



Modelbeskrivelse for lægeprognose 2026-2050



Udbuddet af læger og speciallæger

Modelbeskrivelse for lægeprognose 2026-2050

Udbuddet af læger og speciallæger

© Sundhedsstyrelsen, 2026.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-463-6

Sprog: Dansk

Version: 1. version, 2. udgave

Versionsdato: 19.06.2026

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Juni, 2026

*Denne publikation er ikke webtilgængelig. Har du spørgsmål til publikationen,
kan du kontakte SSTUddannelse@SST.DK*

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	3
1. Indledning	4
2. Modelbeskrivelse	5
2.1. Modelinput.....	7
2.1.1. Udgangspopulation.....	7
2.1.2. Håndtering af specialer.....	8
2.1.3. Simulation af lægernes arbejdsmarkedsstatus.....	8
2.1.3.1. Fire kategorier af arbejdsmarkedsstatus.....	8
2.1.3.2. Pension.....	10
2.2. Overgang fra læge til speciallæge (tilgang til hoveduddannelsen).....	10
2.2.1. Stadier i overgangen mod speciallægeanerkendelsen.....	10
2.2.2. Kandidatalder og den fiktive kandidatalder.....	10
2.2.3. Læger i hoveduddannelsesforløb i startåret.....	11
2.2.4. Udvælgelsen til hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen.....	12
2.2.5. Indplacering på specialer.....	12
2.2.6. Overgang fra læge til speciallæge.....	14
2.2.7. Udrejsesandsynlighed for udenlandske kandidater.....	14
2.2.8. Vandring mellem specialer.....	15
2.3. Tilgang af nye læger.....	16
2.3.1. Tilgang af nyuddannede læger.....	16
2.3.2. Tilgang af læger fra udlandet.....	16
2.4. Test af lægeprognosemodellen.....	17
2.5. Scenarier.....	18
2.5.1. Hovedscenariet.....	18
2.5.2. "Status quo scenarie" – besatte forløb lig med gennemsnittet for 2023-2025.....	19
2.5.3. Fuld dimensionering.....	19
2.5.4. Flere forløb end dimensioneringen.....	19
2.5.5. Færre forløb end dimensioneringen.....	19
3. Bilagsfortegnelse	20

1. Indledning

Sundhedsstyrelsen udarbejder med hjælp fra Sundhedsdatastyrelsen prognoser for udbuddet af læger og speciallæger for at følge den forventede udvikling af det lægelige arbejdsmarked. De nye fremskrivninger af udbuddet af læger og speciallæger 2026-2050 bygger på de samme metodiske forudsætninger som den foregående prognose for 2024-2050.

Prognosen fremskriver antallet af læger og speciallæger, der er til rådighed for det danske sundhedsvæsen frem til og med 2050, og fungerer som et scenarieværktøj i fastsættelsen af antallet af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen og rådgivning om kandidatproduktionens størrelse.

Prognosefremskrivningerne er baseret på en række forudsætninger og antagelser herunder blandt andet fremskrivninger af kandidatproduktionen fra Uddannelses- og Forskningsministeriet, den forventede ind- og udvandring, pensionsmønstre, forventede levetider med mere. I prognosen indgår tre scenarier for udviklingen af antallet af læger og fem scenarier for udviklingen i antallet af speciallæger. Scenarierne giver forskellige billeder af, hvordan udviklingen kan blive, afhængigt af om der eksempelvis ændres i optaget på universiteterne, eller der foretages ændringer af den nuværende dimensionering af speciallægeuddannelsen.

Arbejdet med prognose er forankret i det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse.

2. Modelbeskrivelse

Lægeprognosen er en såkaldt mikrosimulationsmodel, der simulerer alle autoriserede lægers fremtidige tilknytning til arbejdsmarkedet, tilbagetrækning og uddannelse til speciallæge. Ud over de omkring 29.650 autoriserede læger, der findes i startåret 2023, tilgår i hvert af prognoseårene nye læger, der opnår lægefaglig autorisation. I hvert af prognoseårene er der samtidigt læger, der forlader arbejdsstyrken (pension, orlov, død jf. afsnit 2.1 og Figur 1).

Mikrosimulationsmetoden indebærer, at der for hvert prognoseår er sandsynligheder for, at en læge overgår fra én status på arbejdsmarkedet til en anden, fx fra at være i arbejde til at gå på pension. På samme måde er der en vis sandsynlighed for, at en læge uden speciale påbegynder et hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen. Sandsynligheden for at overgå til en ny status i forhold til arbejdsmarkedet er beregnet ud fra køns- og aldersspecifikke data om læger og speciallæger fra 2018-2023.

Mikrosimulationen gentages flere gange for at opnå et resultat, som er mindre påvirket af enkelte udsving. For små grupper er én simulation behæftet med større risiko for udsving end gennemsnittet af flere gentagne simulationer.

Lægeprognosen indeholder scenarier for udvikling i antallet af læger og speciallæger. Der udarbejdes dels et grundscenarie af udvikling i udbuddet af læger og et hovedscenarie, som udgør prognosens hovedfremskrivning af udvikling i udbuddet af speciallæger. Herudover udarbejdes scenarier, hvor der eksempelvis er ændret i antagelser om antallet af nyuddannede kandidater. Scenarierne er udarbejdet for at belyse, hvilken betydning ændringer af antagelser kan have for det forventede udbud af læger og speciallæger.

Scenarierne er beskrevet yderligere i afsnit 2.5.

For antal læger er udfærdiget følgende scenarier:

1. Grundscenariet, som baseres på Uddannelses- og Forskningsministeriets fremskrivning af kandidatproduktionen (jf. Bilag 1)
2. Scenarie 2¹, der viser den forventede udvikling i antallet af læger, hvis kandidatproduktionen reduceres med 200 pr. år
3. Scenarie 3¹, der viser den forventede udvikling i antallet af læger, hvis kandidatproduktionen øges med 200 pr. år

For antal speciallæger er udfærdiget for grundscenariet følgende scenarier:

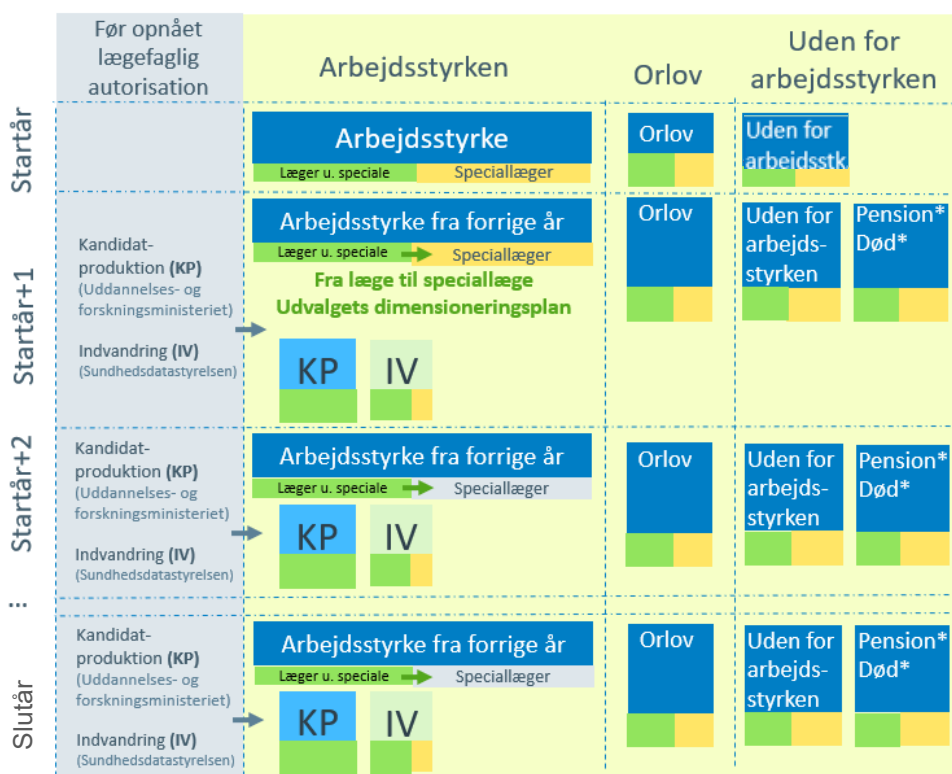
- A. Hovedscenariet, baseres på en beregning af antallet af besatte hoveduddannelsesforløb ud fra foregående års tendenser (2024-2025) (jf. Oversigt A – Bilag 2)
- B. Scenarie B, hvor antallet af besatte hoveduddannelsesforløb sættes lig det gennemsnitlige antal besatte forløb i perioden 2023-2025 (jf. Oversigt B – Bilag 3)

¹ For scenarie 2 og 3 udfærdiges følgende scenarie: hovedscenariet, baseres på en beregning af antallet af besatte forløb ud fra foregående års tendenser (2022-2023) (jf. oversigt A).

- C. Scenarie C, hvor samtlige hoveduddannelsesforløb i dimensioneringsplanen besættes (jf. Oversigt C – Bilag 4)
- D. Scenarie D, hvor antallet af besatte hoveduddannelsesforløb sættes 10 pct. højere end dimensioneringen, dog minimum ét forløb højere end dimensioneringen (Jf. Oversigt D- Bilag 5)
- E. Scenarie E, hvor antallet af besatte hoveduddannelsesforløb sættes 10 pct. mindre end dimensioneringen, dog minimum ét forløb mindre end dimensioneringen (jf. Oversigt E – Bilag 6)

Figur 1 giver en oversigt over lægeprognosemodellen og de områder, der er indarbejdet i simuleringen. Populationen af autoriserede læger vises på den lysegrønne baggrund, med de kategorier lægerne kan bevæge sig imellem. Venstre søjle i figuren beskriver tilgangen af læger til populationen, og de grønne pile viser overgangen fra læge til speciallæge.

Figur 1. Oversigt over lægeprognosemodellen



Note: Den lysegrønne baggrund viser populationen af autoriserede læger, mens den lysegrå viser tilgangen til lægepopulationen. I arbejdsstyrken inkluderes autoriserede læger, der i prognoseåret enten er nyuddannede eller indvandret. De lysegrå og lysegule bokse under kategorierne angiver andelen af læger med og uden speciale. * Læger i kategorierne pension og død kan ikke længere skifte kategori, hvorimod personer i og uden for arbejdsstyrken samt på orlov kan skifte kategori.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen

I de følgende afsnit beskrives følgende dele af lægeprognosemodellen:

- Modelinput
 - Udgangspopulation
 - Simulation af lægernes arbejdsmarkedsstatus
 - Pension
- Overgang fra læge til speciallæge (tilgang til hoveduddannelse)
- Tilgang af nye læger
- Test af lægeprognosemodellen
- Scenarier

2.1. Modelinput

Det primære datagrundlag for lægeprognosen er Sundhedsdatastyrelsens Bevægelsesregister (BVR), hvor oplysninger om lægers autorisation fra Sundhedsdatastyrelsens Statistiske Autorisationsregister (AUT) er sammenkædet med blandt andet uddannelses- og arbejdsmarkedsoplysninger fra Danmarks Statistik. Prognosen baserer sig på den seneste version af BVR, der er opdateret i 2025 og indeholder data til og med 2023. Opgørelsen er opgjort med status i november i årene.

Data fra 2018-2023 benyttes til at bestemme sandsynligheden for at overgå fra én status på arbejdsmarkedet til en anden, fx at gå fra at være læge uden speciale til speciallæge eller fra arbejde til pension. Ud over disse input bygger modellen også på Uddannelses- og Forskningsministeriets prognose for antallet af nye kandidater fra medicinuddannelsen og opgørelser af kandidatalder fra videreuddannelsesregionerne (jf. Bilag 1).

Kilderne til datagrundlaget anvendt i lægeprognosemodellen:

- Sociodemografiske data fra Danmarks Statistik
 - Køn og alder
 - Arbejdsmarkedstilknytning (fx orlov, pension)
- Lægefaglige autorisation og speciallægeanerkendelse fra Styrelsen for Patientsikkerhed
- Sandsynlighed for død fra CPR-registret
- Prognose for kandidatproduktionen fra Uddannelses- og Forskningsministeriet
- Dimensionering af speciallægeuddannelsen fra Sundhedsstyrelsen
- Kandidatalder og antal besatte hoveduddannelsesforløb fra de tre videreuddannelsesregioner

2.1.1. Udgangspopulation

Udgangspopulationen omfatter autoriserede læger i 2023 under 75 år. Læger på pension er ikke en del af udgangspopulationen. Grænsen på de 75 år er valgt, da lægers tilladelse til selvstændigt virke bortfalder, når lægen fylder 75 år.

Udgangspopulationen omfatter 29.649 autoriserede læger i arbejdsstyrken (beskæftigede (28.211) og ledige læger (200)) og 1.438 læger på orlov i alt 29.649 læger. Derudover omfatter udgangspopulationen 685 læger uden for arbejdsstyrken, som hverken er på pension eller

orlov. Læger på orlov og øvrige læger uden for arbejdsstyrken inkluderes i udgangspopulationen, da der er en vis sandsynlighed for, at de vender tilbage til arbejdsstyrken.

2.1.2. Håndtering af specialer

Er samme læge registreret med flere specialer i BVR, benyttes det senest erhvervede speciale, dog således at erhvervet grenspeciale har forrang for grundspecialerne intern medicin og kirurgi i 1996-uddannelsesordning.

Tidligere specialer er registreret på følgende måde:

- medicinsk allergologi under Intern medicin: lungesygdomme,
- medicinsk hepatologi under Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi,
- kirurgisk gastroenterologi under Kirurgi,
- klinisk neurofysiologi under Neurologi,
- diagnostisk radiologi under Radiologi og
- terapeutisk radiologi under Klinisk onkologi.

Øvrige specialer på tværs af ordninger og navngivninger er medtaget under sidste godkendte specialenavn. Fx nuværende speciale klinisk biokemi indeholder tidligere speciale på tværs af ordninger og navngivning; det vil sige, at der også indgår personer i BVR 2023 med en specialedato i 1993 eller før, hvor specialet blev betegnet klinisk kemi.

Fremgangsmåden betyder, at fremskrivningerne af de enkelte specialer passer til specialestrukturen i 2023. Fremskrivningerne omfatter således de samme specialer som i de tidligere lægeprognoser.

2.1.3. Simulation af lægernes arbejdsmarkedsstatus

I lægeprognosemodellen opdeles alle autoriserede læger i fire kategorier, der angiver deres tilknytning til arbejdsmarkedet i henhold til Danmarks Statistiks variable for socioøkonomisk status² og orlov fra beskæftigelse³.

2.1.3.1 Fire kategorier af arbejdsmarkedsstatus

Alle læger i modellen opdeles i følgende fire kategorier i forhold til arbejdsmarkedsstatus:

- Arbejdsstyrken eksklusiv orlov (ARB) omfatter læger i arbejde og ledige der står til rådighed for arbejdsmarkedet.
- Orlov (ORL) omfatter læger på børnepasningsorlov, fravær på grund af sygdom og fravær på grund af barsel.
- Pension (PEN) opfatter læger på pension; men ikke førtidspensionerede.
- Øvrige uden for arbejdsstyrken (UAR) omfatter læger, der *ikke* står til rådighed for arbejdsmarkedet, heriblandt førtidspensionerede og udrejste. Gruppen indeholder *ikke* læger på pension og orlov.

² <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/moduldata-for-arbejdsmarked/soc-status-kode>

³ <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/moduldata-for-arbejdsmarked/fravaer-besk-kode>

Det er indarbejdet i modellen, at læger, der er fyldt 75 år automatisk overgår til pension uafhængig af deres tilknytning til arbejdsmarkedet, jf. 2.1.3.2. for yderligere information.

Ud over lægernes tilknytning til arbejdsmarkedet opdeles lægerne også efter uddannelsesstatus (jf. afsnit 2.2.6) Overgang fra læge til speciallæge) og i hvert prognoseår er der desuden indarbejdet en risiko for at afgå ved døden.

For at modellere bevægelserne på arbejdsmarkedet er det nødvendigt at kende sandsynlighederne for at gå fra én status til en anden. I modellen anvendes information om, hvad sandsynligheden er, for at en læge i et givent år fx går fra at være i arbejde til i det efterfølgende år at være på orlov. Sådant en sandsynlighed kaldes en overgangssandsynlighed (jf. Bilag 7). Overgangen mellem arbejdsmarkedstilknytninger (de fire kategorier) i lægeprognosemodellen afhænger af alder, køn og om lægen har en speciallægeanerkendelse eller ej.

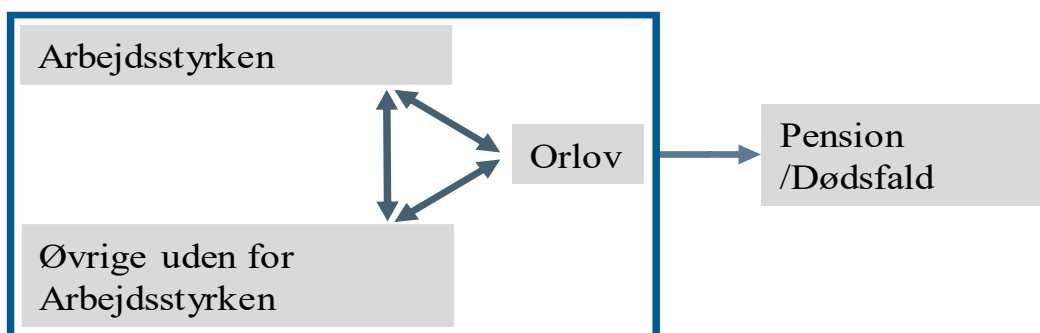
I Bilag 8 vises et eksempel på estimerede overgangssandsynligheder fordelt på alder for en kvindelig læge i arbejdsstyrken. Af figuren fremgår det, at der for en 29-årig kvindelig speciallæge er 21 pct. sandsynlighed for at gå fra arbejdsstyrken til orlov og omkring 76 pct. sandsynlighed for at forblive i arbejdsstyrken. De resterende 3 pct. er sandsynligheden for pensionering eller udtrædelse af arbejdsstyrken. For en 70-årig kvindelig speciallæge i arbejde er der 24 pct. sandsynlighed for at gå på pension. Overgangssandsynlighederne afhænger af køn og alder, samt om hvorvidt lægen er speciallæge. Overgangssandsynlighederne kan dermed være forskellige for en 35-årig kvindelig speciallæge og en 35-årig kvindelig læge uden speciallægeanerkendelse.

På baggrund af overgangssandsynlighederne modelleres bevægelserne på arbejdsmarkedet og de kan ses som et vejkort prognosen følger.

For at gå fra overgangssandsynlighed til udfald og realisere overgangene, foretages tilfældige træk fra en uniform fordeling (jf. Bilag 9).

I Figur 2 illustreres de tilknytninger, lægen kan have til arbejdsmarkedet og hvilke tilknytninger, de kan bevæge sig mellem. Overgår lægen til pension eller død kan vedkommende ikke indgå i arbejdsstyrken igen.

Figur 2. Bevægelser i prognosemodellen, bevægelse på arbejdsmarkedet



Kilde: Sundhedsdatastyrelse.

I Bilag 10 gennemgås et eksempel på et simuleret forløb, hvor overgangssandsynlighederne og de tilfældige træk benyttes til at simulere et forløb for én læge.

2.1.3.2 Pension

Det er i lægeprognosemodellen muligt at gå på pension af to årsager:

1. Læger under 75 år overgår til pension via udregnet overgangssandsynligheder, jf. beskrivelsen i foregående afsnit 2.1.3.1.
2. Læger der fylder 75 år skifter arbejdsmarkedsstatus til pension uafhængig af deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Grænsen på de 75 år er valgt, da lægers tilladelse til selvstændigt virke bortfalder, når lægen fylder 75 år.

Langt de fleste læger i modellen går på pension inden de fylder 75 år som følge af den fastlagte mikrosimulation. Personer i og uden for arbejdsstyrken samt på orlov kan skifte kategori, mens læger i kategorierne pension og død ikke længere kan skifte kategori, jf. Figur 1.

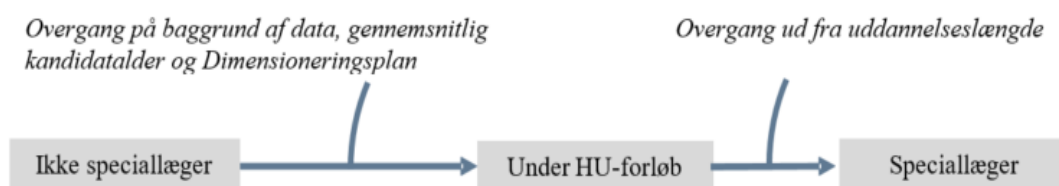
2.2. Overgang fra læge til speciallæge (tilgang til hoveduddannelsen)

En væsentlig del af lægeprognosen er fremskrivninger af antallet af speciallæger inden for hvert speciale. I modellen udvælges ud fra lægernes alder og fiktive kandidat alder hvert prognoseår et antal læger svarende til dimensioneringen til at påbegynde et hoveduddannelsesforløb (jf. nedenfor). For eksempel udvælges der i startåret 2023 en gruppe af læger fra udgangspopulationen, der hverken har en speciallægeuddannelse eller er i gang med et hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen. Den fiktive kandidat alder angiver, hvor mange år det er siden, lægen fik autorisation som læge (jf. afsnit 2.2.2).

2.2.1. Stadier i overgangen mod speciallægeanerkendelsen

Figur 3 illustrerer de tre stadier lægerne i modellen kan befinde sig i ved overgang fra læge til speciallæge.

Figur 3. Stadier i overgangen fra læge til speciallæge



Kilde: Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen

2.2.2. Kandidatalder og den fiktive kandidat alder

Kandidatalderen angiver tiden mellem opnået autorisation og påbegyndelse af hoveduddannelsen og den "fiktive kandidat alder" er baseret på dato for lægefaglig autorisation og dato for speciallægeuddannelsen fratrukket den normerede hoveduddannelsesetid for det enkelte speciale. Modellen skal estimere, ved hvilken kandidat alder autoriserede læger typisk begynder deres hoveduddannelsesforløb. Den fiktive kandidat alder benyttes i

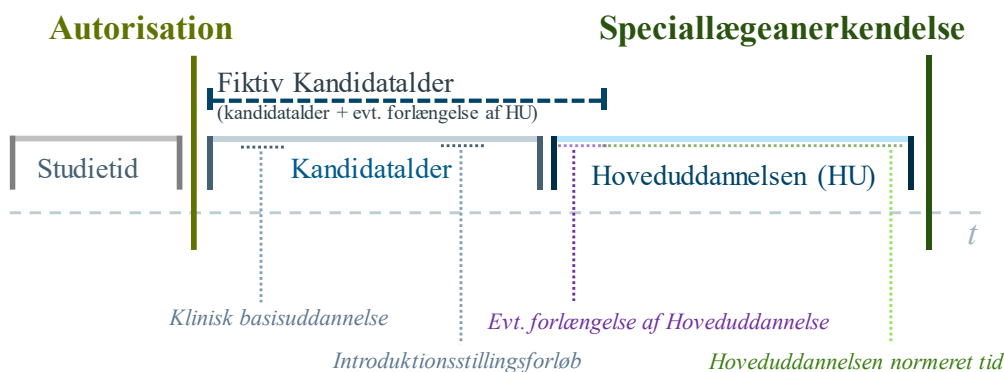
modellen, da der ikke findes tilgængelige data for den enkelte læges starttidspunkt i hoveduddannelsen i de centrale registre.

For hver læge observeres følgende tre datapunkter i overgangen fra autoriseret læge til speciallæge:

- Autorisationsår
- År for opnåelse af speciallægeanerkendelse
- Speciale

Figur 4 illustrerer et uddannelsesforløb for en læge fra autorisation til speciallægeanerkendelse. I figuren er både den faktiske kandidatalder og den fiktive kandidatalder illustreret. Den fiktive kandidatalder findes ved at trække den normerede uddannelsestid fra tidspunktet for speciallægeanerkendelsen. For de læger, der forlænger hoveduddannelsen, vil den fiktive kandidatalder ved hoveduddannelsesstart således også inkludere tiden hoveduddannelsesforløbet er forlænget med.

Figur 4. Overgangen fra læge til speciallæge, kandidatalder og fiktiv kandidatalder



Kilde: Sundhedsstyrelsen

En sammenligning af den fiktive kandidatalder beregnet for data i 2023 og den indberettede kandidatalder i 2025 for dansk uddannede læger fremgår af Bilag 11. Det fremgår af bilaget, at den fiktive kandidatalder er større end den indberettede for de fleste specialer, hvilket er forventeligt, da den fiktive kandidatalder også inkluderer tiden ud over normeret tid i hoveduddannelsen. Brugen af den fiktive kandidatalder har ingen betydning for tidspunktet for lægens opnåelse af speciallægeanerkendelsen.

2.2.3. Læger i hoveduddannelsesforløb i startåret

Der foreligger ikke tilgængelige data i de centrale registre om, hvilke læger der er i gang med et hoveduddannelsesforløb ved startåret 2023 men udelukkende persondata om, hvorvidt lægerne er speciallæger eller ej. I prognosemodellen indplaceres læger uden speciale i et hoveduddannelsesforløb fra 2018 og frem, hvilket skal sikre, at læger der allerede er i hoveduddannelsesforløbet ikke udvælges til hoveduddannelsesforløb igen i prognoseårene 2024-2050.

Lægerne, der udtrækkes og indplaceres på specialer fra 2019 til 2023, findes efter samme princip som i prognoseårene. Det antages, at gennemførelstiden for alle hoveduddannelsesforløb er den normerede tid (Tabel 1).

Fra 2019 til 2023 udvælges læger til speciallægeuddannelser, der er normeret til fem år.

Fra 2020 til 2023 udvælges læger til speciallægeuddannelser, der er normeret til fire eller fire og et halvt år. Lægerne er valgt til speciallægeuddannelser, så de er færdige i 2023 eller senere, men startet i 2023 eller før. Antallet af hoveduddannelsesforløb på hvert speciale følger det realiserede optag.

2.2.4. Udvalgelsen til hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen

I første trin, og inden lægerne bliver tilknyttet et specifikt speciale, udvælges et antal læger svarende til dimensioneringen. Lægerne udvælges efter den fordeling, der er præsenteret i Tabel 1. Fordelingen kan ses som en fordelingsnøgle til udvalgelsen og indeholder også fire udvælgelseskriterier. Lægen skal være mellem 26 og 55 år gammel, der tidligere har vist at der er ikke nogen læger, der starter på en speciallægeuddannelse efter det fyldte 55 år, eller læger yngre end 26 år. Kandidatalder er valgt mellem 2 og 20 år ved start på hoveduddannelsesforløb, da læger først er kvalificeret til at starte på hoveduddannelsesforløb efter 2 år (skal have gennemført KBU og Introduktionsforløb i specialet). Og under en procent starter hoveduddannelsesforløb efter 20 år fra 2019 til 2023. For at sikre, at der er observationer i alle alders- og kandidataldersgrupper er begge variabler inddelt i tre intervaller.

Lægen må desuden ikke have en speciallægeanerkendelse i forvejen eller i forvejen være udvalgt til hoveduddannelsesforløb i modellen. Fordeling er fastlagt ud fra lægernes alder og fiktiv kandidatalder ved start på hoveduddannelsesforløb fra 2018 til 2022.

Tabel 1. Fordeling af læger uden speciale ved start på HU-forløb efter aldersgruppe og fiktiv kandidatalder, 2018-2022

Aldersgruppe	Fiktiv kandidatalder ved start på HU-forløb		
	2-4 år	5-9 år	10-20 år
26 til 35 år	27,8 pct.	28,3 pct.	0,0 pct.
36 til 45 år	4,4 pct.	25,3 pct.	13,1 pct.
46 til 55 år	0,4 pct.	0,2 pct.	0,5 pct.

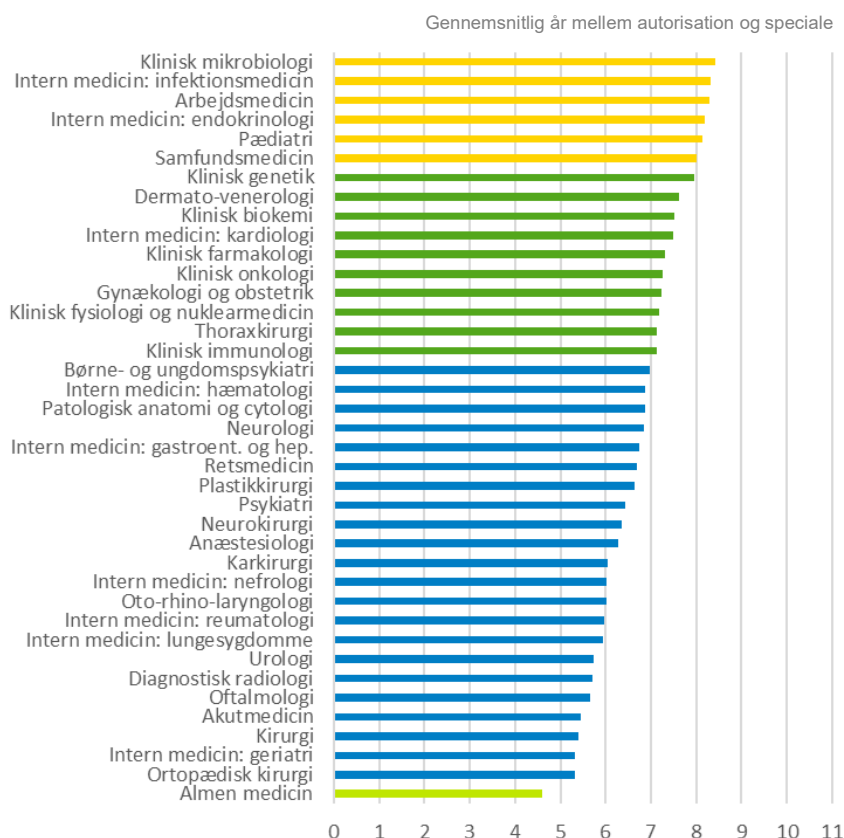
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen

2.2.5. Indplacering på specialer

Efter lægerne er udvalgt til at starte på et hoveduddannelsesforløb, bliver de indplaceres på et specifikt speciale i modellen. Dette gøres ved at inddele alle specialerne i fire specialergrupper efter den gennemsnitlige fiktive kandidatalder, som specialets kandidater har ved start på specialeuddannelsesforløbet. Den gennemsnitlige fiktive kandidatalder og de fire

specialegrupper er angivet i Figur 5. Det er baseret på data fra 2012-2023 for at få tilstrækkelige data, da nogle af specialerne er små.

Figur 5. Gennemsnitlig fiktiv kandidatalder ved start på HU-forløbet inddelt i fire specialegrupper og pr. speciale



Kilde: Bevægelsesregisteret 2023, Sundhedsdatastyrelsen

Efter specialerne er inddelt i de fire specialegrupper, estimeres fordelingen af den fiktive kandidatalder for de fire specialegrupper, specialerne er inddelt i. Fordelingerne ses i Bilag 12. Denne fordeling benyttes i tilknytningen af specialer til de læger, der er udvalgt til et hoveduddannelsesforløb, så både middelværdien og spredningen benyttes.

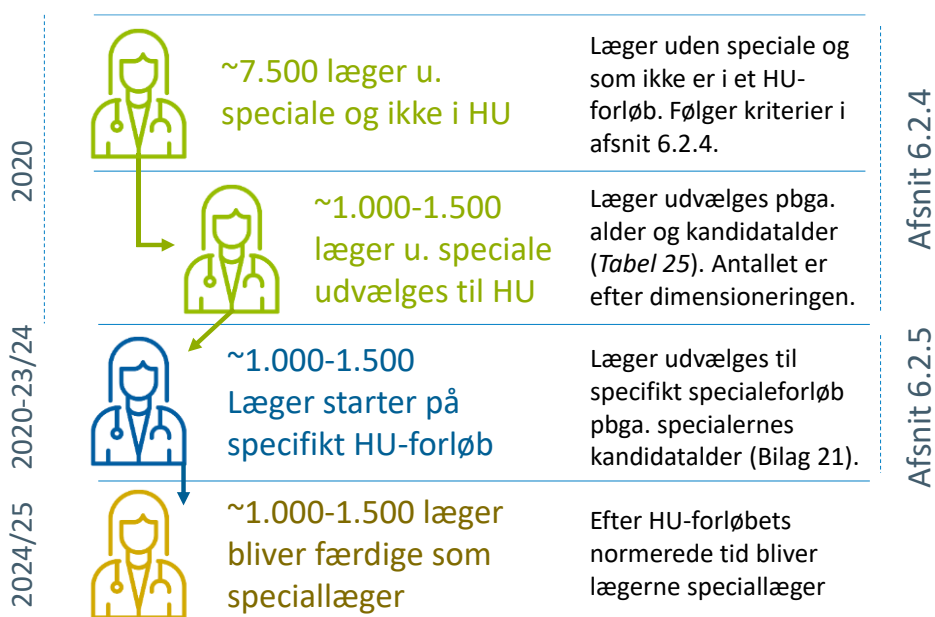
På denne måde vil størstedelen af læger med lav fiktiv kandidatalder blive tilknyttet et speciale, hvor lægerne historisk har en gennemsnitlig lav fiktiv kandidatalder. I enkelte tilfælde kan et speciale med en gennemsnitlig høj fiktiv kandidatalder knyttes til en læge med lav fiktiv kandidatalder. Dette afhænger af fordelingerne præsenteret i Figur 5. Grupperne er inddelt efter deres gennemsnitlige kandidatalder.

Specialerne er inddelt i grupper, så forskelle i lægernes kandidatalder ved start på hoveduddannelsesforløbet på tværs af specialer også afspejles i modellen. Inddelingen i fire grupper er valgt, så der er tilstrækkelige forløbsdata i dem alle.

2.2.6. Overgang fra læge til speciallæge

Figur 6 illustrerer overgangen fra læge til speciallæge, som den simuleres i lægeprognosemodellen. Lægerne udvælges til at påbegynde et givent speciale fra 2018 til 2022 og derefter i hvert af prognoseårene. Lægerne får tildelt det specifikke speciale som beskrevet i afsnit 2.2.5.

Figur 6. Illustration af overgang fra læge til speciallæge i 2020 (eksempel)



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen

Note:  er læger uden speciale.  er læger i HU-forløb.  er speciallæger

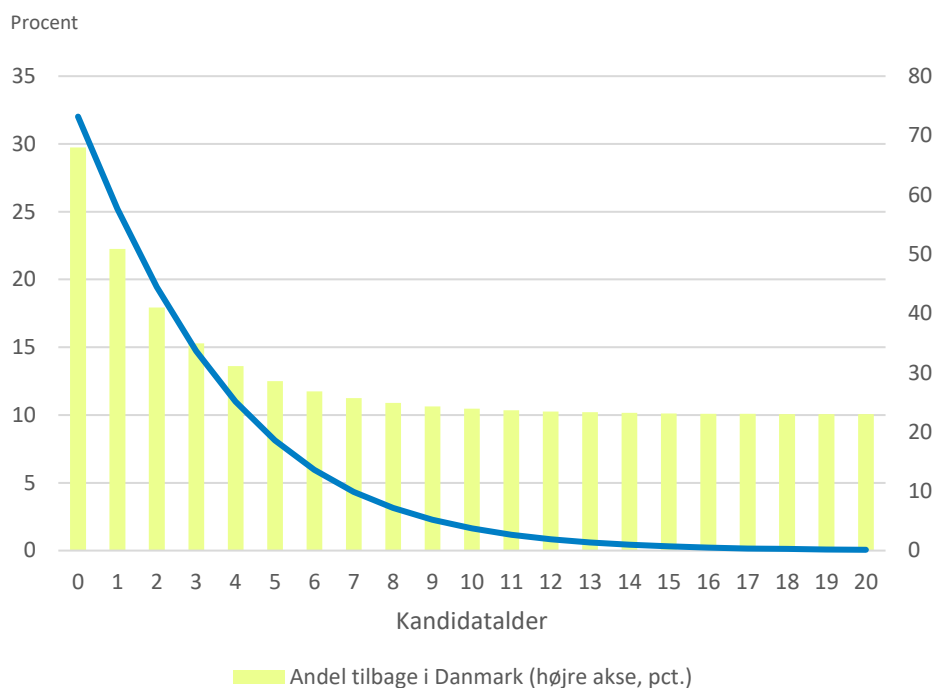
2.2.7. Udrejsesandsynlighed for udenlandske kandidater

I 2023 dimitterende omkring 190 udenlandske studerende fra medicinstudiet i Danmark og mange af disse udrejste i årene efter. Der findes for de udenlandske kandidater en anden udrejseadfærd end der gør for læger med dansk statsborgerskab.

I lægeprognosemodellen indarbejdes en øget udrejsetilbøjelig for de udenlandske statsborgere uddannet i Danmark. Det er en udrejsesandsynlighed, der er ud over den udrejsesandsynlighed, der medtages i arbejdsmarkedsstatussen "øvrige uden for arbejdsstyrken". Den øgede udrejsesandsynlighed gælder ikke for speciallæger eller læger i gang med hoveduddannelsesforløbet.

Udrejsesandsynligheden findes ved en binomial logistisk regression for udenlandske statsborgere uddannede i Danmark. Udrejsesandsynligheden er alene afhængig af og faldende med kandidatalderen. Det fremgår af Figur 7, hvor stor en andel af de udenlandske læger, der er tilbage i Danmark, og sandsynligheden for at udrejste læger vender tilbage til Danmark.

Figur 7. Udrejsesandsynlighed for udenlandske kandidater, 2018-2023



Note: Udrejsesandsynlighed på baggrund af en binomial logistisk regression. Regression estimerede sandsynlighed for udrejse som forklarede variabel og kandidatalderen som forklarende variabel.

Kilde: Bevægelsesregisteret 2023, Sundhedsdatastyrelsen

2.2.8. Vandring mellem specialer

Tidligere i 1996-uddannelsesordningen erhvervede mange læger sig mere end et speciale. Med de tidligere uddannelsesbestemmelser var det muligt at opnå såvel grundspeciale som et eller flere grenspecialer. Der kunne også være tale om erhvervelse af to eller flere grundspecialer. Særligt har mange læger med speciale i almen medicin efterfølgende erhvervet sig et andet speciale. Lægerne i prognosen er registeret under senest erhvervede speciale, og prognosen ser bort fra vandring mellem specialer⁴.

⁴ Grenspeciale har dog forrang for grundspecialerne intern medicin og kirurgi.

2.3. Tilgang af nye læger

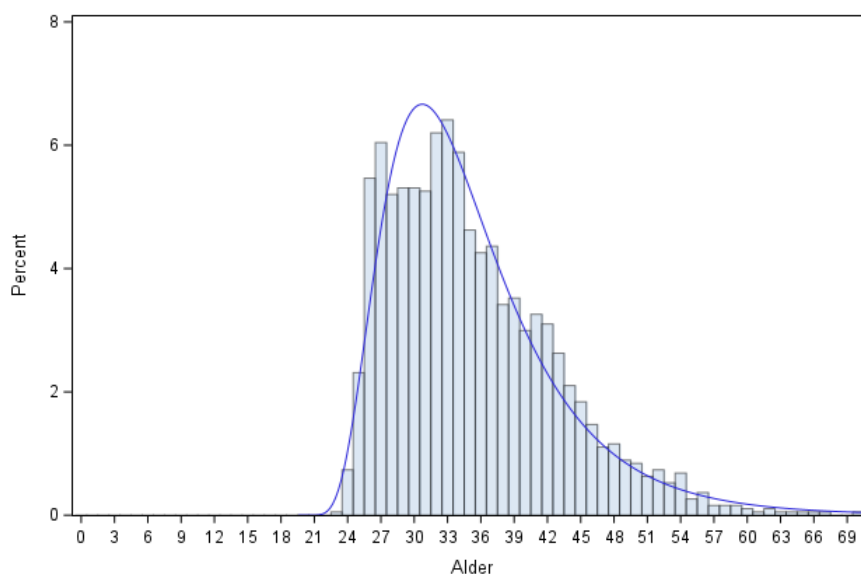
Det er indtil nu beskrevet, hvordan læger bevæger sig på arbejdsmarkedet og hvordan de indplaceres på speciallægeuddannelserne. I dette afsnit beskrives det, hvordan nyuddannede læger og læger fra udlandet tilføjes til lægepopulation.

2.3.1. Tilgang af nyuddannede læger

Lægeprognosemodellen anvender input fra Uddannelses- og Forskningsministeriet, der estimerer den forventede kandidatproduktion i prognoseårene. I Uddannelses- og Forskningsministeriets fremskrivning findes også den forventede kønsfordeling, men den forventede alder for nyuddannede læger estimeres ud fra data fra 2019-2023. Uddannelses- og Forskningsministeriet antager, at 10 pct. af de nyuddannede læger er udenlandske statsborgere (jf. Bilag 1). Denne antagelse benyttes også i prognosemodellen.

I Figur 8 ses fordelingen af alderen ved autorisationsåret i årene 2018-2022. Denne fordeling benyttes, når alderen for de nyautoriserede læger, der tilføjes lægepopulationen, skal angives.

Figur 8. Aldersfordeling for nyautoriserede læger uddannet i Danmark, 2013-2023



Kilde: Bevægelsesregisteret 2023, Sundhedsdatastyrelsen

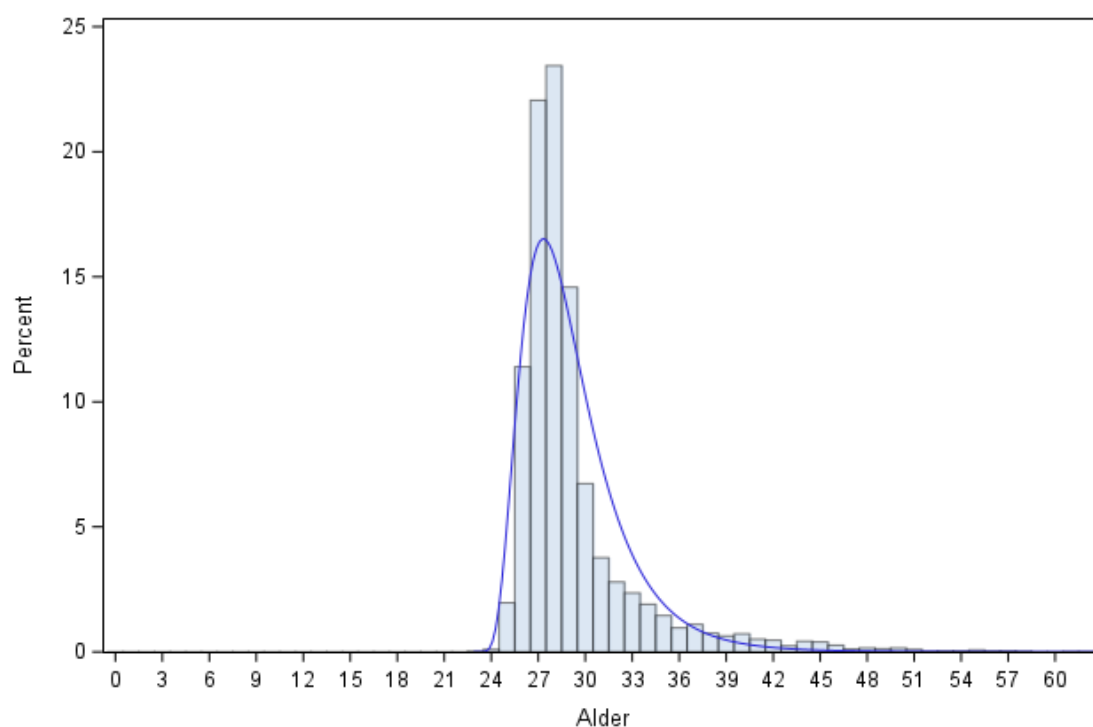
2.3.2. Tilgang af læger fra udlandet

Omkring 80-120 udenlandske statsborgere får hvert år tilkendt autorisation for en lægefaglig uddannelse, de har fået i udlandet. Derfor tilføjes der 75 nye læger til udgangspopulation hvert år i lægeprognosemodellen. Dette er både læger med og uden speciale. Omkring 60 pct. af alle de indvandrede læger fra 2012-2023 havde et speciale.

I modellen udvælges de udenlandske læger til et speciale på baggrund af fordelingen af specialer, som speciallæger, der kom til Danmark havde fra 2012-2023. Fx var omkring 10 pct., af de udenlandske speciallæger, speciallæger i almen medicin.

I Figur 9 findes og benyttes alderen på de nyautoriserede udenlandske læger, som den gør i afsnit 2.3.1. Kønsfordelingen fra 2012-2023 benyttes i simulationen.

Figur 9. Aldersfordeling for nyautoriserede udenlandske læger, 2012-2023



Kilde: Bevægelsesregisteret 2023, Sundhedsdatastyrelsen

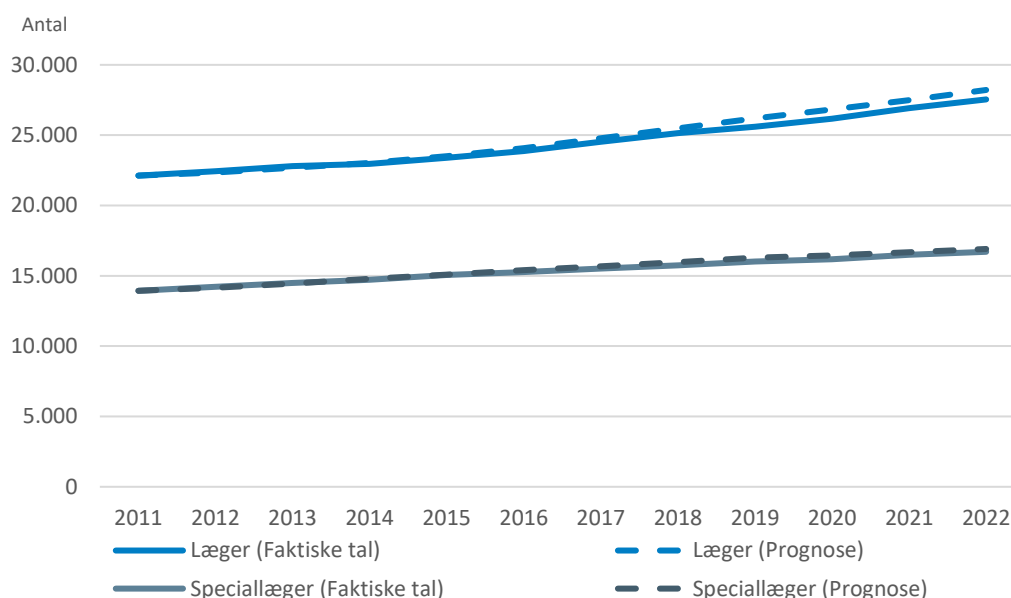
2.4. Test af lægeprognosemodellen

For at vurdere lægeprognosemodellens validitet og robusthed, er prognosen testet på data fra 2005 og til og med 2010, og ladet prognoseårene gå fra 2011 til 2022. Det er derefter muligt at sammenligne resultaterne fra prognosefremskrivningerne på allerede kendt data.

Lægeprognosemodellen estimerer det fremtidige antal af læger i arbejdsstyrken til at stige fra 22.125 i 2011 til 28.214 i 2022, mens det faktisk antal steg til 27.543 i 2022, jf. Figur 10. For speciallæger estimerer modellen, at antallet stiger fra 13.936 i 2011 til 16.709 i 2022. Det faktiske antal af speciallæger stiger til 16.910 i 2019.

Modellen følger den overordnede udvikling og estimerer over 11 år, at antallet af læger og speciallæger er henholdsvis 671 højere og 201 lavere end det faktisk antal læger/speciallæger.

Figur 10. Prognose og faktisk data, autoriserede læger i arbejdsstyrken, 2011-2022



Noter: Prognosen benytter bevægelserne på arbejdsmarkedet fra 2003-2008 og det faktiske antal af færdiguddannede speciallæger som dimensioneringsplan. Der ses alene på personer under 75 år.

Kilde: Bevægelsesregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

2.5. Scenarier

2.5.1. Hovedscenariet

Antallet af besatte uddannelsesforløb i prognosens hovedscenarie er fastlagt på baggrund af to forskellige metoder.

1) For perioden 2019-2025 er antallet af besatte hoveduddannelsesforløb fastlagt på baggrund af regionernes indberetning af faktisk besatte hoveduddannelsesforløb, da læger, der påbegyndte speciallægeuddannelsen i 2019 først kan forventes at færdiggøre deres speciallægeuddannelse i prognosens første fremskrivningsår, 2024. Specialer med en fireårig hoveduddannelse fordeles fra 2020 og frem. Specialer med en femårig hoveduddannelse fordeles fra 2019 og frem.

2) For perioden 2026 og frem er antallet af besatte hoveduddannelsesforløb fastlagt på baggrund af en teknisk beregning baseret på regionernes indberetning af besatte forløb samt det forventede antal af læger, der kan påbegynde en hoveduddannelse. Det antages, at der i 2026 er 1.153 læger, som vil påbegynde en hoveduddannelse, svarende til 93 pct. af alle hoveduddannelsesforløb i Dimensioneringsplan 2026.

Det antages, at der i årene 2027 og 2028 vil være 1.178 læger årligt, som påbegynder en hoveduddannelse, svarende til 95 pct. af alle hoveduddannelsesforløb i den gældende Dimensioneringsplan for 2026-2030.

Det antages, at der i 2029 vil blive besat 1.215 forløb, svarende til 98 pct. af alle hoveduddannelsesforløb i den gældende Dimensioneringsplan for år 2026, og fra 2030 og frem besættes 1.240 forløb svarende til Dimensioneringsplan for 2026-2030.

Fordelingen af kandidater i 2026 og frem bygger på en række forudsætninger og beregninger, som tager udgangspunkt i antallet af besatte uddannelsesforløb i 2024 og 2025. For at udjævne eventuelle tilfældige og ikke retningsvisende besættelsesprocenter i 2024 og 2025 i forhold til Dimensioneringsplanen, udarbejdes en beregning af 2025x, som angiver forholdet mellem antallet af besatte forløb i 2024 og 2025 sammenholdt med Dimensioneringsplan for året 2026. Fremgangsmåden fremgår af Bilag 13.

2.5.2. "Status quo scenarie" – besatte forløb lig med gennemsnittet for 2023-2025

For at vise, hvilken indflydelse det har på den forventede udvikling i antallet af speciallæger, hvis færre forløb end forventet i hovedscenariet besættes, er der udfærdiget et scenarie, der viser, hvordan udviklingen vil være, hvis antallet af besatte forløb fra 2026 og frem svarer til det gennemsnitlige antal besatte forløb i perioden 2023-2025. Se Bilag 3 (Oversigt B) for fordelingen af hoveduddannelsesforløb.

2.5.3. Fuld dimensionering

For at vise, hvilken indflydelse det har på den forventede udvikling i antallet af speciallæger, hvis flere forløb end forventet i hovedscenariet besættes, er der udfærdiget et scenarie, der viser, hvordan udviklingen vil være, hvis antallet af besatte forløb fra 2026 svarer til at alle dimensionerede forløb i Dimensioneringsplanen 2026-2030 besættes. Se Bilag 4 (Oversigt C) for fordelingen af hoveduddannelsesforløb.

2.5.4. Flere forløb end dimensioneringen

For at vise, hvilken indflydelse det har på den forventede udvikling i antallet af speciallæger, hvis flere forløb end dimensioneringsplanen foreskriver besættes er der udfærdiget et scenarie, hvor der besættes 10 pct. flere forløb end den aktuelle dimensionering af speciallerne. Dog minimum et forløb mere end dimensioneringen. Se Bilag 5 (Oversigt D) for fordelingen af hoveduddannelsesforløb.

2.5.5. Færre forløb end dimensioneringen

For at vise, hvilken indflydelse det har på den forventede udvikling i antallet af speciallæger, hvis færre forløb end dimensioneringsplanen foreskriver besættes er der udfærdiget et scenarie, hvor der besættes 10 pct. færre forløb end den aktuelle dimensionering af speciallerne. Dog minimum et forløb mindre end dimensioneringen. Se Bilag 6 (Oversigt E) for fordelingen af hoveduddannelsesforløb.

3. Bilagsfortegnelse

- Bilag 1:** Uddannelses- og Forskningsministeriets fremskrivning af kandidatproduktionen – overordnet og fordelt efter køn og statsborgerskab
- Bilag 2:** Fordeling af hoveduddannelsesforløb – hovedscenariet (A)
- Bilag 3:** Fordeling af hoveduddannelsesforløb – scenarie B – status quo, besatte forløb som i perioden 2023-2025
- Bilag 4:** Fordeling af hoveduddannelsesforløb – scenarie C – fuld dimensionering
- Bilag 5:** Fordeling af hoveduddannelsesforløb – scenarie D – flere forløb end dimensionering
- Bilag 6:** Fordeling af hoveduddannelsesforløb – scenarie E – færre forløb end dimensionering
- Bilag 7:** Faktaboks 1: Estimation af overgangssandsynligheder
- Bilag 8:** Illustration på overgangssandsynligheder for kvindelige speciallæger i arbejdsstyrke
- Bilag 9:** Faktaboks 2: Trækning fra en uniform fordeling
- Bilag 10:** Faktaboks 3: Eksempel på mikrosimulation af lægens arbejdsmarkedsstatus
- Bilag 11:** Specialernes normerede uddannelseslængde for HU-forløb i speciallægeuddannelsen, indberettede kandidatalder, fiktive kandidatalder og indplacering i specialegruppe i prognosemodellen
- Bilag 12:** Fordelingen af fiktiv kandidatalder ved start på HU-forløbet, specialgrupper, 2008-2019
- Bilag 13:** Beregning af 2025X

Bilag 7: Faktaboks 1: Estimation af overgangsandsynligheder

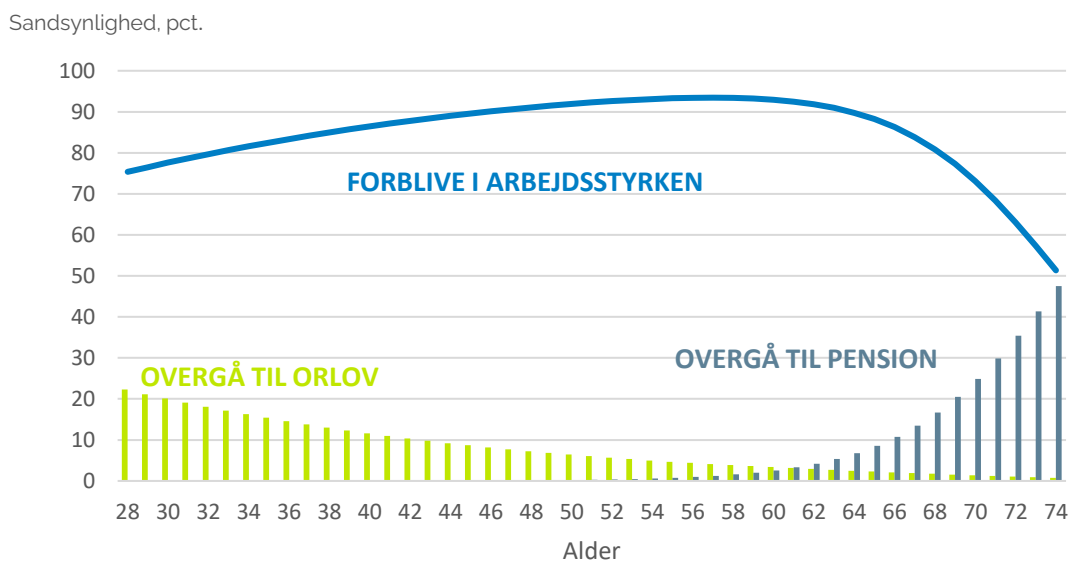
Overgangsandsynlighederne estimeres i en multinomial logistisk regression. Det er en statistisk model, der bliver brugt, når den variabel, der undersøges, har mere end to udfald. Fx hvis udfaldet af en behandling ikke er 'syg' eller 'rask', men i stedet er 'syg', 'syg uden symptomer' og 'rask'. I den model, der bliver brugt i lægeprognosen, bestemmes tilknytningen til arbejdsmarkedet (fire kategorier) ud fra alder (kontinuert), køn og speciallægeanerkendelse (binær). Modellen kan bruges til at beregne de forventede sandsynligheder for, at hvert af de forskellige udfald sker.

I lægeprognosemodellen bruges ikke testresultatet fra den multinomiale logistiske regressionsmodel, men alene de beregnede sandsynligheder til at simulere overgangene på arbejdsmarkedet.

Modellen estimerer sandsynligheden for hvert af udfaldene på samme tid; det vil sige, at modellen estimerer fx sandsynligheden for, at en 45-årig mandlig speciallæge, der pt. er i arbejdsstyrken, næste år: (1) forbliver i arbejdsstyrken, (2) går på orlov eller (3) pension eller kategoriseres som (4) øvrige uden for arbejdsstyrken. Summen af sandsynlighederne for de forskellige overgange summerer til 1 (100 pct.). For en læge i en given alder og et givent køn vil summen af sandsynlighederne for overgang fra 'arbejde til arbejde' + 'arbejde til orlov' + 'arbejde til uden for arbejdsstyrken' + 'arbejde til pension' være lig med 1 (100 pct.).

Bilag 8: Illustration på overgangssandsynligheder for kvindelige speciallæger i arbejdsstyrke

Illustration på overgangssandsynligheder for kvindelige speciallæger i arbejdsstyrke



Kilde: Bevægelsesregisteret 2023, Sundhedsdatastyrelsen

Note: For alle aldre er der 1-2 pct. sandsynlighed for at forlade arbejdsmarkedet.

Bilag 9: Faktaboks 2: Trækning fra en uniform fordeling

En uniform fordeling er kendetegnende ved, at alle udfald i dets udfaldsrum har lige stor sandsynlighed for at blive udtrukket. Er udfaldsrummet mellem 0,00 og 1,00 er der lige så stor sandsynlighed for at trække 0,01 som at trække 0,99. Sandsynligheden for at trække et tal, der er under 0,65 vil i dette udfaldsrum være 65 pct. Den uniforme fordeling benyttes til at bestemme arbejdsmarkedsstatus.

Eksempel:

Udfaldsrummet i arbejdsstyrken (ARB), uden for arbejdsstyrken (UAR), pension (PEN) og orlov (ORL) er fordelt med sandsynlighederne 78 pct., 2 pct., 4 pct. og 16 pct. akkumuleres til fire intervaller:

I: [0;78], II:]78;80], III:]80;84] og IIII:]84;100]

Falder trækningen i interval I vælges ARB, falder den i interval II vælges UAR og så fremdeles. I modellen udføres denne trækning for hver læge i hvert prognoseår for at bestemme situationen for året.

Bilag 10: Faktaboks 3: Eksempel på mikrosimulation af lægens arbejdsmarkedsstatus

Eksemplet tager udgangspunkt i en kvindelig læge, der i 2023 er 35 år. Den kvindelige læge er i arbejde og hendes situation er dermed, at hun er i arbejdsstyrken.

I anden række ses kvindens status i 2024. Sandsynligheden for at, en 36-årig (et år ældre end i 2023) kvindelige læge forbliver i arbejde er 83,4 pct. Den grønne markering indikerer, at denne arbejdsmarkedstilknytning blev trukket for 2024, jf. trækingsmetoden beskrevet i faktaboks 2 i bilag 16. I 2026 ændres den kvindelige læges tilknytning til arbejdsmarkedet. For den 38-årige kvindelige læge i arbejdsstyrken er der 13,0 pct. sandsynlighed for orlov. Dette udfald trækkes. I 2027 trækkes der fra de sandsynligheder, der hører til en 39-årig kvinde på orlov. I trækningen vender den kvindelige læge tilbage til arbejdsstyrken.

År	Alder	Status forrige år	Overgangsandsynligheder, pct.				Status indeværende år
			ARB	ORL	PEN	UAR	
2023	35	-					ARB
2024	36	ARB	83,4	14,8	0,0	2,0	ARB
2025	37	ARB	84,2	13,8	0,0	2,0	ARB
2026	38	ARB	85,0	13,0	0,0	2,0	ORL
2027	39	ORL	85,8	12,3	0,0	1,9	ARB
...	...						

Fortsatte modellen til 2053 ville den kvindelige læge være 65 år og i dette eksempel er lægen stadig i arbejde. I 2055 er lægen 67 år og har 13,5 pct. sandsynlighed for at gå på pension. Dette udfald trækkes. Hun er herefter med 100 pct. sandsynlighed på pension i resten af prognosen, da pension er et endeligt stadie i lægeprognosemodellen.

År	Alder	Status forrige år	ARB	ORL	PEN	UAR	Status indeværende år
...	...						
2053	65	ARB	88,2	2,3	8,6	0,9	ARB
2054	66	ARB	86,3	2,1	10,8	0,8	ARB
2055	67	ARB	83,8	1,9	13,5	0,8	PEN
2056	68	PEN	0,0	0,0	100,0	0,0	PEN
2057	69	PEN	0,0	0,0	100,0	0,0	PEN

Bilag 11: Specialernes normerede uddannelseslængde for HU-forløb i speciallægeuddannelsen, indberettede kandidatalder, fiktive kandidatalder og indplacering i specialegruppe i prognosemodellen

<i>Speciale</i>	HU-længde år	Indberettede gns. kandidat- alder år (2025)	Gns. fiktive kandi- datalder År (beregnet på Bevægelsesre- gisteret 2023)	Specialegruppe Nr.
Akutmedicin*	5	4,3	5,5	2
Almen medicin	4,5	4,7	4,6	1
Anæstesiologi	4	5,8	6,3	2
Arbejdsmedicin	4	8,0	8,3	4
Børne- og ungdomspsykiatri	4	6,2	7,0	2
Dermato-venerologi	4	7,6	7,6	3
Gynækologi og obstetrik	4	7,0	7,2	3
Intern medicin: endokrinologi	5	5,0	8,1	4
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	5	5,3	6,7	2
Intern medicin: geriatri	5	5,7	5,3	2
Intern medicin: hæmatologi	5	6,0	6,9	2
Intern medicin: infektionsmedicin	5	7,5	8,3	4
Intern medicin: kardiologi	5	7,0	7,5	3
Intern medicin: lunnesygdomme	5	3,8	5,9	2
Intern medicin: nefrologi	5	8,2	6,0	2
Intern medicin: reumatologi	5	5,3	6,0	2
Karkirurgi	5	4,7	6,1	2
Kirurgi	5	5,4	5,4	2
Klinisk biokemi	4	6,7	7,5	3
Klinisk farmakologi	4	7,6	7,3	3
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	4	8,8	7,2	3
Klinisk genetik	4	7,3	8,0	4
Klinisk immunologi	4	6,3	7,1	3
Klinisk mikrobiologi	4	7,0	8,4	4
Klinisk onkologi	5	5,0	7,3	3
Neurokirurgi	4	6,5	6,3	2
Neurologi	4	5,5	6,9	2
Oftalmologi	4	5,2	5,7	2
Ortopædisk kirurgi	4	5,0	5,3	2
Oto-rhino-laryngologi	4	5,6	6,0	2
Patologisk anatomi og cytologi	4	4,2	6,9	3
Plastikkirurgi	5	5,8	6,6	2
Psykiatri	4	5,5	6,4	2

<i>Speciale</i>	HU-længde år	Indberettede gns. kandidat- alder år (2025)	Gns. fiktive kandi- datalder År (beregnet på Bevægelsesre- gisteret 2023)	Specialegruppe Nr.
Pædiatri	4	6,5	8,1	4
Radiologi	4	4,7	5,7	2
Retsmedicin	4	8,0	6,7	2
Samfundsmedicin	4	7,1	8,0	4
Thoraxkirurgi	5	5,5	7,1	3
Urologi	5	5,2	5,7	2

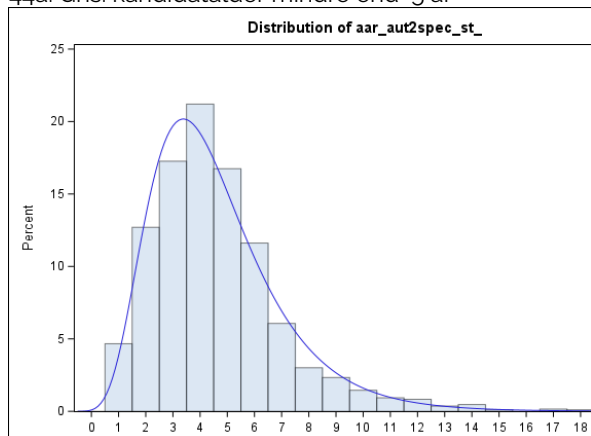
Specialegruppeopdeling er foretaget efter længden af den fiktive kandidatalder: Gruppe 1 mindre end 5 år; gruppe 2 større end eller lig 5 år men mindre end 7 år; gruppe 3 større end eller lig 7 år men mindre end 8 år; gruppe 4 større end eller lig 8 år.

Kilde: Bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger, Sundhedsdatastyrelsens autorisationsregister og indberetninger fra de tre videreuddannelsesregioner.

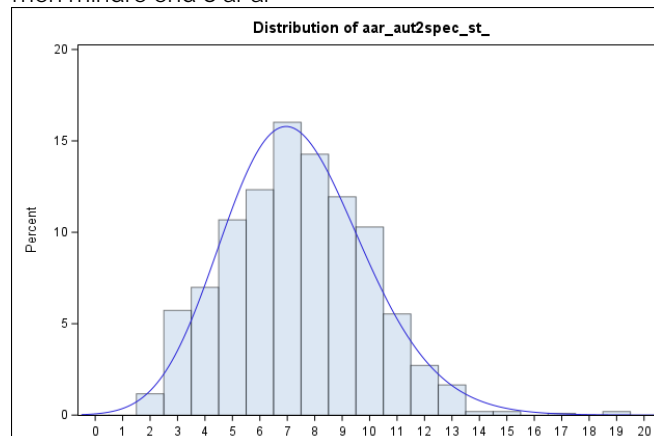
Bilag 12: Fordelingen af fiktiv kandidatalder ved start på HU-forløbet, specialgrupper

Fordelingen af fiktiv kandidatalder ved start på HU-forløbet, specialegrupper, 2012-2023

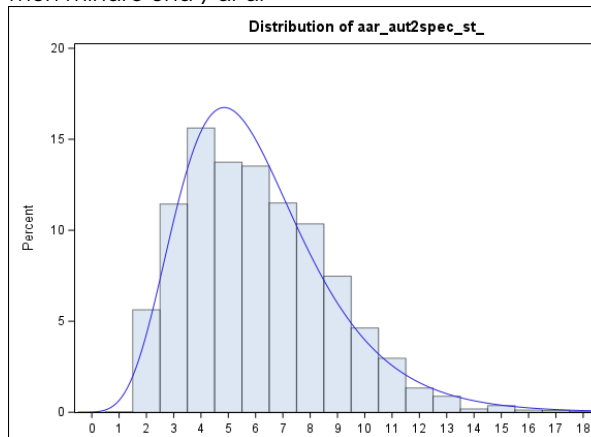
44a. Gns. kandidatalder mindre end 5 år



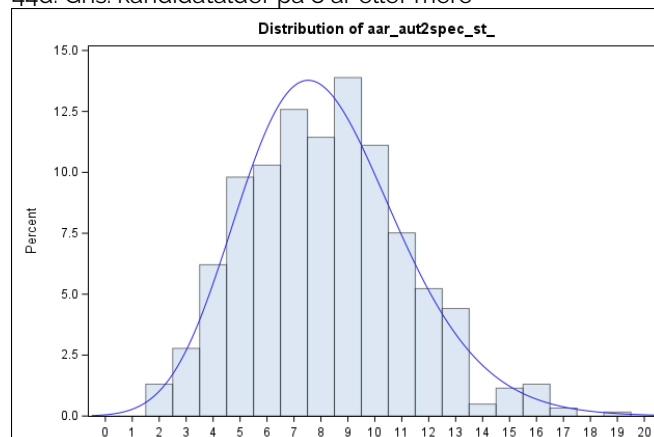
44c. Gns.kandidatalder større end eller lig 7 år men mindre end 8 år år



44b. Gns. kandidatalder større end eller lig 5 år men mindre end 7 år år



44d. Gns. kandidatalder på 8 år eller mere



Kilde: Bevægelsesregisteret 2023, Sundhedsdatastyrelsen

Note: På 1. akse angives den fiktive kandidatalder, mens hyppighed i pct. angives på 2. akse.

Bilag 13: Beregning af 2025X

- Hvis antallet af besatte forløb i 2025 er mindre end dimensioneringsplan for 2026 laves en beregning af hvor mange forløb, der skal besættes i 2025x
 - Hvis gennemsnittet af antallet af besatte forløb i 2024-2025 er større end eller ens med dimensioneringen sættes 2025x lig dimensioneringen
 - Ellers sættes 2025x lig med gennemsnittet af antallet af besatte forløb i perioden 2024-2025.
- Hvis antallet af besatte forløb i 2025 er større end eller lig dimensioneringsplan for 2026 laves en beregning af hvor mange forløb, der skal besættes i 2025x
 - Hvis antallet af besatte forløb i 2024 er større end eller lig med dimensioneringen sættes 2025x lig dimensioneringen
 - Hvis antallet af besatte forløb i 2024 er mindre end dimensioneringen laves en beregning af 2025x
 - Hvis gennemsnittet af antallet af besatte forløb i perioden 2024-2025 er større end eller ens med dimensioneringen sættes 2025x lig dimensioneringen
 - Ellers sættes 2025x lig med gennemsnittet af antallet af besatte forløb i perioden 2024-2025.

Formel for beregning af 2025x

A= Antallet af besatte forløb i 2025

B= Antallet af besatte forløb i 2024

C= Antallet af dimensionerede forløb i specialet i Dimensioneringsplan for året 2026

$$2025x = \text{HVIS}(A < C; \text{HVIS}(((B+A)/2) \geq C; C; ((A+B)/2)); \text{HVIS}(B \geq C; C; \text{HVIS}(((A+B)/2) \geq C; C; ((A+B)/2)))$$
Fordelingen følger nedenstående principper (jf. oversigt A – Bilag 2)

For hvert år beregnes en vækst i antallet af kandidater i forhold til året før. Dog for 2026 beregnes væksten i forhold til antal besatte forløb i 2025x.

Væksten i antallet af kandidater i forhold til året før fordeles ud fra, hvor mange stillinger der i det enkelte speciale blev besat året før holdt op imod det samlede antal af ubesatte stillinger samt antallet af ubesatte stillinger for det enkelte speciale. På den måde tages der i fordelingen af væksten højde for specialernes størrelse og de rekrutteringsvanskeligheder som specialerne har. Fra 2030 og frem er alle forløb i modellen besat.

Væksten fordeles efter følgende formel:

Antal besatte stillinger i det aktuelle år = Antal besatte stillinger året før + (dimensioneringsplan – antal besatte stillinger året før) * (væksten/det samlede antal ubesatte stillinger året før)

Eksempel: Almen medicin

I 2025x blev der besat 293 forløb ud af de dimensionerede 400 i 2026. Det betyder at 57 forløb ikke blev besat. Differencen mellem det forventede antal kandidater til, der påbegynder en speciallægeuddannelse i 2026 (1.153) og antal besatte forløb i alt i 2025x (965) er 100. Samtidig er antallet af ubesatte forløb i 2025x 188.

I 2026 bliver antallet af besatte forløb dermed beregnet som:

$$293 + (400-293) * (100/188) = 350$$

Eksempel på fordelingen:

					2026	2027
Forventet antal kandidater der påbegynder hoveduddannelsesforløb					1.153	1.178
Vækst					101	25
	Dim. Plan 2026-2030	2024	2025	2025X	2026	2027
<i>speciale</i>						
Akutmedicin	41	34	48	41	41	41
Almen medicin	400	287	298	293	350	364
Anæstesiologi	59	60	63	59	59	59
Arbejdsmedicin	9	4	6	5	7	8
Børne- og ungdomspsykiatri	40	24	39	32	36	37
I alt	1.240	1.048	1.122	1.053	1.153	1.178

Sundhed for alle ♥ + ●