

DEN POSTGRADUATE KLINISKE UDDANNELSESKAPACITET OG SAMFUNDETS BEHOV FOR LÆGER



Betænkning afgivet
af en arbejdsgruppe
nedsat af sundhedsstyrelsen

Betænkning nr. 847

København 1978

ISBN 87-503-2644-9

LÆGEFORENINGENS FORLAG

INDHOLDFORTEGNELSE

	side
Kapitel 1 INDLEDNING	
1.1 Arbejdsgruppens nedsættelse, kommissorium og arbejde	5
1.2 Lægelovsændringen 1976 og omlægning af den postgraduate lægeuddannelse	5
1.3 Resumé	7
Kapitel 2 UDBUDET AF LÆGER	
2.1 Kandidatproduktionen fordelt på årene 1977-1990	10
2.2 Det potentielle udbud af læger i hvert af årene 1977-1990	10
Kapitel 3 DEN POSTGRADUATE UDDANNELSESKAPACITET	
3.1 Uddannelsessituationen marts 1978	10
3.2 Den beregnede uddannelseskapacitet	11
3.3 Den faktiske uddannelseskapacitet medio 1977	13
3.4 Forventet forøgelse af uddannelseskapaciteten	14
Kapitel 4. SAMFUNDETS EFTERSPØRGSEL EFTER LÆGER 1977-1990	
4.1 Sygehusvæsenet	14
4.2 Almen praksis	16
4.3 Andre lægelige områder	17
4.4 Læger i udlandet	19
4.5 Efterspørgslen efter læger i Danmark 1977-1990	19
Kapitel 5. UDBUD, EFTERSPØRGSEL OG UDDANNELSESKAPACITET I PROGNOSEPERIODEN	19
Kapitel 6 ARBEJDSGRUPPENS OVERVEJELSER OG INDSTILLING	20
6.1 Forbedring af den faktiske videreuddannelseskapacitet	21
6.2 Effektiv udnyttelse af den faktiske uddannelseskapacitet	22
6.3 Løbende vurderinger af efterspørgslen efter læger og andre personalegrupper i sundhedsvæsenet	23
6.4 Adgangsbegrænsningen til det medicinske studium	23
Bilag DET POTENTIELLE UDBUD AF LÆGER I PERIODEN 1976-1990	24

1. Indledning

1. 1. Arbejdsgruppens nedsættelse, kommissorium og arbejde

En arbejdsgruppe nedsat af sundhedsstyrelsen med repræsentation fra indenrigsministeriet udarbejdede i 1973 en prognose for den kliniske videreuddannelse af læger ved danske sygehuse (1972-85) (Fra sundhedsstyrelsen, oktober 1973 side 189 til 216). Konklusionen var, at der med de gældende krav og ønsker om lægelig videreuddannelse kunne opstå stillingsmæssige kapacitetsproblemer, særligt alvorlige indenfor specialet intern medicin med grenspecialer. Prognosen for den primære sundhedstjeneste viste, at man ret uafhængigt af stigningstakten indenfor speciallægeuddannelsen ville have 1 praktiserende læge pr. 1.500 indbyggere omkring 1980, medens ratio i 1972 var 1 pr. 2.300. På sygehusområdet forventedes puljen af overlægekvalificerede, der på grund af kollegialt fastsatte funktions-tidsbegrænsninger efterhånden må forlade sygehushæsen, at stige fra de daværende ca. 250 til ca. 750 i 1985, hvis nynormeringen af overlægestillinger bliver holdt på 3 % årlig.

Spørgsmålet om samfundets fremtidige behov for læger blev i de følgende år aktualiseret, dels af perspektivplan-redegørelse 1972-1987 (december 1973), dels ved beslutningen om at indføre adgangsregulering til lægestudiet med virkning fra 1976.

I sit brev af 30.VI. 1975 til undervisningsministeren med opfordring til at indføre adgangsregulering gav indenrigsministeren udtryk for, at den nuværende lægeproduktion på længere sigt rejser spørgsmålet om, hvor mange læger man realistisk kan regne med, at det danske sundhedsvæsen for fremtiden vil kunne beskæftige. PP II forudså, at der i 1987 ville være opbygget en pulje på godt 3.000 alment uddannede læger, udover den forudsete udvidelse af antallet af alment praktiserende læger til 1 pr. 1.500 indbyggere og dækning af det forventede speciallægebehov på sygehuse og i praksis. Ministeren erkendte imidlertid, at hverken sundhedsstyrelsen eller indenrigsministeriet havde gennemarbejdede prognoser, hvorpå man kunne basere et skøn over lægebehovet inden for og uden for sygehushæsen i de næste 15-20 år, og hvormed man ville kunne bekræfte eller afkræfte PP II's skøn. I sit brev gav indenrigsministeren overfor undervisningsministeren udtryk for, at der efter sundhedsstyrelsens

skøn i bedste fald årlig kan indsluses 450-500 i den postgraduate kliniske uddannelse. Undervisningsministeren indstillede imidlertid i et notat af 20.IX.1975 til folketingets undervisningsudvalg om adgangsregulering til lægeuddannelsen, at reguleringen fastsattes, så den svarede til 600 kandidater årlig.

Ved skrivelse af 13.1.1977 anmodede indenrigsministeriet herefter sundhedsstyrelsen om at nedsætte en arbejdsgruppe med repræsentation for styrelsen, undervisningsministeriet og indenrigsministeriet med henblik på at foretage en beregning af den postgraduate kliniske uddannelseskapacitet og udarbejde en prognose for samfundets behov for læger 1977-1990, således at der er mulighed for at betragte lægebehovet i sammenhæng med den generelle personaleudvikling indenfor sundhedsvæsenet og fordelingen på personalekategorier.

Ved skrivelse af 14.11.1977 nedsatte sundhedsstyrelsen arbejdsgruppen, der fik følgende medlemmer:

Læge SVEN COLLATZ CHRISTENSEN, sundhedsstyrelsen.

Fuldmægtig JØRGEN JØRGENSEN, sundhedsstyrelsen.

Ekspeditionssekretær JOHS. NEHM, sundhedsstyrelsen (sekretær).

Overlæge GUNNAR SCHIØLER, sundhedsstyrelsen (formand).

Fuldmægtig HANNE TORNØE, undervisningsministeriet, som senere er udtrådt af arbejdsgruppen og er erstattet af sekretær JØRGEN DICH, arbejdsmarkedsudvalgets prognosesekretariat.

Fuldmægtig JØRGEN VARDER, indenrigsministeriet.

Arbejdsgruppen har holdt 8 møder. Gruppens sekretariatsfunktioner er varetaget af assistent ANNI BECKMAN.

1.2. Lægelovsændringen 1976 og omlægningen af den kliniske uddannelse

I begyndelsen af 1970'erne blev det fra flere sider påpeget, at den stærkt stigende kandidatproduktion (1967: 300 kandidater, 1974: 830 kandidater) i forhold til en kun svagt stigende mængde af uddannelsesstillinger ville føre til en blokering af det postgraduate kliniske uddannelsessystem.

På baggrund af drøftelser i foråret 1974 mellem indenrigsministeriet, sundhedsstyrelsen og Den almindelige danske lægeforening

udsendte medicinaldirektøren den 8.V.1974 en skitse til en ændret uddannelse med henblik på opnåelse af jus practicandi efter en 18 måneders klinisk uddannelse fælles for alle læger. I den fælles basale uddannelse skulle indgå i alt 1 års ansættelse på medicinske og kirurgiske afdelinger og herefter en obligatorisk ansættelse på 6 måneder i almen praksis efter oprettelse af 300 uddannelsesstillinger hos praktiserende læger (Ugeskr. Læg. 1974, 136, 1613). Denne skitse blev drøftet med indenrigsministeriet, lægeforeningen og repræsentanter for sygehusejerne og sygesikringen. Herunder besluttedes det at nedsætte en arbejdsgruppe til en nærmere analyse af problemerne.

1.2.1. TØRNING-UDVALGET

Arbejdsgruppen fik kontorchef J. TØRNING, indenrigsministeriet som formand og som medlemmer repræsentanter for sundhedsstyrelsen, amtsrådsforeningen, Sygesikringens Forhandlingsudvalg, socialministeriet, undervisningsministeriet, Københavns og Frederiksberg kommuner, Den almindelige danske lægeforening og Danske lægestuderendes landsråd. Arbejdsgruppen afgav betænkning i foråret 1975 (Ugeskr. Læg. 1975, 137, 593). Der redegjordes her for kapacitetsproblemerne i videreuddannelsen, bl.a. viste arbejdsgruppens beregninger, at der manglede ca. 400 reservelægestillinger, hvis alle kandidater umiddelbart efter eksamen skulle kunne påbegynde videreuddannelsen.

Det fremhævedes, at det bør tilstræbes, at alle kandidater, der ønsker det, får lejlighed til at gennemgå en klinisk videreuddannelse, som gør det forsvarligt at tillade dem at udøve selvstændig virksomhed som læge. Endvidere anførtes,

at det vil indebære fordele at etablere et basalt videreuddannelsesforløb, der skal gennemgås af alle unge læger, hvad enten de stiler mod almen praksis eller speciallægevirksomhed,

at der må etableres et system, der tilsikrer, at læger, der ønsker at praktisere under sygesikringsoverenskomsterne m.v., har en yderligere klinisk og teoretisk baggrund,

at der ikke må etableres en ordning, der medfører en forvridning af stillingsstrukturen på sygehusene samt

at hurtig indsats af flere grunde er nødvendig.

Arbejdsgruppens forslag var en for alle læger

fælles basal videreuddannelse af 18 måneders varighed, bestående af 6 måneders medicin, 6 måneders kirurgi samt 6 måneders valgfri klinisk tjeneste, som kunne udføres som amanuensis hos alment praktiserende læge. Det var en forudsætning for forslaget, at der etableredes et speciale i almen medicin eller en anden form for formaliseret videreuddannelse til almen praksis. Ordningen blev foreslået kombineret med udvidet anvendelse af rotationsstillinger og en lempelse af de gældende krav til de typer af sygehusafdelinger, hvorpå uddannelsen kan foregå; kapacitetsforøgelsen ville herudover bero på forhandlinger og beslutninger mellem sygehusvæsenets og sygesikringens parter. Ordningen ville indebære fordele i forbindelse med danske lægers muligheder for at udnytte det internationale arbejdsmarked for læger, især inden for Norden og EF. Den foreslåede omlægning krævede en ændring af lægeloven.

1.2.2. ÆNDRING AF LÆGELOVEN

To EF-direktiver om gensidig anerkendelse af lægers eksamensbeviser m.v. og om samordning af medlemsstaternes bestemmelser om lægevirksomhed nødvendiggjorde en ændring af lægeloven, som blev gennemført med virkning fra 1.XII.1976. Med lægelovsændringen indførtes samtidig et nyt kompetenceniveau: Tilladelse til selvstændigt virke som læge, der principielt giver den samme adgang til selvstændig lægevirksomhed som den hidtidige 24-måneders kliniske og teoretiske postgraduate uddannelse til alment praktiserende læge og inden for specialernes område den ca. 6-årige postgraduate uddannelse til speciallæge; men tilladelsen til selvstændigt virke giver ikke adgang til at arbejde som alment praktiserende læge under overenskomsten med sygesikringen. Hertil kræves yderligere 18 måneders klinisk og teoretisk uddannelse til alment praktiserende læge eller en speciallægeuddannelse.

I denne forbindelse kan nævnes den med virkning fra den 1.IV.1976 indgåede aftale mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation om ophævelse af den fri nedsættelsesret for alment praktiserende læger. Der er i overenskomsten desuden fastsat generelle uddannelseskra-
v for læger, der ønsker at nedsætte sig i almen praksis.

Uddannelseskra-
v til tilladelse til selvstændigt virke som læge og til at virke som

alment praktiserende læge under sygesikringen blev samtidig med lægelovsændringens ikrafttræden fastsat ved bekendtgørelser fra indenrigsministeriet af 25.XI.1976.

1.2.3. TURNUSORDNINGEN

Der blev ved bekendtgørelsen om uddannelse til selvstændigt virke som læge givet sundhedsstyrelsen hjemmel til blandt sygehusenes reservelægestillinger at udtage det antal turnusstillinger, der er nødvendigt, for at lægevidenskabelige kandidater kan gennemgå den ved lægelovsændringen indførte 18-måneders uddannelse.

Forinden sundhedsstyrelsen udtager det nødvendige antal turnusstillinger, skal styrelsen forhandle med et centralt turnusudvalg bestående af repræsentanter for Amdsrådsforeningen i Danmark, Københavns og Frederiksberg kommuner, Rigshospitalet samt Den almindelige danske lægeforening.

Speciallægeuddannelsen er fastlagt ved indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 202 af 25.V.1970 med senere mindre ændringer. Uddannelsen er sammensat af en almenuddannelse på 2 år, en hoveduddannelse på mindst 3 år og en sideuddannelse af varierende længde, normalt V2-I år.

Speciallægekommissionen, der nedsattes af sundhedsstyrelsen i 1973, har i sin betænkning (nr. 815, 1977) foreslået en revision af speciallægeuddannelsen. I store træk forventes revisionen at indebære følgende:

1. De nuværende 32 specialer ændres til 21 grundspecialer*) og foreløbig 20 grenspecialer, hvoraf de fleste udgør overbygninger på enten det kirurgiske eller intern medicinske grundspecialer.
2. Der søges etableret blokstillinger, hvori størstedelen af uddannelsesforløbene på de forskellige krævede afdelinger kan gennemføres.
3. Udbygning af styringen af uddannelsen.
4. Forøgelse af den teoretiske del af speciallægeuddannelsen.

Speciallægeuddannelsen vil herefter kunne påbegyndes efter opnået tilladelse til selvstændigt virke som læge efter gennemgang af turnusuddannelsen, som erstatter den hidtidige 2-årige almenuddannelse i speciallægeuddannelsen. Herefter følger normalt 1-2 års reservelægeansættelse på en afdeling i speciallet, derefter 1-2 års reservelægeansættelse på

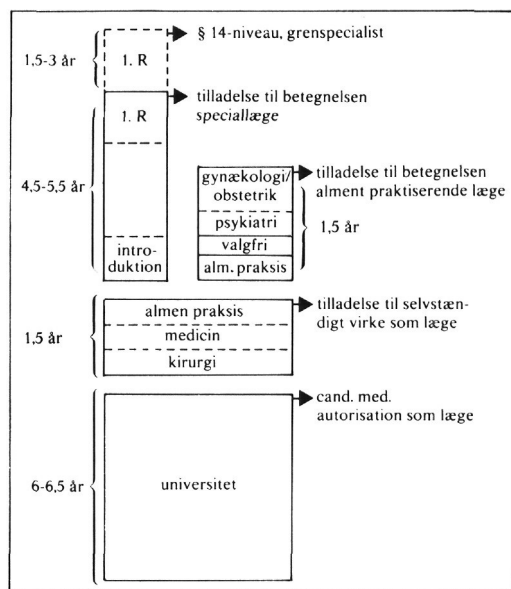


Fig. 1. Grund- og videreuddannelsens sammenhæng og varighed. Speciallægeuddannelsen efter speciallægekommissionens forslag.

landsdelssygehus, hvorunder den uddannelsessøgendes gennemgang af specialets teorikursus påbegyndes. Reservelægeansættelsen vil således være af 3-4 års varighed og i nogle tilfælde omfatte ansættelse i 1/2 eller 1 år på en afdeling i et speciale med tilknytning til det valgte. Den uddannelsessøgende kan herefter påbegynde den afsluttende 1½-årige 1. reservelægeuddannelse. 1. reservelægeuddannelsen vil i grenspecialerne kunne gennemgås i det pågældende grenspecialer, således at grundspecialer forlades og speciallægeanerkendelse kun opnås i grenspecialer. Uddannelsen i grundspecialer afsluttes med speciallægeanerkendelse i dette, hvorefter grenspecialer kan gennemgås som en yderligere 1½-årige 1. reservelægeansættelse afsluttende med anerkendelse i grenspecialer.

I Fig. 1 er grund- og videreuddannelsens varighed og sammenhæng illustreret.

1.3. Resumé

I betænkningens 1. kapitel redegøres for arbejdsgruppens nedsættelse, kommissorium og arbejde. Indenrigsministeriet anmodede i januar 1977 sundhedsstyrelsen om at nedsætte en arbejdsgruppe med henblik på at foretage en beregning af den postgraduate, kliniske lægeuddannelseskapaletet samt at udarbejde

*) Inkl. nye specialer i almen medicin og samfundsmedicin.

en prognose for samfundets behov for læger i perioden 1977- 1990, idet lægebehovet ønskes set i sammenhæng med den generelle personaleudvikling indenfor sundhedsvæsenet og fordelingen på personalekategorier. De uddannelsesmæssige forudsætninger og konsekvenser i forbindelse med lægelovsændringen pr. 1.XII.1976, hvorved der etableredes en 18 måneders, for alle kandidater fælles, videreuddannelse til selvstændigt virke som læge, gennemgås, ligesom den nuværende speciallægeuddannelse og speciallægekommisionens forslag til ændringer af speciallægeuddannelsen behandles.

I *kapitel 2* opstilles tabeller dels for den forventede årlige kandidatproduktion frem til 1990 under forudsætning af en årlig tilgang til studiet på enten 850 eller 650, dels for det samlede udbud af læger i hvert af årene. Fra 1977 til 1990 forventes udbudet at stige fra 12.050 læger til 19.175, eventuelt 18.425, hvis den årlige tilgang bliver 650 i stedet for den nuværende tilgang til studiet på 850. I et bilag redegøres nærmere for de forhold, der er taget i betragtning ved beregningen.

I *kapitel 3* belyses den nuværende kliniske uddannelseskapacitet, arbejdsløshedssituationen og antallet af læger i udlandet. De eksisterende 2.600 reservelægestillinger og 1.500 1. reservelægestillinger er tilstrækkelige til, at kandidatårge på ca. 700 kan gennemgå en 18 måneders turnusuddannelse og enten en speciallægeuddannelse (150-200 pr. år) eller uddannelse til alment praktiserende læge; dette sidste dog kun, hvis der dispenseres fra kravet om 1 års amanuensisansættelse for de læger, der ikke opnår en af de 125 amanuensisstillinger.

I en situation, hvor alle stillinger er besat, svarer den faktiske årlige uddannelseskapacitet til antallet af ledige slutstillinger og antallet af nynormerede reservelægestillinger. Dette har i de sidste 3 år gennemsnitlig været ca. 470 stillinger pr. år, medens den årlige kandidatproduktion i de samme år har været ca. 800, således at ca. 330 af hvert års kandidatproduktion har været tvunget til at søge uddannelse i udlandet eller lade sig registrere som arbejdsløse.

I *kapitel 4* opstilles en prognose for samfundets efterspørgsel efter læger i perioden indtil 1990. Der forudses en årlig efterspørgsel efter speciallæger på 130 stigende til 160 i slutningen af perioden, medens den årlige efterspørgsel efter reservelæger og 1.

reservelæger dækkes ved en nytilgang pr. år på 100 som følge af udbygningen af sygehusvæsenet; hertil kommer ca. 700 i alt i forbindelse med indførelse af en 40 timers arbejdsuge. Det samlede antal lægestillinger i sygehusvæsenet skønnes at stige fra 6.470 i 1977 til 9.475 i 1990. Antallet af praktiserende læger er afhængigt af overenskomsternes indhold, og da det for tiden aftalte forholdstal: 1 læge pr. 2.000 indbyggere allerede er nået, har gruppen ikke haft grundlag for at regne med nogen stigning i perioden, udover hvad stigningen af folketallet betinger, dvs. 5 praktiserende læger pr. år, hvortil kommer en efterspørgsel på 80-100 pr. år som følge af dødsfald og pensionering. Inden 1980 regnes med oprettelse af i alt 300 praksisreservelægestillinger til dækning af behovet for turnusuddannelse.

På andre lægelige områder, bl.a. undervisning, socialvæsen, skolevæsen, militær, bedriftssundhedstjeneste og profylaktisk arbejde regnes ved en restriktiv udbygning med en efterspørgsel på 40 almenlæger og 5 speciallæger pr. år, medens man ved en ekspansiv udbygning kan regne med 70 almenlæger og 10 speciallæger pr. år. Den samlede efterspørgsel efter læger på disse »andre områder« påregnes at stige fra 820 i 1977 til henholdsvis 1.130 og 1.590 i 1990. På alle 3 områder: sygehusvæsen inklusive praktiserende speciallæger, almen praksis og andre lægelige områder påregnes en stigning i efterspørgslen fra 9.990 i 1977 til henholdsvis 13.755 og 14.215, afhængigt af udbygningen af »andre lægelige områder«.

I *kapitel 5* foretages en samlet sammenstilling af udbud og efterspørgsel i 1980, 1985 og 1990 udvisende en restgruppe i 1980 på 265, respektive 135, stigende i 1990 til 2.920, respektive 2.460 læger, som ikke kan forvente lægelig beskæftigelse i Danmark, hvis arbejdsgruppens vurderinger holder stik.

I *kapitel 5* foretages endvidere en samlet opgørelse af den faktiske uddannelseskapacitet og kandidatproduktion i 1980, 1985 og 1990. Med den nuværende dimensionering af lægestudiet og en forventning om, at 95 % af hver kandidatårge ønsker videreuddannelse, vil kandidatproduktionen overstige uddannelseskapaciteten med 195 respektive 160 læger i 1980, afhængigt af udviklingen med hensyn til slutstillinger på området »andre lægelige områder«. Tallene forventes at stige til 290 respektive 255 i 1985 og herefter dale til 150 respektive 115 i 1990.

Kapitel 6 indeholder arbejdsgruppens overvejelser og forslag. Det konstateres, at der i hele prognoseperioden vil være et betydeligt misforhold mellem udbudet af lægevidenskabelige kandidater og den forventede postgraduate uddannelseskapacitet og efterspørgslen efter færdiguddannede læger. Den ved lægelovsændringen af 1976 indførte turnusuddannelse, der var beregnet for de nye kandidater, lader sig ikke gennemføre, idet det nuværende antal turnusstillinger besættes fra ventelister, der ikke kan reduceres mere end svarende til tilgangen af nye kandidater. Det påviste misforhold har en række uheldige virkninger, som vil forstærkes i de kommende år, hvis der ikke gribes ind. For den enkelte bliver det tiltagende vanskeligt at tilrettelægge et rimeligt målrettet uddannelsesforløb, hvortil kommer sociale og familiemæssige problemer som følge af den usikre arbejds-situation. For sundhedsvæsenet øges vanskelighederne med at bringe lægerne igennem en kvalitativt tilstrækkelig videreuddannelse til alment praktiserende læge eller speciallæge. Et betydeligt misforhold mellem udbud af og efterspørgsel efter læger indebærer på længere sigt en risiko for, at læger med en minimal uddannelse — eventuelt overvejende gennemført i udlandet — fristes til at tilbyde lægeservice uden om den offentlige sygesikring med uheldige virkninger for sundhedsvæsenets lægelige kvalitetsniveau, det offentliges styringsmuligheder og mulighederne for at skabe en bedre samordning mellem primærsektoren og sygehussektoren.

Den faktiske videreuddannelseskapacitet må efter arbejdsgruppens opfattelse snarest øges med de ca. 700 reservelægestillinger, som indførelse af en 40 timers arbejdsuge i sygehusvæsenet vil medføre, samt med 300 uddannelsesstillinger som praksisreservelæger i almen praksis, som overenskomstparterne nåede til principiel enighed om under forhandlinger i 1976.

En anden mulighed for udvidelse af den faktiske uddannelseskapacitet er oprettelse af flere slutstillinger, bl.a. på de mindre og mellemstore sygehuse, som foreslået af speciallægekommisionen.

For primærsektorens vedkommende ser man særligt en mulighed for opbygning af en bedriftssundhedstjeneste og oprustning af den arbejdsmedicinske virksomhed samt opfølgning af prioriteringsudvalgets betænkning

med henblik på i højere grad, end det nu er tilfældet, at udbygge den forebyggende virksomhed.

Arbejdsgruppen foreslår, at den faktiske uddannelseskapacitet udnyttes mere effektivt ved tilvejebringelse af hensigtsmæssige styringsmekanismer, navnlig tagende sigte på balancen mellem de enkelte afdelingers uddannelsesmæssige opgaver og arbejdsmæssige forpligtelser i forbindelse med patientbehandlingen. Der peges på en større anvendelse af blokansættelser efter turnusuddannelsen og en begrænsning af den maksimale ansættelsestid på visse afdelinger til 2 år imod de nuværende 3 år. Uddannelseskapaciteten kan endvidere udnyttes bedre ved en ændret uddannelsesklassifikation af mange afdelinger, herunder en reduktion af uddannelsesafdelingerne i speciallægeuddannelsen.

Arbejdsgruppen har ikke kunnet konstatere nogen entydig sammenhæng mellem antallet af læger og den generelle personaleudvikling inden for sundhedsvæsenet eller noget fast forhold mellem læger og andre personalekategorier. Samtidig med nærværende redegørelse arbejdes der med redegørelser om den forventede efterspørgsel efter bl.a. sygeplejersker, sygehjælpere, ergo- og fysioterapeuter, jordemødre og beskæftigelsesvejledere m.v. En sammenholdning af disse prognosearbejder vil formentlig gøre det muligt inden for sundhedsvæsenets delområder at udlede en række sammenhænge mellem personalekategorierne i sundhedsvæsenet.

Arbejdsgruppen anbefaler endvidere, at der regelmæssigt foretages en nyvurdering af den forventede efterspørgsel efter samtlige personalekategorier i sundhedsvæsenet, og at personaleoplysningerne i sektorplanerne og i de amtskommunale budgetter gøres så nøjagtige og detaljerede, at disse vurderinger kan bygge direkte på brugernes egne vurderinger. Herudover peger arbejdsgruppen på, at sundhedsstyrelsens lægeregister vil kunne anvendes ved fremtidige vurderinger af udbud og efterspørgsel af læger.

Det konstateres afsluttende, at selv om den foreslåede udvidelse og styring af uddannelseskapaciteten muligvis giver mulighed for at videreuddanne det samlede antal læger, vil udbudet være større end samfundets efterspørgsel. Arbejdsgruppen har imidlertid ikke fundet det som sin opgave at foreslå en stramning af den nuværende adgangsregulering til lægestudiet.

2. Udbudet af læger

2.1. Kandidatproduktionen fordelt på årene 1977-1990

I bilaget er gennemgået grundlaget for beregningerne af kandidatproduktionen og dennes størrelse, baseret på de konstaterede årlige tilgangstal før 1976 og på de ved adgangsreguleringen fastsatte tilgangsrammer fra og med dette år kombineret med de registrerede og forventede gennemførelsesprocenter. Det er her taget i betragtning, at adgangsbegrænsningen generelt må antages at medføre et mere effektivt studieforløb med forøgede gennemførelsesprocenter til følge; for det lægevidenskabelige studium antages gennemførelsesprocenten for fremtiden at være 70, medens den hidtil har været ca. 60.

Ved beregning af kandidatproduktionen er der foretaget alternative beregninger gående ud fra tilgangsrammer på 850 eller 650 pr. år.

2.1.1. DEN SAMLEDE PRODUKTION AF MEDICINSKE KANDIDATER I HVERT AF ÅRENE 1977-1990.

1 Tabel 2.1. er angivet den totale produktion af medicinske kandidater i hvert af årene 1977-1990. Tallene udgør for hvert år summen af kandidater med påbegyndt studium henholdsvis før og efter adgangsreguleringens indførelse.

2.2. Det potentielle udbud af læger i hvert af årene 1977-1990.

På grundlag af den årlige kandidatproduktion i perioden 1977-1990 og det potentielle udbud af læger i 1976 er i Tabel 2.2. givet en oversigt over det potentielle udbud af læger i hvert af årene 1977-1990.

3. Den postgraduate uddannelseskapacitet

3.1. Uddannelsessituationen marts 1978

I de senere år har den postgraduate, kliniske uddannelseskapacitet for læger i stigende grad været udsat for overbelastning og risiko for sammenbrud. Fra 1971 har produktionen af lægevidenskabelige kandidater oversteget afgangsen af læger til slutstillinger og antallet af nynormerede uddannelsesstillinger i sygehusvæsenet, dvs. 1. reservelæge- og reservelægestillinger. En række forhold belyser den nuværende uddannelsessituation.

3.1.1. VAKANCER

Der har siden 1970 været faldende vakancer inden for sygehusenes reservelægestillinger.

Tabel 2.1. Total produktion af medicinske kandidater for hvert år i perioden 1977-1990.

Kandidater	Tilgangsramme	
	850	650
1977.....	632	632
1978.....	787	787
1979.....	882	882
1980.....	865	865
1981.....	856	856
1982.....	880	880
1983.....	837	837
1984.....	754	754
1985.....	723	723
1986.....	632	562
1987.....	596	484
1988.....	596	455
1989.....	596	455
1990.....	596	455

Kandidattallene fra og med 1983 til og med 1986 er for Odense universitet ikke afgrænset klart efter produktionen af kandidater med påbegyndt studium før, henholdsvis efter 1976, jf. bilag 1. Antallet i 1977 er den konstaterede kandidatproduktion.

Tabel 2.2. Det potentielle udbud af læger i hvert af årene 1977-1990.

Kandidatår	Tilgangsramme	
	850	650
1977.....	11.975	11.975
1978.....	12.675	12.675
1979.....	13.400	13.400
1980.....	14.100	14.100
1981.....	14.750	14.750
1982.....	15.450	15.450
1983.....	16.075	16.075
1984.....	16.625	16.625
1985.....	17.175	17.100
1986.....	17.625	17.450
1987.....	18.025	17.700
1988.....	18.400	17.925
1989.....	18.775	18.175
1990.....	19.175	18.425

Tallene er rundet op til nærmeste tal deleligt med 25. Ligevægtsbestanden vil for de to alternativer udgøre henholdsvis 22.600 og 17.300 læger. Denne ligevægt vil opnås omkring år 2020.

Tabel 3.1. Vakanceprocenten for reservelæger ved sygehuse.

År	Vakanceprocent
1970.....	14
1971.....	13
1972.....	9
1973.....	7
1974.....	4
1975.....	4
1976.....	3
1977.....	4

Kilde: Med. stat. meddelelser.

Procenten af ledige stillinger i forhold til det samlede antal stillinger fremgår af Tabel 3.1.

Det ses af tabellen, at der i de seneste 4 år har været en konstant meget lav vakance på mellem 3 og 4 %. Man kan næppe forvente, at den officielle vakanceprocent kan falde yderligere, da der altid vil være en række stillinger ledige på grund af stillingsskift. Det må derfor konstateres, at sygehusenes postgraduate uddannelseskapacitet i de seneste 4 år har været fuldt udnyttet.

3.1.2. UDDANNELSESKØ

En undersøgelse foretaget af sundhedsstyrelsen i foråret 1975 afslørede, at ca. 2.000 af de yngre læger helt eller delvis manglede den obligatoriske uddannelse i intern medicin, der er nødvendig i uddannelsen til alment praktiserende læge eller i almenuddannelsen i speciallægeuddannelsen.

En lignende opgørelse foretaget af sundhedsstyrelsen i september 1976 viste, at der stadig var ca. 2.000 lægevidenskabelige kandidater, der helt eller delvis ikke havde kunnet opnå de kompetencegivende stillinger, især i faget intern medicin, og at ca. 1.300 af disse læger i givet fald ville gøre brug af sundhedsstyrelsens tilbud om at få anvist stillinger i 6 måneder på medicinske eller kirurgiske afdelinger.

I foråret 1977 samt efter kandidateksamen i sommeren 1977 og vintereksamen 1978 har sundhedsstyrelsen udsendt tilmeldingskort til turnusordningen med henblik på anvisning af 6-måneders stillinger i medicin og/eller kirurgi. En opgørelse pr. 20.11.1978 viser, at 1.137 og 746 læger venter på at få tildelt stilling i henholdsvis medicin og kirurgi.

3.1.3. ARBEJDSLØSHED

Hos de yngre læger er der nu konstateret en vis arbejdsløshed, der er størst lige efter afgang af et nyt kandidathold og mindst lige før den næste eksamen. Situationen pr. 14.III.1978 fremgår af Tabel 3.2.

3.1.4. LÆGER I UDLANDET

Der var i november 1976 ca. 1.500 danske læger beskæftiget i udlandet. Tallet er siden 1970 steget kraftigt fra 790 til 1.484 i 1976. Som det ses af Tabel 3.3. er langt den største del af stigningen sket i Sverige. Det vides, at flertallet af disse læger er fra de seneste årgange.

3.2. Den beregnede uddannelseskapacitet

Lægernes postgraduate kliniske uddannelse

Tabel 3.2. Antallet af arbejdsløse læger pr. 14.11.1978.

	København	Århus	I alt
V.78.	73	43	116
S.77.	16	2	18
V.77.	9	3	12
s.76.	20	3	27
V.76.			
1975.	11	3	14
1974.	7	4	11
1973.	6	1	7
1972.	6	1	7
1971.	4	0	4
1970.	6	0	6
I alt.	158	60	218

Antallet af arbejdsøgende læger på tilsvarende tidspunkt i 1977: 96.
Kilde: Foreningen af yngre læger.

Tabel 3.3. Danske læger i udlandet.

År	Samlet antal	Heraf i Sverige
1970.	800	
1972.	850	324
1974.	1.150	550
1976.	1.500	880

Kilde: Sundhedsstyrelsens lægeregister.

foregår praktisk talt udelukkende på landets sygehuse, og kun en ringe del af videreuddannelsen foregår i amanuensisstillinger i almen praksis. Den postgraduate uddannelseskapacitet består således altovervejende af de i sygehusvæsenet normerede reservelæge- og 1. reservelægestillinger.

I 1977 var der følgende stillinger til rådighed for den postgraduate lægeuddannelse:

1. reservelægestillinger.	1.500
Reservelægestillinger.	2.600
I alt.	4.100

I almen praksis

Amanuensisstillinger.	125
----------------------------	-----

3.2.1. 1. RESERVELÆGESTILLINGERNE

1. reservelægestillingerne i sygehusvæsenet bruges hovedsageligt til den afsluttende del af speciallægeuddannelsen, der ligger efter kursusstillingen, og 1. reservelægestillingerne er ikke disponible i turnusuddannelsen. En mindre del af disse stillinger (ca. 300) er hidtil blevet anvendt til supplerende uddannelse for læger, der senere nedsætter sig i almen praksis. Dette modsvarer af, at et tilsvarende antal læger i speciallægeuddannelsen efter

kursusstillingen ikke er i 1. reservelægestilling i eget speciale, men supplerer deres uddannelse i reservelægestillinger i andre specialer.

Endvidere bruges 1. reservelægestillingerne til videreuddannelse af speciallæger frem til overlægekvalifikation, jf. den i lægelovens § 14 omtalte sagkyndige vurdering. I de fleste specialer kræves en længere uddannelse end den egentlige speciallægeuddannelse.

Samlet vil speciallæger i gennemsnit fungere i ca. 5 år i en 1. reservelægestilling, inden de bliver overlæger, praktiserende speciallæger eller finder en anden slutstilling.

Da der for tiden uddannes ca. 200 speciallæger om året, skulle disse teoretisk beslaglægge ca. 1.000 af de ca. 1.500 1. reservelægestillinger. Der er således rigelig kapacitet indenfor det nuværende antal 1. reservelægestillinger til at uddanne disse ca. 200 speciallæger om året, og da der kun er slutstillinger til ca. 150 speciallæger (se senere) om året, er der intet behov for at øge denne del af uddannelseskapa- citeten.

3.2.2. RESERVELÆGESTILLINGERNE

Reservelægestillingerne i sygehusvæsenet skal bruges i uddannelsen til selvstændigt virke som læge (turnusuddannelsen), til uddannelse af alment praktiserende læger samt til den indledende del af uddannelsen af speciallæger, jf. kapitel 12.

I det følgende er der taget udgangspunkt i en årlig kandidatproduktion på 700, uanset at denne som følge af den i 1976 indførte adgangsregulering i 1987 forventes at falde til 600 om året.

Den samlede anvendelse af de ca. 2.600 reservelægestillinger er afhængig af dimensioneringen af speciallægeuddannelsen. Eksemplerne 1 og 2 har udgangspunkt i en speciallægeproduktion på henholdsvis 200 og 150 pr. år og en faktisk varighed af speciallægeuddannelsens reservelægetid på gennemsnitlig 5 år.

Eksempel 1.

Turnusuddannelsen (18 måneders turnusuddannelse på sygehuse til kandidatårgange å 700) kræver1.050 stillinger
Speciallægeuddannelse af 200
læger pr. år kræver1.000 stillinger
Rest550 stillinger

Eksempel 2.

Turnusuddannelsen (18 måneders turnusuddannelse på sygehuse til kandidatårgange å 700) kræver1.050 stillinger
Speciallægeuddannelse af 150
læger pr. år kræver750 stillinger
Rest800 stillinger

Det ses således, at jo mindre speciallægeuddannelsen dimensioneres, jo større restmasse vil der være til rådighed til andre videreuddannelser som f.eks. til alment praktiserende læge.

Den 3-årige uddannelse, der giver ret til at betegne sig som alment praktiserende læge, består inklusive turnusuddannelsen af 2 år i sygehusvæsenet og 1 år i almen praksis. I ovennævnte eksempler 1 og 2 er der regnet med, at den samlede turnusuddannelse på 18 måneder finder sted i sygehusvæsenet, dvs. at den resterende uddannelse til alment praktiserende læge består af 6 måneder i sygehusvæsenet og 1 år i almen praksis. De resterende henholdsvis 550 og 800 stillinger kan således teoretisk set bruges til 6 måneders sygehusuddannelse af henholdsvis 1.100 og 1.600 læger, der er i færd med uddannelsen til alment praktiserende læge. Hvis man forestiller sig, at man lader den 1-årige uddannelse i almen praksis erstatte fuldt ud af sygehustjeneste, vil de henholdsvis 550 og 800 stillinger i eksemplerne 1 og 2 kunne bruges til 18 måneders sygehusuddannelse af henholdsvis ca. 350 og ca. 530 alment praktiserende læger.

En stor del af de kompetencegivende uddannelsesstillinger er imidlertid placeret i medicin og kirurgi, og det vil derfor være nødvendigt at vurdere uddannelseskapa- citeten særskilt på disse to områder. I denne vurdering må også medinddrages det forhold, at der som tidligere nævnt er et stort antal kandidater fra tidligere årgange, der mangler de kompetencegivende stillinger på netop disse to områder.

I maj 1977 var der normeret 525 kompetencegivende reservelægestillinger i intern medicin. Det faktiske behov for uddannelses- stillinger i medicin er af sundhedsstyrelsen i 1975 anslået til 480 stillinger pr. år ved en turnusordning, der tilbydes til 700 kandidater om året. Etableringen af turnusordningen i den nuværende form har betydet, at størrelsen af den eksisterende »pukkel« af læger, der venter på ansættelse i medicin og kirurgi, vil

kunne holdes nogenlunde konstant i de kommende år.

Kapaciteten i medicin:

Behovet for reservelægestillinger til uddannelsesformål i medicin vil tage sig således ud ved indførelse af den foreslåede 18-måneders turnusordning:

Turnusordningen	350 stillinger
Speciallægeuddannelsen (ca. 20 årlig)	
Hoveduddannelse	100 stillinger
Sideuddannelse i andre specialer	30 stillinger
I alt	480 stillinger

Kapaciteten i kirurgi:

Behovet for uddannelsesstillinger som reservelæge i kirurgi under den foreslåede fremtidige 18-måneders turnusordning med 1/2 års obligatorisk kirurgisk tjeneste ser således ud:

Turnusordningen	350 stillinger
Speciallægeuddannelsen (ca. 25 årlig)	
Hoveduddannelse	125 stillinger
Sideuddannelse i andre specialer	25 stillinger
I alt	500 stillinger

Kilde: CHRISTENSEN, C. & JØRGENSEN, J.: Ugeskr. Læg. 1975, 137, 1629-1632.

3.2.3. UDDANNELSESSTILLINGER I ALMEN PRAKSIS

De nuværende ca. 125 amanuensisstillinger vil kunne bruges til at give 125 læger, der er i færd med uddannelsen til alment praktiserende læge, det nødvendige ene år i almen praksis.

Da der endnu ikke er oprettet stillinger som praksisreservelæger, vil almen praksis for tiden ikke kunne deltage i turnusuddannelsen, og medmindre den nævnte dispensationsbestemmelse i § 3, stk. 2 i indenrigsministeriets bekendtgørelse om uddannelse af alment praktiserende læger bringes i anvendelse, vil almen praksis således være et afgørende nåleøje i uddannelsen af alment praktiserende læger.

3.2.4. SAMMENFATNING

Den teoretisk beregnede uddannelseskapacitet skulle være tilstrækkelig til, at kandidatår-gange på 700 kan gennemgå en 18 måneders turnusuddannelse i sygehusvæsenet og til at

hele kandidatårgangen efter endt turnusuddannelse vil kunne gennemgå enten en uddannelse til speciallæge eller til alment praktiserende læge, uanset om speciallægeuddannelsen dimensioneres til 150 eller 200 speciallæger om året. Dette forudsætter dog, dels at de 125 praksisamanuensisstillinger udnyttes, dels at dispensationsbeføjelsen i § 3, stk. 2 i indenrigsministeriets bekendtgørelse om uddannelse af alment praktiserende læger tages i anvendelse.

Der er ved ovennævnte teoretiske vurdering af den kliniske uddannelseskapacitet ikke taget hensyn til afviklingen af det store antal kandidater fra tidligere årgange, der mangler de kompetencegivende stillinger i intern medicin og kirurgi.

3.3. Den faktiske uddannelseskapacitet medio 1977

I den nuværende uddannelsessituation, hvor alle uddannelsesstillinger er besat, vil den faktiske uddannelseskapacitet i et således helt udfyldt system være lig med afgang af læger til slutstillinger samt antallet af nynormerede reservelægestillinger.

I løbet af de sidste 3 år, hvor uddannelsessystemet har været registreret helt udfyldt, har afgang af læger til slutstillinger og antallet af nynormerede stillinger gennemsnitlig andraget ca. 470 pr. år.

Den faktiske uddannelseskapacitet i de sidste 3 år har således været omkring 470 læger pr. år. Da kandidatproduktionen i perioden har været knap 800 pr. år, er der ca. 330 læger, der i hvert af de sidste 3 år ikke har kunnet få deres uddannelse i Danmark. Hovedparten heraf er, som det ses af Tabel 3.3., rejst til udlandet.

Den i 1976 indførte regulering af adgangen til det lægevidenskabelige studium sigter på en kandidatproduktion på 600 pr. år, men også dette tal synes at ligge over den i øjeblikket værende faktiske uddannelseskapacitet.

Når den faktiske uddannelseskapacitet er så meget mindre end den beregnede, hænger det bl.a. sammen med, at lægerne forbliver i uddannelsessystemet længere, end den obligatoriske uddannelse kræver. Det er således i 1976 opgjort, at læger, der nedsætter sig i almen praksis, gennemsnitlig har en 5 1/2 års klinisk hospitalsuddannelse bag sig, hvilket er 3 1/2 år mere end det indtil 1.XII.1976 gældende teoretiske minimum. Speciallægeuddannelsens varighed er opgjort til 11,5 år i gennemsnit (jf.

F.a.y.l.'s uddannelsesenquête 1974), medens den teoretiske varighed ifølge uddannelsesreglementerne er 6-7 år.

Endvidere er speciallægeuddannelsen for tiden lagt sådan til rette, at der i flere led opstår kødannelser og dermed længere forbliven i stillingerne end nødvendigt. Disse kødannelser kunne formentlig mindskes ved en ændret tilrettelæggelse af speciallægeuddannelsen med øget anvendelse af blokansættelser, således som speciallægekommissionen har anbefalet.

3.4. Forventet forøgelse af uddannelseskapaciteten

Under overenskomstforhandlingerne i foråret 1977 mellem Praktiserende Lægers Organisation og Sygesikringens Forhandlingsudvalg gav staten og amtsrådsforeningen tilsagn om at ville påtage sig finansieringen af praksisreservelægestillinger. Det offentliges finansieringstilsagn er dog gjort betinget af, at der opnås enighed mellem sygehusejerne og Foreningen af yngre læger om oprettelse af ca. 700 nye reservelægestillinger i sygehusvæsenet ved indførelse af 40 timers arbejdsuge for yngre læger, jf. arbejdstidsredegørelsen.*) Denne forventede forøgelse af reservelægestillingsmassen som følge af yngre lægers afvikling af overarbejde samt etablering af op til 300 praksisreservelægestillinger, dvs. i alt ca. 1.000 stillinger, vil betyde en forøgelse af den faktiske uddannelseskapacitet. Forestiller man sig, at disse stillinger oprettes over en 4-årig periode med 250 stillinger om året, vil den faktiske uddannelseskapacitet stige fra de nuværende ca. 470 til ca. 720 om året, hvilket knap nok svarer til den forventede kandidatproduktion. Man opnår endvidere den effekt, at et øget antal færdiguddannede læger vil blive oplagret i uddannelsessystemet til senere eventuel forøgelse af lægeforbruget på et af de nuværende eller et nyt slutstillingsområde, f.eks. i det under opbygning værende bedrifts-sundhedsvæsen. Den faktiske uddannelseskapacitet kan også forøges gennem en forøgelse af antallet af slutstillinger.

4. Samfundets efterspørgsel efter læger 1977-1990

En af de væsentligste faktorer i den postgraduate uddannelseskapacitet er lægernes af-

gang til slutstillingsområdet, dvs. til overlæge, praktiserende speciallæge, alment praktiserende læge eller andre lignende stillinger, hvor lægen kan forblive resten af sit virke. For at få et overblik over, hvor stor den fremtidige slutstillingsmasse for læger forventes at blive og således et begreb om, hvorledes afgang af yngre læger fra uddannelsesstillinger vil være, er der i det følgende udarbejdet en erhvervsprognose strækkende sig frem til 1990. For samtidig at give et samlet overblik over udviklingen i uddannelseskapaciteten er den forventede udvikling i antallet af underordnede lægestillinger medtaget.

4.1. Sygehusvæsenet

4.1.1. FORUDSÆTNINGER FOR DEN OPSTILLEDE PROGNOSE

Sygehusvæsenet er i dette afsnit defineret som samtlige sygdomsbehandlende institutioner inkl. Statens seruminstitut, Statens åndssvageforsorg og kommunale langtidsmedicinske afdelinger.

I de 14 år, prognosen tænkes at omfatte, kan man forestille sig ændringer i speciallægenes arbejdsform. Således kan man forestille sig, at privatpraktiserende speciallægevirkomhed enten ophører eller væsentligt ændrer karakter. Endvidere kan man forestille sig en forstærket indsats indenfor sygehusvæsenet med et øget antal fastansatte speciallæger mod en samtidig dæmpning af udviklingen indenfor den privatpraktiserende sektor. Dette er allerede sket i flere amtskommuner for så vidt angår speciallægeservice indenfor patologisk anatomi, idet livmoderhalskræftsundersøgelserne (cytologiprøverne) i stigende omfang tillægges sygehusvæsenet som opgave.

Disse forhold vil dog næppe få nogen indflydelse på, hvor mange personer, speciallægesektoren som helhed i de kommende år vil beskæftige. Arbejdsgruppen har derfor behandlet overlæger og praktiserende speciallæger under ét i prognosen og af praktiske grunde slået de to arbejdsformer sammen til en gruppe, der her behandles under sygehusvæsenet.

4.1.2. EFTERSPØRGSELEN EFTER SPECIALLÆGER

Som det ses af Tabel 4.1. er der i de sidste 10 års normeringsudvikling på lægeområdet en gennemsnitlig årlig forøgelse af overlægestillingstallet på 60 pr. år. Der har dog været betydelige svingninger i normeringsintensi-

*) Redegørelse fra arbejdsgruppen, der har haft til opgave at søge underordnede sygehuslægers arbejdsforhold ændret til en normaliseret arbejdsuge på 40 timer. Offentliggjort i Ugeskr. Læg. 1976, 138, 3248.

ten med en kraftig stigning i 1970 og 1971 og derefter et relativt beskedent normeringstal, bortset fra 1976 og 1977, hvor sygehusene i Hvidovre og Herlev blev taget i brug.

Tabel 4.2. viser, at der i slutningen af 1960'erne var en meget beskedent vækst i antallet af heltidspraktiserende speciallæger, medens der i den sidste del af perioden, hvor antallet af nye overlægestillinger har været lavt, er kommet en øget tendens til nedsættelse som heltidspraktiserende speciallæge. Denne udvikling er formentlig sket på bekostning af overlægernes deltidsspeciallægepraksis, som de bestrider ved siden af deres sygehusarbejde, og er i fuld overensstemmelse med prioriteringsudvalgets rekommandationer*) på dette område.

Sammenholder man de 2 »normeringsmønstre« for speciallæger i tabellerne 4.1. og 4.2., synes der at være et ret konstant behov for nye speciallæger i et antal af ca. 70 pr. år. I betragtning af, at der i perioden har været meget vekslende generelle økonomiske vilkår, er der næppe noget, der tyder på, at disse tal vil ændre sig væsentligt i de kommende år, med mindre der bliver taget en generel politisk beslutning om at ændre normeringsudviklingen i sygehusvæsenet eller adgangen til nedsættelse som praktiserende speciallæge.

En del af disse nynormerede speciallægestillinger vil i fremtiden blive brugt til en udbygning af en forbedret specialedækning inden for sygehusvæsenet, en anden del kunne man tænke sig brugt til afvikling af overarbejdet blandt de praktiserende speciallæger samt hos de ca. 800 overlæger, der driver deltidsspeciallægepraksis. Denne udvikling har lægeforeningen bl.a. behandlet i en betænkning fra 1976 om stabsopbygningen på det kirurgiske område. Speciallægekommissionen har endvidere tilrådt, at der ved mindre sygehuse foretages en omnormering af 1. reservelægestillinger til faste speciallægestillinger for at sikre kvalitetsniveauet i toppen af lægestaben. Det skønnes, at denne proces vedrørende speciallægeoverarbejdet meget vel kan strække sig over hele prognoseperioden frem til 1990.

Udover de nynormerede speciallægestillinger vil der være en naturlig afgang på grund af pensionering og dødsfald fra det nuværende speciallægeområde. Denne afgang er i sundhedsstyrelsens tidligere prognose fra

Tabel 4.1. Antal overlæger og reservelæger 1967-1977.

År	Antal overlæger (ultimo)	Tilvækst	Antal reserve-læger*) (ultimo)	Tilvækst
1967	1.244	72	2.448	39
1968	1.296	52	2.522	74
1969	1.351	55	2.643	121
1970	1.448	97	2.900	257
1971	1.536	88	3.216	316
1972	1.590	54	3.347	131
1973	1.640	50	3.471	124
1974	1.668	28	3.570	99
1975	1.710	42	3.700	130
1976	1.781	71	3.944	244
1977	1.843	62	4.059	115
Gennemsnitlig årlig tilvækst		60		150

*) Reservelæger + 1. reservelæger. Kilde: Lægenormeringsudvalget.

Tabel 4.2. Antal heltidspraktiserende speciallæger 1970-1976.

År	Antal læger	Tilvækst
(1960)	(350)	(20)
1970	370	45
1972	415	45
1974	460	60
1976	520	

Kilde: Sundhedsstyrelsens lægeregister.

1973 for den kliniske videreuddannelse af læger ved danske sygehuse 1972-1985, der er offentliggjort i »Fra sundhedsstyrelsen« oktober 1973, side 189-197, anslået til ca. 60 pr. år i resten af 1970'erne, stigende til omkring 80 pr. år omkring 1985 og ca. 90 pr. år omkring 1990.

De seneste års normeringsudvikling i sygehusvæsenet inden for speciallægeområdet og antallet af nynedsættelser som privatpraktiserende speciallæger gør det rimeligt at regne med en årlig nyoprettelse af 70 speciallægestillinger inden for prognoseperioden, dels i sygehusvæsenet, dels i speciallægepraksis. Denne forventede nyoprettelse af 70 nye speciallægestillinger vil repræsentere et jævnt, let fald i den procentuelle tilvækst i prognoseperioden fra 3 % p.a. i periodens start til 2 % p.a. i periodens slutning. De afgående speciallæger skal herudover erstattes af nye speciallæger, og den samlede efterspørgsel efter nyuddannede speciallæger i prognoseperioden vil således blive på ca. 130 pr. år i prognosens start og ca. 160 om året i den sidste del af prognoseperioden.

*) Prioritering i sundhedsvæsenet. Betænkning 809/77, side 38.

4.1.3. EFTERSPØRGSLEN EFTER 1. RESERVELÆGER OG RESERVELÆGER

Opdelingen af underordnede lægestillinger i 1. reservelæge- og reservelægestillinger er bl.a. et overenskomstspørgsmål, og det er vanskeligt at forudse ændringer i forholdet mellem disse stillingskategorier i prognoseperioden, hvorfor de i det følgende behandles under et.

Tabel 4.1. viser de sidste 10 års normering af 1. reservelæge- og reservelægestillinger med et gennemsnit på 60 1. reservelæge- og 90 reservelægestillinger pr. år, eller i alt i gennemsnit 150 stillinger om året. Det ses af tabellen, at der, ligesom for overlægenormeringernes vedkommende, er betydelige svingninger i perioden. Specielt er yngre lægers overenskomstforhold af betydning for normeringsudviklingen. I 1970 og 1971 blev der således indført lørdagsfrihed for yngre læger, hvorfor der er et toppunkt for normeringerne her. Endvidere ses et toppunkt i 1976, hvor sygehusene i Herlev og Hvidovre blev taget i brug. Ses der bort fra disse svingninger, er der i den betragtede periode en ret konstant nynormering af 1. reservelæge- og reservelægestillinger på ca. 100 pr. år som et led i sygehusenes almindelige udvikling.

Overenskomstforhandlingerne på Foreningen af yngre lægers område synes at bære hen imod en afvikling af de unge lægers overarbejde på vagterne og oprettelse af nye stillinger i stedet for dette overarbejde. Denne omlægning skønnes af begge parter at indebære en samlet nynormering af 700 stillinger i løbet af de kommende år. Foreløbig er der ikke indgået nogen aftale mellem parterne, men det må forventes, at dette vil ske inden for de nærmeste år.

I prognoseperioden kan der således i alt forventes en nytilgang på ca. 700 reservelægestillinger som følge af indførelse af 40-timers arbejdsuge i sygehusvæsenet for yngre læger. Dette forventes at ske inden 1980. Endvidere regnes der fortsat med en årlig nynormering af 1. reservelæge- og reservelægestillinger på 100 pr. år i hele prognoseperioden som følge af den almindelige udvikling i sygehusvæsenet. Større ændringer i arbejds- eller ferieforhold er ikke indregnet i prognosen.

4.1.4. SAMMENFATNING

Med de nævnte forudsætninger som baggrund er der i Tabel 4.3. opstillet en prognose over den forventede efterspørgsel efter læger inden for sygehusområdet (og det praktiserende

Tabel 4.3. Udviklingen i antallet af lægestillinger i sygehusvæsenet i perioden 1977-1990.

	1977	1980	1985	1990
Overlæger	1.850			
Praktiserende speciallæger ..	520			
1. reservelæger ..	1.500			
reservelæger	2.600			
I alt	6.470	7.875	8.725	9.575

Kilde: Lægestillinger og sengepladser på institutioner maj 1977.

speciallægeområde). Stillingstallet primo 1977 er brugt som udgangspunkt, og der er angivet det skønnede antal stillinger i 1980, 1985 og 1990.

4.2. Almen praksis

4.2.1. FORUDSÆTNINGER FOR DEN OPSTILLEDE PROGNOSE

Ved almen praksis forstås i dette afsnit det lægeområde, hvor alment praktiserende læger driver deres virksomhed i forbindelse med den offentlige sygesikring.

Udviklingen i almen praksis har i efterkrigsårene båret præg af mangel på tilgang, idet sygehusvæsenets samtidige store ekspansion har opslugt hele lægeproduktionen i denne periode. Efter 1972 er denne udvikling dog vendt, og der er sket en stigning i antallet af alment praktiserende læger. Således er antallet af læger i almen praksis steget fra 2.175 i slutningen af 1972 til 2.725, heraf 125 amanuenser + 25 vagtlæger i slutningen af 1976. Denne udvikling har i høj grad været ønsket både af lægerne selv og af det offentlige, men i den seneste overenskomst mellem Praktiserende Lægers Organisation og Sygesikringens Forhandlingsudvalg er der indføjet en bestemmelse om praksisregulering, der indebærer, at praksissektoren i dens nuværende form synes at have nået et mætningspunkt, hvad angår nytilgang af læger.

4.2.2. EFTERSPØRGSLEN EFTER ALMENT PRAKTISERENDE LÆGER

Landsoverenskomsten af 1977 indeholder en bestemmelse om praksisplanlægning, hvor man sigter imod én praktiserende læge pr. 2.000 indbyggere i landet, dog med mulighed for visse regionale variationer. I lægetallet medregnes amanuenser med henblik på kompagniskab, men ikke »aflastningsamanuenser«.

Dette mål er allerede nået, hvilket indebærer, at praksis inden for de nuværende aftalerammer ikke kan udvides yderligere, uden at de økonomiske vilkår i almen praksis ændres.

I de seneste år har der været mange forslag om forstærket indsats af lægelig arbejdskraft på forskellige nye områder, f. eks. inden for social- og arbejdsmedicin. Denne forstærkede indsats kunne tænkes henført til landets praktiserende læger med en tilsvarende udbygning af personalet i denne sektor. Uanset hvor disse opgaver organisatorisk placeres, må det forventes, at der som minimum for disse læger vil blive stillet krav om en grunduddannelse som alment praktiserende læge.

For tiden er der ikke taget konkrete beslutninger om at henføre disse opgaver til almen praksis, og der er også for disse nye områders vedkommende planer om en yderligere uddannelse til de læger, der skal virke på disse områder — formentlig dels som speciallægeuddannelse dels som overbygningsuddannelser på uddannelsen af alment praktiserende læger.

Da disse områder således ikke har fået nogle konkrete faste rammer, har arbejdsgruppen valgt at udelade disse af praksisområdet i denne del af prognosen og behandle områderne særskilt senere, jf. 4.3. Andre lægelige områder.

4.2.3. EFTERSPØRGSLEN EFTER UDDANNELSESTILLINGER I ALMEN PRAKSIS

Udover den alment praktiserende læge (principallægen) er der 2 andre grupper af læger, der kan forventes at få beskæftigelse i almen praksis, nemlig praksisreservelæger og praksisamanuenser. Med en forventet kandidatproduktion fra 1983 på 600 og en turnusuddannelse, hvori indgår 6 måneder som praksisreservelæge, vil der være behov for etablering af ca. 300 praksisreservelægestillinger. Med det af staten og Amtsrådsforeningen i Danmark i foråret 1977 givne tilsagn om at ville finansiere praksisreservelægestillingerne, vil det være rimeligt at forvente, at disse ca. 300 stillinger etableres i løbet af prognoseperioden. Med hensyn til antallet af stillinger som praksisamanuenser, der kan forventes oprettet i løbet af prognoseperioden, er dette tal væsentligt mere usikkert.

I det følgende er det forudsat, at der i prognoseperioden opretholdes ca. 125 praksisamanuensisstillinger og nyetableres ca. 300

Tabel 4.4. *Udviklingen i antallet af beskæftigede læger i almen praksis 1977-1990.*

	1977	1980	1985	1990
Principallæger	2.575	2.575	2.600	2.625
Praksisamanuenser	125	125	125	125
Praksisreservelæger	0	300	300	300
I alt	2.700	3.000	3.025	3.050
Befolkningstal i 1.000	5.080	5.125	5.195	5.250

Tabel 4.5. *Andre lægelige slutstillinger 1970-1976.*

År	Almen læger	Speciallæger	I alt
1970	482	161	643
1972			790
1974			813
1976	662	156	818

Kilde: Sundhedsstyrelsens lægeregister.

praksisreservelægestillinger. Da begge disse grupper principielt er uddannelsesstillinger, er de i prognosen undtaget fra praksisplanens forudsætning om én læge pr. 2.000 indbyggere.

4.2.4. SAMMENFATNING

Med de nævnte forudsætninger som baggrund er der i Tabel 4.4. opstillet en prognose over den forventede udvikling af almen praksis frem til 1990.

Udover de ca. 50 nye principallæger, der skønnes at være efterspørgsel for frem til 1990, må man regne med en erstatning for de praktiserende læger, der afgår i perioden på grund af alderspensionering eller dødsfald. Denne afgang skønnes i prognoseperiodens begyndelse at være ca. 80 pr. år og i prognoseperiodens slutning ca. 100 pr. år jf. prognosen for den kliniske videreuddannelse af læger ved danske sygehuse (1972-1985), udgivet af sundhedsstyrelsen 1973.

Efterspørgslen for praktiserende læger vil således i prognoseperiodens begyndelse være ca. 80 pr. år og i prognoseperiodens slutning ca. 110 pr. år.

4.3. Andre lægelige områder

Udover sygehusvæsenet inkl. speciallægepraksis og almen praksis findes der et tredje stillingsområde af en meget broget karakter, bestående af læger ansat ved universiteterne, i socialvæsenet, inden for offentlige institutioner i øvrigt, i skolelægevirksomhed, i militæret og i private organisationer. Denne lægegruppes størrelse og fordeling mellem speciallæger og andre læger (hovedparten med en uddannelse som alment praktiserende læge) i de seneste 6 år fremgår af Tabel 4.5.

Det ses, at denne gruppe lægelige slutstillinger er af ret beskedent omfang i forhold til de to andre hovedgrupper, og dets udvikling er præget af næsten stilstand i de sidste par år. Der har tilsyneladende været et ret konstant antal speciallæger beskæftiget inden for sektoren.

Over halvdelen af lægerne beskæftiget i dette område er tilknyttet universiteterne.

En del af de nye lægelige aktiviteter, som er omtalt under afsnittet om almen praksis, kunne meget vel tænkes også at føre til en udbygning af denne sektor af lægelige slutstillinger. Således kunne man tænke sig heltidsbedriftslæger samt særligt uddannede læger, der udelukkende beskæftiger sig med profylaktisk virksomhed m.v. Endvidere kunne man tænke sig flere speciallæger på heltid knyttet til socialvæsenets og arbejdstilsynets institutioner.

Den fremtidige udvikling af disse slutstillingsområder er meget usikker. Med hensyn til udviklingen i antallet af bedriftslæger kan anføres den i arbejdsmiljølovens § 13 indeholdte hjemmel for arbejdsministeren til at fastsætte regler for bedriftssundhedstjenesterne (BST) opbygning, opgaver, funktion og finansiering. Ikrafttræden af arbejdsmiljølovens § 13 er sket ved folketingets vedtagelse af en særlig lov herom. 1 bemærkningerne til lovforslaget er der som foreløbig normtal for BST-personale foreslået pr. 5.000 ansatte: 1 bedriftslæge, 1 ergo/fysioterapeut, 2 sygeplejersker og 1 sekretær. Da ca. 150.000 ansatte forventes inddraget under ordningen i 1978/79 og ca. 370.000 ansatte i 1982, kan væksten i antallet af bedriftslæger skønnes at være i alt 75 heltidsbeskæftigede indtil 1983. Denne udvikling med 15 nye bedriftslæger om året skønnes af arbejdsgruppen som et minimum at ville fortsætte uændret i perioden 1983/90, dvs. oprettelse af ca. 200 bedriftslægestillinger i perioden 1978/1990. Hvis man forestiller sig en fuldt udbygget BST-ordning omfattende samtlige lønmodtagere i berørte områder, og hvis den i ovennævnte lovforslags bemærkninger anførte norm på 1 bedriftslæge pr. 5.000 ansatte finder anvendelse, kan behovet for bedriftslæger til en fuldt udbygget bedriftssundhedstjeneste anslås til ca. 450 heltidsansatte.

Om en øget indsats i øvrigt på det forebyggende område foreligger der kun en anbefaling fra sundhedsprioriteringsudvalget, men der er endnu ikke fremlagt konkrete udbyg-

Tabel 4.6. Andre lægelige slutstillinger 1977-1990.

	1977	1980	1985	1990
Gamle områder				
Almenlæger	660	660	660	660
Speciallæger	160	160	160	160
Nye områder				
Almenlæger				
alternativ I	0	80	180	280
(20 almenlæger)				
alternativ II	0	200	450	700
(50 almenlæger)				
Speciallæger				
alternativ I	0	10	20	30
(2 speciallæger)				
alternativ II	0	20	40	70
(5 speciallæger)				
I alt				
alternativ I	820	910	1.020	1.130
alternativ II	820	1.040	1.310	1.590

ningsplaner. Dog kan her nævnes det under udbygning værende program for screeningsundersøgelser af kvinder for livmoderhalskræft, der ganske vist påregnes baseret i sygehusvæsenet, samt planerne om undersøgelse af kvinder for brystkræft.

Det kan anses for sandsynligt, at den fremtidige økonomiske situation vil være afgørende for disse områders udbygning, og at udbygningen vil ske jævnt.

Fordelingen af læger med forskellig uddannelse til disse nye opgaver er også usikker, men hovedparten vil sandsynligvis have en uddannelse som alment praktiserende læge som grundlag. Et lille antal læger (ca. 10%) med speciallægeanerkendelse vil formentlig også finde beskæftigelse inden for de nye områder.

Med dette som baggrund er der i Tabel 4.6. opstillet et skøn over de andre lægelige områders udvikling af slutstillinger i prognoseperioden, idet man for de eksisterende områder (gamle områder) ikke venter nogen expansion, mens man for de nye områder har opstillet to alternativer for væksten, nemlig henholdsvis 20 almenlæger + 2 speciallæger pr. år og 50 almenlæger + 5 speciallæger pr. år som udtryk for en restriktiv respektiv ekspansiv udbygning.

Regner man med en gennemsnitlig funktionstid i dette område på ca. 30 år, skal der for at erstatte afgangene af læger på grund af pensionering og dødsfald årligt bruges 20 almenlæger og 5 speciallæger.

Efterspørgslen efter læger i området vil da i alternativ I blive ca. 40 almenlæger og 5

speciallæger pr. år og i alternativ II ca. 70 almenlæger og ca. 10 speciallæger pr. år.

4.4. Læger i udlandet

I de senere år er der sket en betydelig vækst i antallet af danske læger beskæftiget i udlandet, specielt i Sverige. Dette skyldes formentlig den vanskelige arbejdsmarkedssituation for de helt unge læger, som er søgt til Sverige i stedet for at gå arbejdsløse i Danmark. En stor del af disse læger vil formentlig søge tilbage til Danmark efter endt uddannelse i Sverige, dersom der bliver mulighed herfor.

Da arbejdsmarkedssituationen for læger i Sverige — og for så vidt også i EF-området — synes at nærme sig den danske med overproduktion af læger, er det højest usikkert om danske læger fortsat kan få stillinger i udlandet i så stort tal som i de sidste 3-4 år. Man må nok regne med, at udvandring og hjemvenden meget snart vil balancere, således at antallet af danske læger i udlandet vil holde sig konstant. Der er derimod ikke noget, der taler for, at antallet af danske læger i udlandet skulle begynde at falde, idet forholdene for beskæftigelse i Danmark næppe vil bedres i de kommende år.

Der forventes ikke at ville ske nogen større netto til- eller afgang af betydning til eller fra udlandet, hvor antallet af danske læger påregnes at stige langsomt fra ca. 1.500 til ca. 2.000 i 1990, jf. 3.1.4. Antallet af udenlandske læger med midlertidig dansk autorisation har i de senere år været ca. 30 i gennemsnit. Fra EF-landene er i 1977, det første år efter lægedirektivernes ikrafttræden, indvandret 11 læger til Danmark og et tilsvarende antal fra Danmark til øvrige EF-lande. Fra de nordiske lande er indvandringen ca. 5 pr. år, og til andre udenlandske læger meddeles i praksis kun autorisation, hvor de pågældende har flygtningestatus eller indgår ægteskab med dansk statsborger i alt ca. 5 tilfælde pr. år.

4.5. Efterspørgslen efter læger i Danmark 1977-1990

I Tabel 4.7. er udviklingen inden for sygehusvæsenet, i almen praksis og anden lægelig virksomhed sammenstillet i en oversigt.

Med hensyn til det potentielle udbud af læger i samme periode henvises til kapitel 2, særlig Tabel 2.2. og redegørelsen for beregningsgrundlaget i bilag. Det kan herefter konkluderes, at udbudet af læger i 1990 vil

Tabel 4.7. Efterspørgslen efter læger i Danmark 1977-1990.

	1977	1980	1985	1990
Sygehusene				
Speciallæger (incl. prakt. spec.)	2.370	2.650	3.000	3.350
Underordnede læger	4.100	5.225	5.725	6.225
Almen praksis				
Principallæger	2.575	2.575	2.600	2.625
Andre	125	425	425	425
Andre				
Almenlæger				
alternativ I	660	740	840	940
alternativ II	660	860	1.110	1.360
Speciallæger				
alternativ I	160	170	180	190
alternativ II	160	180	200	230
I alt i Danmark				
alternativ I	9.990	11.785	12.770	13.755
alternativ II	9.990	11.915	13.060	14.215

være mellem 19.175 og 18.425, afhængigt af, om tilgangsrammen til studiet fastsættes til henholdsvis 850 og 650, medens efterspørgslen efter læger vil være mellem 14.215 og 13.755 afhængigt af, om den årlige tilgang til nye områder bliver 45 eller 80 læger (alternativ I eller II).

5. Udbud, efterspørgsel og uddannelseskapacitet i prognoseperioden

Det i kapitel 2. beregnede udbud og den i kapitel 4. beregnede efterspørgsel bygger på en række bestemte forudsætninger om optagelsestal, kandidatalder, udviklingen på de forskellige områder i sundhedsvæsenet m.v. Med disse forudsætninger kan der foretages følgende sammenligning i 1980, 1985 og 1990 af det forventede udbud og den forventede efterspørgsel.

Det fremgår klart af Tabel 5.1., at der med den nuværende dimensionering af den prægraduate uddannelseskapacitet vil være et stort antal læger, der, uanset om man lægger den af arbejdsgruppen opstillede restriktive eller ekspansive vurdering af den forventede efterspørgsel til grund, ikke vil kunne finde beskæftigelse ved lægeligt arbejde i Danmark.

Det fremgår af kapitel 3, at den faktiske postgraduate uddannelseskapacitet vil være lig med afgang af læger til slutstillinger samt antallet af nynormerede reservelægestillinger. I Tabel 5.2. er der på grundlag af den af

arbejdsgruppen i kapitel 4 vurderede udvikling i antallet af lægestillinger i det samlede sundhedsvæsen vist en sammenstilling af den faktiske postgraduate uddannelseskapa- citet og den forventede kandidatproduktion.

Det ses af Tabel 5.2., at kandidatproduktionen reduceret med et skønnet antal, der forventes inaktive, vil være betydelig større end den faktiske uddannelseskapa- citet, selv om man vælger at sammenligne med den af arbejdsgruppen vurderede mest optimistiske udvikling i antallet af nye slutstillinger for læger. En summation af den i Tabel 5.2. angivne overskydende kandidatproduktion i prognoseperioden vil stort set svare til den i Tabel 5.1. anførte pulje af læger, der ikke kan påregnes beskæftiget ved lægeligt arbejde i Danmark.

Hvis man ønsker at fastholde den nuvæ- rende tilgangsramme til det lægevidenskabelige studium, og hvis man ønsker, at samtlige kandidater skal have mulighed for at gennem- gå en uddannelse til enten speciallæge eller almenlæge, kan dette således kun ske gennem en forøgelse af enten slutstillingsmassen eller antallet af uddannelsesstillinger. Det sidste kan eventuelt ske i form af midlertidigt normerede uddannelsesstillinger.

6. Arbejdsgruppens overvejelser og indstilling

Det fremgår af de foranstående beregninger af det fremtidige udbud af lægevidenskabelige kandidater og de opstillede prognoser for efterspørgslen af læger, at der i prognoseperi- oden frem til 1990 vil være et betydeligt misforhold mellem på den ene side udbudet af lægevidenskabelige kandidater og på den anden side den forventede postgraduate ud- dannelseskapa- citet og den forventede efter- spørgsel efter færdiguddannede læger.

Dette misforhold er tidligere beskrevet i forskellige sammenhænge, bl.a. i perspektiv- plan II og i forskellige prognosearbejder fra Den almindelige danske lægeforening.

Misforholdet mellem udbudet af kandida- ter og samfundets efterspørgsel er ikke speci- elt for det lægevidenskabelige område. Også en række andre akademiske fag har i de senere år været ramt af disse problemer. For de lægevidenskabelige kandidaters vedkom- mende kan det konstateres, at det endnu ikke har givet anledning til nogen voldsom arbejds- løshed, idet et stigende antal unge læger har

Tabel 5.1. Samlet forventet udbud af og efterspørgsel efter læger i 1980, 1985 og 1990.

	1980	1985	1990
Forventet udbud	14.450*	17.525*	19.525*
Forventet efterspørgsel			
Alternativ I	11.785	12.770	13.755
Alternativ II	11.915	13.060	14.215
Udbud ÷ efterspørgsel			
Alternativ I	2.665	4.755	5.770
Alternativ II	2.535	4.465	5.310
Læger i udlandet	1.800	1.900	2.000
Inaktive læger i øvrigt**	600	750	850
Rest			
Alternativ I	265	2.105	2.920
Alternativ II	135	1.815	2.460

*) Inkl. ca. 350 læger fra udlandet med permanent dansk autorisation, og forudsat en tilgangsramme på 850.

**) Anslået på grundlag af lægetællingerne 1970-76, hvor antal inaktive læger under 70 år har udgjort ca. 5 % af antal aktive læger i Danmark.

Tabel 5.2. Den faktiske postgraduate uddannelseskapa- citet og kandidatproduktionen 1980, 1985 og 1990.

	1980	1985	1990
Afgang til slutstillinger			
Speciallæger			
Alternativ I	145	155	165
Alternativ II	150	160	170
Almenlæger			
Alternativ I	130	140	150
Alternativ II	160	170	180
Nynormerede uddannelses- stillinger			
I sygehusvæsenet	275	100	100
I almen praksis	75	0	0
Faktisk uddannelseskapa- citet			
Alternativ I	625	395	415
Alternativ II	660	430	450
Kandidatproduktion korregeret til 95 % (årlig tilgangsramme 850)	820	685	565
Kandidatproduktion ÷ uddannelseskapa- citet			
Alternativ I	195	290	150
Alternativ II	160	255	115

Det høje antal nynormerede uddannelsesstillinger i sygehusvæsenet og i almen praksis i 1980 skyldes en forventning om, at der sker en konvertering af vagtarbejde i sygehusvæsenet for yngre læger til normerede reservelægestillinger, samt at der i almen praksis etab- leres stillinger for praksisreservelæger.

søgt arbejde og videreuddannelse i Sverige, hvor der fortsat er et vist underskud af lægelig arbejdskraft. Arbejdsløsheden viser dog en tydelig stigende tendens, og lægevidenskabeli- ge kandidater er i den specielle situation, at de først opnår egentlig erhvervskompetence ef- ter en obligatorisk videreuddannelse efter

afgangseksamen. Denne videreuddannelse kan stort set kun finde sted inden for det offentlige sundhedsvæsen i Danmark samt i de øvrige nordiske lande i det omfang, disse har mulighed for at modtage danske læger.

Arbejdsgruppen har kunnet konstatere, at den med lægeloven af 1976 indførte uddannelsesordning, hvorefter alle læger forventes at gennemgå en 18-måneders turnusuddannelse, endnu ikke har kunnet og heller ikke med den nuværende kandidatproduktion lader sig gennemføre inden for rammerne af den nuværende videreuddannelseskapacitet. Ganske vist er der på nuværende tidspunkt udtaget knap 600 stillinger på medicinske og kirurgiske afdelinger til turnusuddannelsen, men disse stillinger besættes fra ventelister, og kan ikke reducere køen mere end svarende til tilgangen af nye kandidater. Før der sker en udvidelse af stillingsmassen, således at denne videreuddannelseskø kan afvikles samtidig med, at der etableres turnus for nye kandidater, vil dette forhold ikke ændre sig, og en hensigtsmæssig udnyttelse af uddannelseskapaciteten ikke blive mulig.

Det allerede eksisterende misforhold mellem udbudet af læger og den faktiske videreuddannelseskapacitet har en række uheldige virkninger, som vil forstærkes, såfremt der ikke gribes ind. For den enkelte betyder det vanskeligheder med tilrettelæggelse af et rimeligt uddannelsesforløb og problemer af social og familiemæssig art som følge af en usikker arbejdsituation. For sundhedsvæsenet betyder det vanskeligheder med at bringe lægerne igennem en kvalitativ tilstrækkelig videreuddannelse til alment praktiserende læge eller speciallæge i overensstemmelse med de af indenrigsministeriet fastsatte regler. Lægernes uddannelsesforløb bliver tilfældige, og ofte vil der blive vanskeligheder med at få lægerne igennem mindre, men væsentlige dele af den samlede uddannelse. Disse problemer hænger en del sammen med det traditionelt meget liberale videreuddannelsessystem, hvor den enkeltes uddannelsesmuligheder alene har været styret af vedkommendes muligheder for at opnå ansættelser i kompetencegivende stillinger.

En mere permanent situation med et betydeligt misforhold mellem udbudet af læger og det offentlige sundhedsvæsens efterspørgsel kan give visse problemer, idet man f. eks. ikke helt kan afvise risikoen for, at et antal læger med en minimal uddannelse —

eventuelt overvejende gennemført i udlandet — kunne føle sig tvunget til at tilbyde lægeservice på privatbasis ved siden af den virksomhed, som nu varetages af læger, der virker under den offentlige sygesikring eller på sygehuse. Dette kan få en uheldig virkning på sundhedsvæsenets lægelige kvalitetsniveau, det offentliges styringsmuligheder, som netop udbygges i disse år, og på mulighederne for at skabe bedre samordning mellem primærsektoren og sygehusektoren.

På baggrund af de her nævnte overvejelser har arbejdsgruppen udarbejdet de i det følgende omtalte indstillinger.

6.1. Forbedring af den faktiske videreuddannelseskapacitet

Arbejdsgruppen har i det foregående beskrevet den store forskel mellem den teoretisk beregnede videreuddannelseskapacitet og den faktiske kapacitet. Den faktiske kapacitet kan beskrives som antallet af ledige og nyoprettede slutstillinger + den årlige nynormering af uddannelsesstillinger. Den faktiske uddannelseskapacitet er i disse år, jf. afsnit 3, beregnet til omkring 470 pr. år og er således kun tilstrækkelig til at skaffe videreuddannelse til ca. $\frac{2}{3}$ af den årlige tilgang af nye læger.

En udvidelse af antallet af uddannelsesstillinger har de seneste par år været drøftet meget og har også været genstand for forhandlinger mellem overenskomstparterne på sygehus- og sygesikringsområdet. Der er opnået principiel enighed om, at der skal indføres 40 timers arbejdsuge for underordnede læger i sygehusvæsenet, og at dette vil kunne bevirke en udvidelse af antallet af reservelægestillinger med ca. 700. Desuden er der enighed om etablering af 300 uddannelsesstillinger i almen praksis som praksisreservelæger.

Såfremt den med lægelovsændringen i 1976 indførte turnusordning skal bringes til at fungere efter hensigten, viser arbejdsgruppens beregninger klart, at det er uomgængeligt nødvendigt, at der mellem sygehusejerne og Foreningen af yngre læger opnås enighed om 40 timers arbejdsuge i sygehusvæsenet, således at disse ca. 1.000 stillinger kan etableres. I modsat fald vil det ikke være muligt at reducere antallet af læger, der er skrevet på venteliste til turnusstillinger.

En anden mulighed for udvidelse af den faktiske uddannelseskapacitet er oprettelse af flere slutstillinger. Arbejdsgruppen skal i den-

ne forbindelse henlede opmærksomheden på det af speciallægekommissionen i betænkning 815/77 fremsatte forslag om en konvertering af en væsentlig del af 1. reservelægestillingerne, der for en dels vedkommende er vakante på de mindre og mellemstore sygehuse, til overlægestillinger eller andre faste stillinger for færdiguddannede speciallæger. Der vil herved efter speciallægekommissionens opfattelse kunne opnås en bedre og mere ensartet lægebetjening, end det hidtil har været muligt på de pågældende sygehuse, og samtidig vil man undgå en større ophobning af færdiguddannede speciallæger i videreuddannelsessystemet.

Antallet af slutstillinger i almen praksis kan som tidligere anført næppe øges væsentligt inden for den nuværende overenskomsts rammer, dvs. en norm på 2.000 patienter pr. alment praktiserende læge. Arbejdsgruppen er af den opfattelse, at en omlægning af sygesikringens funktioner til i højere grad, end det er tilfældet i dag, også at omfatte forebyggende virksomhed, vil kunne skabe både arbejdsmæssigt og økonomisk grundlag for en ikke ubetydelig udvidelse af antallet af læger i den primære sektor. Afsættes f. eks. en tredjedel af de praktiserende lægers arbejdstid til forebyggende arbejde, vil det betyde en forøgelse af antallet med 900 læger. Arbejdsgruppen skal i denne forbindelse også henlede opmærksomheden på den af sundhedsprioriteringsudvalget i betænkning 809/77 anbefalede øgede indsats på det forebyggende område.

I redegørelsens efterspørgselsafsnit har arbejdsgruppen opstillet to alternative udviklingsforløb for udbygningen af området »andre lægelige opgaver«. Mest tungtvejende på dette område er opbygningen af en bedriftssundhedstjeneste og oprustning af den arbejdsmedicinske virksomhed. Arbejdsgruppen skal her pege på, at kun en væsentlig hurtigere udbygning af bedriftssundhedstjenesten end foreslået i det af arbejdsministeren i februar 1978 fremlagte lovforslag om ikrafttræden af arbejdsmiljølovens § 88, stk. 1, vil kunne få reel indflydelse på beskæftigelsessituationen for læger. I det omfang det måtte blive besluttet, at bedriftssundhedstjenesten skal udføres som en deltidsfunktion for de alment praktiserende læger, kunne man overveje en reguleringsmekanisme indbygget i sygesikringsoverenskomsterne, således at den til bedriftssundhedstjenesten nødvendige arbejds-

tid giver automatisk udvidelse af antallet af praktiserende læger.

6.2. Effektiv udnyttelse af den faktiske uddannelseskapacitet

Den faktiske uddannelseskapacitet, dvs. det antal nye læger, der årlig kan indsluses i det postgraduate uddannelsessystem, er som ovenfor nævnt for tiden ca. 470 om året. Uanset muligheden for at udvide denne kapacitet ved etablering af 1.000 nye uddannelsesstillinger og en større afgang til et udvidet antal slutstillinger, vil det være nødvendigt at sikre en mere hensigtsmæssig udnyttelse af den til rådighed værende kapacitet.

Inden for visse specialer vil der fortsat være betydelige problemer med hensyn til kapaciteten, ikke mindst i intern medicin og kirurgi. Begge disse specialer skal udover at kunne dække et betydeligt uddannelsesbehov i speciallægesektoren også indgå med stor vægt både i turnusuddannelsen og i uddannelsen af alment praktiserende læger. Der er derfor ikke inden for sådanne specialer mulighed for fuldt ud at fortsætte med det eksisterende liberale videreuddannelsessystem inden for den stillingsmasse, som ikke beslaglægges til turnusuddannelsen.

Arbejdsgruppen indstiller på denne baggrund, at der tilvejebringes hensigtsmæssige styringsmekanismer, som navnlig tager sigte på at skabe en hensigtsmæssig balance mellem fordelingen af de enkelte afdelingers uddannelsesmæssige opgaver og arbejdsmæssige forpligtelser i forbindelse med patientbehandling.

En væsentlig del af problemerne kan løses ved en større anvendelse af blokansættelser, således at visse grundelementer i videreuddannelserne sammenkobles til samlede ansættelser, der tilbyder de uddannelsessøgende læger opfyldelse af de i uddannelsesbekendtgørelserne opstillede krav. Sådanne blokansættelser bør primært tage sigte på at tilbyde 1½ til 2 års uddannelse af læger, der ønsker at gå i almen praksis efter turnusuddannelsen, samt til læger, der ønsker en speciallægeuddannelse og de obligatoriske uddannelsesdele, der er knyttet til speciallægernes uddannelse på landsdelssygehusene (a-afdelinger m.v.).

På en række afdelinger kan det vise sig hensigtsmæssigt med henblik på at sikre en bedre uddannelsesmæssig udnyttelse af stillingsmassen, at den enkelte læge ikke bliver siddende i samme stilling for længe. Selv om

en del af disse problemer overvindes ved anvendelse af blokansættelse, kan det overvejes at begrænse den maksimale ansættelsestid for reservelæger på visse afdelinger til 2 år imod de nuværende 3 år.

Endelig vil en udnyttelse af uddannelseskapaciteten kunne bedres ved en ændret uddannelsesmæssig klassifikation af mange afdelinger. Med henblik på at understøtte en hensigtsmæssig fordeling af de uddannelsessøgende læger mellem speciallægeuddannelse og andre uddannelser må det overvejes at klassificere et mindre antal afdelinger som uddannelsessteder inden for specialerne, men til gengæld klassificere dem således, at de danner hovedstammen i de almen medicinske uddannelsesretninger. Endelig kan der også blive tale om at ændre uddannelsesklassifikationer, således at der ikke alene gives klassifikation af den enkelte afdeling, men også af de forskellige stillinger eller stillingskategorier på de pågældende afdelinger.

En særlig styringsmulighed ligger i særlige uddannelsesstillinger for speciallæger knyttet til landsdelssygehusenes a-afdelinger. Det hidtidige ret liberale system med forsøg på at imødekomme alle uddannelsesønsker på dette niveau kan med fordel ændres således, at der sker en vis styring af lægetilgangen til de forskellige specialer. Dette bør ledsages af en løbende justering på basis af efterspørgselsberegninger.

6.3. Løbende vurderinger af efterspørgslen efter læger og andre personalegrupper i sundhedsvæsenet

Udviklingen indenfor det lægelige arbejdsmarked i den kommende 10-15 års periode er i nærværende redegørelse kun beskrevet i grove træk, og det er på en række områder overordentlig vanskeligt på det nuværende statistiske grundlag at forudsige efterspørgslen efter læger inden for de enkelte delområder og specialer. En styring af tilgangen til de enkelte specialer vanskeliggøres yderligere ved, at det tager ca. 8 år som minimum at uddanne speciallæger.

Arbejdsgruppen har overvejet, om der kan konstateres sammenhænge mellem efterspørgslen efter læger og andre grupper af medicinalpersonale, men har i det foreliggende statistiske materiale ikke umiddelbart fundet grundlag for sådanne konstateringer. En nærmere bearbejdelse af foreliggende og fremtidige oplysninger kunne give et grundlag

for at vurdere efterspørgslen efter samtlige personalekategorier i sundhedsvæsenet under et. I denne forbindelse bemærkes, at prognoseundersøgelser samtidig hermed foregår med hensyn til sygeplejersker, sygehjælpere, ergo/-fysioterapeuter, jordemødre, beskæftigelsesvejledere m.v. Endvidere vil en større detaljeringsgrad af personaleoplysningerne i sektorplanerne kunne bidrage til større sikkerhed i prognosearbejdet.

Arbejdsgruppen indstiller, at der regelmæssigt udarbejdes en efterspørgselsvurdering og reviderede beregninger af udbudet inden for det samlede lægelige arbejdsmarked og de enkelte specialområder, således at der på grundlag heraf kan foretages justeringer af prognoserne. I disse prognoser må foruden de beregnede ændringer også indpasses eventuelle politiske beslutninger om ændringer af fordelingen af den lægelige arbejdskraft, således at såvel ønskede og planlagte udvidelser som indskrænkninger kan få indflydelse på styringsmekanismen i videreuddannelsessystemet.

Sundhedsstyrelsens lægeregister, som på basis af spørgeskema til samtlige danske læger i Danmark og udlandet ajourføres hvert andet år, vil bl.a. kunne benyttes ved sådanne beregninger og prognosejusteringer. Arbejdet bør forenkles ved anvendelse af edb, og arbejdsgruppen indstiller, at der stilles de fornødne midler til rådighed til udarbejdelsen af de nødvendige edb-programmer.

6.4. Adgangsbegrænsningen til det medicinske studium

Den nuværende adgangsbegrænsning sigter mod uddannelsen af ca. 600 læger om året. Den nuværende faktiske uddannelseskapacitet giver mulighed for at videreuddanne knap 80 % af disse. Den foran omtalte udvidelse af uddannelseskapaciteten vil med passende styring af udnyttelsen formentlig kunne give mulighed for at uddanne det samlede antal lægevidenskabelige kandidater til enten alment praktiserende læge eller speciallæge.

Uanset at en uddannelse af 600 læger om året efter alt at dømme vil betyde et betydeligt større udbud af læger end svarende til samfundets efterspørgsel, i hvert fald frem til 1990'erne, har arbejdsgruppen ikke set det som sin opgave at foreslå en stramning af denne adgangsbegrænsning. Et sådant skridt må alene bero på en politisk vurdering af de fremlagte tal og de kvantitative og kvalitative muligheder for at sikre videreuddannelsen.

Bilag

Det potentielle udbud af læger i perioden 1976- 1990.

Af sekretær JØRGEN DICH, arbejdsmarkedsudvalgets prognosesekretariat.

1. Indledning

Formålet med dette bilag er at foretage en beregning af det potentielle udbud af læger for hvert af årene 1976-1990. I forbindelse hermed skal desuden kortfattet behandles problemerne vedrørende adgangsreguleringens indførelse i 1976, samt de ændringer denne har foranlediget hvad angår henholdsvis til- og afgang fra lægestudiet i perioden fra og med 1976.

Det potentielle udbud af læger i hvert af årene i ovenfor nævnte periode vil bestå af følgende komponenter:

1. Antallet af overlevende kandidater, der i beregningsåret er 69 og derunder og er færdiguddannet senest studieåret 1975-76. Denne talstørrelse er baseret på faktisk konstaterede årlige afgangstal til og med studieåret 1975-76.
2. Antallet af personer, der har påbegyndt lægestudiet før 1976-77 og som færdiguddannes som læger fra og med 1976-77. Denne talstørrelse er baseret på faktisk konstaterede årlige tilgangstal i tiden før 1976-77, sammenholdt med de registrerede gennemførelsesprocenter for året 1975-76.
3. Antallet af personer, der har påbegyndt lægestudiet fra og med 1976-77 senere og som færdiguddannes som læger inden for den betragtede tidsperiode 1976-1990. Denne talstørrelse er baseret på de ved adgangsreguleringen fastsatte tilgangsrammer fra og med 1976-77, samt på forventede gennemførelsesprocenter.

De næstfølgende afsnit 2-6 vil indeholde en nærmere præsentation af datagrundlaget og det anvendte begrebsapparat i forbindelse med hvert af ovenstående punkter 1-3.

2. Det potentielle udbud af læger i 1976.

Sekretariatet for arbejdsmarkedsprognoseudvalget for langvarigt uddannede har opgjort antallet af medicinske kandidater i hvert af årene siden 1935 på grundlag af Statistisk Årbog for hvert af årene indtil 1976 (Bilagstab. 2.T.). Antallet af kandidater i de enkelte år er derefter benyttet til en opgørelse af det potentielle udbud af personer med en medi-

Bilagstab. 2.1. Kandidatårgange og beregnet bestand (potentielt udbud) i 1976.

Kandidat årgang	Antal kandidater			Bestand i slutår (1976)		
	mænd	kvinder	i alt	mænd	kvinder	i alt
1935	112	19	131	74	15	89
1936	118	15	133	81	12	93
1937	126	14	140	90	11	101
1938	151	17	168	111	14	125
1939	168	31	199	128	26	154
1940	128	18	146	100	15	115
1941	180	40	220	144	35	179
1942	140	36	176	115	32	147
1943	116	27	143	97	24	121
1944	137	27	164	117	24	141
1945	155	33	188	134	30	164
1946	143	34	177	126	31	157
1947	157	30	187	140	28	168
1948	169	24	193	152	22	174
1949	141	46	187	128	43	171
1950	115	32	147	106	30	136
1951	162	28	190	150	26	176
1952	181	38	219	169	36	205
1953	169	34	203	159	32	191
1954	159	52	211	151	50	201
1955	205	42	247	195	40	235
1956	177	41	218	169	40	209
1957	212	42	254	204	41	245
1958	182	45	227	176	44	220
1959	208	41	249	202	40	242
1960	196	40	236	191	39	230
1961	230	49	279	224	48	272
1962	214	36	250	209	35	244
1963	192	51	243	188	50	238
1964	209	52	261	205	51	256
1965	199	47	246	196	46	242
1966	236	35	271	233	35	268
1967	234	64	298	231	64	295
1968	256	64	320	253	64	317
1969	251	69	320	249	69	318
1970	394	98	492	391	98	489
1971	491	117	608	488	117	605
1972	484	117	601	482	117	599
1973	559	142	701	557	142	699
1974	636	192	828	635	192	827
1975	547	195	742	546	195	741
1976	527	149	676	527	149	676
	9.766	2.323	12.089	9.223	2.252	11.475

Tabellen er beregnet under følgende forudsætninger: En gennemsnitlig kandidatlder på 28 år, en gennemsnitlig pensioneringsalder på 70 år. Bestanden i slutåret er korregeret for dødelighed svarende til befolkningens dødelighed for de pågældende fødselsårgange, men bestanden er ikke korregeret for erhvervsfrekvens. Gennemsnitsalderen = 41,6 år.

cinsk candidateksamen, hvorved forstås antallet af færdiguddannede over en tidsperiode svarende til den normale erhvervsperiode fra kandidattidspunktet til alderspensioneringstidspunktet, men fratrukket afgang på grund af dødsfald inden dette tidspunkt.

Til beregning af denne bruttoramme er anvendt dels overlevelseshfrekvenser, der er udarbejdet på grundlag af de faktiske frekven-

ser i de pågældende år, dels den gennemsnitlige alder på kandidattidspunktet, hvilket både for mandlige og kvindelige læger antages at være 28 år. Endvidere er der forudsat en pensionsalder på 70 år, idet man almindeligvis er pligtig til at forlade arbejdsmarkedet ved denne alder. Dette betyder altså, at det potentielle udbud af læger i 1976 (Bilagstabel 2.1.), afgrænset efter de ovenfor anførte retningslinjer, udgøres af personer i alderen fra og med 28 år til og med 69 år.

Det potentielle udbud af læger i 1976 er, som det fremgår af Bilagstabel 2.1., beregnet til 11.475. Dette tal stemmer godt overens med lægetællingen, november 1976, der har opgjort antallet af læger til 11.837. Forskellen i de to opgørelser beror på, at lægetællingens registreringsgrundlag er antallet af udstedte autorisationer, hvorved en del udenlandske læger, der har fået dansk autorisation, medtages. Det fremtidige potentielle udbud for ethvert år i prognoseperioden 1977-1990 beregnes som en sum af det potentielle udbud i 1976 fremskrevet til det pågældende tidspunkt — restbestanden — og det fremtidige antal færdiguddannede ligeledes fremskrevet til det pågældende tidspunkt.

Arbejdsmarkedsprognoseudvalgets sekretariat er opmærksom på, at visse grupper af langvarigt uddannede — deriblandt læger — med ansættelsesmuligheder inden for de liberale erhverv formelt har mulighed for at fortsætte den erhvervsaktive periode udover 70 års alderen, hvilket modsætningsvis ikke gælder for funktionærer og tjenestemænd i offentlig ansættelse. Dette forhold har man fra udvalgets side ikke ønsket at inkorporere i kandidatoversigterne for de forskellige grupper af langvarigt uddannede, idet man for den praktiske anvendeligheds skyld har fundet det betydningsfuldt at operere med et ensartet begrebsapparat for alle uddannelseskategorier. Dette betyder, at det potentielle udbud af personer med en uddannelse, der sigter mod offentlig ansættelse, altid vil overstige antallet af erhvervsaktive med pågældende uddannelse, idet et vist antal personer af forskellige årsager forlader arbejdsmarkedet før 70 års alderen. For uddannelser, der giver adgang til liberale og/eller private erhverv, vil samme forhold formentlig gøre sig gældende, omend dog i mindre udstrækning, idet et vist antal personer først forlader arbejdsmarkedet efter 70 års alderen. Her vil der altså alt andet lige være en noget bedre overensstemmelse mel-

Bilagstabel 3.1. Beregningsgrundlag for antallet af medicinske kandidater fra Aarhus universitet med påbegyndt studium før 1976.

Immatrikulationsår	Oprindelig tilgang af studerende	Kandidat- afgang 1975-76 fordelt på immatri- kulationsår	Antal studie- år	Gennemførel- sesfrekvens fordelt ef- ter antal studieår
1965	417	13	11	13/417 = 3,0
1966	333	19	10	19/333 = 5,7
1967	406	31	9	31/406 = 7,7
1968	428	71	8	71/428 = 16,7
1969	366	66	7	66/366 = 17,9
1970	413	2	6	2/413 = 0,5
1971	525	1	5	1/525 = 0,2
1972	556	0	4	0/556 = 0,0
1973	459	0	3	0/459 = 0,0
1974	364	0	2	0/364 = 0,0
1975	496	0	1	0/496 = 0,0

Bilagstabel 3.2. Beregningsgrundlag for antallet af medicinske kandidater fra Københavns universitet med påbegyndt studium før 1976.

Immatrikulationsår	Oprindelig tilgang af studerende	Kandidat- afgang 1975-76 fordelt på immatri- kulationsår	Antal studie- år	Gennemførel- sesfrekvens fordelt ef- ter antal studieår
1965	649	14	11	14/649 = 2,2
1966	601	53	10	53/601 = 8,8
1967	598	77	9	77/598 = 12,9
1968	633	128	8	128/633 = 20,2
1969	619	141	7	141/619 = 22,8
1970	639	19	6	19/639 = 3,0
1971	764	4	5	4/764 = 0,5
1972	789	0	3	0/724 = 0,0
1973	724	3	2	3/754 = 0,4
1975	912	0	1	0/912 = 0,0

lem det potentielle udbud af personer med en given uddannelse og antallet af erhvervsaktive med samme uddannelse.

3. Antallet af færdiguddannede kandidater med påbegyndt studium for adgangsgulderens indførelse.

I dette afsnit skal omhandles retningslinierne for beregningen af antallet af færdiguddannede medicinske kandidater fra og med 1976-77 og senere, der har påbegyndt studiet for adgangsgulderens indførelse i 1976. Kandidatproduktionen er for ethvert år fra og med studieåret 1976-77 og senere baseret på den antagelse, at de senest empirisk observerede gennemførelsesprocenter for kandidatproduktionen i studieåret 1975-76 vil være uændret for den resterende del af potentielle kandidater, der har påbegyndt studiet før

1976. Eksemplerne i Bilagstabel 3.1. og 3.2. vil nærmere klargøre dette.

De beregnede gennemførelsesfrekvenser for medicinske kandidater fra Århus universitet i studieåret 1975-76 (yderste højre søjle i Bilagstabel 3.1.) er et vigtigt element i prognosegrundlaget for de kommende års kandidat-afgange fra dette universitet. Eksempelvis fremgår det af tabellen, at 5,7 % af antallet af personer immatrikuleret i 1966 bestod kandidateksamen 10 år senere i studieåret 1975-76. Man antager som følge heraf i prognosen for produktionen af kandidater med påbegyndt studium før 1976, at denne empirisk observerede gennemførelsesfrekvens er konstant i perioden fra og med 1975-76, hvilket betyder, at man for studieåret 1976-77 prognostiserer, at 5,7 % af de 406, der startede i 1967, vil fuldføre 10 år senere - altså i 1976-77. Helt på tilsvarende måde skal tallene for Københavns universitet i Bilagstabel 3.2. fortolkes. Også for Odense universitet er anvendt den ovenfor skitserede prognosemetode.

Den samlede produktion af medicinske kandidater med påbegyndt studium før 1976 fordelt på universiteter og kandidatår er herefter angivet i Bilagstabel 3.3.

4. Antallet af færdiguddannede kandidater med påbegyndt studium efter adgangsreguleringens indførelse.

I dette afsnit skal omhandles retningslinjerne for beregningen af antallet af færdiguddannede medicinske kandidater i prognoseperioden, der har påbegyndt studiet efter adgangsreguleringens indførelse i 1976. Fra og med 1977-78¹⁾ er tilgangsrammen for medicinstuderende fordelt på uddannelsesinstitutioner fastsat på følgende vis:

	Københavns universitet	Århus universitet	Odense universitet	I alt
Årlig tilgang ...	470	250	130	850

I forbindelse med adgangs begrænsningens indførelse har Direktoratet for de videregående uddannelser til brug for udarbejdelse af kandidatprognoser opstillet en række grundlæggende forudsætninger, som i relation til medicinstudiet kan udtrykkes således:

1. Adgangsbegrænsningen medfører generelt et mere effektivt studieforløb, hvilket bety-

1) For 1976-77 har man på nuværende tidspunkt konstateret de faktiske tilgangstal, som blev en smule mindre end rammen. I dette notat opereres udelukkende med de ved tilgangsrammen fastlagte tal.

Bilagstabel 3.3. Produktionen af kandidater med påbegyndt studium før 1976 fordelt på uddannelsesinstitution og kandidatår.

Kandidatår	Uddannelsesinstitution			I alt
	Københavns universitet	Århus universitet	Odense universitet*)	
1976-77 ...	333	208	91	632
1977-78 ...	485	231	71	787
1978-79 ...	516	257	109	882
1979-80 ...	522	253	90	865
1980-81 ...	529	229	98	856
1981-82 ...	540	233	107	880
1982-83 ...	363	154	(91)	(608)
1983-84 ...	200	72	(91)	(364)
1984-85 ...	97	39	(91)	(227)
1985-86 ...	20	15	(91)	(126)
1986-87 ...	0	0	(91)	(91)

*) For Odense universitet har der været visse tekniske vanskeligheder med at afgrænse kandidater med påbegyndt studium før og efter 1976, hvorfor tallene fra og med 1982-83 til og med 1986-87 er anført i parentes. Tallene for 1976-77 omfatter den faktiske produktion.

- der forøgede gennemførelsesprocenter. For det medicinske studium beregnes denne at være 70 procent af den årlige tilgang.
2. Man anvender for de enkelte uddannelseskategorier en nærmere fastsat maksimal studietid. For medicinstudiet andrager denne 9 år.
 3. Man antager, at alt studiefratagelse sker inden for den normerede studietid plus et år.
 4. Man antager, at den del, der gennemfører det pågældende studium, fordeler sig efter nærmere fastsatte retningslinier i årene umiddelbart efter den normerede studietid plus et år. For det medicinske studium antages, at personer der fuldfører, fordeler sig på henholdsvis 7., 8. og 9. studieår efter følgende forholdstal 50:30:20.

Dette betyder, at man i prognosen for produktionen af kandidater med påbegyndt studium fra og med 1976 vil komme til at operere med de i Bilagstabel 4.1. angivne gennemførelses-

Bilagstabel 4.1. Gennemførelsesprocenter og antal kandidater hidrørende fra samme immatrikulationsår fordelt på studieår for kandidater med påbegyndt studium efter adgangsreguleringens indførelse.

	Antal studieår									I alt
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Gennemførelsesprocent ..	0	0	0	0	0	0	35	21	14	70
Antal kandidater fra samme immatrikulationsår	0	0	0	0	0	0	298	179	119	596

Bilagstabel 4.2. Produktion af kandidater med påbegyndt studium efter adgangsreguleringens indførelse fordelt på immatrikulationsår og kandidatår.

Immatrikulationsår/ kandidatår	Tilgangsramme	Kandidatproduktion	Alternativ tilgangsramme	Kandidatproduktion
1976	760*)	0	760	0
1977	850	0	850	0
1978	850	0	650	0
1979	850	0	650	0
1980	850	0	650	0
1981	850	0	650	0
1982	850	0	650	0
1983	850	266	650	266
1984	850	458	650	458
1985	850	583	650	513
1986	850	596	650	484
1987	850	596	650	455
1988	850	596	650	455
1989	850	596	650	455
1990	850	596	650	455

*) Dette tal er som tidligere nævnt faktisk konstateret og afviger derfor fra rammen på 850.

procenter og antal kandidater hidhørende fra et og samme immatrikulationsår.

Det fremgår af Bilagstabel 4.1., at de ved punkt 1-4 angivne forudsætninger vil medføre, at i alt 596 studerende fra hvert immatrikulationsår fra og med 1977-78 vil gennemføre den medicinske kandidateksamen. Dette antal vil samtidig udgøre den årlige produktion af kandidater med påbegyndt studium fra og med 1976, 3 år efter det første hold kandidater fra immatrikulationsåret 1977-78 har fuldført eksamen, hvilket altså vil sige i 1987-88.

Den årlige tilgangsramme og kandidatafgang efter indførelse af adgangsbegrænsningen er angivet i Bilagstabel 4.2. I tabellen er ligeledes angivet den årlige kandidatproduktion under forudsætning af, at tilgangsrammen fra og med 1978-79 nedsættes til 650 pr. år.

