

ÖREBRO UNIVERSITET

Handelshögskolan

Nationalekonomi, kandidatuppsats

Handledare: Anders Lunander

Examinator: Dan Johansson

HT 2015

Lönebildningen för läkare i Sverige

Författare:

Andreas Andersson 820403

Quyet Le 900716

Sammanfattning:

Sedan Sverige gick med i EU har andelen svenskar som utbildar sig utomlands och utrikesfödda läkare som kommer till Sverige ökat. Trots detta är bristen på läkare fortfarande stor. I denna uppsats undersöker vi hur lönebildningen för läkarna i Sverige sker och vad det finns för möjliga faktorer som påverkar både utbudet och efterfrågan av läkare.

Lönebildningen för läkare sker genom en individuell löneförhandling mellan arbetsgivare och arbetstagare. Vi har observerat att läkarna haft en lägre genomsnittlig löneökning jämfört med vår utvalda kontrollgrupp, sjuksköterskor.

För att kunna se om det finns några indikationer på möjliga faktorer vilka styr löneutvecklingen har vi sökt och funnit data för läkare i Sverige mellan åren 2005 och 2013. De förklarande variablerna som vi fokuserar på i denna uppsats är nettomigration av läkare och andelen svenskar som beviljats läkarlegitimation efter studier i utlandet.

I uppsatsen använder vi marknadsmodellen som teoretisk utgångspunkt. Resultaten av undersökningen tyder på att nettomigrationen av läkare inte har någon betydelse för läkarnas löneutveckling. Resultaten indikerar dock att ett ökat antal läkare som är utbildade i ett annat land kan ha en negativ påverkan på löneutvecklingen.

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	1
1.2 Avgränsningar	2
1.3 Metod.....	3
1.4 Uppsatsens disposition	4
2 Institutionell bakgrund	4
2.1 Läkares lönebildning utveckling från år 1956 till 2015	4
2.2 Europeiska Unionen	6
2.3 Finansiering av sjukvården	7
2.4 Privata sjukvårdsförsäkringar	8
3 Teorier om lönebildning.....	9
3.1 Marknadsmodellen	9
3.2 Fackföreningsmodeller	11
3.3 Monopsonmodellen	11
3.4 Effektivitetslöne modellen.....	12
3.5 Lönesamtalsmodeller	12
4 Tidigare studier	13
5 Vårdmarknaden	15
5.1 Arbetsmarknaden för specialistläkare	17
5.1 Balansen mellan utbud och efterfrågan på läkare.....	20
5.2 Regionala skillnader på utbud och efterfrågan av läkare	22
6 Resultat.....	26
7 Diskussion	29
8 Slutsatser	31
9 Källförteckning.....	32
9.1 Referenslista	32
9.2 Internetkällor	32
9.3 Datakällor	35

1 Inledning

År 2015 uppgav 79 procent av de tillfrågade arbetsgivarna att de har brist på läkare, en ökning med 9 procentenheter sedan 2010, enligt SCB:s arbetskraftsbarometer (Läkartidningen 2015). En undersökning av Läkarförbundet (2013) påvisar att bristen på specialistläkare är särskilt stor. I samma undersökning uppger nästan varannan vårdcentral att de har resurser och behov av att anställa specialister de saknar, men att de har problem med att finna rätt personal.

Problemet med det konstanta underskottet av läkare drabbar i slutändan brukarna av sjukvården. För få läkare är ett hot mot både vårdkvalitén och patientsäkerheten (Läkarförbundet 2013).

Syftet med denna uppsats är att förklara och förstå arbetsmarknaden och lönebildningen för läkare i Sverige samt vad det är som styr utbudet och efterfrågan på läkare. Detta gör vi genom att läsa tidigare studier och rapporter och sedan välja ut möjliga faktorer som kan tänkas påverka detta. Vi kommer att använda Socialstyrelsens definition av efterfrågan; ”Det sammantagna resultatet av en organisations vilja att rekrytera samt organisationens möjligheter att rekrytera” (NPS 2008).

Enligt Socialstyrelsen kan man mäta balansen mellan utbud och efterfrågan på kort sikt genom att observera faktorerna; arbetslöshet, andel sysselsatta inom ett år efter examen och nettomigrationen (NPS 2008). Dessa faktorer har vi funnit tillförlitlig data över. Vi hävdar att detta är utbudsfaktorer vilket innebär att efterfrågan på kort sikt styrs av utbudet.

Efterfrågan på lång sikt styrs framförallt av sjukhus och vårdcentralers ekonomiska förutsättningar. Detta är starkt sammankopplat med BNP-tillväxt och politiska prioriteringar. Saknas ekonomiska resurser för att anställa minskar efterfrågan (NPS 2008). Därmed hävdar vi att efterfrågan på lång sikt styr utbudet. Efterfrågan ökar när befolkningen växer vilket vi genom studien har noterat sker i Sverige genom att människor lever längre och invandringen ökar.

Förutom de redan verksamma läkarna bestäms utbudet av läkare genom inflöde i form av nyutbildade och nettomigrationen samt genom utflöde på grund av pensionsavgångar, sjukdom och dödsfall bland läkare.

Grundläggande ekonomiska teorier om lönebildning ger oss vägledning om att bristen på läkare leder till ökade löner tills marknadsjämvikt uppstår, med andra ord tills efterfrågan och utbudet blir lika stort.

Andelen utlandsfödda läkare är väldigt hög i Sverige både i jämförelse med hela arbetsmarknaden i Sverige och i jämförelse med den närliggande delarbetsmarknaden för sjuksköterskor (se figur 6.1). Detta har lett oss till att specifikt undersöka om det finns några indikationer på att andelen utlandsfödda läkare påverkar löneutveckling för läkarkåren. Då vi inte fann några sådana indikationer gick vi vidare genom att undersöka hur många svenskar som utbildat sig till läkare i utlandet. Genom att studera tidsserierna över löneutvecklingen för läkare och andelen beviljade läkarlegitimationer efter studier i annat land än Sverige har vi funnit indikationer som tyder på att ett ökat antal utlandsutbildade har en negativ påverkan på löneutvecklingen.

Lönebildningen för läkare har gått från att vara helt centraliserad på 50-talet till alltmer individualiserad de senaste åren. Sedan Sverige gick med i EU har andelen svenskar som utbildat sig till läkare utomlands och andelen utlandsfödda läkare ökat.

Det finns en mängd studier, rapporter och utredningar om vad som styr utbudet och efterfrågan på läkare. Med hänvisning till kapitel 4 i denna uppsats har vi inte funnit någon studie som undersöker eventuella samband mellan utlandsfödda eller utlandsutbildade läkare och löneutvecklingen.

De regionala skillnaderna mellan tillgången och efterfrågan på läkare i Sverige är ganska stora. Det finns flest läkare per invånare i Stockholm. Mätt i antal vårdtillfällen per invånare är efterfrågan i Stockholm bland de lägsta jämfört med övriga Sverige.

1.2 Avgränsningar

Avgränsningar: Läkare i Sverige, 2005-2013. Anledningen till denna avgränsning avseende tidsperioden är bristen på tillgänglig data för tidigare år. Valet att begränsa oss till endast läkare i Sverige gör vi för att undersöka hela sjukvården och/eller andra länder skulle bli ett för stort arbete för att utgöra en C-uppsats. Att undersöka en större del av sjukvården skulle

bland annat innebära att en mängd fackföreningar, enskilda avtal och lönebildningsmodeller skulle behövs undersökas. I delar av uppsatsen kommer vi dock använda sjuksköterskor eller andra länder i jämförande syfte. I den utsträckning vi funnit data för tidigare år än 2005-2013 kommer även detta att redovisas.

Alla utlandsfödda läkare kommer att ses som en grupp oavsett ursprungsland. I vår uppsats kommer vi inte redovisa statistik över arbetslösa läkare eftersom vi bedömer att denna är för låg för att utgöra en påverkande faktor. Arbetslösheten varierar mellan 0,4 och 0,6 procent under den undersökta perioden. Andelen sysselsatta läkare inom ett år efter examen kommer vi också utelämna eftersom denna siffra har legat stabilt kring 95 procent under den undersökta perioden (NPS 2014).

Vi är väl medvetna om fenomenet stafettläkare och att dessa kan vara en faktor som både påverkar lönebildningen och utbudet av läkare. Vi har dock valt att inte fördjupa oss i detta då fenomenet i sig skulle kunna utgöra en hel C-uppsats. Dessutom är den fakta vi funnit tvetydig, vissa hävdar att kommuner och landsting tjänar på att hyra in stafettläkare medan andra hävdar att de förlorar på detta. Det finns även de som hävdar att stafettläkare försvårar möjligheterna för ST-läkare att bli färdiga specialistläkare (Sjukhusläkarna 2015).

1.3 Metod

Vi kommer att genomföra en deskriptiv undersökning av arbetsmarknaden för specialistläkare. En genomgång av relevanta ekonomiska teorier kommer att ske som sedan resulterar i ett val av teoretisk ansats som kopplas till uppsatsens syfte och frågeställning. Insamlingen av data för uppsatsen sträcker sig från 2005 till 2013 och är främst hämtat från Socialstyrelsen (NPS 2008 - 2015) och SCB. Mot bakgrund av den korta tidsperiod som vi funnit data för kommer det inte att genomföras några regressioner. Istället kommer datamaterialet att användas i form av tabeller och figurer i olika kapitel av uppsatsen som stöd för påståenden och/eller för att ge en tydligare beskrivning av våra observationer. Data för de regionala skillnaderna i Sverige sträcker sig från 1995-2014 och är hämtad från kommun- och landstingsdatabasen (Kolada). Även denna data kommer användas till figurer för att belysa och beskriva regionala skillnader i utbud och efterfrågan av läkare.

1.4 Uppsatsens disposition

I första kapitlet har vi redogjort för uppsatsens syfte. I kapitel 2 presenteras fakta och en kort historisk bakgrund om lönebildningen för läkare samt finansieringen av sjukvården. Kapitel 3 innehåller en genomgång av ekonomiska teorier om lönebildning. I kapitel 4 återger vi tidigare studier. Kapitel 5 innehåller en beskrivning av arbetsmarknaden för läkare och faktorer som styr balansen mellan efterfrågan och utbudet av läkare samt regionala skillnader. Resultaten redovisas sedan i kapitel 6 och i kapitel 7 diskuteras resultaten i förhållande till valda teorier. Uppsatsen avslutas med kapitel 8 som innehåller våra slutsatser.

2 Institutionell bakgrund

För att läsare lättare ska förstå helheten i vår uppsats kommer vi i detta kapitel att presentera fakta och den historiska utvecklingen av lönebildningen för läkare. Mot bakgrund av tidigare studier och historiska händelser kommer vi att redogöra för utveckling från 1956 fram till idag.

Läkarutbildningen är 5,5 år (330 HP) sedan måste studenten genomföra allmäntjänstgöring (AT-läkare) i 1,5 – 2 år för att få sin läkarlegitimation. För att en läkare ska bli specialistläkare krävs 5 års specialiseringstjänstgöring (ST-läkare) (SOU 2013:15).

2.1 Läkares lönebildning utveckling från år 1956 till 2015

I slutet av 40-talet följde LO och SAF en återhållsam lönepolitik som sprack 1951-52 då en löneexplosion skedde i samband med Koreaboomen. Detta ledde till insikten om ett behov av att centralisera lönebildningen i Sverige vilket skedde under avtalsrörelsen 1955/56. Det är dessa centrala förhandlingar som ses som den svenska förhandlingsmodellen enligt De Geer (1986). Centraliseringen av lönebildningen ledde till en sammanpressning av lönerna som delas upp i två faser. Fas 1 innebar en löneutjämning mellan branscher och företag som pågick från 1956 fram till slutet av 1960-talet. Efterföljande fas 2 pågick sedan till 1983 och innebar en omfattande sammanpressning av lönerna inom branscher och företag. Under åren

1983-1990 övergick förhandlingarna för TCO- och SACO-grupperna till att ske på bransch- och förbunds nivå (Granqvist och Regnér 2004). Utvecklingen mot en mer decentraliserad lönebildning stannade tillfälligt av i början på 1990-talet på grund av den ekonomiska krisen. Det så kallade Rehnbergavtalet 1991-1993 ledde till en tillfällig återgång mot en centraliserad lönebildning (Calmfors och Richardson 2004). Sedan avtalsrörelsen 1995 har inslagen av lokala förhandlingar ökat. Lönebildningen sker ofta genom direkta förhandlingar mellan en lönesättande chef och arbetstagare för akademikergrupperna, i vilken läkare ingår. Dessa årliga lönesamtal ses som centrala komponenter i den decentraliserade lönebildningen. År 2003 omfattades läkarförbundets då 23 000 medlemmar av en avtalsmodell med lokal lönebildning utan centralt angivet utrymme – så kallade sifferlösa avtal. Dessa innebär att det inte finns några förhandlade lägsta nivåer på löneökningar som träder in om de lokala parterna eller arbetsgivaren och arbetstagaren inte kommer överens. Arbetstagare tolkar ofta sifferlösa avtal som en stor möjlighet till att få en hög löneökning. Arbetsgivarens tolkning av sådana avtal kan dock vara en möjlighet att hålla nere löneutvecklingen (Granqvist och Regnér 2004). Den avtalsmodell som gällde för läkarförbundets 26 000 medlemmar år 2014 var lokal lönebildning med stupstock om utrymmets storlek. Till skillnad mot det sifferlösa avtalet så innehåller detta tvingande bestämmelser om löneökningen, som bestämts i ett centralt avtal, om de lokala parterna eller arbetsgivaren och arbetstagaren inte kommer överens (Medlingsinstitutet 2015).

Roland Hennerdal, löneförhandlingschef för bland annat sjukvården i Örebroregionen, uppger att lönen kan sättas och ändras vid tre olika tillfällen. Det första är vid nyanställning där en läkare som kanske har arbetat i en annan region och ansöker om en tjänst i en ny region. Läkaren och dennes blivande chef kommer överens om en rimlig lön, då chefen har denna uppgift inom vissa ramar. Vid sådana tillfällen har Human Resources (HR) en stöttande del i detta och de innehar även den bestämmande rollen för att sätta en rimlig lön för en läkare efter deras erfarenheter och prestationer. Det andra tillfället sker under tjänstgöringen, vid ett sådant tillfälle när en läkare går vidare inom sin tjänst har denne även rättigheten att begära en löneförhandling som sedan bestäms med dennes chef. Ett exempel är när en AT-läkare är klar med sin tjänstgöring och sedan ansöker om en ST-tjänst. Det tredje tillfället är en årlig löneöversyn där vi har ett modernt avtal som säger att lönen

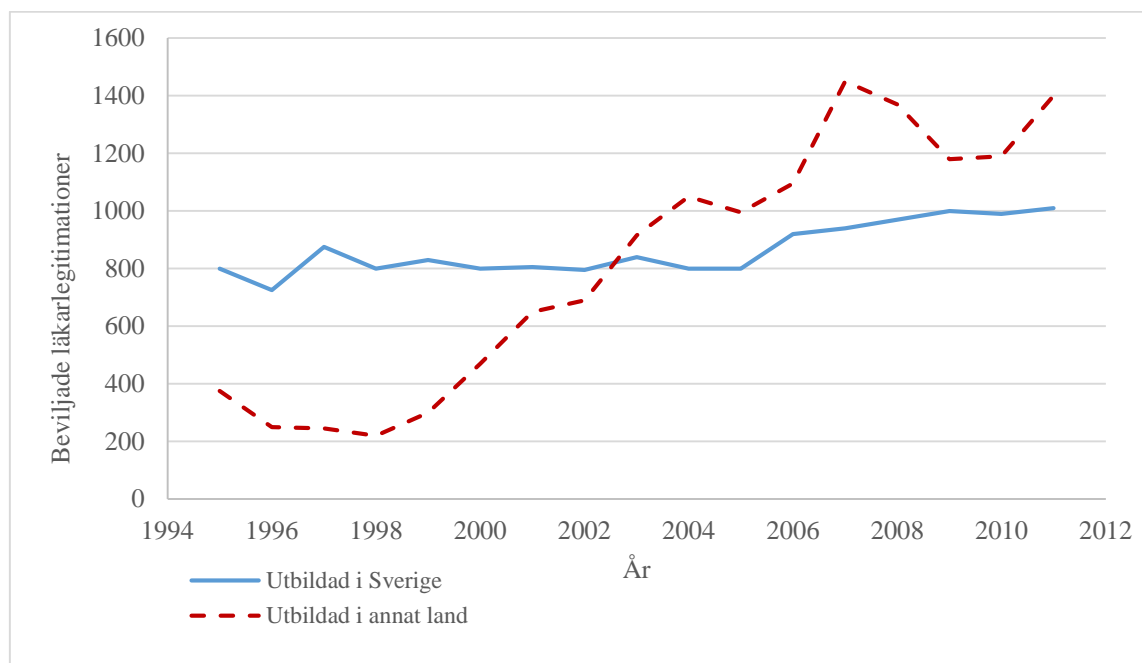
meddelas läkaren, vilket innebär att man genom löneöversynen motiverar hur arbetet har skötts. Läkarförbundet utger därmed en löneförhandling där chefen pratar med en facklig representant för läkarna där man komprimerar sig fram till en rimlig lön. Allt detta bygger även på hur HR bistår med omvärldsanalys och orientering så att man hamnar rätt (telefonsamtal 2016-01-05).

2.2 Europeiska Unionen

Sveriges medlemskap i den Europeiska Unionen (EU) 1995 innebar en rad rättigheter och skyldigheter för landet. Av vikt för denna uppsats är främst den fria rörligheten för personer vilket bland annat innebär att invånare i ett EU land, utan hinder, kan flytta och söka arbete eller utbildning i ett annat EU land (Europaparlamentet). Genom ett EU direktiv från 2005 är samtliga medlemsländer skyldiga att erkänna utbildnings-, examens- och behörighetsbevis som utfärdats i ett annat medlemsland. För att en läkare ska få arbeta i ett annat land krävs det dock att värdlandet utfärdar en legitimation för den utländska läkaren. Så länge läkaren har en godkänd utbildning är värdlandet skyldig att utfärda legitimationen (Europaparlamentet och rådets direktiv 2005/36/EG).

Som man kan se i figur 2.1 så har andelen beviljade legitimationer för läkare utbildade i annat land ökat sedan Sverige gick med i EU. Sedan 2002 har fler läkarlegitimationer utfärdats för utbildade i annat land än för utbildade i Sverige. I denna grupp ingår både svenskar som utbildat sig utomlands och utlandsfödda som kommer till Sverige. Den största ökningen skedde mellan 2006 och 2007 vilket kan ha ett samband med ovan nämnda direktiv från 2005 som innebar en skyldighet för EU:s medlemsländer att erkänna utbildningsbevis från andra medlemsländer.

Figur 2.1. Totalt beviljade läkarlegitimationer till utbildade i Sverige eller annat land, 1995 – 2011



Källa: NPS 2014

2.3 Finansiering av sjukvården

I Sverige finansieras drygt 80 procent av hälso- och sjukvården med offentliga medel. Resterande del utgörs av privat finansiering i vilken egenfinansiering ingår med cirka 18 procent. Egenfinansiering är kostnader som betalas direkt av hushållen såsom; patient- och vårdavgifter, avgifter för icke-offentligfinansierade operationer och behandlingar, medfinansiering av sjukvård samt betalning av sjukvårdsförsäkringar (Svensk Försäkring 2013). Några exempel på vård som inte är offentligt finansierad är; närsynthetsoperationer, kosmetiska operationer, vaccinationer, vissa hälsokontroller och viss psykoterapi (1177 Vårdguiden).

Medfinansiering innebär att vårdtagaren själv kan betala för att få bättre kvalitet inom den offentligt finansierade vården. Exempel på detta är dyrare speciallinser vid starroperationer eller dyrare hörapparater än de modeller som erbjuds av den offentligt finansierade vården.

Andra exempel är privata tilläggskostnader för att få eget rum eller bättre mat vid sjukhusvistelse (SMER 2015-02).

Enligt Statens medicinsk-etiska råd (SMER) strider medfinansiering mot hälso- och sjukvårdens mål och värdegrund. På sikt menar de att detta kan leda till undanträngningseffekter och en kvalitetsförsämring av den offentligt finansierade vården, därför arbetar de aktivt för ett förbudande av medfinansieringen (SMER 2015-01).

Mot bakgrund av ovanstående redogörelse bedömer vi att möjligheterna är mycket små och begränsade för vårdtagare att betala privat för vård som ingår i den offentligt finansierade vården.

Vi har inte funnit någon övergripande statistik på hur vanligt förekommande det är att privatpersoner själva betalar för sin vård hos privata sjukhus. Vi har genomfört en intervju (telefonsamtal 2016-01-04) med en verksamhetschef på en stor privatklinik i Stockholm som uppgav att 3-5 procent av deras vård helt bekostades av privatpersonerna själva. Av integritetsskäl får vi inte namnge personen eller kliniken.

2.4 Privata sjukvårdsförsäkringar

Ungefär 4,5 procent av den svenska befolkningen har en privat sjukvårdsförsäkring. Dessa försäkringar finansierar sjukvården med cirka 2 miljarder kronor, vilket motsvarar knappt 1 procent av de totala vårdkostnaderna i Sverige. Genom försäkringen kan vårdtagaren bland annat få specialistvård med kortare väntetid. Det är enbart privata vårdgivare som utför sjukvård via försäkringen (Svensk Försäkring 2013).

Det finns vissa skillnader mellan vad som ingår i försäkringen beroende på vilket försäkringsbolag som avses. Av intresse för denna uppsats är framförallt second opinion – rätten till en andra bedömning av en specialist. Second opinion ingår i vissa försäkringsbolags ordinarie sjukvårdsförsäkring, hos andra bolag krävs det en utökad sjukvårdsförsäkring (Försäkra 2015).

Vi antar att fenomenet med second opinion leder till en ökad efterfrågan på läkare inom den privata sjukvården, vilket i förlängningen antagligen leder till ökade löner och en potentiell flykt av läkare från offentliga till den privata sjukvården.

3 Teorier om lönebildning

I detta kapitel kommer vi att gå igenom relevanta nationalekonomiska teorier och modeller om lönebildning. Efter genomgången väljer vi ut en teori eller modell och motiverar varför vi valt just denna. Effektivitetslöne modellen och lönesamtalsmodellen är båda mikroekonomiska modeller medan de övriga modellerna är makroekonomiska (Granqvist och Regnér 2004). Mot bakgrund av att vi undersöker lönebildningen för hela läkarkåren, med aggregerad data som grund, kommer vi att välja en makroekonomisk modell. De mikroekonomiska modellerna har vi med för att öka läsarens förståelse av den individuella lönesättningen för läkare.

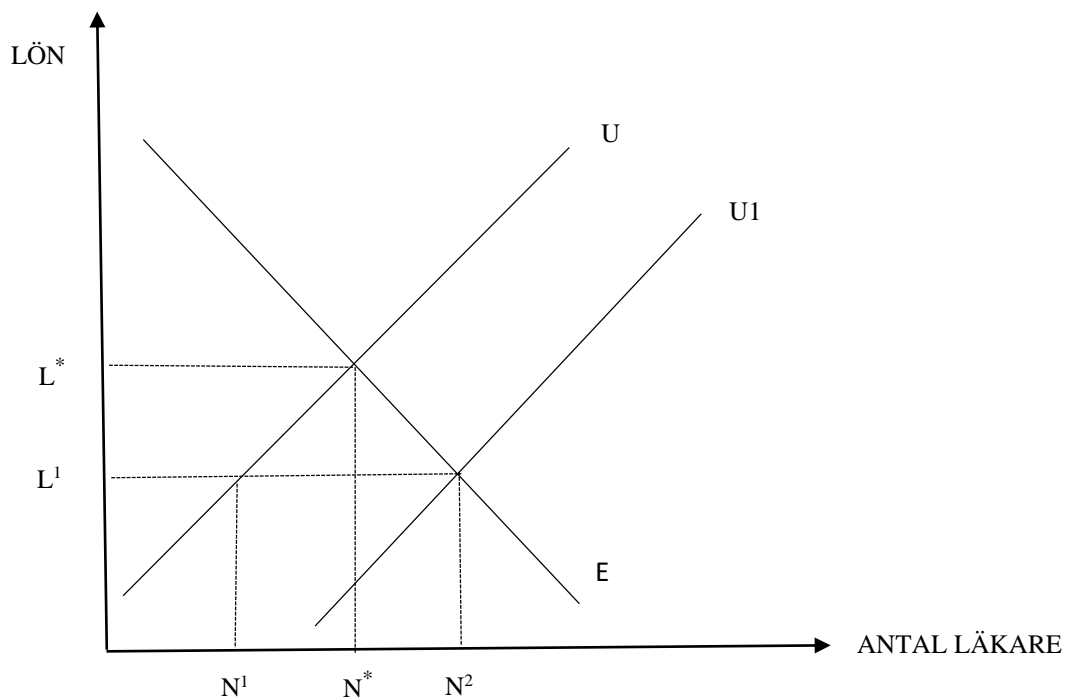
3.1 Marknadsmodellen

I den perfekta marknadsmodellen antar man en situation med fullständig konkurrens och en perfekt fungerande arbetsmarknad utan arbetslöshet. Jämvikten och lönen på arbetsmarknaden bestäms av utbudet och efterfrågan på arbetskraft. Denna modell har vissa brister som förklaringsmodell av mekanismer på arbetsmarknaden. Som sagt finns det ingen arbetslöshet i modellen. Dessutom antas de anställdas produktivitet vara känd. En annan brist är att lönen sätts helt utan förhandlingar mellan arbetsgivare och löntagare. Trots dessa brister är den perfekta marknadsmodellen utgångspunkten för många moderna lönebildningsmodeller (Granqvist och Regnér 2004). Vi är medvetna om att den perfekta marknadsmodellen är en förenklad bild av verkligheten men vi ämnar ändå att använda denna teori som grund i vår uppsats. Detta gör vi framförallt mot bakgrund av den förhållandevis ovanliga situationen att efterfrågan, på arbetsmarknaden för läkare, är högre än utbudet. Dessutom har arbetslösheten varit näst intill obefintlig under den undersökta perioden (NPS 2014).

I nedanstående redogörelse om relevanta teorier och modeller kommer det framgå att arbetslöshet är en viktig variabel för dessa och/eller antar de att utbudet på arbetskraft är större än efterfrågan. Att utgå från någon av dessa teorier blir därmed väldigt svårt för oss.

I figur 3.1 har vi valt att använda en oändlig utbudskurva. Detta motiverar vi genom att anta att för en tillräckligt hög lön så kommer ett oändligt antal utlandsfödda läkare att flytta till Sverige för att arbeta.

Figur 3.1. Marknadsmodellen



Scenario 1. Vi antar att lönen är L^1 och antalet läkare N^1 . Enligt teorin skulle en löneökning till L^* leda till att antalet läkare ökar till N^* och därmed uppnås marknadsjämvikt.

Scenario 2. Denna teori säger även att om utbudet ökar, skift från U till U1, så leder detta till att antalet läkare ökar från N^1 till N^2 samtidigt som lönen är oförändrad. Det skulle också kunna leda till att lönen sänks om man tänker sig att tidigare löneökningar lett till en lön mellan L^1 och L^* . Även i detta fall uppnås marknadsjämvikt.

3.2 Fackföreningsmodeller

Det grundläggande i alla fackföreningsmodeller är att fackföreningen maximerar fackmedlemmarnas förväntade nytta (Granqvist och Regnér 2004). Fackföreningarna måste väga fördelen med högre lön för medlemmarna som har ett arbete mot risken att fler kan bli arbetslösa när lönerna ökar. Denna risk är mindre då efterfrågan på arbetskraft i sektorn är hög, i detta fall brukar arbetsgivarna ställa sig positiva till löneökningar. Detta kan dock leda till att den aktuella arbetsgivaren minskar sin personalstyrka. Men medlemmarna har tack vare den höga efterfrågan stora möjligheter att få ett nytt arbete hos en annan arbetsgivare. (Granqvist och Regnér 2009). Denna modell anses vara svår att tillämpa på arbetsmarknaden för läkare på grund av det konstanta utbudsunderskottet de senaste åren (Calmfors och Richardson 2004). Med anledning av Calmfors och Richardsons antagande och att vi har observerat att det konstanta utbudsunderskottet kvarstår än idag så kommer vi inte att utveckla eller använda oss av denna teori i vår uppsats. En annan anledning till att vi inte kommer att använda fackföreningsmodeller är att kollektivavtalens lägstalöner inte verkar påverka lönebildningen för erfarna arbetstagare (Forslund m.fl. 2014). Vi hävdar att majoriteten av framförallt specialistläkare, som är huvudfokus i vår uppsats, bör ses som erfarna arbetstagare

3.3 Monopsonmodellen

Som namnet antyder antas det i modellen att det bara finns en arbetsgivare eller ett fåtal arbetsgivare som samverkar i en kartell. Framförallt under perioder då lönebildningen skett centralt anses detta ha karakteriserat sjukvårdsmarknaden. Enligt monopsonmodellen har arbetsgivaren marknadsmakt som innebär att de kan betala en lön som understiger den lön som skulle ge jämvikt mellan utbud och efterfrågan. Detta leder till en konstant brist på arbetskraft. Inom sjukvårdsmarknaden har denna modell framförallt använts för att analysera arbetsmarknaden och lönebildningen för sjuksköterskor. Anledningen till att modellen är mindre tillämplig för analyser av arbetsmarknaden och lönebildningen för läkare antas vara att läkare genom att de ofta har chefsställningar och historiskt varit en stark påtryckningsgrupp, vilket anses ha kunnat motverka arbetsgivarens monopsonsmakt. Läkaryrkets höga status antas även ha ökat förhandlingsstyrkan för läkarnas fackförbund så att dessa kunnat motverka arbetsgivarens marknadsmakt (Calmfors och Richardson 2004).

3.4 Effektivitetslönomodellen

Grunden i effektivitetslöneteorier är att en högre lön förväntas leda till en positiv påverkan på de anställdas arbetsinsatser och motivation (Granqvist och Regnér 2004). Om man kopplar samman denna teori med marknadsmodellen så kan det med andra ord finnas skäl för arbetsgivaren att sätta en lön som överstiger jämviktslönen (Granqvist och Regnér 2009). Ett av dessa skäl är minskad personalomsättning med besparingar av kostnader förenade med nyanställning och utbildning som följd. Dessutom ger höjda löner mer nöjda anställda vilket antas öka deras produktivitet. Enligt modellen styrs lönenivån av arbetsmarknadsläget. (Calmfors och Richardson 2004). Som vi tolkar teorin innebär det att utbudet är högre än efterfrågan vilket är tvärt emot vad vi observerat gällande arbetsmarknaden för läkare. Sammantaget bedömer vi därmed att modellen inte är användbar i vår uppsats.

3.5 Lönesamtalsmodeller

Strandås (2003) hävdar att lönesamtal är kärnan i systemen för individuell lönesättning. I detta enskilda samtal mellan lönesättande chef och anställd får den sistnämnde reda på hur hans arbetsinsats bedömts. Chefen måste motivera bedömningen och redogöra för vad den anställde kan göra för att nå en högre bedömning vid nästkommande lönesamtal, och därmed få en högre lön. Fokuserar den lönesättande chefen på den anställdes produktiva insatser kan man se detta som en kombination av en effektivitetslönomodell och en lönesamtalsmodell (Granqvist och Regnér 2004). Innan lönesamtal har ofta arbetsgivaren och fackföreningen redan bestämt hur stort utrymmet för löneökningarna är (Granqvist och Regnér 2004). Detta innebär att fackföreningsmodeller ingår som en del i lönesamtalsmodeller. Mot bakgrund av den historiska beskrivningen om lönebildningen för läkare så antar vi att denna modell används vid lönesättning för de flesta läkarna i Sverige. Men då vi inte har tillgång till data på individnivå kommer vi inte att använda denna teori som förklaringsmodell i vår uppsats.

4 Tidigare studier

I ett försök att besvara utbudsunderskottet på läkare i Kina har Qin m.fl. (2012) undersökt om det finns för få läkare eller om lönerna är för låga. De hävdar att den snabba ekonomiska tillväxten och befolkningens ökade ålder i Kina har ökat efterfrågan på sjukvård. I studien använder de individdata för bland annat läkare som de sedan använder för att estimerar arbetsutbudsfunktioner. De använder Tobitmodellen för att estimerar löneelasticiteten och finner indikationer på att kinesiska läkare är villiga att arbeta fler timmar om de får en högre lön. I studien använder författarna marknadsmodellen när de diskuterar den relativa effekten mellan att öka lönen (rörelse på utbudskurvan) eller att försöka öka utbudet (skift av utbudskurvan) för att nå marknadsjämvikt. Mot bakgrund av att studien visar att läkare är villiga att arbeta fler timmar för en högre lön menar författarna att detta är det mest effektiva sättet att nå marknadsjämvikt. Effekten skulle även ske snabbare då det tar tid att exempelvis öka utbudet genom fler studieplatser. I vår studie har likt tidigare nämnts inte tillgång till individdata för läkare i Sverige. Den Kinesiska studien och vår studie delar dock själva problemformuleringen, att efterfrågan på läkare är högre än utbudet. Dessutom använder de, i likhet med oss, marknadsmodellen som teoretisk ansats.

I en rapport diskuterar Calmfors och Richardson (2004) hur marknadskrafterna påverkar lönebildningen i landsting och regioner. Med begreppet marknadskrafter avser de utbuds- och efterfrågeförhållanden i framförallt arbetsmarknaden för vårdarbetskraft. De redogör för den historiska utvecklingen av lönebildningen i landsting som gått från att vara centralt reglerad till alltmer individuellt satta löner och lokala avtal. Fokus i rapporten ligger på sjuksköterskor men även läkare ingår i studien. Författarnas syfte med rapporten är att försöka relatera löneutvecklingen inom landstingssektorn till nationalekonomiska förklaringsmodeller för lönebildningen och genom detta tillhandahålla en allmän tankeram. Modellerna som de använder är effektivitetslöne modellen, förklaringsmodeller som betonar de fackliga organisationernas betydelse och monopson- /oligopsonmodellen. I rapporten presenteras en rad faktorer som kan tänkas påverka lönebildningen. Några av faktorerna vi finner intressanta och som vi använder är; arbetslösheten för läkare, brist på läkare, nettomigration av läkare och löneutveckling. Denna rapport innehåller inga tydliga resultat, vilket även framgår av författarnas syfte. Däremot dras en rad slutsatser och förklaringar ges till lönebildningen för

sjuusköterskor. Calmfors och Richardson är osäkra på hur decentraliseringen av lönebildningen har påverkat arbetsgivarnas marknadsmakt i förhållande till läkarna eftersom läkarnas lön inte ökat lika mycket som sjuusköterskornas. De hypotiserar att läkarna i de tidigare lönebildningssystemen genom sina höga status- och chefsställningar motverkade arbetsgivarnas monopsonmakt och att läkarna lyckats utöva betydande inflytande över antalet utbildningsplatser, med andra ord utbudet av läkare.

Granqvist och Regnér (2004) skrev på uppdrag av SACO rapporten *Den nya lönebildningen - En forskningsöversikt och analys av lönebildningen för akademiker*. Precis som rapportens titel antyder så går författarna igenom olika nationalekonomiska teorier som de kopplar till lönebildningen för akademiker, däribland läkare. De skiljer på teorier för lönebildning på makroekonomisk och mikroekonomisk nivå. Precis som Calmfors och Richardson redogör de för marknadsmodellen, fackföreningsmodeller och effektivitetslöne modellen. Den sistnämnda modellen hör till teorier för lönebildning på mikroekonomisk nivå där Granqvist och Regnér även redogör för turneringsteorin och lönesamtalsmodeller. När det kommer till individuella löneförhandlingar så konstaterar författarna att det nästan inte finns någon empirisk forskning om det individuella förhandlingsbeteendet i lönebildningsprocessen och vilka effekter dessa har på den faktiska lönen.

I en delrapport till den lönepolitiska utredningen om hur det lokala arbetet med individuell lönesättning går inom kommun- och landsting har Strandås (2003) genom enkäter och djupintervjuer undersökt en rad frågor. Resultaten av denna undersökning är väldigt generella och redogör inte för några specifika yrkeskategorier. Av intresse för vår uppsats är främst författarens genomgång av den historiska övergången från centraliserad till lokal lönesättning med individuella löner och arbetsgivarens syn på vad som ska styra lönen. Undersökningen har även gett oss större förståelse för komplexiteten med individuell lönebildning. Dessutom förklarar Strandås en rad begrepp som kan vara viktiga i vår uppsats som exempelvis positionsbaserad respektive individbaserad lönesättning.

Alsterdal och Wallenberg (2009) har skrivit rapporten *Individuell lön i praktiken - En studie om verksamhet och lönesättning i kommunal sektor*. Studien pågick i tre år genom regelbundna träffar där samtal fördes om individuell lön kopplad till verksamheten. I studien ingick lönesättande chefer, förvaltningstjänstemän och fackliga representanter. Deltagarna

kom med egna faktiska exempel på problem och lösningar relaterade till individuell lönesättning. Studien är mer sociologisk och statsvetenskaplig än nationalekonomisk. En av författarnas slutsatser är att det finns skäl att förändra en del arbetsformer i kommuner/landsting och i systemet med parter. De menar att politiker, förvaltningsledningar och fackliga organisationer bör reflektera kritisk över sin egen roll i lönebildningsprocessen. Inte minst anses detta viktigt då lönesättande chefer förväntas ha sådana reflekterande samtal med sina medarbetare. Precis som studien ovan så är denna studie främst relevant för oss för att öka vår förståelse kring komplexiteten med individuell lönebildning.

5 Vårdmarknaden

Appliceringen av lagen om valfrihetssystem(LOV) har till syfte att reglera vad som bör gälla för kommuner och landsting när de tillåter konkurrens bland deras verksamheter, i detta fall primärvården. Denna lag innebar även att det blev lättare för en vårdgivare att ansöka om att etablera en ny vårdcentral i ett landsting (SKL 2015:1)

Etableringen sker förutsatt att vårdgivaren uppfyller de krav och regler som finns i förfrågningsunderlaget inom de län där etableringen kommer ske. En ökning med en ny vårdcentral påverkar dock inte kostnaderna för vårdtagarna med tanke på den fasta patientavgiften hos de olika landstingen (SKL2015:2).

Detta innebär att konkurrensen mellan vårdcentraler inte sker genom att vårdgivarna sätter ett visst belopp som prisstrategi. Istället strävar vårdcentralerna mot att ge goda kvalitetserbjudanden såsom ökad tillgänglighet av läkare, gott kundbemötande och medicinsk kvalitet. Intäkterna som samlas in hos en vårdgivare går till betalningar av företagets kostnader, detta grundar sig på antalet registrerade patienter hos den specifika mottagningen. För att kvalitetskonkurrens ska kunna ske bör ett antal förutsättningar uppfyllas genom det så kallade vårdvalet. Med detta menas bland annat att vårdtagarna främst ska ha vetenskapen om rättigheten till att välja vårdcentraler och information om vårdgivarna ska finnas tillgängligt för en individs val av vård. I början av år 2010 fick alla landsting ett krav på att införa vårdvalet vilket till en början ledde till en så kallad omogen marknad inom den primära

sjukvården. Med detta införande har möjligheterna varit större för etableringar av vårdgivare, framförallt skedde detta i hopp om att det skulle ske fler etableringar av privata vårdgivare och konkurrensen mellan ökade vårdgivare skulle bidra till kostnadseffektiva lösningar och förbättrad tillgänglighet för vårdtagarna. I början ledde detta till relativa öknings av antalet nya vårdcentraler, de flesta av dessa var privata. Att nå förbättrad tillgänglighet innebär att nystartade vårdcentraler, både offentliga och privata, väljer att etablera sig i områden med redan hög tillgänglighet, då den högre andelen av befolkningen i varje landsting är bosatta i dessa områden. Förekomsten av flera vårdgivare på en marknad innebär även en högre konkurrens, vilket resulterade i en mindre aggregerad ökning av antalet nyetableringar under de senare åren. Detta skeende förklaras bland annat av marginella öknings av nya vårdgivare i jämförelse med de som lades ner. I allmänhet hos de kommuner och landsting där vårdgivarna blir konkurrensutsatta och som sedan läggs ner, sker detta oftast på grund av antingen sammanslagning mellan två eller flera vårdcentraler, avtalsbrott mot landstingens stadgar eller konkurs. Vid konkurser på marknaden innebär detta att antalet registrerade vårdtagare hos de utsatta vårdcentralerna blir utplacerade till andra vårdgivare. Detta påverkar både offentliga- och privata vårdgivare och de patienter som sedan tidigare är registrerade hos dessa. Genom en survey som utfördes av konkurrensverket i syfte att undersöka offentliga- och privata vårdgivares konkurrensfaktorer rankades rykte, läkartäthet och kundbemötande som högst av dessa verksamheter. För att kunna uppfylla dessa faktorer, krävs det främst att läkartätheten är hög. Man fann att behoven av att rekrytera läkare med specialkompetens var olika i primärvården, då privatvården med verksamma delägare inte såg läkarbemanningen som ett problem. I undersökningen framgick det även att det relativa antalet privata mottagningar som styrs i egen regi hade en högre lönsamhet än de offentliga vårdcentralerna. Man antog att orsakerna till lönsamheten bland annat var på grund av avkastningskraven från dess ägare och den fasta anställningen av dess läkarbemanning, det sistnämnda kommer förklaras mer i detalj i nästa del av uppsatsen; marknaden för specialistläkare (Konkurrensverket 2014).

5.1 Arbetsmarknaden för specialistläkare

Utifrån Svenska Läkarförbundets (SLF) samarbete med dess specialitetsföreningar kommenterar de den rådande bristen på specialistläkare och dess ojämna fördelning över landet med tanke på att efterfrågan är som störst i de mindre tätorterna. Det finns 52 specialitetsföreningar och dessa tillhör läkarförbundet. De fyller en funktion genom att bringa kunskap om specialisternas frågor angående bland annat deras arbetssituation.

Det som bör noteras i detta fall är att det inte råder någon generell brist på specialistläkare, dock bör man ta hänsyn till att det finns områden där efterfrågan är högre än utbudet.

En survey som SLF sände ut till de 52 specialitetsföreningarna resulterade i olika svar där några av dessa föreningar utgav positiva svar om en balanserad tillgång av specialister inom vården, exempelvis för kardiologer och neurokirurger.

Trots stabila nivåer på tillgången för många läkare med innehavandet av en viss specialkompetens, existerar det ännu i dagens läge ett underskott av specialiserad personal på mindre orter (Sjukhusläkarna 2015).

I ett äldre reportage av Ohlin(2003) redovisades lönestatistik från SACO för året 2002.

Medianlönen för läkarna i Norrbotten och Västerbotten var 50 000kr och medianlönen för en läkare i Stockholm var 43 700kr.

Med tanke på att efterfrågan är högre i glesbygdsorter, bör en läkare där ha en högre lön än de i större städer och därmed bör fler läkare lockas dit. Detta antagande gör vi med stöd av ekonomisk teori som säger att lönen ökar när efterfrågan är större än utbudet.

Trots de höga löner som erbjuds för specialistläkare finns det andra faktorer som hindrar efterfrågan till att bli uppfylld.

Man kan förmoda att läkare med egna familjer inte lockas till mindre orter på grund av bekvämligheten, då utbudet bland exempelvis skolor i en sådan ort kan brista i kvalitet i jämförande med en större ort. Det bör även tas hänsyn till andra preferenser såsom generationsskillnader och arbetsvillkor.

Något som många specialitetsföreningar svarade enat om var att den dåliga löneutvecklingen och den bristande arbetsmiljön utgjorde stora faktorer till den höga efterfrågan. Detta antyder att andelen läkare med specialkompetens söker sig in på arbetsplatser på den privata

marknaden som erbjuder högre löner och bättre arbetsmiljöer. Vilket resulterar till att exempelvis akutmottagningar och andra områden på ett sjukhus går miste om läkare med en viss specialkompetens.

En annan faktor som föreningarna var enade om var bristen på utbildningen för ST-läkare då bland annat många läkare väljer att inte vidareutbilda sig i de områden där det efterfrågas som mest. Eftersom antalet vakanser genom pensionsavgångar och utflödet av specialistläkare från offentliga mottagningar till privata ökar, blir konsekvensen att det finns för få erfarna läkare som handleder läkarna under deras utbildning. Samtidigt bör man ta till hänsyn till ökning av specialiseringar för områden inom vården, då det sker ständigt tillväxt i forskning och utbildning vilket leder till att det finns för få specialister inom sådana områden. Samtidigt ökar även människans åldrande och antalet invånare. Som en följd av detta ökar sjukdomar som måste behandlas.

Ett kortsiktigt besvarande på bristen är att stafettläkare anställs i större utsträckning, vilket leder till högre kostnader för kommuner och landsting med tanke på den höga efterfrågan (Sjukhusläkarna 2015).

Statistiken från Nationella planeringsstödet (2015) visar att arbetslösheten under många år har varit låg för läkarna. Detta är på grund av att befolkningstakten och åldrandet ökar i Sverige vilket i sin tur leder till att efterfrågan på läkare också ökar.

Man kan anta att det är lättare för läkare att få arbete där efterfrågan är som högst men som det nämndes tidigare i texten är dessa tjänster mest riktade till läkare med en viss kompetens och med tanke på omständigheterna blir dessa platser ersatta av hyrläkare.

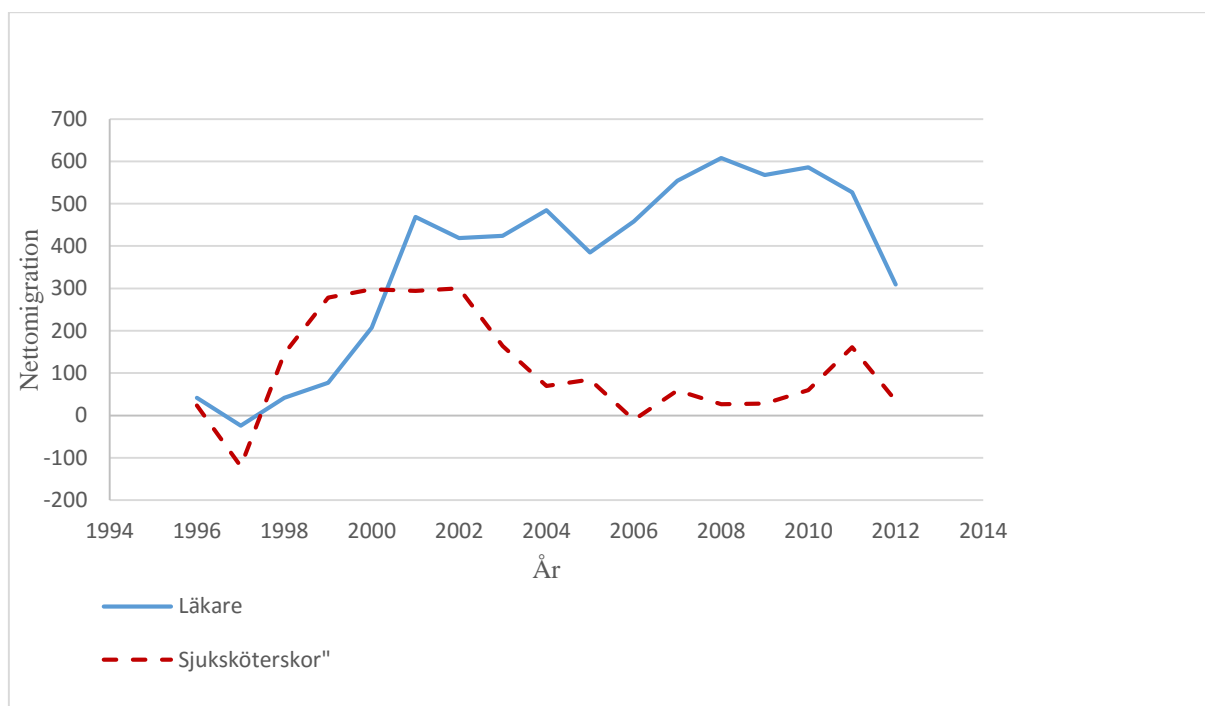
De höga lönerna som erbjuds hyrläkare leder till högre personalkostnader för arbetsgivaren i längden och på långsikt riskerar detta att leda till en allt högre efterfrågan.

Det råder skilda åsikter inom vården angående dessa kostnader. I Lindahl och Segerpalms granskningsrapport (2014) visades resultat på att anställningen av hyrläkare hade ökat kostnaderna för kommuner och landsting. Eftersom dessa anställningar ofta är kortvariga hindras läkarna från att skapa en långsiktig relation med deras patienter, vilket är tvärtemot vad kommuner och landsting eftersträvar. Vi antar att eftersom vårdmarknaden är konkurrensutsatt och det blir lättare för privata mottagningar att etablera sig, kan detta därmed

leda till en fara för en mottagnings överlevnad.

En möjlighet till att uppfylla efterfrågan har skett genom att Sverige, i och med sitt medlemskap i EU, har öppnat sina gränser för utlandsrekryteringar vilket har lett till en ökning av nettomigration för läkare.

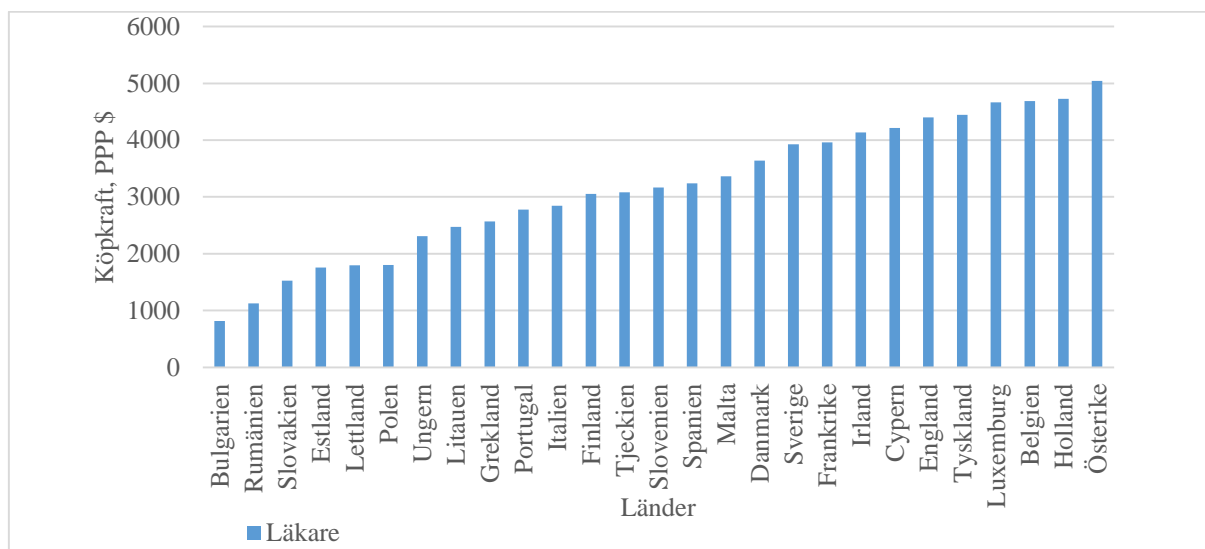
Figur 5.1. Nettomigration bland läkare och sjuksköterskor, 1996 – 2012



Källa: NPS (2012 och 2015)

I figur 5.1 kan man utläsa en kraftig ökning av nettomigrationen för läkare mellan åren 1997 och 2001. Utvecklingen stannade sedan av och gick till och med ner några år. Mellan åren 2005 och 2008 ser man en större ökning, något som kan sättas i samband med EU:s direktiv om att alla medlemsländer måste erkänna utbildningar som är genomförda i andra medlemsländer.

Figur 5.2. Genomsnittliga löner, köpkraftsjusterad Purchasing Power Parity, för läkare i olika länder, 2011



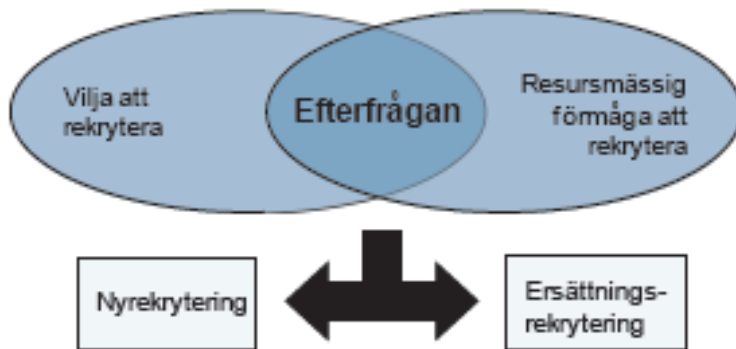
Källa: FEMS

I figur 5.2 kan man se att Sverige ligger högt upp i jämförelse med andra europeiska länder avseende den genomsnittliga köpkraftsjusterade lönen för läkare. Man kan förmoda att detta attraherar en högre andel av utlandsfödda läkare att flytta till Sverige (Agerberg 2013).

5.1 Balansen mellan utbud och efterfrågan på läkare

I detta avsnitt kommer vi att redogöra vad det är som styr efterfrågan på läkare. Figur 5.3 visar en schematisk bild som innebär att det krävs både en vilja att rekrytera och ekonomiska förutsättningar för att efterfrågan ska uppstå. Det krävs en stabil tillgång av personal för att ersättningsrekrytering ska kunna ske. För att nyrekrytering ska kunna ske krävs en ökad personaltillgång (NPS 2012).

Figur 5.3. Schematisk bild över förutsättningen till att efterfrågan ska uppstå



Källa: NPS (2012)

Balansen mellan utbud och efterfrågan på kort sikt bestäms framförallt av arbetslöshet, andel sysselsatta inom ett år efter examen och nettomigrationen. Om arbetslösheten är hög indikerar detta att utbudet är högre än efterfrågan. Är arbetslösheten låg fungerar inte arbetslöshetstalet som en indikator för att mäta balansen mellan tillgång och efterfrågan. Låg arbetslöshet innebär dock att efterfrågan är lika stor eller större än utbudet. Anledningen till att man i detta fall inte kan använda arbetslöshetstalet som en indikator är på grund av denna indikator inte visar hur stor skillnaden i balansen är. Om andelen sysselsatta inom ett år efter examen är hög indikerar detta att efterfrågan är minst lika hög som tillgången. Om nettomigrationen är hög indikerar detta att arbetsmarknadsläget är bra i mottagarlandet (NPS 2008). När man applicerar denna redogörelse på arbetsmarknaden för läkare i Sverige kan man konstatera att balansen mellan utbud och efterfrågan på kort sikt helt styrs av nettomigrationen eftersom arbetslösheten är låg och andelen sysselsatta ett år efter examen är hög.

Efterfrågan på lång sikt styrs framförallt av sjukhus och vårdcentralers ekonomiska förutsättningar. Detta är starkt sammankopplat med BNP-tillväxt. Saknas ekonomiska resurser för att anställa minskar efterfrågan. Politiska prioriteringar och satsningar har också en betydelse på den långsiktiga balansen. Efterfrågan ökar när befolkningen ökar, vilket sker i Sverige idag genom att människor lever allt längre och invandringen ökar (NPS 2008). En viktig faktor som styr det långsiktiga utbudet är antalet studieplatser för läkare (Calmfors och Richardson 2004).

5.2 Regionala skillnader på utbud och efterfrågan av läkare

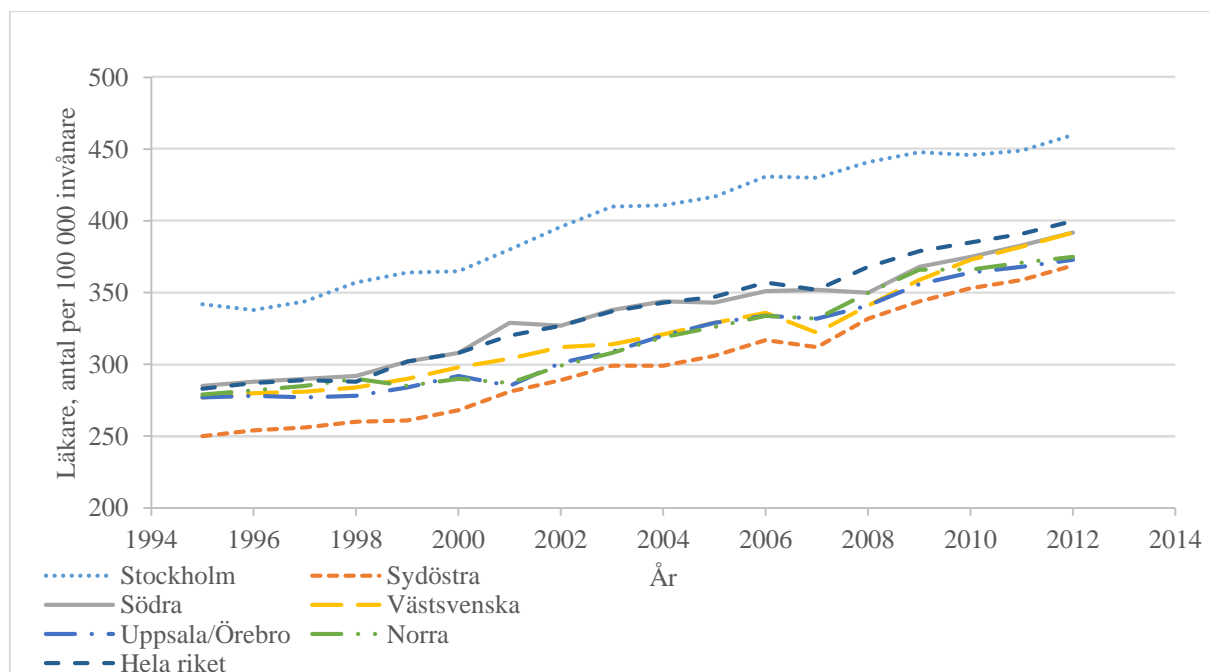
I detta avsnitt kommer vi att redogöra för regionala skillnader på utbud och efterfrågan av läkare i Sverige. Regionerna innefattar olika kommuner och/eller län. Indelningen är från Socialstyrelsen (NPS 2008) och återges i tabell 5.1.

Tabell 5.1. Geografisk indelning i sjukvårdsregioner

Region	Län/kommun
Stockholm	Stockholm och Gotland
Sydöstra	Östergötland, Jönköping och Kalmar
Södra	Kronoberg, Skåne, Blekinge samt Hylte kommun, Halmstads kommun och Laholms kommun
Västsvenska	Västra Götaland samt Falkenbergs kommun, Varbergs kommun och Kungsbacka kommun
Uppsala/Örebro	Uppsala, Södermanland, Värmland, Örebro, Västmanland, Dalarna och Gävleborg
Norra	Västernorrland, Jämtland, Västerbotten och Norrbotten

Källa: NPS (2008)

Figur 5.4. Antal läkare per 100 000 invånare för 6 regioner och hela riket, 1995-2012

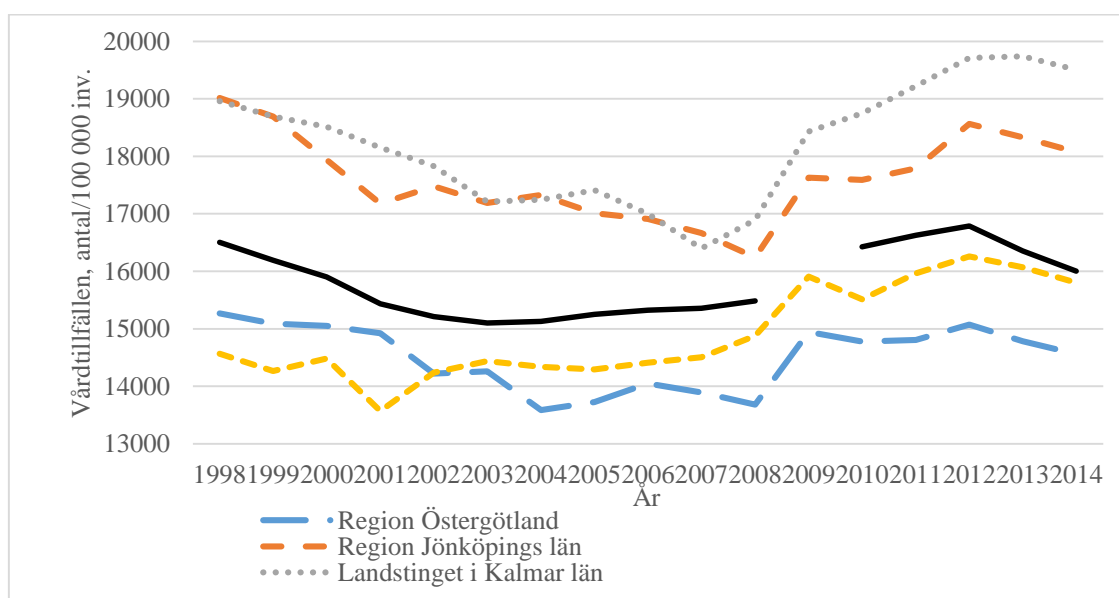


Källa: NPS (2008-2015)

I figur 5.4 kan man se att antalet läkare per 100 000 invånare är klart störst i Stockholm. Läkartätheten har under hela tidsserien varit lägst i den Sydöstra regionen.

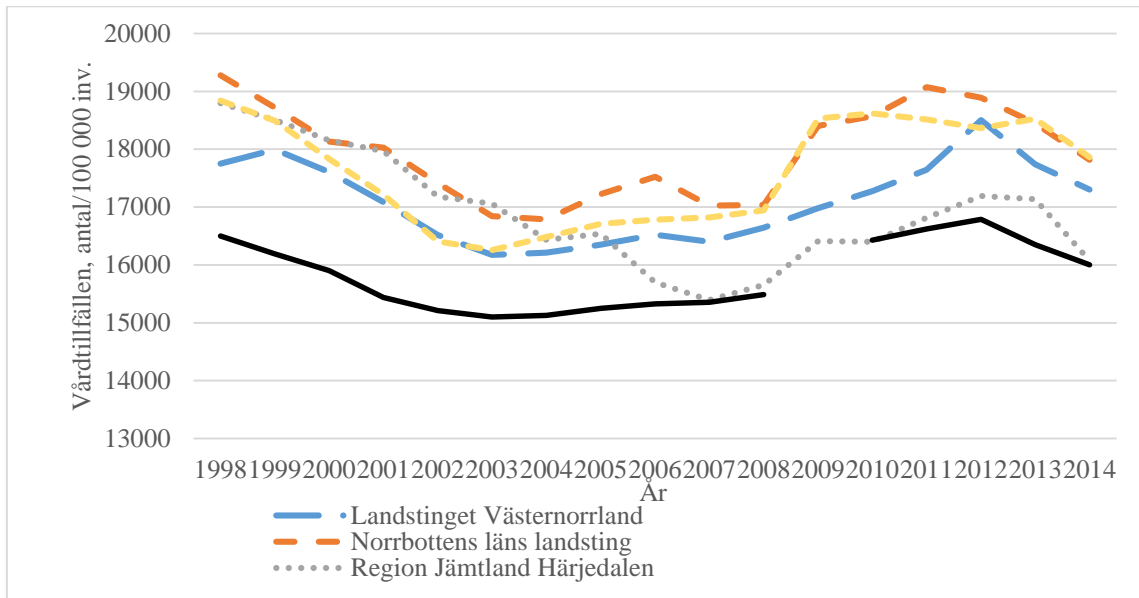
För att mäta regionala skillnader på efterfrågan av läkare använder vi data över antalet vårdtillfällen per 100 000 invånare från kommun- och landstingsdatabasen (Kolada). Den geografiska indelningen består av 19 olika län, landsting eller kommuner som även återfinns i tabell 5.1. För att underlätta läsningen har vi delat upp data på fyra diagram (figur 5.5–5.8). Data saknas för hela riket år 2009 vilket förklarar brottet i kurvan i ovan nämnda diagram.

Figur 5.5. Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare för län, kommuner och landsting som ingår i region Sydöstra, Stockholm och för hela riket, 1998 – 2014



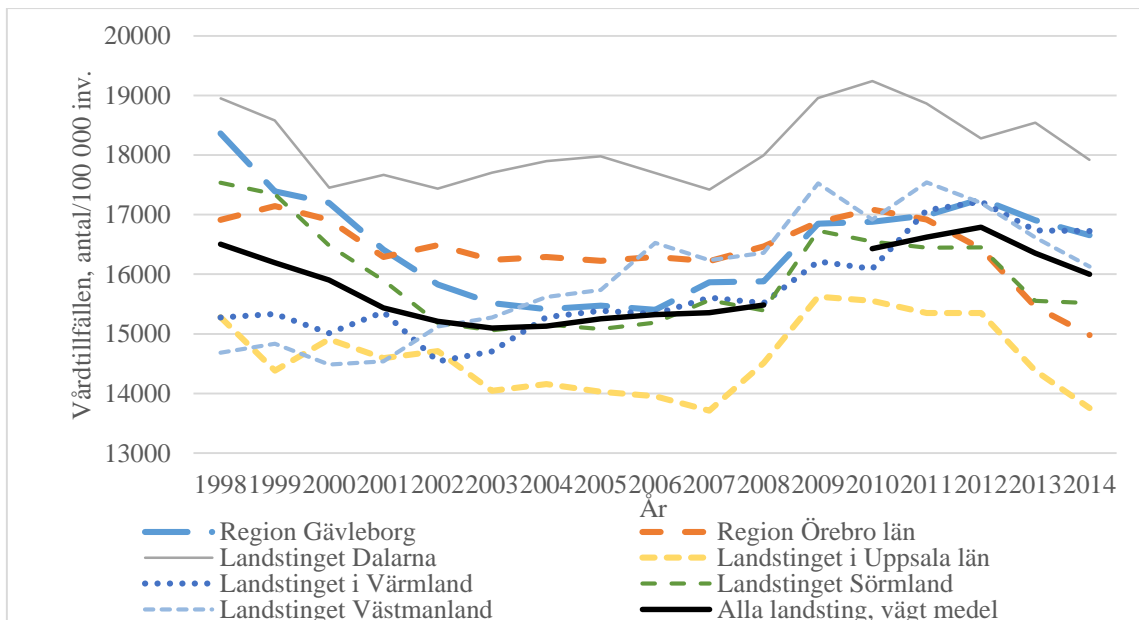
Källa: Kolada

Figur 5.6. Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare för län, kommuner och landsting som ingår i region Norra och för hela riket, 1998 – 2014



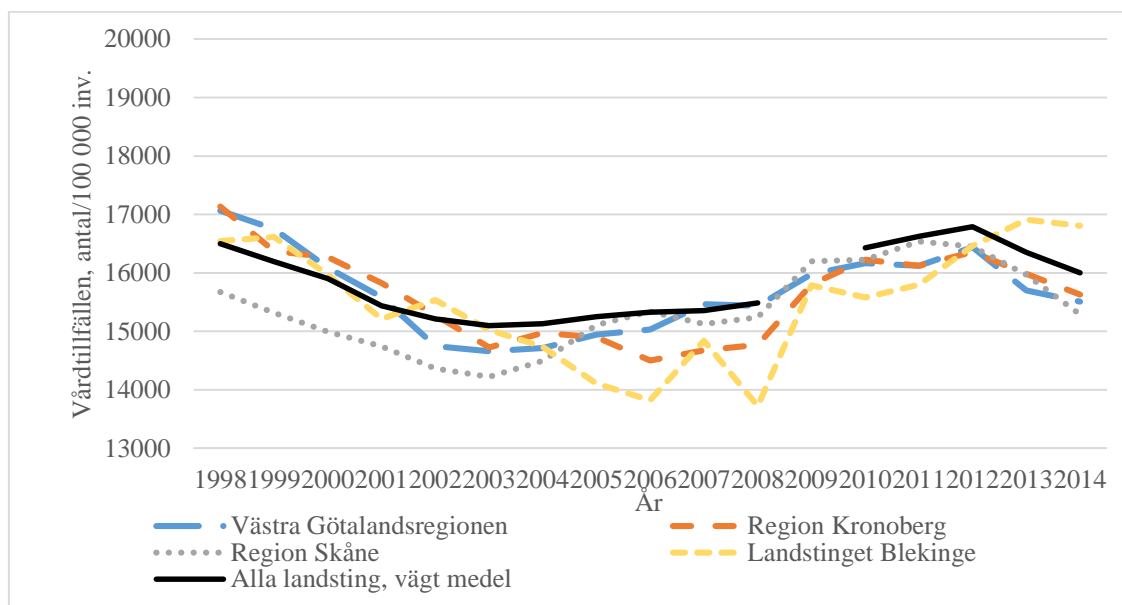
Källa: Kolada

Figur 5.7. Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare för län, kommuner och landsting som ingår i region Uppsala/Örebro och för hela riket, 1998 – 2014



Källa: Kolada

Figur 5.8. Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare för län, kommuner och landsting som ingår i region Södra, Västsvenska och för hela riket, 1998 – 2014



Källa: Kolada

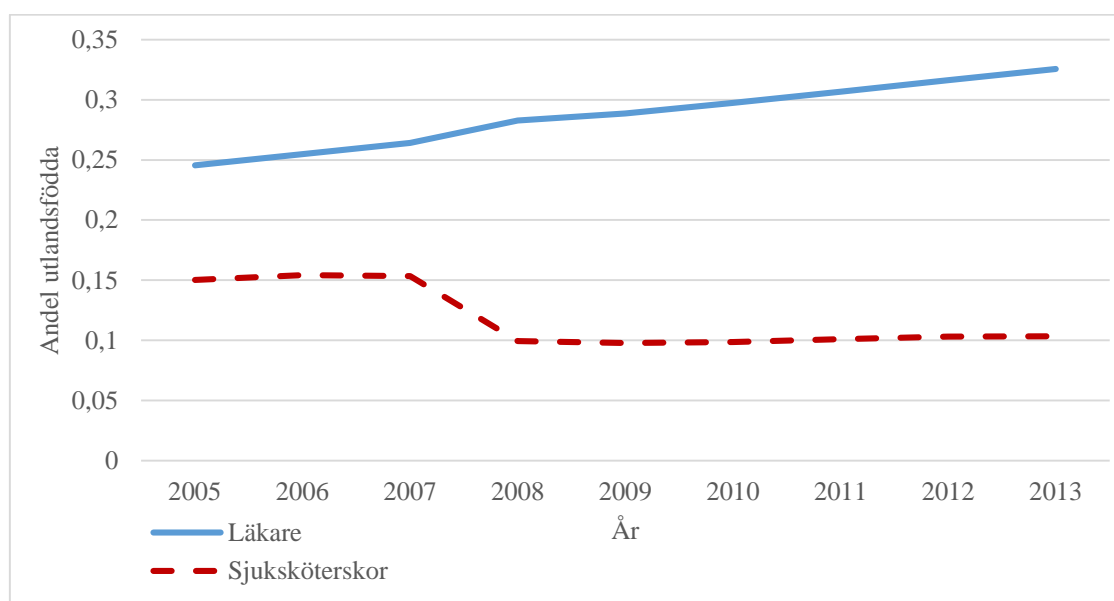
Genom att studera figur 5.5 – 5.8 ser vi en tendens till att antal vårdtillfällen per 100 000 invånare är högre i regioner som utgörs av mindre tätbefolkade orter. En förklaring till detta kan vara att invånarna i dessa orter är sjukare än invånarna i storstäder. Mot bakgrund av lärdomar vi dragit av vår studie antar vi istället att antalet vårdtillfällen är högre eftersom det saknas specialistläkare i mindre tätbefolkade orter. När läkare saknar specialistkunskap antar vi att det krävs ett högre antal vårdtillfällen för att bota patienterna.

I sammanhanget kan även stafettläkare spela en roll då vår uppfattning är att detta är vanligare för mindre orter. Det faktum att stafettläkare inte stannar så länge på samma arbetsplats kan leda till ett ökat antal vårdtillfällen. Detta grundar vi på egna erfarenheter av kontakter med sjukvården som i regel innebär ett konsulterande och undersökande besök hos en ny läkare innan en behandling påbörjas. En intressant observation som vi gjort är att både Jönköping och Kalmar län, två av tre som ingår i region Sydöstra, har bland de högsta antalen vårdtillfällen per 100 000 invånare. I figur 5.4 kan vi se att region Sydöstra har lägst läkartäthet. Sammantaget indikerar denna observation att efterfrågan är bland de högsta i den region där utbudet är lägst.

6 Resultat

I figur 6.1 kan man utläsa att andelen utlandsfödda läkare har ökat i jämn takt under den undersökta perioden. 2008 kan man se en lite större ökning än övriga år, denna anser vi dock vara för liten för att utgöra en potentiell påverkande faktor på lönen. I jämförelse med sjuksköterskor kan man tydligt se att andelen utlandsfödda är mycket högre bland läkare. Dessutom verkar andelen utlandsfödda läkare växa konstant medan andelen utlandsfödda sjuksköterskor är stabilt kring 10 procent.

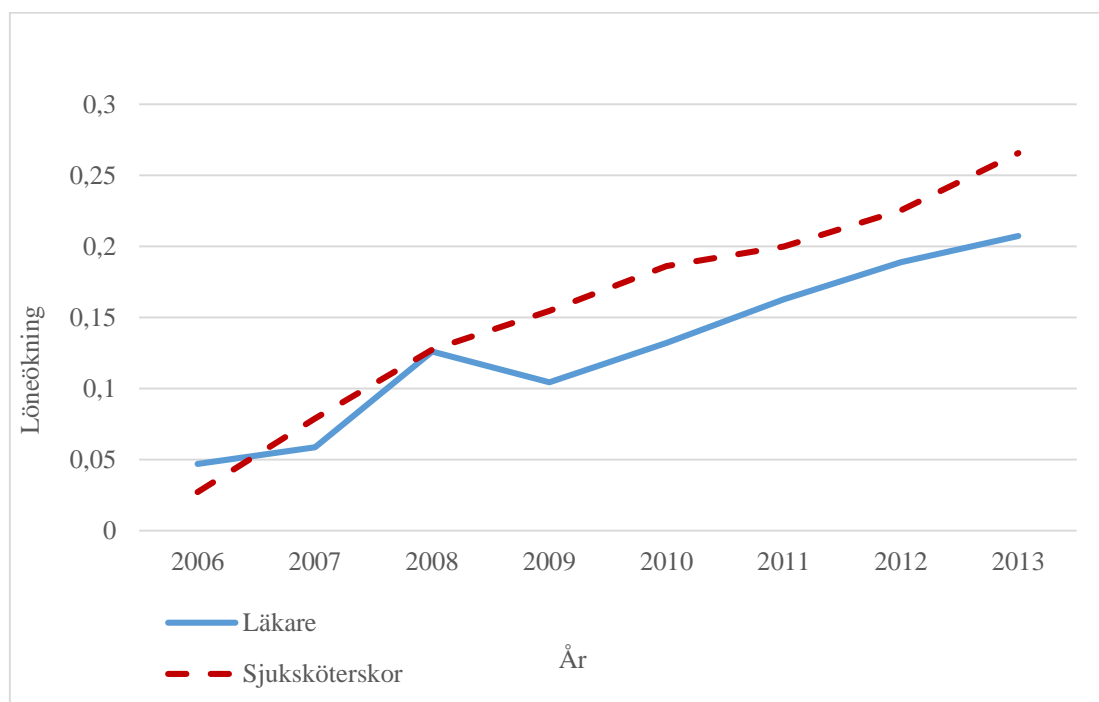
Figur 6.1. Andel utlandsfödda läkare och sjuksköterskor, 2005 – 2013



Källa: SCB Yrkesregistret

I figur 6.2 redovisas den ackumulerade löneökningen för vår undersöknings- och kontrollgrupp, läkare respektive sjuksköterskor. De variabler som inkluderades var den genomsnittliga lönen varje år för de båda yrkena. Därefter har vi räknat ut den årliga procentuella löneökningen. Genom att jämföra dessa två kurvor med varandra kan man se att löneökningen relativt har varit större för sjuksköterskor än för läkare. Mellan 2008 och 2009 gick lönen för läkare ner, därefter har löneökningen för de båda yrkena varit ungefär densamma.

Figur 6.2. Ackumulerad löneökning för läkare och sjuksköterskor, 2006 – 2013



Källa: SCB Lönestatistik

I figur 2.1 redovisade vi beviljade läkarlegitimationer till utbildade i Sverige eller annat land. Den största ökningen av beviljade läkarlegitimationer till utbildade i annat land som vi noterade i detta diagram var mellan åren 2006 - 2007. Om detta skulle påverka lönen kan man anta att en sådan påverkan skulle ske ett par år senare. I figur 6.2 kan man se en minskning av lönen för läkare mellan åren 2008 – 2009.

Förutom de redan verksamma läkarna bestäms utbudet av läkare genom inflödet i form av nyutbildade och nettomigrationen och genom utflöde på grund av pensionsavgångar, sjukdom och dödsfall bland läkare. Efterfrågan bestäms framförallt av arbetsgivarens behov och ekonomiska möjligheter att behålla anställda läkare och nyanställa (NPS 2008). Efterfrågan ökar när befolkningen växer vilket vi genom studien har noterat sker i Sverige genom att människor lever längre och invandringen ökar.

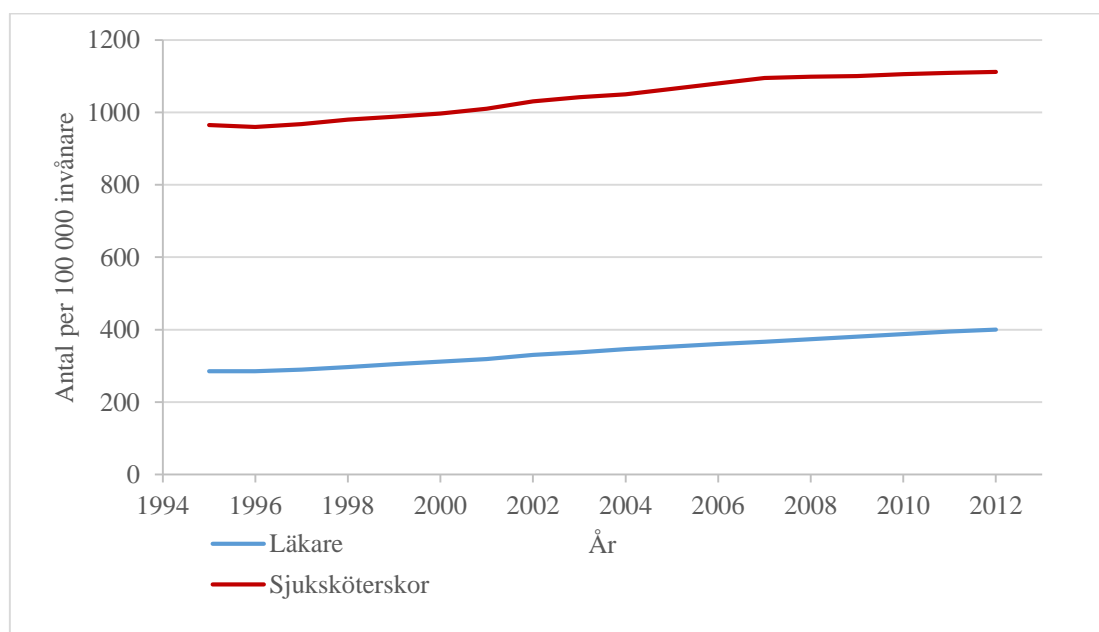
Med hänvisning till kapitel 5 är den främsta förklaringen till den konstanta bristen på specialistläkare att dessa föredrar att bo i större städer. Den rådande bristen för specialistläkare uppstår på grund av preferenser hos en läkare. Den ökade efterfrågan kan främst förklaras genom bristen på bekvämligheter i de mindre orterna då fallet i dagens läge

oftast är att en läkare har en egen familj och valet av exempelvis skolor och kultur utgör en stor roll för dennes val. Enligt enkätundersökningen fann man att arbetsmiljön spelade en stor roll då en läkares roll i yrket är prestigefylld och efterfrågan högre än utbudet, vilket antyder att arbetsbelastningen oftast blir stor för en läkare. Detta leder i sin tur att en specialistläkare enligt enkätundersökningen av Sjukhusläkarna (2015) söker sig in till privatvården där lönen är högre och arbetsbelastningen mindre.

Konsekvens blir att den offentliga vården mister kompetensen och färre specialistläkare som agerar handledare finns tillgängliga för att kunna utbilda andra läkare till sådana tjänster.

Eftersom forskning och utveckling också ökar, leder detta till att fler specialistläkare behövs och därmed överstiger efterfrågan utbudet.

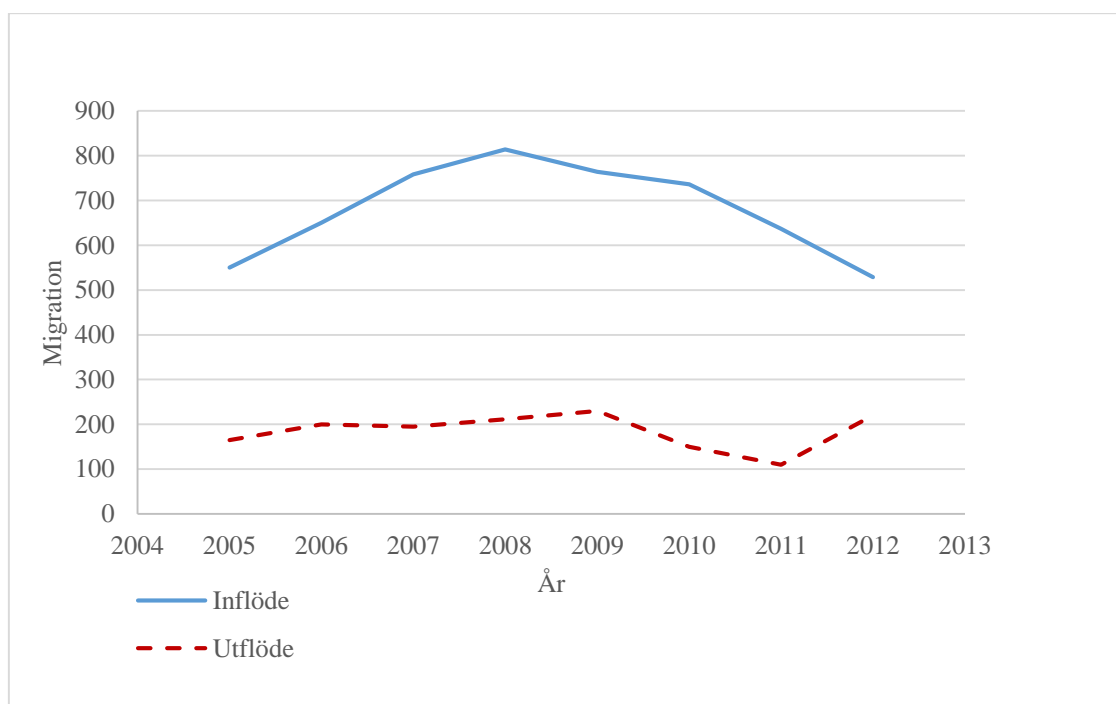
Figur 6.3. Antal sjuksköterskor och läkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare, 1995 – 2012



Källa: NPS (2013 och 2015)

Vilket man kan se i figur 6.3 har antalet läkare per 100 000 invånare ökat i jämn takt de senaste åren. Mellan 1995 och 2012 har antalet läkare ökat med 40 procent samtidigt som antalet sjuksköterskor endast har ökat med 15 procent.

Figur 6.4. Antal immigrerade och emigrerade läkare i Sverige, 2005 – 2012



Källa: OECD för inflöde 2005-2011 och NPS (2015) för utflöde och inflöde 2012

7 Diskussion

I avsnitt 3.1 Marknadsmodellen redogjorde vi för denna teori och motiverade valet av denna som grund i vår uppsats. I avsnittet tänkte vi oss två möjliga scenarier grundade på teorin. Enligt scenario 1 skulle en löneökning leda till att antalet läkare ökar, utbudet skulle närma sig efterfrågan. Genom att studera tidsserierna över löneutvecklingen och in- och utflödet har vi inte funnit några indikationer vilka kan förklaras utifrån scenariot för den valda teorin.

Enligt scenario 2 skulle en ökning av utbudet leda till fler läkare med oförändrade eller sänkta löner. Tittar man på tidsserierna över löneutvecklingen och nettomigrationen finner man inga indikationer vilka stödjer detta scenario. Däremot är scenariot för den valda teorin konsistent med rörelserna i tidsserierna över nettomigration och antal läkare, dock bör det nämnas att den konstanta ökningen av antalet läkare kan förklaras av en rådande trend bland majoriteten av medlemsländerna i EU där antalet läkare ökar för de flesta länderna (NPS 2015).

Genom att studera tidsserierna över beviljade läkarlegitimationer efter studier i utlandet (fortsättningsvis läkarlegitimationer) och löneutvecklingen har vi gjort en observation där vi finner indikationer på att läkarlegitimationer påverkar löneutvecklingen och som är konsistent med scenariot för den valda teorin. Observationen bygger på ett antagande att en eventuell påverkan på löneutvecklingen sker ett par år efter året för läkarlegitimationer. Man kan se den högsta noteringen och största ökningen av läkarlegitimationer år 2006 – 2007, samtidigt som löneutvecklingen för år 2008 – 2009 är den enda negativa observationen i tidsserien.

Vår studie har varit starkt begränsat på grund av bristen på tillgänglig data för fler år. Vi är medvetna om att detta medför stora brister när det kommer till att dra slutsatser från våra observationer.

Att relatera våra resultat till de tidigare studier som vi redogjort för är ganska problematiskt då flera av dessa studier uttryckligen inte har strävat efter att nå några resultat. Flera av dessa studier innehåller samma påverkande faktorer som vi har använt i vår uppsats. Bland dessa är nettomigrationen den enskilt största påverkande faktorn i diskussioner kring balansen mellan utbudet och tillgången på kort sikt. Vi delar även insikten med flera av författarna att arbetsmarknaden för läkare är väldigt komplex vilket innebär att flera av de traditionella ekonomiska teorierna om lönebildning är svåra att tillämpa på denna marknad.

I likhet med Qin m.fl. (2012) har vi dock konstaterat ett utbudsunderskott. Denna studie skiljer sig dock mot vår eftersom vi har fokuserat på nettomigration och beviljade läkarlegitimationer efter studier i utlandet. Deras resultat säger att högre lön skulle ge bäst effekt för att uppnå en balans mellan utbud och efterfrågan. De nämner även att denna effekt skulle kunna uppnås genom fler studieplatser för läkare något som vi kommer att utveckla i nästa kapitel. Den största likheten mellan denna kinesiska studie och vår uppsats är att båda använder sig av marknadsmodellen som teoretisk utgångspunkt och förklaringsmodell.

8 Slutsatser

I denna uppsats har vi strävat efter att förstå och förklara lönebildningen och arbetsmarknaden för läkare i Sverige. Av stort intresse för oss har varit hur utbudet och efterfrågan bestäms.

Enligt Socialstyrelsen styrs balansen mellan utbud och efterfrågan på kort sikt framförallt av arbetslöshet, andel sysselsatta ett år efter examen och nettomigrationen (NPS 2014). Eftersom arbetslösheten bland läkare är mycket låg och andelen sysselsatta inom ett år efter examen är mycket hög har vi i uppsatsen fokuserat på nettomigrationen. I sammanhanget är vi dock medvetna om att arbetslösheten generellt bestäms av utbud och efterfrågan men enligt Socialstyrelsen går det inte att mäta balansen mellan utbud och efterfrågan genom att använda arbetslöshetsstalet då detta är lågt (NPS 2014).

Vi har inte funnit några data som indikerar att nettomigrationen påverkar löneutvecklingen. Detta bekräftas också av Roland Hennerdal som säger att bristen på läkare i Sverige påverkar lönebildningen mer än nettomigrationen (Personlig kommunikation 2015-12-16). Däremot har vi funnit data vilket indikerar att ett högt antal läkare utbildade i annat land än Sverige har en negativ påverkan på löneutvecklingen.

Mot bakgrund av detta antar vi att utbildning utomlands värderas lägre än svensk utbildning. Då andelen läkare med utländsk utbildning under flera år har varit högre än andelen läkare med utbildning i Sverige föreslår vi en stor ökning av antalet studieplatser i Sverige. Både för att säkra tillgången på läkare och för att säkerställa kvalitén på utbildningen. Det finns dock en risk att detta på sikt kan leda till ett utbudsöverskott om svenskar i fortsatt stor utsträckning väljer att utbilda sig i ett annat land och om nettomigrationen av läkare är fortsatt hög. Ett utbudsöverskott skulle enligt ekonomisk teori leda till en nedpressning av lönerna. Detta är negativt för läkarna men positivt för brukarna av sjukvården förutsatt att landsting, inom de givna ekonomiska ramarna, anställer fler läkare.

9 Källförteckning

9.1 Referenslista

De Geer, Hans (1986), ”SAF i förhandlingar - Svenska Arbetsgivareföreningen och dess förhandlingsrelationer till LO och tjänstemannaorganisationerna 1930-1970”, SAFs förlag.

9.2 Internetkällor

1177 Vårdguiden ”Regler och rättigheter”

<http://www.1177.se/Stockholm/Regler-och-rattigheter/Offentlig-och-privat-varld/>

(2016-01-02)

Agerberg.M (2013), ”Utlandsbildade läkare håller igång svensk sjukvård”

<http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2013/08/Utlandsutbildade-lakare-haller-igang-svensk-sjukvard/> (2015-12-03)

Alsterdal L och Wallenberg J (2009) ”Individuell lön i praktiken – En studie om verksamhet och lönesättning i kommunal sektor”

<http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/individuell-lon-i-praktiken-en-studie-om-verksamhet-och-lonesattning-i-kommunal-sektor-.html> (2015-11-20)

Calmfors L och Richardson K (2004) ” Marknadskrafterna och lönebildningen i landsting och regioner”

<http://www.ifau.se/Upload/pdf/se/2004/r04-09.pdf> (2015-11-21)

Europaparlamentet ”Faktablad om Europeiska unionen”

http://www.europarl.europa.eu/aboutparliament/sv/displayFtu.html?ftuId=FTU_2.1.3.html

(2015-11-28)

Europaparlamentet och rådets direktiv 2005/36/EG *Europeiska unionens officiella tidning*
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:sv:PDF>
(2015-11-28)

Forslund Anders m.fl. (2014) "Avtalslöner, löner och sysselsättning"
<http://www.ifau.se/Upload/pdf/se/2014/r-2014-08-Avtalsl%C3%B6ner-och-syssels%C3%A4ttning.pdf> (2015-11-19)

Försäkra (2015) "Sjukvårdsförsäkring"
<http://www.forsakra.net/sjukvardsforsakring> (2016-01-03)

Granqvist L och Regnér H (2004) "Den nya lönebildningen - En forskningsöversikt och analys av lönebildningen för akademiker"
http://www.saco.se/globalassets/saco/dokument/rapporter/2004_dennyalonebildningen.pdf
(2015-11-20)

Granqvist L och Regnér H (2009) "Lokal lönebildning i praktiken"
http://www.saco.se/globalassets/saco/dokument/rapporter/2009_lokal_lonebildning.pdf
(2015-11-25)

Konkurrensverket (2014) "Etablering och konkurrens bland vårdcentraler"
http://www.konkurrensverket.se/globalassets/publikationer/rapporter/rapport_2014-2.pdf
(2015-12-28)

Lindh J och Segerpalm H (2014) "Primärvårdens styrning - efter behov eller efterfrågan?"
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utreddingar/Riksrevisionens-granskningsrapporter/Primarvardens-styrning--efter_H2B522/?html=true (2015-11-25)

Läkarförbundet (2013) "Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning"
https://www.slf.se/Pages/62655/Prim%C3%A4rv%C3%A5rdens%20%C3%A4karbemanning_rapport_mars2013.pdf (2015-11-28)

Läkartidningen (2015) "Ökad läkarbrist senaste fem åren"
<http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2016/01/Okad-lakarbrist-senaste-fem-aren/>
(2016-01-28)

Medlingsinstitutet (2015) ”Lönebildning och jämställdhet”

http://www.mi.se/files/PDF-er/att_bestalla/ovrigt/lonojamst_WEBB.pdf

(2015-11-25)

Ohlin E (2003) ”Läkare i Norrland tjänar bäst”

<http://www.lakartidningen.se/OldArticlePdf/#!/2003/26363> (2015-11-25)

Sjukhusläkarna (2015), “Brist på specialistläkare- resultat av sjukhusläkarnas enkät till specialitetsföreningarna april-juni”

http://www.slf.se/upload/Yrkesf%C3%B6reningar/sjukhuslakarna/Specialistlakarbrist_rappor_2015.pdf (2015-11-25)

SKL (2015:1) *Sveriges Kommuner och Landsting* “Tillämpning av lagen om valfrihetssystem (LOV)”

<http://skl.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/lagomvalfrihetssystemlovtillampning.1969.html> (2015-12-28)

SKL (2015:2) *Sveriges Kommuner och Landsting* ”Patientavgifter i hälso- och sjukvården 2015”

<http://skl.se/halsasjukvard/patientinflytande/patientavgifter.246.html> (2015-12-28)

SMER 2015-01 *Statens medicinsk-etiska råd* ”Nyheter – Etiskt nej till medfinansiering i hälso- och sjukvården”

<http://www.smer.se/nyheter/etiskt-nej-till-medfinansiering-i-halso-och-sjukvarden/>

(2016-01-02)

SMER 2015-02 *Statens medicinsk-etiska råd* ”Pressmeddelande – Etiskt nej till medfinansiering i hälso- och sjukvården”

<http://www.smer.se/pressmeddelanden/etiskt-nej-till-medfinansiering-i-halso-och-sjukvarden/>

(2016-01-02)

SOU (2013:15) *Statens offentliga utredningar* ”För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning”

http://www.sls.se/Global/files/L%C3%A4karutbildningsutredningen/b2e9fa9e_komplett.pdf

(2015-12-02)

Strandås Karin (2003) ”Lön för mödan?”

https://www.kommunal.se/KommunalSEof/files/040119151216101/Lon_for_modan.pdf

(2015-11-19)

Svensk Försäkring (2013) ”Vård- och omsorgssystemens utformning och finansiering – en internationell utblick”

http://www.svenskforsakring.se/Global/Rapporter/SF_rapport3_web.pdf (2016-01-03)

Qin Xuezheng m.fl (2012) ”Too Few Doctors or Too Low Wages? Labor Supply of Health Care Professionals in China”

<http://econ.pku.edu.cn/upload/20120912/7801489.pdf> (2015-11-23)

9.3 Datakällor

FEMS, *Federation Europeenne des Medicins Salaries*

http://www.liganet.hu/news/6205/F11-071_EN_European_Hospital_Doctors_Salaries.pdf

(2015-12-03)

Kolada, *Kommun- och landstingsdatabasen*

http://www.kolada.se/?_p=workspace/nt (2015-12-11)

NPS (2008) *Nationella planeringsstödet*

<http://docplayer.se/7752982-Arsrapport-nps-2008-en-analys-av-barnmorskors-sjukskoterskors-lakares-tandhygienisters-och-tandlakares-arbetsmarknad.html>

(2015-12-01)

NPS (2009) *Nationella planeringsstödet*

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8449/2009-126-28_200912628.pdf

(2015-12-11)

NPS (2010) *Nationella planeringsstödet*

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17902/2010-1-10.pdf>

(2015-12-11)

NPS (2011) *Nationella planeringsstödet*

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18233/2011-1-15.pdf>

(2015-12-11)

NPS (2012) *Nationella planeringsstödet*

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18589/2012-1-36.pdf>

(2015-11-22)

NPS (2013) *Nationella planeringsstödet*

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18961/2013-1-18.pdf>

(2015-11-25)

NPS (2014) *Nationella planeringsstödet*

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19347/2014-1-32.pdf>

(2015-11-22)

NPS (2015) *Nationella planeringsstödet*

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19727/2015-2-33.pdf>

(2015-11-22)

OECD, *Organisation for Economic Co-operation and Development*

<http://stats.oecd.org/index.aspx> (2015-12-07)

SCB, *Statistiska centralbyrån* Lönestatistik

http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_AM_AM0110_AM0110A/LoneSpridSektorYrk4/?rxid=d2c17094-ddc9-43ba-90a7-b9954e133e7f (2015-11-15)

SCB, *Statistiska centralbyrån* Yrkesregistret

http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_AM_AM0208_AM0208E/YREG36/?rxid=d2c17094-ddc9-43ba-90a7-b9954e133e7f (2015-11-15)