med 200 årligt, hvilket medfører, at den forventede kandidatproduktion i 2014 og frem ligger væsentligt højere end antaget i tidligere prognoser.

Som det ses af tabellen, er en ikke ubetydelig del af de nyuddannede kandidater udenlandske statsborgere. Andelen af udenlandske studerende, som typisk er svenskere eller nordmænd har været stigende siden 1995, hvilket, som næste afsnit viser, har stor betydning for den forventede tilgang til den lægelige videreuddannelse.

De nye kandidater tildeles i prognosen en køns- og aldersprofil, der svarer til de seneste par års nye kandidater i Bevægelsesregisteret (BVR).

5.1.1 Ind- og udvandring

Som i tidligere prognoser antages det, at en del af de læger, der er uddannet i Danmark, med ikke-dansk nationalitet, udvandrer efter kandidateksamen. Andelen har på

baggrund af udtræk fra Sundhedsstyrelsens autorisationsregister vist sig at være højere end antaget i de tidligere prognoser. Således er det konstateret, at omkring 60 % af kandidaterne med norsk eller svensk baggrund og 4 % af kandidaterne med dansk baggrund forlader Danmark.

For at tage højde for den udvandring, der sker efter kandidateksamen fratrækkes 60 % af de nyuddannede kandidater med norsk eller svenske baggrund og 4 % af de nyuddannede kandidater med dansk baggrund, som har gennemført medicinstudiet. De resterende kandidater indgår i prognosemodellen og fordeles. Kandidaterne med dansk og udenlandsk baggrund behandles ens i selve prognosemodellen.

Der er i denne prognose ikke regnet med en indvandring af speciallæger, selvom denne må formodes at spille en vis men ukendt rolle fremover. I stedet antages det i prognosen at, at der er en indvandring af udenlandske læger uden speciale. Det forventes, at indvandringen kommer til at se således ud:

- 2010-2014: 100 læger uden speciale
- 2015: 92 læger uden speciale
- 2016-: 60 læger uden speciale

Antagelsen baserer sig på videreuddannelsesregionernes erfaringer med antallet af udenlandske læger, der gennem de senere år har besat et hoveduddannelsesforløb. Det forventes dog, at indvandringen vil falde blandt andet som følge af, at der uddannes flere læger fra de danske universiteter, men også grundet omlægning af autorisationsprocedurer for tredjelandslæger.

I prognosen antages det, at samtlige af de indvandrede læger uden speciale påbegynder et hoveduddannelsesforløb, og de fordeles på specialerne efter samme metode, som de nyuddannede kandidater fra de danske universiteter.

5.2 Vandring mellem grupper

Vandring mellem grupper vedrører læger, der skifter fra gruppen af læger uden speciale til gruppen af læger med speciale og læger, som skifter speciale undervejs.

Tidligere erhvervede mange læger sig mere end et speciale. Med de tidligere uddannelsesbestemmelser var det muligt at opnå såvel grundspeciale som et eller flere grenspecialer. Der kan også være tale om erhvervelse af to eller flere grundspecialer. Særligt har mange læger med tilladelse til at betegne sig som speciallæge i almen medicin efterfølgende erhvervet sig andet speciale. Da lægerne i prognosen er registreret under senest erhvervede speciale, ses der i prognosen bort fra vandring mellem specialer⁹.

5.3 Pensions- og dødsintensiteter

Læger, der pensioneres eller dør, fratrækkes i overensstemmelse med den alders- og kønsbestemte dødelighed og den alders- og kønsbestemte pensionstilbøjelighed. Således slettes læger, der er døde eller pensioneret fra datasættet.

Efter at have fraregnet de personer, som fylder 70 år i det givne prognoseår, fratækkes det antal personer, der forventes at gå på pension eller dø i løbet af året.

⁹ Grenspeciale har dog forrang for grundspecialerne intern medicin og kirurgi.

Beregningerne er baseret på en antagelse om, at pensions- og dødsintensiteterne er afhængig af køn og alder.

De kønsspecifikke pensionsintensiteter er beregnet på baggrund af data fra perioden 2002-2007. En gruppe læger, der i Bevægelsesregisteret er registreret som værende uden for arbejdsmarkedet, er medregnet under pensionering for læger over 50 år. Gruppen kan i øvrigt indeholde læger, der af anden grund er uden for arbejdsmarkedet og selvforsørgende.¹⁰ For læger under 50 år er denne gruppe af øvrige uden for arbejdsmarkedet medtaget som læger på orlov.

Den aldersspecifikke dødsrate fordelt på etårs-aldersintervaller og køn i alderssegmentet 25-70 år er beregnet på baggrund af et udtræk fra Lægeforeningens medlemsregister for perioden 1994 til 2004.

5.4 Orlov og andre årsager til fravær

Et vist antal læger står ikke til rådighed for arbejdsmarkedet af andre årsager end pension og udvandring. Disse personer skal der tages højde for i fremskrivningen, idet målet for fremskrivningen er at angive antallet af læger til rådighed for arbejdsmarkedet. Derfor er læger på orlov trukket ud af de tal, der præsenteres i tabellerne.

Andelen af læger fraværende fra arbejdsmarkedet er beregnet på baggrund af data fra bevægelsesregisteret. Af nedenstående oversigt ses de forskellige fraværstyper:

- beskæftigede arbejdsmarkedsorlov
- beskæftigede barselorlov
- beskæftigede sygedagpenge
- orlov fra ledighed
- aktivering uden for arbejdsstyrken, kontanthjælp og revalidering
- uddannelsessøgende
- øvrige uden for arbejdsstyrken¹¹

Det er i modellen antaget, at de fremtidige orlovsandele nogenlunde vil svare til de alders- og kønsspecifikke orlovsandele beregnet ud fra perioden 2004-2007, idet fraværsårsagerne kun i ringe omfang er konjunkturafhængige. Som følge heraf frægnes en konstant, men køns- og aldersspecifik andel af læger i de enkelte aldersgrupper.

På baggrund af data i bevægelsesregisteret er det beregnet, at 1,4 % (1,8 %) af de mandlige og 6,3 % (7,8 %) af de kvindelige læger var fraværende fra arbejdsmarkedet af andre årsager end pension i 2008. I forhold til den seneste opdatering på baggrund af BVR 2004 (anført i parentes) er der sket et fald i fraværsandelen for både mænd og kvinder, men grundet den øgede andel af kvinder i lægebestanden, forbliver den samlede andel af læger på orlov på samme niveau.

Da orlovsandelene i prognosen er konstante, men køns- og aldersspecifikke, tages der ikke højde for, at der kan ske eventuelle ændringer i eksempelvis andelen af læger på barselorlov de kommende år. Tilsvarende er der heller ikke taget højde for en evt.

¹⁰ Personer i denne gruppe har ikke registreret indkomst eller modtager sociale ydelser, herunder indkomst fra private pensionsordninger og alm. pension.

¹¹ Øvrige uden for arbejdsstyrken er en residual for de personer, som ikke kan klassificeres under andre grupper.

øget tendens til deltidsbeskæftigelse, da en sådan udvikling vil afhænge af en række eksterne faktorer som arbejdsmarkedsordninger og den generelle beskæftigelsessituation.

5.5 Beskæftigelse uden for Sundhedsvæsenet

Der sker normalt en vis vandring mellem sundhedsvæsenet og de øvrige sektorer. Der er ikke nødvendigvis tale om en permanent afvandring til og fra gruppen af læger, der står til rådighed for sundhedsvæsenet. Der er ikke i fremskrivningen foretaget fradrag af læger med beskæftigelse uden for det behandlende sundhedsvæsen. Derfor er det i denne som den forrige prognose antaget at nettovandringen er nul.

5.6 Fordeling af kandidater på speciale

Ca. 5 % af alle læger opnår ikke en speciallægeuddannelse. Det drejer sig om læger, der vælger alternativ karrierevej end en speciallægeuddannelse, f.eks. forskning på teoretisk institut eller arbejde i medicinalindustrien. I prognosemodellen simuleres dette ved at 5 % af nye kandidater fordeles på B0 i stedet for på lægeligt speciale. B0 er defineret ved gruppen af læger, der vælger anden karrierevej end speciallægeankendelse (f.eks. forskning, arbejde i medicinalindustri eller andet).

Selve fordelingen af kandidater på speciale sker i to tempi: Først fordeles kandidaterne på ledige pladser efter dimensioneringsplanen. Dernæst indsættes den gennemsnitlige gennemførelsestid for det pågældende speciale.

Fordelingen af kandidater tager udgangspunkt i regionernes indberetninger af uddannelsesstillinger samt Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplan.

Fordelingen af kandidater i perioden 2010-2030 bygger på en række forudsætninger og beregninger som tager udgangspunkt i antallet af besatte stillinger i 2009x. 2009x er et gennemsnit af det faktiske antal besatte hoveduddannelsesforløb i 2008 og 2009. Fremgangsmåden skyldes, at der både i 2008 og 2009 er nogle uhenigtsmæssige hop i forhold til dimensioneringsplanen som udjævnes ved at tage gennemsnittet.

I en række specialer besættes færre forløb, end det mål, som Sundhedsstyrelsen har fastlagt i dimensioneringsplanen for speciallægeuddannelsen. Antallet af besatte forløb ventes at stige, når antallet af læger, der er klar til hoveduddannelse øges de kommende år.